

## ¿VULNERABILIDAD COGNITIVA A LA DEPRESIÓN O SOBREESTIMACIÓN DE SÍNTOMAS DISFÓRICOS PREMENSTRUALES?

Cristina Senín-Calderón<sup>1</sup>, María Claudia Scurtu<sup>2</sup>, Celia Ceballos-Munuera<sup>2</sup>, Salvador Perona-Garcelán<sup>3</sup> y Juan Francisco Rodríguez-Testal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cádiz; <sup>2</sup>Universidad de Sevilla; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España)

### Resumen

Es difícil estimar la verdadera presencia del trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Las expectativas de las mujeres influyen en los síntomas del TDPM, lo que podría aumentar su vulnerabilidad a la depresión. Este estudio pretendió estimar la presencia de TDPM en un grupo de mujeres comparando su autodiagnóstico con la evaluación clínica; diferenciar los síntomas y su intensidad entre TDPM y su forma subsindrómica, así como determinar sus consecuencias sociolaborales y relacionales. Se analizan las diferencias entre TDPM y trastorno depresivo mayor (TDM) identificando una posible vulnerabilidad cognitiva a la depresión. En un diseño *ex-post facto*, participaron 105 mujeres, 85 de la población general ( $M_{\text{edad}}= 23,60$ ;  $DT 3,05$ ) y 20 mujeres con TDM, ( $M_{\text{edad}}= 25,15$ ;  $DT 3,51$ ). Para el autodiagnóstico, completaron varios autoinformes y los indicadores de criterios TDPM A, B, C (APA) y D (por autor). El diagnóstico clínico se realizó mediante entrevista semiestructurada siguiendo los criterios del DSM-5. El TDPM se sobreestimó cuando fue autoinformado (51,76%) contrastando con la evaluación clínica (5,88%). La vulnerabilidad cognitiva a la depresión para el TDPM no fue apoyada.

**PALABRAS CLAVE:** *trastorno disfórico premenstrual, vulnerabilidad cognitiva, trastorno depresivo mayor, síntomas premenstruales.*

### Abstract

True premenstrual dysphoric disorder (PMDD) is hard to diagnose. It has been suggested that women's expectations influence the symptoms of this disorder, which could increase their vulnerability to depression. This study aimed to estimate PMDD in a group of women by comparing their self-diagnosis with clinical evaluation; differentiate between PMDD symptoms and their intensity and its subthreshold form, determining its social-employment and relational consequences, finding differences in symptoms and vulnerability to depression; and identifying possible cognitive vulnerability to depression in PMDD. 105

women participated, 85 from the general population and 20 women with Major Depressive Disorder were selected. For the self-diagnosis, they filled out several self-reports and PMDD Criteria Indicators A, B, C (APA) and D (by author). The clinical diagnosis was made using a semi-structured interview following DSM-5 criteria. PMDD was overestimated when it was self-reported (51,76%) compared to clinical evaluation (5,88%). Therefore, retrospective and self-reported evaluation could bias what they remember and overestimate the indicators of the disorder and their severity. Cognitive vulnerability to depression for PMDD was not supported.

KEY WORDS: *premenstrual dysphoric disorder, cognitive vulnerability, major depressive disorder, premenstrual symptoms.*

## Introducción

Las mujeres en edad fértil suelen informar de cambios leves en el estado de ánimo antes del inicio de la menstruación, estimando que entre el 30-40% experimentan síntomas del llamado síndrome premenstrual (SPM) (Green *et al.*, 2017; Osborn, Wittkowski *et al.*, 2020; Prasad *et al.*, 2021; Ryu y Kim, 2015). Esta condición se caracteriza por síntomas físicos, psicológicos y emocionales que ocurren en respuesta a cambios hormonales normales durante la fase lútea del ciclo menstrual y que desaparecen en los primeros días de la menstruación o dentro de ellos (Albsoul-Younes *et al.*, 2017; Izadi y Amiri, 2019). Algunas de estas mujeres experimentan síntomas de mayor gravedad clínica (incluyendo experiencias de depresión y ansiedad graves e incluso episodios de psicosis (Studd, 2012), y se les diagnostica trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Ya sea en forma de subsíndrome o condición verdadera, supone un marcado deterioro funcional y social, que afecta gravemente calidad de vida y bienestar (Cerqueira *et al.*, 2017; Osborn, Wittkowski, *et al.*, 2020; Prasad *et al.*, 2021) llevando incluso a que muchas mujeres hayan intentado (y en algunos casos logrado), quitarse la vida (Osborn, Brooks, *et al.*, 2020; Osborn, Wittkowski, *et al.*, 2020; Pilver *et al.*, 2012).

El síndrome de estrés premenstrual clasificado por primera vez por Frank en 1931 como un trastorno depresivo no específico, actualmente está clasificado en el DSM-5 como TDPM (APA, 2013, 2022). Esta categoría diagnóstica sigue generando gran crítica y controversia debido a la posibilidad de medicalización del cuerpo de las mujeres (Browne, 2014; Hartlage *et al.*, 2013). Sin embargo, la investigación epidemiológica sugiere que el TDPM afecta entre el 3% y el 8% de las mujeres premenopáusicas (Beddig y Kuehner, 2017; Dennerstein *et al.*, 2009). La comorbilidad a lo largo de la vida con otros trastornos mentales, en particular con trastornos depresivos y de ansiedad, es alta; más del 50% de las mujeres con TDPM informan de diagnósticos asociados con el trastorno depresivo mayor (TDM) (Beddig *et al.*, 2019; Cohen *et al.*, 2002). Más complicada es la caracterización de las manifestaciones subsindrómicas que, aunque son más habituales, tienen menos síntomas característicos o se trata de síntomas que impactan menos en el funcionamiento.

Uno de los problemas inherentes al TDPM es su evaluación. A pesar del uso recurrente del autodiagnóstico retrospectivo, los resultados pueden estar

sobreestimados y diferir de su evaluación diaria (y en diferentes ciclos menstruales) lo que dificulta una identificación precisa del trastorno (Henz *et al.*, 2018; Nogueira Pires y Calil, 2000). Los sesgos de memoria pueden estar influyendo en esto, y aunque el autodiagnóstico retrospectivo puede servir como una primera evaluación de la importancia de las dificultades experimentadas por estas mujeres, no permite analizar la variabilidad de los síntomas ni es útil para aproximarse a su etiología o analizar la utilidad de los tratamientos. Sin embargo, una revisión de la literatura que compara los procedimientos de evaluación del TDPM, sugiere que los registros diarios durante varios ciclos, paradójicamente, no facilitan resultados más consistentes (Bosman *et al.*, 2016). Además de estos problemas, estudios más clásicos han tratado de averiguar si las expectativas de la propia evaluación podrían jugar algún papel en los síntomas que se experimentan. Aunque este efecto no se demostró por la gravedad de sus manifestaciones, sí que se confirmó con el número de ciclos registrados (Gallant *et al.*, 1992). Por lo tanto, la cuestión no está completamente resuelta y debe tenerse en cuenta al evaluar el trastorno.

La etiología definitiva del TDPM sigue siendo difícil de precisar (Raffi y Freeman, 2018), aunque actualmente se considera multifactorial (Beddig *et al.*, 2019; Izadi y Amiri, 2019; Yan *et al.*, 2021). Los últimos hallazgos proponen su consideración como una enfermedad que requiere atención e intervención médica (Cunningham *et al.*, 2009; Raffi y Freeman, 2018). De hecho, en 2019, la Organización Mundial de la Salud incluyó el TDPM en la undécima edición de su clasificación (CIE-11) como enfermedad del sistema genitourinario (Reed *et al.*, 2019). Estas diferentes clasificaciones del TDPM, como una condición psiquiátrica dentro del DSM-5 y como condición médica en la CIE-11, ilustran la complejidad de integrar las condiciones de salud física y mental. En ausencia de un marcador biológico definitivo para el TDPM, el diagnóstico se basa en el conocimiento y la experiencia de los profesionales de la salud que lo tratan (Osborn, Wittkowski, *et al.*, 2020).

La vulnerabilidad cognitiva a la depresión se considera un factor importante en la etiología de los trastornos depresivos y comprende procesos cognitivos como estilos cognitivos negativos, actitudes disfuncionales, rumia y reactividad cognitiva (Ingram *et al.*, 2011). El modelo cognitivo de Beck sostiene que la vulnerabilidad a la depresión está marcada por esquemas o actitudes disfuncionales como la necesidad de lograr o no una dependencia emocional (Beck, 1967). La facilidad con la que se activan actitudes disfuncionales en situaciones estresantes o la disforia leve, se han evaluado tradicionalmente mediante el cambio en las puntuaciones en la "Escala de actitudes disfuncionales" (DAS, Weissman y Beck, 1978) antes y después de ser sometidos a una inducción negativa del estado de ánimo. El TDPM es una expresión de los trastornos depresivos y, por lo tanto, como sugieren algunos investigadores, la vulnerabilidad cognitiva podría ser un factor de propensión a padecerla, así como la atribución y los estilos de afrontamiento parecen tener un papel en la expresión de los síntomas y la gravedad del trastorno (Sigmon *et al.*, 2004). De hecho, se ha observado que las mujeres que padecen síntomas premenstruales graves perciben más estrés crónico (Kleinstäuber *et al.*, 2016). Al mismo tiempo, una respuesta anormal a las fluctuaciones normales de las hormonas sexuales parece ser un hallazgo constante

entre las mujeres que experimentan trastornos del estado de ánimo relacionados con estas hormonas, lo que refuerza la hipótesis de ciertas "ventanas de vulnerabilidad" a lo largo del ciclo de vida reproductivo (Reid y Soares, 2018; Soares y Zitek, 2008). Dada la carga considerable del TDPM sobre el funcionamiento y el bienestar emocional y general de las mujeres, es una dirección importante que tomar para la investigación en salud. De ella se esperaría encontrar signos de vulnerabilidad cognitiva a la depresión, aunque se desconoce si de alguna forma particular de actitudes disfuncionales contempladas por el DAS, el instrumento más utilizado para su evaluación.

Este estudio planteó los siguientes objetivos: estimar la presencia de TDPM mediante autodiagnóstico; diferenciar entre los síntomas y la intensidad del TDPM y su forma subsindrómica e identificar sus consecuencias sociolaborales y relacionales; estudiar las diferencias entre TDPM y TDM respecto a síntomas depresivos y vulnerabilidad; comparar la presencia de TDPM encontrada por el autodiagnóstico con la evaluación clínica; y finalmente analizar las diferencias entre TDPM y TDM, identificando una posible vulnerabilidad cognitiva a la depresión en el TDPM.

Para ello se propusieron las siguientes hipótesis: 1) mayor presencia de TDPM en el autodiagnóstico de las mujeres que en las observaciones clínicas; 2) existen diferencias entre grupos presentando mayores síntomas e intensidad en el grupo con TDPM que en el grupo subsindrómico o, finalmente, en el grupo control; 3) mayores consecuencias sociolaborales y relacionales para las mujeres con TDPM; 4) menor intensidad de depresión y ansiedad en casos de TDPM que en casos de TDM; 5) se observa una vulnerabilidad cognitiva a la depresión en el TDPM con un perfil diferente al de los casos de TDM; y 6) se observa más vulnerabilidad cognitiva a la depresión en el período premenstrual del ciclo.

## Método

### *Participantes*

Se seleccionó una muestra de 105 mujeres, 85 de las cuales pertenecían a la población general y fueron reclutadas tras responder a un anuncio sobre un estudio relacionado con la menstruación (Universidad de Sevilla, España). Este anuncio informó de la posibilidad y el interés en la investigación sobre las características de los cambios en el funcionamiento psicológico durante el período premenstrual, que se llevaría a cabo en un contexto universitario, y dio una descripción general (no patológica) de la menstruación y del período premenstrual. La edad media de la muestra fue de 23,60 años ( $DT= 3,05$ ), y en su mayoría eran solteras (93,95%) y de clase media (índice de clase social (ICS)  $M= 36,82$ ;  $DT= 22,86$ ). Las 20 mujeres restantes eran de un centro de psicología clínica con edad media de 25,15 años ( $DT= 3,51$ ); la mayoría estaban casadas (45%) o solteras (40%), y eran de clase social media (ICS  $M= 32,42$ ;  $DT= 17,13$ ).

*Criterios de inclusión:* menstruación regular, ausencia de anticonceptivos orales, sin abuso de alcohol u otras drogas, edad entre 18 y 35 años, sin diagnóstico o trastorno mental actual, sin enfermedad crónica o alteración del

tracto genitourinario que pueda afectar la menstruación, y seis puntos o más en la escala de sinceridad (S-EPI). En el grupo con TDM, además de los criterios anteriores, las condiciones para participar fueron no haber iniciado una intervención terapéutica, no tomar antidepresivos o neurolépticos en el momento de la evaluación y cumplir con los criterios diagnósticos F32.x para trastorno depresivo mayor, episodio único, 296.2x, en cualquier nivel de gravedad (principalmente leve).

### *Instrumentos*

- a) "Registro diario para la disforia premenstrual" (RDDP; Rodríguez-Testal, 2021). El RDDP incluye, por un lado, 16 ítems que recogen datos demográficos, características de la menstruación (volumen de sangrado menstrual, dolor), anticonceptivos orales, enfermedades o trastornos psicológicos pasados o presentes, medicación para cualquier enfermedad y/o menstruación, tipo y frecuencia de consumo de medicamentos; y, por otro, 33 ítems relacionados con los criterios A, B, C y D del trastorno disfórico premenstrual (APA, 2013). Las respuestas siguen una escala tipo Likert de 0-10 en intensidad. Este instrumento se administró primero para recopilar datos generales sobre su menstruación y una evaluación retrospectiva inicial. Posteriormente, durante la entrevista clínica se aplicaron aquellos ítems relacionados con los criterios diagnósticos del trastorno disfórico premenstrual (evaluando la frecuencia o intensidad de los indicadores en una escala de 0-10).
- b) "Inventario de personalidad de Eysenck" (*Eysenck Personality Inventory*, EPI, Eysenck y Eysenck, 1990). El EPI evalúa tres características de la teoría de la personalidad de Eysenck e incluye una escala adicional que mide la sinceridad en las respuestas. En este estudio se utilizó únicamente la subescala de sinceridad (S-EPI), que consta de nueve ítems de verdadero/falso que identifican respuestas deshonestas. Se excluyeron los participantes que obtuvieron puntuaciones inferiores a cinco.
- c) "Inventario de ansiedad de Beck" (*Beck Anxiety Inventory*, BAI, Beck et al., 1988), adaptación española de Magan et al. (2008). El BAI es un autoinforme de 21 ítems, que se responde en una escala de 0-3 puntos, y evalúa la ansiedad física. La puntuación total (de 0 a 63) se obtiene tras sumar directamente la puntuación de cada ítem. El punto de corte para identificar personas con indicadores significativos de ansiedad se establece en 25,76 puntos. La adaptación española tuvo un alfa de Cronbach de 0,93. En este estudio, la consistencia interna fue de 0,89 en los grupos relacionados con la menstruación, 0,88 en el grupo TDM y 0,90 en el grupo control.
- d) "Inventario de depresión de Beck" (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck et al., 1979), versión española de Vázquez y Sanz (1997). El BDI es un autoinforme de 21 ítems con cuatro afirmaciones sobre la intensidad de los síntomas depresivos (de 0 a 3 puntos). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 ítems, dando como resultado una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 63. La severidad de los síntomas depresivos será mayor cuanto más alta sea la puntuación (0-13, mínima depresión; 14-19,

- depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave) (Sanz *et al.*, 2014). El alfa de Cronbach informado es de 0,83 y posee validez (convergente y discriminante). En este estudio, la consistencia fue de 0,84 en los grupos de menstruación, 0,92 en el grupo TDM y 0,89 en el grupo control.
- e) "Escala de actitudes disfuncionales" (*Dysfunctional Attitudes Scale*, DAS Weissman y Beck, 1978), versión española de Sanz y Vázquez (1993). La DAS es un autoinforme de 40 ítems para evaluar la vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Consta de una puntuación total y tres factores: Dependencia (ocho ítems sobre la necesidad de los demás y su aprobación), Logro (quince ítems sobre la necesidad de éxito o logro) y Autonomía (seis ítems sobre la necesidad de independencia y suficiencia personal). Los dos primeros factores aparecieron en la escala original. El factor Autonomía fue identificado en la validación española (Sanz y Vázquez, 1993). El formato de respuesta es tipo Likert de 0 a 7 puntos. El alfa de Cronbach informado es 0,84 y la validez es adecuada. En este estudio, en los grupos de menstruación, la consistencia interna fue de 0,76, 0,83, 0,89 y 0,61 para DAS total, Dependencia, Logro y Autonomía, respectivamente. En el grupo TDM fue 0,84, 0,80, 0,84 y 0,65 para DAS total, Dependencia, Logro y Autonomía, respectivamente. En el grupo de control fue 0,75, 0,85, 0,84 y 0,64 para DAS total, Dependencia, Logro y Autonomía, respectivamente.
- f) "Cuestionario de preocupaciones de Penn State" (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer *et al.*, 1990). El PSWQ evalúa la tendencia general a experimentar la experiencia de preocupación mediante 16 ítems tipo Likert. La validación española obtuvo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90) así como validez convergente y discriminante (Sandín *et al.*, 2009). En este estudio, la consistencia interna fue de 0,86 en los grupos de menstruación, 0,85 en el grupo TDM y 0,85 en el grupo control.
- g) Entrevista clínica diagnóstica DSM-5 (APA, 2013). Se aplicaron los criterios A y B e indicadores del criterio C para el diagnóstico de TDPM según el DSM-5 (APA, 2013), cada síntoma (de 11) se observa por su intensidad (0 a 10 puntos) y se clasifica como: ausente [0], leve [1-3], moderado [4-7] y grave [8-10]. Los síntomas físicos más relevantes se anotan en el criterio C: sensibilidad y aumento del tamaño de las mamas, dolor articular/muscular, problemas digestivos (hinchazón, diarrea, estreñimiento) y dolor de cabeza.
- h) Entrevista autoaplicada (por JFRT). Basada en los indicadores del criterio D para el diagnóstico de TDPM según el DSM-5 (APA, 2013), consiste en una evaluación autoinformada de la frecuencia o intensidad con la que los síntomas (pre)menstruales alteran o interfieren con el funcionamiento diario de la persona. Las respuestas siguen una escala tipo Likert de 0-10. Cualitativamente se califica como: ausente [0], leve [1-3], moderado [4-7] y grave [8-10]. Los indicadores son: cuánta interferencia en la vida diaria; cuánta interferencia con el trabajo; días de incapacidad laboral por síntomas premenstruales; días de incapacidad laboral por síntomas menstruales; días de ausencia laboral por síntomas premenstruales; días de ausencia laboral por síntomas menstruales; cuánto disminuye el rendimiento por los síntomas premenstruales; cuánto disminuye el rendimiento por los síntomas

menstruales; días necesarios para recuperar el rendimiento adecuado; cuánto esfuerzo extra se necesita para realizar las tareas; cuánto interfiere con las relaciones con los demás; cuántas situaciones sociales se evitan; cuánta confrontación con los demás se da.

### *Procedimiento*

El diseño del estudio fue ex post facto, de comparación transversal de grupos y evaluación prospectiva. La selección no fue aleatoria (anunciada en la universidad), y se registraron medidas relativas al ciclo menstrual, tomando como control a la propia participante en un diseño prospectivo que aborda la evaluación de los síntomas depresivos y la vulnerabilidad. Las participantes con TDM fueron seleccionadas mediante muestreo accidental (entre las que acudían a un centro de psicología clínica). Las puntuaciones se concentraron en comparar los síntomas depresivos y las medidas de autoinforme de vulnerabilidad.

Según la variable medida se asignaron los siguientes grupos: grupo TDPM, con al menos cinco síntomas de un total de 11 indicadores (criterios A, B y C) F32.81 trastorno disfórico premenstrual (APA, 013) y malestar/interferencia (criterio D); grupo subsindrómico/subsindromal; grupo de control, si ninguna de las condiciones anteriores se cumplía; y grupo TDM (diagnóstico F32.x de trastorno depresivo mayor, episodio único 296.2).

Ante las dificultades para evaluar el TDPM mencionadas en la introducción, su evaluación constó de dos etapas, tomando como primera variable grupal la evaluación retrospectiva autoinformada (criterios A, B, C y D del TDPM) y centrándose en los tres grupos de menstruación. En este momento también se compararon diferentes medidas, destacando las relacionadas con los síntomas depresivos y la vulnerabilidad, incluyendo un grupo específico de participantes con TDM. Una segunda etapa de entrevista clínica permitió identificar aquellos casos que cumplían con los criterios de TDPM y, a partir de entonces, se adquirieron registros diarios durante tres ciclos consecutivos con las medidas BDI y DAS, para concentrarse en la evaluación prospectiva de la vulnerabilidad.

*Primera evaluación (retrospectiva).* Las medidas de autoinforme S-EPI, BAI, BDI, DAS-A, PSWQ y los indicadores cuantitativos y cualitativos A, B, C (APA, 2013). Por tanto, se presentan diferentes medidas de ansiedad y depresión, principalmente sobre los síntomas depresivos y la vulnerabilidad. Los indicadores A, B y C del TDPM abarcan cuatro relacionados con la disforia (p. ej., labilidad afectiva marcada o irritabilidad marcada) y siete sobre síntomas depresivos específicos (p. ej., disminución del interés en las actividades habituales), incluidos síntomas físicos comunes (con cuatro opciones). Se aplicó el criterio D del TDPM (por el autor). Este consistió en diez indicadores de alteración o interferencia con el funcionamiento debido a síntomas (pre)menstruales. En la primera evaluación retrospectiva, estos indicadores de TDPM estaban en un formato autoinformado de verdadero/falso (RDDP). Esto tomó unos 50 minutos. En esta primera evaluación (autoinforme) participaron 113 mujeres, de las cuales 28 fueron descartadas por no cumplir con todos los criterios de inclusión. No diferían en edad, clase social o estado civil de las otras 85 ( $p > 0,05$ ). A partir de este autodiagnóstico se

identificaron 44 como posibles casos de TDPM, 28 subsindrómicos y 13 controles, y etiquetados como los grupos relacionados con la menstruación. Las 20 mujeres que asistieron al centro de psicología clínica fueron seleccionadas por su similitud con las 85 participantes, pero cumplían con la condición de tener trastorno depresivo mayor, y no estaban tomando antidepresivos en el momento de la evaluación (25% tomaban ansiolíticos). Estas participantes fueron seleccionadas sin comorbilidad psiquiátrica que pudiera confundir los resultados y no tenían ningún problema relacionado con la menstruación para reducir el número de comparaciones en el estudio. Este grupo se incluyó exclusivamente para comparar con las medias de síntomas depresivos y vulnerabilidad.

*Segunda evaluación (diagnóstico clínico y análisis prospectivo).* Esta evaluación en forma de entrevista estructurada siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013) para TDM y TDPM duró aproximadamente una hora y media. Permitió la confirmación de los casos de TDPM identificados retrospectivamente. Toda la evaluación fue realizada por el mismo investigador (JFRT). Durante las entrevistas con las participantes, se estimaron los 10 días previos a su período menstrual y se les pidió que completaran el BDI y DAS durante tres ciclos consecutivos en el período folicular y premenstrual.

Todas las participantes firmaron su consentimiento informado para el uso de sus datos en la investigación y no recibieron ningún incentivo por su participación. El estudio siguió la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética.

### *Análisis de datos*

*Estadística descriptiva:* Se utilizó el paquete estadístico SPSSwin 22.0 para evaluar frecuencia, porcentaje y chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para comparaciones con variables nominales. Los grupos de menstruación a comparar se formaron en la primera evaluación, identificando posibles casos y controles de TDPM y casos subsindrómicos. Cuando las mediciones se referían a síntomas depresivos y vulnerabilidad, las comparaciones se realizaron entre los tres grupos de menstruación y el grupo de mujeres con TDM.

*Estadística inferencial:* *F* de Snedecor, con normalidad e igualdad de varianzas, o en su defecto se aplicó la *H* de Kruskal-Wallis. Se utilizó la *t* de Student como prueba *post hoc*, dependiendo de si existía igualdad de varianzas o no. Posteriormente, la evaluación de las participantes mediante entrevista confirmó o no el grupo de menstruación en el que se encontraban (segunda evaluación). Para medidas repetidas entre los ciclos de los participantes, se aplicó el chi-cuadrado de Friedman. Aquí sólo se incluyeron las medidas de síntomas depresivos y vulnerabilidad. Todas las pruebas se realizaron con un intervalo de confianza del 95% y  $p < 0,05$ .

## Resultados

### *Estadística descriptiva: comparación de muestras*

Los grupos de participantes no se diferenciaron en edad,  $F_{(3, 101)} = 1,358$ ,  $p = 0,260$ , o clase social,  $F_{(3, 101)} = 0,226$ ,  $p = 0,878$ , pero sí por profesión,  $\chi^2_{(3, 105)} = 29,286$ ,  $p = 0,004$ .

#### *1ª Evaluación (retrospectiva)*

En el grupo TDPM, 44 participantes (72,7%) dijeron que la interferencia era moderada en algún área de actividad (indicadores del criterio D), en el trabajo (59,1%), rendimiento (52,3%), esfuerzo extra para la recuperación (70,5%), relaciones con otros (59,1%), tendencia a evitar a los demás (45,5%) y conflictos o disputas derivados de estos cambios (54,5%). Ocho mujeres (18,2%) sufrieron consecuencias laborales por síntomas premenstruales, por un máximo de 2,5 días (baja laboral 2,3%). Debido a síntomas menstruales, 23 mujeres (52,3%) faltaron al trabajo entre 0,5 y 2 días y el 2,3% del total tomó la baja por enfermedad. Estimaron que necesitaban unos cinco días para recuperar su rendimiento ( $M = 4,93$ ;  $DT = 14,62$ ). Además, el 31,8% de las mujeres tomó medicación durante la fase premenstrual (analgésicos) y el 88,63% durante el período menstrual. El 11,4% de las mujeres había acudido a un médico de la Seguridad Social (otro 4,5% dos veces por este motivo) y el 15,9% había ido a un médico privado (2,27% dos veces).

En el grupo subsindrómico (28 participantes), fueron notables los síntomas moderados (criterios B y C) relacionados con la ansiedad (67,9%), el estado de ánimo (60,7%), la labilidad afectiva (50%) y la irritabilidad (60,7%). Las consecuencias de los síntomas premenstruales (criterio D) fueron leves (75%), hay un menor porcentaje de absentismo, más síntomas menstruales que premenstruales (14,3%), y estimaron que necesitaron casi cinco días para recuperar su rendimiento ( $M = 4,67$ ;  $DT = 18,51$ ). No hubo baja laboral por síntomas premenstruales excepto en un caso y un día de ausencia. En este grupo, el 21,4% tomó medicación durante el período premenstrual, el 85,71% durante el período menstrual. El 3,6% de las mujeres había acudido a un médico de la Seguridad Social (otro 3,6% acudía al médico cuatro veces al año) y el 10,7% acudía a un médico privado.

En el grupo de control (13 mujeres), la mayoría de los síntomas estuvieron ausentes o fueron leves. En los niveles más altos se encontraban los síntomas físicos (el 38,46% informó malestar físico de moderado a grave). Disminución leve o nula (46,2% para cada nivel y para la evaluación global de la interferencia). Los trabajos de las mujeres se vieron afectados por los síntomas menstruales, excepto en un caso, pero no hubo ausencias por enfermedad. Además, el tiempo que estas mujeres necesitaron para recuperar su rendimiento fue inferior a un día ( $M = 0,30$ ;  $DT = 0,63$ ). El 15,4% de estas mujeres tomó medicamentos (analgésicos) durante su período premenstrual, mientras que el 46,2% lo hizo durante su período

menstrual, el 7,7% de las mujeres acudió a un médico de la Seguridad Social y ninguna acudió a un médico privado.

### 1ª evaluación (estadística inferencial)

Se encontraron diferencias significativas en los síntomas premenstruales para los criterios A, B y C (tabla 1) en la mayoría de las áreas, principalmente debido al grupo control (comparación no paramétrica de Kruskal-Wallis). El grupo con mayor puntuación fue el de TDPM, excepto por la irritabilidad. Los grupos con subsíndrome y control no difirieron estadísticamente.

**Tabla 1**  
ANOVA unidireccional (Kruskal-Wallis) de los grupos. Intensidad de indicadores (criterios A, B, y C)

Indicadores clínicos	Total (N= 85) M (DT)	H K-W	TDPM (n= 44) M (DT)	Subsíndrome (n= 28) M (DT)	Control (n= 13) M (DT)
1B. Labilidad afectiva	6,51 (2,93)	30,618**	7,66 (1,85)	7,04 (2,28)	1,46 (1,71)
2B. Irritabilidad	6,56 (10,58)	18,811**	6,55 (2,52)	8,79 (17,87)	1,85 (2,47)
3B. Estado de ánimo depresivo	5,46 (2,94)	28,125**	6,66 (2,10)	5,64 (2,55)	1,00 (1,78)
4B. Ansiedad	5,16 (2,94)	26,149**	6,27 (2,39)	5,30 (2,60)	1,08 (1,49)
1C. Interés	2,69 (2,97)	22,712**	<b>4,07 (2,92)</b>	1,71 (2,56)	0,15 (0,55)
2C. Concentración	2,44 (3,13)	17,956**	<b>3,84 (3,31)</b>	1,18 (2,42)	0,38 (0,87)
3C. Energía	4,41 (3,33)	13,809**	5,43 (3,03)	4,29 (3,20)	1,23 (2,61)
4C. Apetito	3,87 (3,23)	9,170*	4,45 (3,19)	4,11 (3,31)	1,38 (1,93)
5C. Sueño	1,85 (3,13)	8,477*	<b>2,80 (3,58)</b>	1,14 (2,57)	0,15 (0,55)
6C. Sensación de estar fuera de control	5,24 (2,92)	19,667**	<b>6,48 (1,97)</b>	4,71 (3,24)	2,15 (2,37)
7C.1 Sensibilidad o hinchazón en los senos	5,68 (3,20)	11,236**	6,82 (2,73)	4,25 (3,56)	4,92 (2,46)
7C.2 Malestar o dolor (articulaciones, músculos)	3,20 (3,67)	6,695*	<b>4,16 (3,79)</b>	2,21 (3,28)	2,08 (3,40)
7C.3 Problemas digestivos (hinchazón/diarrea/ estreñimiento)	4,09 (3,51)	6,454*	4,80 (3,65)	3,96 (3,19)	2,00 (2,97)
7C.4 Dolor de cabeza	2,78 (3,18)	7,738*	3,57 (3,17)	2,39 (3,34)	0,92 (1,84)

Notas: Las categorías estadísticamente significativas obtenidas en el análisis *post hoc* (prueba *t*) están resaltadas en negrita; H K-W= prueba H de Kruskal-Wallis. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Se encontraron diferencias significativas en el criterio D (tabla 2) entre los tres grupos en la mayoría de los puntos considerados. La prueba *post hoc* sugirió diferencias en el grupo subsíndrome de TDPM en términos de interferencia en la vida cotidiana,  $t_{(70)} = -2,85$ ,  $p = 0,006$ , consecuencias laborales,  $t_{(70)} = -8,24$ ,  $p = 0,0001$ , y días baja por enfermedad por síntomas menstruales,  $t_{(70)} = -3,89$ ,  $p = 0,001$ . La interferencia más general se observó en el grupo de TDPM, principalmente menstrual, no premenstrual.

La disminución en el rendimiento fue significativa durante el período premenstrual,  $t_{(70)} = -5,60$ ,  $p = 0,0001$ , en el grupo con TDPM, y en el período menstrual,  $t_{(70)} = -5,15$ ,  $p = 0,0001$ , en el grupo subsindrómico. Además, el grupo con TDPM tuvo peor recuperación del rendimiento,  $t_{(70)} = -4,47$ ,  $p = 0,001$ , mayor interferencia en la relación con los demás,  $t_{(70)} = -4,50$ ,  $p = 0,001$ , y tendencia a evitar las relaciones y situaciones sociales,  $t_{(70)} = 4,60$ ,  $p = 0,001$ .

**Tabla 2**

ANOVA unidireccional (Kruskal-Wallis) de los grupos. Intensidad de indicadores (criterio D)

Intensidad de indicadores	Total N= 85 M (DT)	K-W H	TDPM n= 44 M (DT)	Subsín- drome n= 28 M (DT)	Control n= 13 M (DT)
Grado de interferencia en la vida diaria	5,34 (10,63)	52,829**	<b>6,09</b> <b>(14,04)</b>	2,11 (1,72)	0,62 (1,79)
Grado de interferencia en el trabajo	3,94 (2,94)	49,384**	<b>8,44</b> <b>(1,98)</b>	2,32 (2,00)	1,31 (0,96)
Número de días de baja por síntomas menstruales	0,37 (0,56)	15,824**	<b>0,60</b> <b>(0,64)</b>	0,14 (0,35)	0,07 (0,27)
Disminución del rendimiento por síntomas premenstruales	3,06 (2,88)	31,745**	<b>4,70</b> <b>(2,76)</b>	1,64 (1,87)	0,54 (1,19)
Disminución del rendimiento por síntomas menstruales	4,38 (3,15)	34,582**	2,93 (2,19)	<b>6,27</b> <b>(2,95)</b>	1,08 (1,65)
Número de días para recuperar el rendimiento adecuado	4,14 (14,91)	30,340**	4,93 (14,62)	4,67 (18,51)	0,30 (0,63)
Esfuerzo necesario para realizar las tareas	4,46 (2,88)	33,809**	<b>6,11</b> <b>(1,90)</b>	3,46 (2,74)	1,00 (1,68)
Interferencia en las relaciones con los demás	4,87 (2,88)	39,562**	<b>6,59</b> <b>(1,78)</b>	4,07 (2,59)	0,77 (1,09)
Evitación de situaciones sociales	2,87 (2,94)	28,217**	<b>4,41</b> <b>(2,93)</b>	1,68 (2,09)	0,23 (0,59)
Enfrentamiento con los demás	3,69 (2,76)	26,162**	4,70 (2,46)	3,64 (2,55)	0,38 (1,12)

Nota: Las categorías estadísticamente significativas obtenidas en el análisis *post hoc* (prueba *t*) están resaltadas en negrita; H K-W= prueba H de Kruskal-Wallis; TDPM= trastorno disfórico premenstrual. \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Cuando se consideró el número de indicadores de los criterios B y C con intensidad igual o mayor a 5 (moderada o superior) y se transformaron los indicadores somáticos en un solo valor (promedio), la prueba de Kruskal-Wallis mostró diferencias significativas,  $\chi^2_{(2, 85)} = 39,009$ ,  $p < 0,05$ : el grupo TDPM tuvo hasta siete síntomas con al menos intensidad moderada ( $M=7,22$ ;  $DT=2,30$ ) en comparación con los grupos subsíndrome ( $M=5,42$ ;  $DT=1,85$ ) y control ( $M=0,61$ ;  $DT=1,12$ ). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con TDPM y el grupo subsíndrome,  $\chi^2_{(1, 72)} = 12,249$ ,  $p > 0,05$ .

El análisis de la intensidad media de todos los criterios B y C en lugar del número de síntomas mostró una distribución normal ( $KS$ ,  $p > 0,05$ ). El análisis de varianza sugirió diferencias significativas,  $F_{(2, 82)} = 37,285$ ,  $p = 0,0001$ , especialmente en el grupo con TDPM ( $M=5,35$ ;  $DT=1,22$ ) frente al grupo subsindrómico ( $M=4,33$ ;  $DT=2,05$ ) y control ( $M=1,24$ ;  $DT=0,84$ ). El análisis *post hoc* sugirió diferencias significativas entre el grupo TDPM y el grupo subsíndrome,  $t_{(55)} = -2,66$ ,  $p = 0,010$ .

Tomando el número de indicadores de interferencia con intensidad igual o superior a 5 para el criterio D ( $KS$ ,  $p < 0,05$ ), hubo diferencias significativas entre

grupos, KW,  $\chi^2_{(2, 85)} = 51,86$ ,  $p < 0,05$ , que se mantuvieron para el grupo subsindrómico, KW,  $\chi^2_{(1, 72)} = 34,77$ ,  $p < 0,05$ . En el grupo de TDPM, se observó una media de casi seis indicadores de interferencia con una intensidad inferior a moderada ( $M = 5,86$ ;  $DT = 1,85$ ) en comparación con el grupo subsíndrome ( $M = 2,03$ ;  $DT = 2,02$ ) y el control ( $M = 0,23$ ;  $DT = 0,59$ ).

Tomando la intensidad general de la interferencia, el TDPM fue significativo,  $F_{(2, 82)} = 54,456$ ,  $p = 0,0001$ , y las diferencias *post hoc* del grupo subsíndrome fueron favorables para el TDPM ( $t_{(72)} = -7,00$ ;  $p = 0,0001$ ). La intensidad media sobre la interferencia fue de casi seis puntos para el grupo de TDPM ( $M = 5,91$ ;  $DT = 2,08$ ) frente a casi tres en los grupos subsindrómico ( $M = 2,73$ ;  $DT = 1,51$ ) y control ( $M = 0,74$ ;  $DT = 0,97$ ).

### 1ª evaluación (estadística inferencial)

Las comparaciones entre los cuatro grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en las medidas generales debido al grupo con TDM (tablas 3 y 4). No hubo diferencias entre grupos relacionados con la menstruación en BAI, BDI, PSWQ y DAS y sus factores ( $p > 0,05$ ).

No se encontraron diferencias significativas en el factor Dependencia emocional del DAS en el grupo de mujeres con TDM en comparación con los otros tres grupos ( $p > 0,05$ ). En el factor Autonomía del DAS, las mujeres deprimidas tenían actitudes significativamente más disfuncionales que los controles,  $t_{(33)} = -2,37$ ,  $p < 0,05$ , pero no diferían del grupo subsindrómico ( $p > 0,05$ ). Tampoco hubo diferencias entre el grupo subsíndrome y el grupo control,  $t_{(41)} = -1,81$ ,  $p > 0,05$ , pero sí entre los grupos subsindrómico y TDPM,  $t_{(72)} = -2,31$ ,  $p < 0,05$ .

**Tabla 3**

ANOVA unidireccional de los grupos: ansiedad física, depresión y ansiedad cognitiva

Variables (instrumentos)	M (DT)	F	F de Levene
Ansiedad física (Inventario de ansiedad de Beck)			
Premenstrual	12,45 (7,63)	13,551 **	--
Subsíndrome	10,25 (6,66)		
Control	4,23 (4,76)	--	2,285
Depresión	22,60 (7,44)		
Depresión (Inventario de depresión de Beck)			
Premenstrual	8,86 (5,58)	36,112 **	--
Subsíndrome	6,43 (5,09)		
Control	2,54 (1,13)	--	5,909**
Depresión	24,05 (6,26)		
Ansiedad cognitiva (Cuestionario de preocupaciones de Penn State)			
Premenstrual	54,52 (11,60)	4,622* *	--
Subsíndrome	53,07 (9,56)		
Control	50,77 (11,48)	--	2,653
Depresión	62,30 (9,69)		

Nota: N= 105; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

**Tabla 4**

Análisis unidireccional de varianza de los grupos en la medida y factores de vulnerabilidad cognitiva (Dependencia, Logro y Autonomía)

DAS y sus subescalas	<i>n</i>	<i>M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>F de Levene</i>
Total				
Premenstrual	44	113,52 (21,71)	8,421**	--
Subsíndrome	28	110,04 (25,56)		
Control	13	94,08 (17,45)	--	2,109
Depresión	20	155,42(34,97)		
Logro				
Premenstrual	44	31,64 (9,50)	24,371**	--
Subsíndrome	28	29,14 (9,06)		
Control	13	24,85 (6,63)	--	1,365
Depresión	20	60,89 (11,26)		
Dependencia				
Premenstrual	44	31,07 (7,65)	3,512	--
Subsíndrome	28	30,50 (8,012)		
Control	13	25,46 (5,52)	--	2,018
Depresión	20	32,89 (7,98)		
Autonomía				
Premenstrual	44	17,27 (4,35)	3,155*	--
Subsíndrome	28	18,32 (4,67)		
Control	13	14,77 (4,38)	--	1,108
Depresión	20	20,05 (5,97)		

Notas: DAS= Escala de actitudes disfuncionales. *N*= 105; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

### 2ª Evaluación (evaluación clínica)

La evaluación clínica mostró que cinco mujeres en el grupo de TDPM cumplieron con los criterios de diagnóstico (5,88% de la muestra,  $n = 85$ ), frente al 51,76% de las participantes que lo autoinformaron. En el grupo subsindrómico, siete participantes cumplían características muy cercanas al TDPM (excepto el criterio A) (8,3% de la muestra,  $n = 85$ ) frente al 32,94% que lo informaron ellas mismas.

### 2ª Evaluación (evaluación prospectiva)

Doce participantes con TDPM o características subsindrómicas, según los criterios BDI y DAS, fueron seguidas durante tres ciclos menstruales consecutivos para la fase folicular o premenstrual. Los resultados (tabla 5) no mostraron diferencias significativas en los síntomas depresivos (BDI) entre las mediciones foliculares y premenstruales en ninguno de los tres ciclos incluidos.

La medida de vulnerabilidad (DAS) no mostró diferencias estadísticamente significativas para el período premenstrual. Sin embargo, casi todos los medios son más pronunciados en la fase premenstrual. Sólo fueron significativos el factor Dependencia (en un ciclo) y el factor Autonomía (en el mismo ciclo).

**Tabla 5**

Chi-cuadrado de Friedman del alcance de la depresión y la vulnerabilidad cognitiva y los factores durante las fases folicular y premenstrual (tres ciclos)

VARIABLES (instrumentos)	Fase folicular M (DT)	Fase premenstrual M (DT)	$\chi^2$
Depresión (BDI)			
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
Vulnerabilidad cognitiva (DAS)			
Total			
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
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
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
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

Notas: BDI= Inventario de depresión de Beck; DAS= Escala de actitudes disfuncionales. N= 12; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

## Discusión

Este estudio intentó estimar la presencia del trastorno disfórico premenstrual (TDPM) en un grupo de mujeres comparando su autodiagnóstico con una evaluación clínica. Se analizaron y compararon los síntomas e intensidad del TDPM y de su forma subsíndrome, determinando sus consecuencias sociolaborales y relacionales. También se analizaron las diferencias entre el grupo con TDPM y un grupo de mujeres con trastorno depresivo mayor (TDM), identificando cualquier posible diferencia en la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, así como para predecir la vulnerabilidad a la depresión en la fase premenstrual.

Según las autoevaluaciones, el 51,76% de las mujeres refirieron padecer indicadores compatibles con el TDPM. La evaluación clínica descartó la mayoría de los casos por no cumplir con los criterios del DSM-5 (APA, 2022), confirmando solo el 5,88% como TDPM y coincidiendo con la incidencia esperada de alrededor del 3-8% (Beddig y Kuehner, 2017; Dennerstein *et al.*, 2009; Ryu y Kim, 2015). Estudios previos han encontrado que los síntomas premenstruales afectan hasta el 90% de las mujeres que menstrúan (Braverman, 2007), que entre el 30 y el 40% de estas mujeres acaban experimentando el síndrome premenstrual (SPM) (Ryu y

Kim, 2015), y que tan solo alrededor del 1,3-5,8% son casos confirmados (APA, 2022). La inconsistencia en las tasas de prevalencia del SPM y el TDPM es bien conocida (Albsoul-Younes *et al.*, 2017; Izadi y Amiri, 2019; Prasad *et al.*, 2021), pero este contraste tan destacado en nuestras cifras podría estar reflejando una sobreestimación de los síntomas premenstruales por parte de las participantes, dando lugar a un sobrediagnóstico y confirmando así la primera hipótesis. Sumando los casos subsindrómicos, la cifra supera incluso el 14%. Es posible que la inclusión de esta categoría en los manuales de diagnóstico haya aumentado la conciencia sobre el TDPM y, por tanto, la probabilidad de que las mujeres identifiquen el TDPM y pregunten a su médico de atención primaria sobre su autodiagnóstico. De hecho, investigaciones han demostrado que las mujeres tienen más probabilidades de patologizar cualquier estado de ánimo y experiencias premenstruales negativas, llegando a sesgar su memoria y creencias sobre sí mismas (Marván *et al.*, 2001), especialmente cuando se les presenta el TDPM como un trastorno médico (Browne, 2014; Nash y Chrisler, 1997). Aunque algunos estudios en la literatura han cuestionado el papel de las expectativas en la sobreestimación de la gravedad de los síntomas del TDPM (Gallant *et al.*, 1992), no se puede descartar que la consideración como un trastorno o patología médica, junto con una mayor autoconciencia de las manifestaciones experimentadas puedan estar jugando ese papel.

A nivel descriptivo, el grupo autodiagnosticado como TDPM destaca en la intensidad de los síntomas de ansiedad, impulsividad, estado de ánimo, irritabilidad y cambios en el apetito. El grupo control mostró menos síntomas en general y menor nivel de gravedad, a excepción de los síntomas físicos, coincidiendo con lo obtenido en otros estudios (Pearlstein *et al.*, 2005; Yan *et al.*, 2021).

Se encontraron diferencias entre los grupos TDPM y su forma subsíndrome en la intensidad media de los síntomas, pero no en la especificidad sintomática, por lo que la segunda hipótesis se confirma parcialmente. El grupo TDPM se diferenció en indicadores cognitivos y motivacionales mostrando mayor pérdida de interés y concentración. La investigación fisiológica ha propuesto un patrón característico del TDPM con una función amigdalal incrementada y una función fronto-cortical disminuida en respuesta a estímulos emocionales, lo que afecta al procesamiento cognitivo y la regulación emocional y conductual (Dubol *et al.*, 2020).

En este estudio, las mujeres con TDPM notaron mayor interferencia general para desarrollar su trabajo, en las relaciones con los demás y una tendencia mayor a evitar situaciones sociales. Esto confirma parcialmente la tercera hipótesis, ya que las mujeres del grupo subsindrómico también experimentaron interferencias importantes en sus actividades sociales, laborales y relacionales. Borenstein *et al.* (2007) descubrieron que las mujeres con síntomas premenstruales de moderados a graves tenían una proporción significativamente mayor de bajas por enfermedad, pérdida de productividad y una gran probabilidad de buscar atención médica. Otro estudio realizado por Hardy y Hardie (2017) analizó la experiencia de 15 mujeres con TDPM en su lugar de trabajo e identificó que los síntomas más comunes que experimentan incluyen dificultad para concentrarse, dudas, paranoia, fatiga, llanto, una mayor sensibilidad hacia el entorno y las personas, arrebatos y encontrar la

interacción social particularmente difícil durante esta fase del período premenstrual.

Por lo tanto, aunque la mayoría de las mujeres que se autodiagnosticaron como TDPM no fueron confirmadas como tales, es obvio que hubo angustia y un fuerte grado de interferencia tanto en el grupo con TDPM como en el grupo subsindrómico. En el contexto de la salud reproductiva, el acceso de las mujeres a una atención médica adecuada se considera difícil (Osborn, Wittkowski *et al.*, 2020), quizás por la tendencia a la sobreestimación observada, provocando una disminución de la atención médica necesaria (Hoffmann y Tarzian, 2001), o una propensión a diagnósticos psicológicos erróneos (Dusenbery, 2018). Esto sugiere la necesidad de más investigación y psicoeducación para que los síntomas premenstruales puedan identificarse con precisión y afrontarse de modo que causen menos interferencia en la vida cotidiana y reduzcan el costo social y laboral.

Un resultado que requiere mayor análisis es la gran interferencia de la fase menstrual en lugar de la fase premenstrual en aspectos como el rendimiento, el absentismo o los días de baja por enfermedad. Un estudio reciente de Li *et al.* (2021) sugiere la importancia de la fatiga mental (no física) durante la fase lútea media, pudiendo provocar mayor riesgo de desregulación emocional y reducir el control sobre cogniciones negativas, repetitivas e inflexibles. Dado que la fatiga subjetiva es una característica transdiagnóstica (p. ej., depresión y ansiedad) (Fuentes-Márquez *et al.*, 2015), estos hallazgos deben replicarse. Es posible que la fatiga interactúe con otras variables, expandiéndose a la fase menstrual e interfiriendo en la actividad sociolaboral.

De acuerdo con otro estudio, es probable que la repercusión económica y la rigidez de la organización del trabajo esté relacionada con estos resultados, especialmente, en contextos con menor flexibilidad laboral o empleo por cuenta ajena (Chawla *et al.*, 2002). La muestra de nuestro estudio contó con una representación significativa de estudiantes universitarios y trabajadores por cuenta propia, por lo que los días de baja laboral y absentismo son más realistas. En dichas condiciones laborales, los síntomas se relacionan más con las verdaderas necesidades de estas mujeres, ya sea permanecer en el trabajo o ausentarse del mismo. Por lo tanto, es posible que se necesiten más mecanismos de concienciación y apoyo a las trabajadoras con esta condición.

Se observó un perfil clínico diferente entre los grupos de estudio sobre la menstruación y las mujeres con TDM en relación con la ansiedad, la cognición y el estado de ánimo, lo que confirma la cuarta hipótesis. La creencia de que el TDPM puede ser simplemente un trastorno depresivo mayor que está incluido en el ciclo menstrual también ha sido refutada en gran medida por las diferencias en los hallazgos neuroendocrinos y en los tiempos de respuesta a los antidepresivos (Endicott *et al.*, 1999).

En cuanto a la vulnerabilidad cognitiva (DAS), la quinta hipótesis se acepta parcialmente, ya que al comparar los grupos de TDPM y TDM, este último sobresale en las medidas. El factor de Logro separa al grupo deprimido de los otros tres. El hallazgo más interesante proviene del factor Autonomía, ya que no hubo diferencias entre los dos grupos relacionados con la menstruación y las mujeres con TDM. La prueba *post hoc* en los grupos TDPM y TDM, sugiere que la

vulnerabilidad relacionada con el sentimiento de indefensión y la falta de control podría ser común y diferente del factor de Logro, que sería más específico de la depresión.

Otros estudios han mostrado que las mujeres con TDPM utilizan estrategias de afrontamiento menos útiles, como la rumia y una mayor atención centrada en sí mismas en respuesta al estrés (Craner *et al.*, 2014, 2015), manifestando que los déficits en las estrategias de regulación de las emociones están relacionados con niveles más altos de síntomas premenstruales en mujeres con TDPM (Dawson *et al.*, 2018). También se ha demostrado que la rumia habitual modera los efectos del ciclo menstrual sobre el estado de ánimo en una muestra no clínica, favoreciendo la irritabilidad hacia el final del ciclo (Welz *et al.*, 2016). En la actualidad, se considera que las fluctuaciones de los esteroides ováricos, en particular la progesterona, son la base fisiopatológica del TDPM (Comasco *et al.*, 2021), por lo que podría darse cierta sensibilidad a los trastornos depresivos mediados por cambios hormonales. Sin embargo, queda por determinar si esta interacción hormona-proceso cognitivo realmente sensibiliza a los trastornos depresivos y cómo habría que manejar estos problemas.

La evaluación prospectiva no reveló ninguna vulnerabilidad específica al TDPM, ni a su forma subsindrómica con respecto a la fase premenstrual, por lo que se descarta la sexta hipótesis. Se observaron cambios en las medidas premenstruales (dos resultados específicos relacionados con el factor Autonomía y Dependencia), aunque insuficientes por estar presentes sólo en un ciclo.

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben ser consideradas. Uno de los principales inconvenientes es el tamaño de la muestra, su procedencia (principalmente estudiantes universitarias) y su edad (mujeres jóvenes). Aunque es cierto que en estas edades tempranas es en las que se empieza a observar el TDPM, es necesario un rango de edad más amplio y, sobre todo, de un mayor número de participantes en cada uno de los grupos. Un mayor número de participantes, incluidas más pacientes con TDM y otros trastornos depresivos, aclararían las características de la vulnerabilidad cognitiva. También sería interesante profundizar en el papel del autoconcepto corporal, las creencias sobre la salud, y determinar con la mayor precisión posible su relación con la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, el afrontamiento de los problemas cotidianos y la calidad de vida. Otra limitación es el diseño en sí, ya que sería más preciso establecer el diagnóstico de TDPM prospectivamente y diversificar las medidas para aclarar la diferencia entre TDPM y TDM. Así, en un estudio longitudinal podría comprobarse si las manifestaciones premenstruales juegan un papel sensibilizador o mediador al TDM, así como verificar el papel de la fatiga, la rumia y cómo conseguir un afrontamiento más eficaz.

Estos resultados implican el impacto de considerar el TDPM como una enfermedad médica, la tendencia natural a la autoobservación y la reacción a los síntomas emocionales vinculados a los cambios hormonales como puntos a considerar desde el punto de vista clínico. Quizás la normalización, más que la patologización, podría contribuir a una mejor atención de las mujeres cuya inestabilidad del estado de ánimo premenstrual es más clara, y tener en cuenta los efectos sobre su funcionamiento.

En conclusión, este estudio encontró una sobreestimación de los síntomas premenstruales por parte de las mujeres dando lugar a un sobrediagnóstico del TDPM. Sin embargo, hubo una consistencia clara en la descripción de la sintomatología en las dos fases del estudio, lo que sugiere que, gran parte de las participantes deben afrontar una serie de experiencias físicas y emocionales, probablemente sin saber cómo hacerlo. Se ratificó la separación entre TDPM y TDM, sugiriendo una posible vulnerabilidad cognitiva a la depresión (concretamente en el factor Autonomía) especialmente en la fase premenstrual, aunque no verificada en los tres ciclos consecutivos analizados. Sugerimos que las mujeres con TDPM pueden verse impedidas de llegar a conseguir un diagnóstico preciso, favoreciendo el estigma asociado a condiciones de salud física y mental. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud puedan distinguir con precisión el TDPM y otros problemas asociados para garantizar que las mujeres con esta afección reciban una intervención adecuada y puedan abordar mejor las manifestaciones subsindrómicas o problemas que puedan surgir.

## Referencias

- Albsoul-Younes, A., Alefishat, E., Farha, R. A., Tashman, L., Hijjij, E. y AlKhatib, R. (2017). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorders among Jordanian women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(3), 348-353. doi: 10.1111/ppc.12252
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.) (DSM-5). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed. Tex. Rev.) (DSM-5-TR). American Psychiatric Association.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper and Row.
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.
- Beddig, T. y Kuehner, C. (2017). Aktuelle aspekte zur prämenstruellen dysphorischen störung – ein überblick [Current aspects of premenstrual dysphoric disorder – a review]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 67(12), 504-513. doi: 10.1055/s-0043-113816
- Beddig, T., Reinhard, I. y Kuehner, C. (2019). Stress, mood, and cortisol during daily life in women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 109, 104372. doi: 10.1016/j.psyneuen.2019.104372
- Borenstein, J. E., Dean, B.B., Leifke, E., Korner, P. y Yonkers, K. A. (2007). Differences in symptom scores and health outcomes in premenstrual syndrome. *Journal of Women's Health*, 16, 1139-1144. doi: 10.1089/jwh.2006.0230
- Bosman, R. C., Jung, S. E., Miloserdov, K., Schoevers, R. A. y aan het Rot, M. (2016). Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 189, 43-53. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.063
- Braverman, P. K. (2007). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(1), 3-12. doi: 10.1016/j.jpog.2006.10.007

- Browne, T. K. (2014). Is premenstrual dysphoric disorder really a disorder? *Journal of Bioethical Inquiry*, 12(2), 313-330. doi: 10.1007/s11673-014-9567-7
- Cerqueira, R. O., Frey, B. N., Leclerc, E. y Brietzke, E. (2017). Vitex agnus castus for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 20(6), 713-719. doi: 10.1007/s00737-017-0791-0
- 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. doi: 10.1097/01.mlr.0000032191.26152.90
- Cohen, L. S., Soares, C. N., Otto, M. W., Sweeney, B. H., Liberman, R. F. y Harlow, B. L. (2002). Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. *Journal of Affective Disorders*, 70(2), 125-132. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00458-x
- Comasco, E., Kopp Kallner, H., Bixo, M., Hirschberg, A. L., Nyback, S., de Grauw, H., Epperson, C. N. y Sundström-Poromaa, I. (2021). Ulipristal acetate for treatment of premenstrual dysphoric disorder: a proof-of-concept randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 178(3), 256-265. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20030286
- Craner, J. R., Sigmon, S. T., Martinson, A. A. y McGillicuddy, M. L. (2014). Premenstrual disorders and rumination. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 32-47. doi: 10.1002/jclp.22007
- Craner, J. R., Sigmon, S. T. y Martinson, A. A. (2015). Self-focused attention in response to laboratory stressors among women with premenstrual disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 18(4), 595-606. doi: 10.1007/s00737-015-0505-4
- Cunningham, J., Yonkers, K. A., O'Brien, S. y Eriksson, E. (2009). Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 120-137. doi: 10.1080/10673220902891836
- Dawson, D. N., Eisenlohr-Moul, T. A., Paulson, J. L., Peters, J. R., Rubinow, D. R. y Girdler, S. S. (2017). Emotion-related impulsivity and rumination predict the perimenstrual severity and trajectory of symptoms in women with a menstrually related mood disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 579-593. doi: 10.1002/jclp.22522
- Dennerstein, L., Lehert, P., Bäckström, T. C. y Heinemann, K. (2009). Premenstrual symptoms - severity, duration and typology: an international cross-sectional study. *Menopause International*, 15(3), 120-126. doi: 10.1258/mi.2009.009030
- Dubol, M., Epperson, C. N., Lanzenberger, R., Sundström-Poromaa, I. y Comasco, E. (2020). Neuroimaging premenstrual dysphoric disorder: a systematic and critical review. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 57, 100838. doi: 10.1016/j.yfrne.2020.100838
- Dusenbery, M. (2018). *Doing harm: the truth about how bad medicine and lazy science leave women dismissed, misdiagnosed, and sick*. HarperOne.
- Endicott, J., Amsterdam, J., Eriksson, E., Frank, E., Freeman, E., Hirschfeld, R., Ling, F., Parry, B., Pearlstein, T., Rosenbaum, J., Rubinow, D., Schmidt, P., Severino, S., Steiner, M., Stewart, D. E. y Thys-jacobs, S. (1999). Is premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? *Journal of Women's Health y Gender-Based Medicine*, 8(5), 663-679. doi: 10.1089/jwh.1.1999.8.663
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1990). *Cuestionario de personalidad E.P.I.* (6ª ed). TEA.
- Fuentes-Márquez, S., Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J. F. y Carrasco-Ortiz, M. A. (2015). Perceived experience of fatigue in clinical and general population: descriptors and associated reactivities. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-8. doi: 10.1017/sjp.2015.11.
- Gallant, S. J., Popiel, D. A., Hoffman, D. M., Chakraborty, P. K. y Hamilton, J. A. (1992). Using daily ratings to confirm premenstrual syndrome/late luteal phase dysphoric

- disorder. Part I. Effects of demand characteristics and expectations. *Psychosomatic Medicine*, 54(2), 149-166. doi: 10.1097/00006842-199203000-00003
- Green, L. J., O'Brien, P. M. S., Panay, N., Craig, M. y on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2017). *Management of premenstrual syndrome. BJOG* 124:e73-e105. doi: 10.1111/1471-0528.14260
- Hardy, C. y Hardie, J. (2017). Exploring premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in the work context: a qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 38(4), 292-300. doi: 10.1080/0167482x.2017.1286473
- Hartlage, S. A., Breaux, C. A. y Yonkers, K. A. (2013). Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM-5. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(01), 70-76. doi: 10.4088/jcp.13cs08368
- Henz, A., Ferreira, C. F., Oderich, C. L., Gallon, C. W., Castro, J. R. S., Conzatti, M., Fleck, M. P. A. y Wender, M. C. O. (2018). Premenstrual syndrome diagnosis: a comparative study between the Daily Record of Severity of Problems (DRSP) and the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 40(1), 20-25. doi: 10.1055/s-0037-1608672
- Hoffmann, D. E. y Tarzian, A. J. (2001). The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine y Ethics*, 29(1), 13-27. doi: 10.1111/j.1748-720x.2001.tb00037.x
- Ingram, R. E., Atchley, R. A. y Segal, Z. V. (2011). *Vulnerability to depression: from cognitive neuroscience to prevention and treatment*. Guilford.
- Izadi, M. y Amiri, S. (2019). Personality characteristics in female students with premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. *Advances in Nursing and Midwifery*, 28(3), 40-45.
- Kleinstäuber, M., Schmelzer, K., Ditzen, B., Andersson, G., Hiller, W. y Weise, C. (2016). Psychosocial profile of women with premenstrual syndrome and healthy controls: a comparative study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(6), 752-763. doi: 10.1007/s12529-016-9564-9
- Li, H. J., Goff, A., Rudzinkas, S. A., Jung, Y., Dubey, N., Hoffman, J., Hipolito, D., Mazzu, M., Rubinow, D. R., Schmidt, P. J. y Goldman, D. (2021). Altered estradiol-dependent cellular Ca<sup>2+</sup> homeostasis and endoplasmic reticulum stress response in premenstrual dysphoric disorder. *Molecular Psychiatry*. doi: 10.1038/s41380-021-01144-8
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vega, M.P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640. doi: 10.1017/S1138741600004637
- 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. doi: 10.1037//0278-6133.20.4.276
- 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.
- Nash, H. C. y Chrisler, J. C. (1997). Is a little (psychiatric) knowledge a dangerous thing?: the impact of premenstrual dysphoric disorder on perceptions of premenstrual women. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 315-322. doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00115.x
- Nogueira Pires, M. L. y Caill, H. M. (2000). Clinical utility of the premenstrual assessment form as an instrument auxiliary to the diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Research*, 94(3), 211-219. doi: 10.1016/s0165-1781(00)00151-7
- Osborn, E., Brooks, J., O'Brien, P. M. S. y Wittkowski, A. (2020). Suicidality in women with premenstrual dysphoric disorder: a systematic literature review. *Archives of Women's Mental Health*, 24(2), 173-184. doi: 10.1007/s00737-020-01054-8

- Osborn, E., Wittkowski, A., Brooks, J., Briggs, P. E. y O'Brien, P. M. S. (2020). Women's experiences of receiving a diagnosis of premenstrual dysphoric disorder: a qualitative investigation. *BMC Women's Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01100-8>
- Pearlstein, T., Yonkers, K. A., Fayyad, R. y Gillespie, J. A. (2005). Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Affective Disorders*, 85, 275-282. doi: 10.1016/j.jad.2004.10.004
- Pilver, C. E., Libby, D. J. y Hoff, R. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder as a correlate of suicidal ideation, plans, and attempts among a nationally representative sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 437-446. doi: 10.1007/s00127-012-0548-z
- Prasad, D., Wollenhaupt-Aguiar, B., Kidd, K. N., de Azevedo Cardoso, T. y Frey, B. N. (2021). Suicidal risk in women with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health*. doi: 10.1089/jwh.2021.0185
- Raffi, E. y Freeman, M. P. (2018). Diagnosis, etiology, and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *DeckerMed Psychiatry*. doi: 10.2310/psych.13018
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M.,... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19. doi: 10.1002/wps.20611
- Reid, R. L. y Soares, C. N. (2018). Premenstrual dysphoric disorder: contemporary diagnosis and management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 215-223. doi: 10.1016/j.jogc.2017.05.018
- Rodríguez-Testal, J.F. (2021). *Registro diario para la disforia premenstrual*. Registro de la propiedad intelectual RTA-02702-2021. Manuscrito Inédito.
- Ryu, A. y Kim, T. H. (2015). Premenstrual syndrome: a mini review. *Maturitas*, 82(4), 436-440. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.08.010
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009) Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122. doi: 10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C. y García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.
- 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(2), 177-191. doi: 10.1016/s0887-6185(02)00243-8
- Soares, C. N. y Zitek, B. (2008). Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 33(4), 331-343.
- Studd, J. (2012). Severe premenstrual syndrome and bipolar disorder: a tragic confusion. *Menopause International*, 18(2), 82-86. doi: 10.1258/mi.2012.012018
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud*, 8, 403-422.
- Weissman, A. y Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale* [Comunicación oral]. The meeting of the association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL, Estados Unidos.

- Welz, A., Huffziger, S., Reinhard, I., Alpers, G. W., Ebner-Priemer, U. y Kuehner, C. (2016). Anxiety and rumination moderate menstrual cycle effects on mood in daily life. *Women y Health*, 56(5), 540-560. doi: 10.1080/03630242.2015.1101739
- Yan, H., Ding, Y. y Guo, W. (2021). Suicidality in patients with premenstrual dysphoric disorder – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 339-346. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.082

RECIBIDO: 24 de junio de 2022

ACEPTADO: 10 de diciembre de 2022