

SÍNDROME PREMENSTRUAL Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL: UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Laura S. Lorenzo



Baliarda



INSERTEC

SERTRALINA

Inserción a la vida

- | Eficacia, tolerabilidad y aceptabilidad en Trastorno Depresivo Mayor.
- | Eficacia y seguridad en el Trastorno Disfórico Premenstrual.
- | Recupera la actividad social del paciente con Ataque de Pánico.
- | Extenso aval científico para su uso como **terapia de 1ª elección** en la depresión y los trastornos de ansiedad.
- | Bajo riesgo de interacciones medicamentosas o acumulación.
- | Opción terapéutica de elección en mujeres en edad fértil y el tratamiento de la depresión posparto.



Fácil titulación • Mayor adherencia
TODAS LAS CONCENTRACIONES



25 mg

Comprimidos x 30



50 mg



100 mg

Comprimidos ranurados x 30 y 60



Para información del prospecto, ingrese a www.baliarda.com.ar/Producto



COBERTURAS SOCIALES

Conozca más sobre las coberturas de nuestros medicamentos escaneando el código QR o ingresando a www.baliarda.com.ar/inclusiones



Baliarda
Vida con salud
www.baliarda.com.ar



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
EL CICLO MENSTRUAL: BREVE REPASO DE SU FISIOLOGÍA	4
EL SÍNDROME PREMENSTRUAL: EL EXTREMO CASI “NORMAL”	5
EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL: EL LADO FERROZ	6
LAS EXACERBACIONES Y LAS COMORBILIDADES: UN ENTRAMADO DIFÍCIL	6
LA FISIOPATOLOGÍA: COMPLEJIDADES Y VULNERABILIDADES	8
LA PERSPECTIVA CLÍNICA	9
TRATAMIENTO	9
CONCLUSIONES	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

SÍNDROME PREMENSTRUAL Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL: UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Laura S. Lorenzo

Médica especialista consultora en psiquiatría
(Colegio de Médicos Distrito I La Plata).

Vicepresidente del Capítulo de Salud Mental y Psiquiatría
Perinatal (APSA).

Presidente honoraria del Capítulo de Psicofarmacología (APSA).

Docente en el Instituto Superior de Formación de
Postgrado de APSA.

Docente en Psiquiatría Perinatal
(Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal).

SÍNDROME PREMENSTRUAL Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL: UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Laura S. Lorenzo

Introducción

La vida fértil femenina (en todo el texto los términos “mujer” y “femenino” hacen referencia al sexo biológico cromosómico) está acompañada por un conjunto de eventos hormonales que se repiten periódicamente y que tienen como objetivo preparar el sistema para la oportunidad reproductiva. El ciclo menstrual renueva cada vez la disponibilidad de óvulos y endometrio aptos para generar un nuevo ser, es decir, las condiciones para la reproducción de la especie.

En este proceso reiterado a lo largo de la edad reproductiva, muchas mujeres dan cuenta de molestias físicas, cambios psicológicos y alteraciones conductuales de distinta intensidad que comienzan luego de la ovulación durante la fase lútea y se resuelven con el inicio de la menstruación.

En la mayoría de las mujeres, estos *síntomas premenstruales* son leves y desaparecen en pocos días sin grandes dificultades. Cerca de la mitad pueden presentar síntomas más intensos e incapacitantes que, aunque no sean motivo de consulta, son registrados y padecidos. Esto se conoce como *síndrome premenstrual*. Pero un porcentaje menor sufre una condición con importante impacto funcional y alteración afectiva denominada *trastorno disfórico premenstrual*. Además, el premenstruo puede asociarse a *exacerbación* de síntomas de trastornos psiquiátricos preexistentes, hecho que resulta en un panorama diagnóstico todavía más complejo considerando la elevada *comorbilidad* entre trastornos menstruales y psiquiátricos.

Las molestias asociadas al ciclo menstrual han sido registradas a lo largo de la historia desde Hipócrates (600 A.C.). La presencia de alteraciones de humor además de físicas durante la fase lútea ha llevado a cuestionamientos en torno al concepto del malestar premenstrual, el que ha sido considerado desde una queja exagerada y sin fundamento hasta una condición de “emocionalidad patológica de las mujeres” por el sólo hecho de tener ciclo menstrual (Eriksson y cols., 2002; King, 2020).

Afortunadamente, las investigaciones están colaborando para tratar de comprender esta condición. Se reconoce que el movimiento hormonal cíclico impacta a nivel cerebral, pero aún no se ha podido establecer con certeza por qué algunas mujeres padecen estas formas de mayor intensidad sintomática y deterioro funcional, mientras que otras, sólo presentan síntomas leves. Si los síntomas son severos e incapacitantes, las mujeres pasarán la mitad del mes en esta situación. Al repetirse cada mes, el padecimiento representará probablemente la mitad de cada año de vida fértil, si no resulta identificado y tratado.

En este texto se recordará brevemente la fisiología del ciclo menstrual. Se revisarán aspectos de la definición, diagnóstico y prevalencia del síndrome premenstrual y del trastorno disfórico premenstrual. Como posibles entidades dentro de un continuo se hará un breve recorrido sobre las principales hipótesis fisiopatológica y, desde la perspectiva clínica, se describirán formas de presentación y potenciales comorbilidades a detectar en la práctica asistencial, para terminar con una breve revisión de aspectos de tratamiento.

El ciclo menstrual: breve repaso de su fisiología

La menarca, primera menstruación, marca el inicio de la vida fértil y la capacidad reproductiva en las mujeres. Sucede entre los 10 y 16 años, con una edad promedio establecida en los 12,4 años. A partir de allí y con una frecuencia en promedio de 28 días (rango 21 a 25 días), el complejo proceso del ciclo hormonal femenino dará lugar a la menstruación, desprendimiento de la capa funcional del endometrio uterino que ocurre cuando la ovulación no es seguida por la fecundación. La mayoría de los períodos menstruales duran entre 3 y 7 días, y, excluyendo los periodos de embarazo, se repetirán hasta la menopausia (Lacroix y cols., 2023).

Este ciclo está regulado por la interacción de hormonas hipotalámicas, hipofisarias y ováricas. Suele dividirse en fases, considerando lo que sucede a nivel ovárico y uterino.

En un ciclo de 28 días, del día 1 al 13 se desarrolla la fase folicular, el día 14 se produce la ovulación, y del día 15 al 28 se establece la fase lútea que culmina con la menstruación. En el útero, los cambios a lo largo del ciclo dan lugar a una fase proliferativa coincidente con la fase folicular, una fase secretora que se corresponde con la fase lútea, y una fase menstrual. En el *Cuadro 1* se ilustra la correspondencia entre las fases de ambos ciclos.

Fase folicular y proliferativa

Estas fases corresponden a la maduración de los folículos ováricos y la proliferación del endometrio respectivamente. Comienza el día 1 del ciclo menstrual y finaliza con la ovulación.

La hipófisis secreta la hormona folículo estimulante (FSH) que estimula la maduración de folículos primordiales en los folículos de Graaf y promueve la producción de 17-β estradiol e inhibina B en el ovario. A medida que los folículos crecen, producen estrógenos. Un folículo se vuelve dominante y sigue creciendo, mientras que los demás se degeneran. Los niveles crecientes de estrógenos envían una señal al hipotálamo y la hipófisis, preparando el escenario para la ovulación. La FSH induce el desarrollo de receptores de hormona luteinizante (LH) dentro del folículo dominante.

En el útero, luego de producida la menstruación en los primeros días de esta fase, comienza la proliferación y crecimiento del endometrio estimulado por el 17-β estradiol proveniente de los folículos en crecimiento.

Ovulación

Al final de la fase proliferativa, los elevados niveles de estradiol generan distintas señales hipofisarias desencadenando un complejo proceso que determina un aumento repentino y marcado en los niveles de LH, acompañado de una elevación de la FSH. Esto desencadena la ruptura del folículo dominante y la liberación del óvulo maduro desde el ovario hacia la trompa de Falopio.

Fase lútea y secretora

Esta fase comienza con la ovulación y termina con el inicio de la menstruación. Habitualmente dura 14 días y suele ser bastante constante entre personas. El folículo roto se transforma en cuerpo lúteo, que produce grandes cantidades de progesterona y, en menor medida, estrógenos. La progesterona estimulada por la LH prepara el endometrio, volviéndolo más glandular

Cuadro 1. Correspondencia de las fases de los ciclos ovárico y uterino.

	Día 1 a 5	Día 6 a 13	Día 14	Día 15 a 28
Ciclo ovárico	Fase folicular		Fase ovulatoria	Fase lútea
Ciclo uterino	Menstruación	Fase proliferativa		Fase secretora
	FASE FOLICULAR Y PROLIFERATIVA		FASE LUTEA Y SECRETORA	

y secretor, para la posible implantación de un óvulo fecundado. Si esto sucede, el óvulo fecundado libera gonadotropina coriónica humana (hCG) estimulando el cuerpo lúteo para mantener la producción de progesterona. Si no hay fecundación e implantación, el cuerpo lúteo degenera y provoca una caída drástica en los niveles de estrógenos y progesterona desencadenando la menstruación (Thiyagarajan y cols., 2024).

El síndrome premenstrual: el extremo casi “normal”

El ciclo menstrual se asocia a un conjunto de síntomas somáticos y psicológicos, en particular durante la fase lútea, que pueden durar desde pocos días hasta dos semanas, y suelen desaparecer con el inicio de la menstruación. Incluyen cambios en el apetito, aumento de peso, dolor abdominal, dolor de espalda, lumbalgia, dolor de cabeza, hinchazón y sensibilidad en las mamas, náuseas, estreñimiento, ansiedad, irritabilidad, ira, fatiga, inquietud y cambios de humor (Gudipally y cols., 2023).

Algunos de estos síntomas de intensidad leve y sin interferencia en el funcionamiento cotidiano aparecen con elevada frecuencia, entre un 80 %

y 90 %, en muestras comunitarias (Angst y cols., 2001), mientras que formas más severas e incapacitantes han sido reportadas con una prevalencia puntual entre el 20 % y 30 % (Yonkers y Simoni, 2018).

Desde hace tiempo se viene intentando definir este constructo entendido como síndrome premenstrual. Diversas asociaciones han propuesto criterios de diagnóstico que permitan establecer la condición para proponer un tratamiento. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) establece la presencia de al menos un síntoma afectivo y uno somático que provoquen disfunción social, académica o laboral. Los síntomas deben ser cíclicos, comenzar luego de la ovulación y resolverse luego del comienzo de la menstruación. Además deben ser registrados de forma prospectiva por al menos dos ciclos (Hofmeister y cols., 2016).

La lista de los síntomas a evaluar para el diagnóstico se muestra en el Cuadro 2.

Según una revisión sistemática que incluyó 17 estudios de distintos países, la prevalencia global de mujeres afectadas por este síndrome asciende al 47,8 % (Direkvand-Moghadam y cols., 2014). No obstante, debido a la diversidad de las herramientas de medición utilizadas y a las

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para el síndrome premenstrual (según ACOG).

Síntomas afectivos	Síntomas somáticos
Estallidos de ira	Distensión abdominal
Ansiedad	Sensibilidad o tensión mamaria
Confusión	Dolor de cabeza
Depresión	Dolor articular o muscular
Irritabilidad	Hinchazón de las extremidades
Aislamiento social	Aumento de peso

- Al menos un síntoma afectivo y uno somático
- Durante los 5 días previos a la menstruación en los últimos 3 ciclos consecutivos
- Deben resolverse dentro de 4 días a partir de la menstruación
- Producen alguna forma de interferencia en actividades habituales

Para realizar el diagnóstico el registro de síntomas debe hacerse de modo prospectivo durante dos ciclos consecutivos

muestras pequeñas en algunos estudios, los autores destacan la necesidad de avanzar en estas investigaciones. En una muestra local, la prevalencia de síndrome premenstrual, definido como la presencia de más de 4 síntomas y la limitación de las actividades de la vida diaria de forma moderada a invalidante, fue del 38,4 % (Montú y Jofre, 2020).

En resumen, el síndrome premenstrual es frecuente, afecta la funcionalidad y no suele ser motivo de consulta en psiquiatría sino que mayormente resulta relevado en la consulta ginecológica. Pero si los síntomas emocionales representan la mayor parte del malestar, es posible que se derive la consulta a psiquiatría.

El trastorno disfórico premenstrual: el lado feroz

Como se mencionara arriba, los síntomas premenstruales incluyen síntomas anímicos, conductuales y físicos que se presentan cíclicamente antes de la menstruación y desaparecen durante la misma. La mayoría de las mujeres solo experimentan molestias leves y los síntomas no interfieren con su vida personal, social o profesional; sin embargo, entre el 5 % y el 8 % de las mujeres presentan síntomas de moderados a graves que pueden causar malestar significativo y deterioro funcional (Yonkers y cols., 2008).

Aunque los síntomas premenstruales se reconocen desde hace mucho tiempo, los criterios diagnósticos se han especificado recientemente. La nomenclatura de los trastornos premenstruales ha cambiado a lo largo de los años, pasando de “mal humor menstrual”, en el siglo XVIII, a “tensión premenstrual”, a principios del siglo XIX y, finalmente, al “síndrome premenstrual” en la década de 1950. El “trastorno disfórico lúteo tardío”, ahora conocido como trastorno disfórico premenstrual (TDPM), representa la forma más grave del síndrome premenstrual, con el mayor deterioro del funcionamiento y la calidad de vida de las mujeres, lo que a menudo las impulsa a buscar tratamiento. Cualquier persona con ovarios puede padecerlo, incluidas las personas transgénero (Mishra y cols., 2023).

El término trastorno disfórico premenstrual fue incluido en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*, 4ª edición (DSM-IV), en la sección de trastornos a investigar y recién en la 5ª edición (American Psychiatric Association, 2013) apareció como categoría diagnóstica dentro de los trastornos depresivos. Esto destaca una diferencia con el síndrome premenstrual, ya que son necesarios 5 síntomas de 11, y debe haber al menos un síntoma afectivo o emocional. En el *Cuadro 3* se exponen los criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno disfórico premenstrual.

A partir de la definición más precisa de los criterios diagnósticos, un metaanálisis reciente ubicó la prevalencia combinada de los estudios incluidos en 3,2 % para diagnóstico confirmado y 7,7 % si era provisional, sugiriendo una posible sobreestimación en función del método de evaluación cuando el registro no se realiza en forma prospectiva, tal como dice el DSM-5 (Reilly y cols., 2024).

En síntesis, el TDPM constituye una condición poco frecuente pero muy incapacitante asociada con el ciclo reproductivo en las mujeres. Esto representa una repetición mensual de malestar de alto impacto funcional y sobre la calidad de vida, que debe ser reconocido, diagnosticado y tratado.

Las exacerbaciones y las comorbilidades: un entramado difícil

Un desafío clínico clave es distinguir el síndrome premenstrual o el trastorno disfórico premenstrual de la exacerbación premenstrual de una afección psiquiátrica preexistente. Si bien ambos implican un empeoramiento premenstrual de los síntomas del estado de ánimo, los síntomas de los primeros deberían resolverse o atenuarse luego de la menstruación, mientras que la exacerbación representaría un empeoramiento de la condición preexistente que podría persistir a lo largo de todo el ciclo menstrual. En el primer caso se considera una comorbilidad y en el segundo, una condición de agravamiento de la enfermedad de base en relación al ciclo menstrual.

Cuadro 3. Criterios diagnósticos para el trastorno disfórico premenstrual.

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, deben presentarse al menos cinco síntomas en la última semana antes del inicio de la menstruación, comenzar a mejorar a los pocos días del inicio de la menstruación y volverse mínimos o inexistentes en la semana posterior a la menstruación.

B. Debe presentarse uno (o más) de los siguientes síntomas:

1. Labilidad afectiva marcada (p. ej., cambios de humor; sentirse repentinamente triste o con ganas de llorar, o mayor sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad o ira marcadas o aumento de conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo depresivo marcado, sentimientos de desesperanza o pensamientos autocríticos.
4. Ansiedad, tensión marcada o sensación de estar nerviosa.

C. Debe presentarse además uno (o más) de los siguientes síntomas, para alcanzar un total de cinco síntomas al combinarse con los síntomas del Criterio B mencionado anteriormente.

1. Disminución del interés en las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva para concentrarse.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o marcada falta de energía.
4. Cambios marcados en el apetito; comer en exceso; o antojos de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de agobio o descontrol.
7. Síntomas físicos como sensibilidad o hinchazón en los senos, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.

NOTA: Los síntomas de los Criterios A a C deben haberse presentado en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian con malestar clínicamente significativo o interferencia con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o el hogar).

E. El trastorno no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos trastornos).

F. El Criterio A debe confirmarse mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

NOTA: El diagnóstico puede realizarse provisionalmente antes de esta confirmación.

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Con respecto a la comorbilidad, un metanálisis reciente mostró alta prevalencia combinada para el síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual con trastornos afectivos (47 %), y para el TDPM con trastornos bipolares (29 %). Esto destaca la necesidad de mayor investigación en relación a la clínica y la neurobiología de estas condiciones (Benji y cols., 2025).

En una revisión previa y usando los criterios para diagnóstico de TDPM propuestos en el DSM-IV, se halló también elevada comorbilidad con depresión, trastorno bipolar y trastornos de ansiedad (Kim y cols., 2004).

La exacerbación o agravamiento premenstrual es una condición clínica relacionada con el ciclo menstrual que puede afectar a mujeres que presentan trastornos psiquiátricos preexistentes como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención e hiperactividad

y esquizofrenia. Se presenta como un marcado empeoramiento de los síntomas de la enfermedad de base durante la fase lútea y persistencia con menor intensidad durante todo el ciclo. Se trata de una condición recientemente relevada que requiere mayor investigación. En una aproximación fisiopatológica se supone que las fluctuaciones hormonales cíclicas impactarían sobre circuitos de neurotransmisión serotoninérgicos, gabaérgicos y dopaminérgicos sensibles, generando la exacerbación sintomática. Para el manejo de esta condición se proponen ajustes en los tratamientos psicofarmacológicos de base (Kulkarni y Mu, 2025).

La fisiopatología: complejidades y vulnerabilidades

Como los síntomas premenstruales no surgen antes de la menarca, en el embarazo o en la postmenopausia, se considera que las fluctuaciones hormonales cíclicas de la etapa reproductiva son el factor principal de consulta. No obstante, no parece ser una cuestión limitada sólo a más o menos hormonas: evidencias recientes sugieren que los patrones de liberación de hormonas reproductivas y sus niveles periféricos son normales y similares en mujeres con y sin síndrome o trastorno disfórico premenstrual. Entonces, algunas teorías proponen que la aparición de síntomas clínicamente relevantes estaría asociada con una modalidad de respuesta patológica en algunas mujeres frente a las oscilaciones hormonales.

Dada la relación directa con las fluctuaciones de estrógeno y progesterona de manera cíclica y recurrente, los esteroides sexuales y, en especial la progesterona, han sido considerados intervinientes en la fisiopatología de este trastorno. Distintas teorías han relacionado los síntomas con la caída de progesterona en la fase lútea, con el pico preovulatorio de estradiol y el postovulatorio de progesterona, o una combinación de ambos. Pero ninguna llega a explicar completamente las diversas presentaciones clínicas (Yonkers y cols., 2008; Mishra y cols., 2023).

La presencia de receptores de progesterona en áreas cerebrales relacionadas con funciones

cognitivas y procesamiento emocional orientan a considerar variaciones en la sensibilidad de respuesta cerebral a estas fluctuaciones (Yonkers y Simoni, 2018). Esta mayor tendencia a la disforia, como resultado de los efectos de los esteroides sexuales en el cerebro, podría ser hereditaria, como sugieren estudios en gemelos.

Otros posibles factores de riesgo del síndrome premenstrual son el índice de masa corporal elevado, el estrés y los eventos traumáticos (Yonkers y cols., 2008).

También se han vinculado sistemas de neurotransmisión centrales sobre los que actúan los esteroides sexuales, como otros aspectos de las explicaciones fisiopatológicas para los trastornos premenstruales. La serotonina es un neurotransmisor central que ha demostrado su participación en la regulación del estado de ánimo, la ansiedad y el comportamiento.

Los esteroides sexuales y sus receptores abundan en muchas regiones cerebrales que regulan las emociones y el comportamiento, como la amígdala, y modulan la transmisión de serotonina (Yonkers y Simoni, 2018).

La neurotransmisión mediada por el ácido gamma aminobutírico (GABA) constituye el principal sistema inhibitorio en el sistema nervioso central. Uno de sus receptores, el GABA-A estaría relacionado con una nueva hipótesis sobre la posible fisiopatología del síndrome y del trastorno disfórico premenstrual. Este receptor es sensible a la modulación alostérica positiva de un potente neuroesteroide, la alopregnanolona, metabolito de la progesterona. La acción moduladora se traduce en un aumento de la neurotransmisión que genera un efecto ansiolítico. La alopregnanolona y la progesterona oscilan de manera similar en la fase lútea: ascenso postovulatorio y caída premenstrual. Se ha propuesto que las mujeres con síndrome premenstrual o TDPM podrían tener una sensibilidad particular, bimodal y paradójica, de los receptores GABA-A frente a distintas concentraciones de alopregnanolona: en concentraciones altas sería ansiolítica y en concentraciones bajas produciría ansiedad e irritabilidad. En modelos animales se ha demostrado que la alopregnanolona produce toleran-

cia, al igual que las benzodiacepinas, sobre los receptores GABA-A. Esto sugiere otra línea de investigación que implicaría aspectos directamente relacionados con el receptor (Bixo y cols., 2025).

En resumen, la información acerca de la fisiopatología, tanto del síndrome premenstrual como del trastorno disfórico premenstrual, sugiere una forma de respuesta patológica y una mayor sensibilidad a las oscilaciones hormonales, en especial de la progesterona. Esta modalidad particular de respuesta impactaría sobre la neurotransmisión serotoninérgica y gabaérgica, permitiendo acercar cierta comprensión sobre los síntomas afectivos y conductuales característicos de estos cuadros.

La perspectiva clínica

Como se mencionara antes, casi la mitad de las mujeres en edad fértil podrían presentar síndrome premenstrual con impacto en la vida cotidiana y un porcentaje menor podrían padecer un trastorno disfórico premenstrual con marcado deterioro funcional y de su calidad de vida.

El primer paso en el proceso de identificación de esta problemática es preguntar acerca de la vida reproductiva de cada paciente mujer de manera sistemática en las consultas. Dada la elevada comorbilidad con trastornos del ánimo y de ansiedad, es posible que una paciente que consulta por depresión o ansiedad refiera síntomas psicológicos o conductuales premenstruales. Allí habrá que establecer si se trata de una exacerbación de la condición de base o de una comorbilidad con síndrome premenstrual o TDPM. El aspecto principal a tener en cuenta es la duración de los síntomas y el grado de incapacidad. Si se trata de comorbilidad y la paciente está estable en su patología de base, los síntomas y la incapacidad funcional deberían limitarse a la fase lútea, recuperando la condición clínica previa al final del ciclo. En caso de exacerbación, el agravamiento sintomático será más marcado en la fase lútea pero persistirá aún en menor intensidad durante todo el ciclo.

Ya sea para diferenciar esto o para realizar el diagnóstico según criterios del DSM-5, el siguiente paso será el registro prospectivo de síntomas. Para que resulte accesible y práctico, una tabla simple con la lista de síntomas a cuantificar por día, marcando el día que comienza la menstruación es un modo sencillo y útil para ubicar la cronología del malestar. A modo de ejemplo se incluye una tabla propuesta por Burt y Hendrick. La realización de este registro durante dos o tres meses consecutivos permitirá identificar la fluctuación de los síntomas, su intensidad y la distribución temporal, contribuyendo a una mirada clínica más amplia.

El tercer paso en la perspectiva clínica es determinar si los síntomas corresponden a un trastorno disfórico premenstrual, un síndrome premenstrual o sólo son síntomas leves. Las características de estas presentaciones se han desarrollado más arriba. Un resumen de las mismas se puede ver en el *Cuadro 4*.

Considerando la situación de consulta psiquiátrica, un esquema para organizar la perspectiva clínica de detección y diagnóstico se ofrece en la *Figura 1*.

Tratamiento

Si bien lo más frecuente en la consulta psiquiátrica es encontrar exacerbaciones premenstruales, síndrome disfórico o TDPM, en comorbilidad con la condición por la que la mujer ha requerido atención y tratamiento, en ocasiones se puede presentar alguno de estos cuadros como motivo de consulta.

En el caso de la exacerbación premenstrual de un trastorno psiquiátrico preexistente, como se mencionara antes, el tratamiento se orienta a ajustar el abordaje psicofarmacológico ya indicado (Kulkarni y Mu, 2025).

Los tratamientos disponibles para el síndrome premenstrual y el TDPM abarcan distintos tipos de abordajes farmacológicos y no farmacológicos.

Tabla 1. Trastorno disfórico premenstrual. Registro prospectivo de los síntomas.

Tabla para el registro prospectivo de los síntomas

Severidad

0 = nada

1 = leve

2 = moderado

3 = severo

Mes:

Síntomas	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	29	30	31
Ánimo depresivo																															
Labilidad afectiva																															
Irritabilidad o enojo																															
Pérdida de interés																															
Dificultad para concentrarse																															
Falta de energía																															
Cambio en el apetito																															
Hipersomnia/insomnio																															
Sensación de estar descontrolada																															
Síntomas físicos																															
Otros																															

Instrucciones:

1- Escribir el mes.

2- Consignar la presencia de los síntomas usando la escala de severidad en cada día del mes.

3- Marcar con un círculo el primer día de la menstruación.

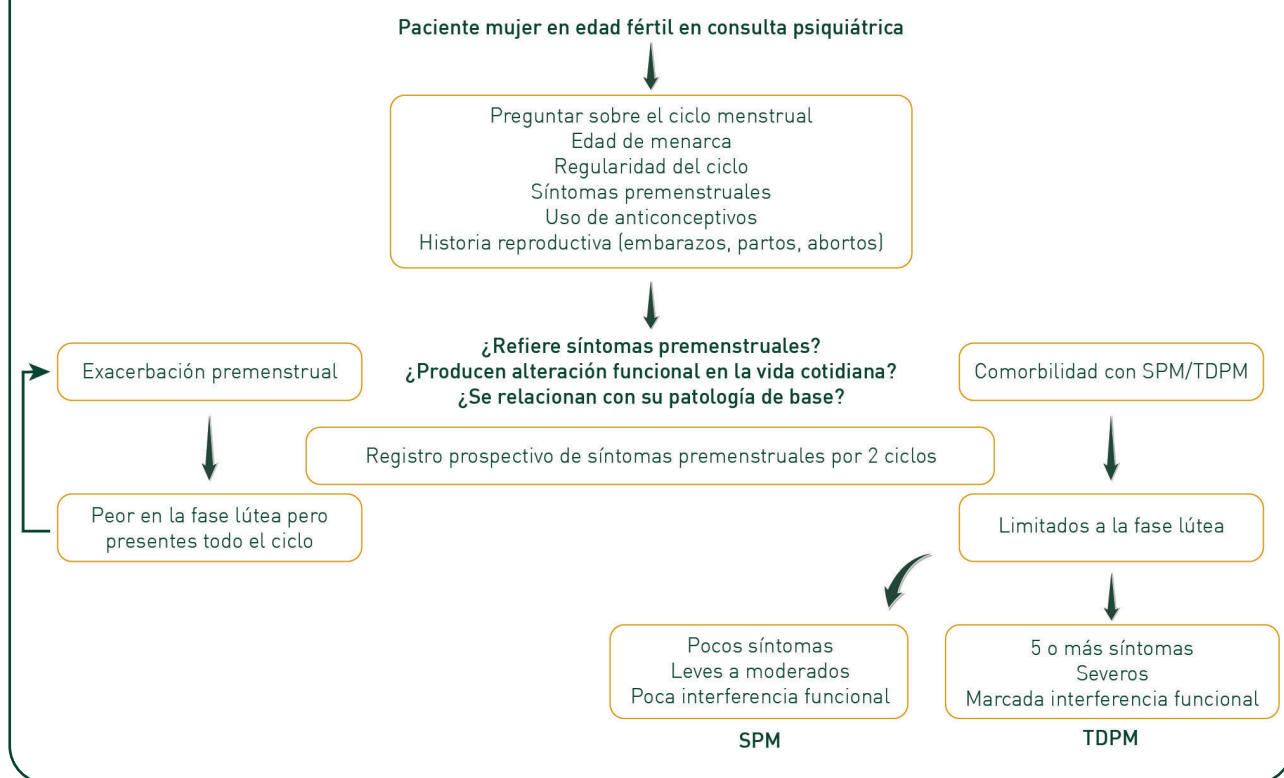
Burt VK, Hendrick VC: Women's Mental Health. American Psychiatric Publishing Inc., 2001.

Cuadro 4. Aspectos clínicos de los síntomas del síndrome y del trastorno disfórico premenstrual.

	Síntomas premenstruales	Síndrome premenstrual (*)	Trastorno disfórico premenstrual (**)
Frecuencia	80 % a 90 %	20 % a 47,8 %	3,2 % a 7,7 %
Síntomas	Cualquier síntoma de los mencionados para el síndrome premenstrual, de intensidad leve y duración mínima.	Afectivos Estallidos de ira. Ansiedad. Confusión. Depresión. Irritabilidad. Aislamiento social.	Criterio B Labilidad afectiva. Irritabilidad. Depresión. Ansiedad.
		Somáticos Distensión abdominal. Sensibilidad o tensión mamaria. Dolor de cabeza. Dolor articular o muscular. Hinchazón de las extremidades. Aumento de peso.	Criterio C Disminución del interés en las actividades. Dificultad para concentrarse. Letargo o falta de energía. Cambios marcados en el apetito. Alteraciones del sueño Sensación de agobio o descontrol. Síntomas físicos.
Pautas para el diagnóstico (***)	Sin interferencia funcional, referido como molestias premenstruales mínimas.	1 síntoma de cada grupo. Alguna interferencia funcional.	5 síntomas (al menos 1 de cada criterio). Marcada interferencia funcional.

(*) según ACOG; (**) según DSM-5; (***) En todos los casos los síntomas deben registrarse en forma prospectiva por al menos 2 meses consecutivos, durante la fase lútea y resolverse en la menstruación.

Figura 1. Perspectiva clínica para detección y diagnóstico de síndrome premenstrual (SPM) y trastorno disfórico premenstrual (TDPM) en pacientes en consulta psiquiátrica



Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son, actualmente, la primera línea de tratamiento para el TDPM. Diversos estudios han mostrado reducción de los síntomas con el uso de fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram, de manera continua o limitados a la fase lútea.

A diferencia de la latencia de respuesta a estos fármacos en el tratamiento de la depresión o ansiedad, en el trastorno disfórico premenstrual el comienzo de acción es rápido, en pocos días hasta 4 semanas. Esto se debe a que el aumento de la disponibilidad de serotonina ejerce un efecto directo sobre la modulación de la neurotransmisión, lo que se relaciona con el alivio sintomático. En función de este mecanismo se ha comprobado eficacia con la administración llamada “intermitente”, es decir, sólo durante la segunda mitad del ciclo (Modzelewski y cols., 2024).

Para el uso intermitente los ISRS se indican desde 14 días antes de la fecha probable de menstruación hasta el comienzo de ésta; tam-

bién pueden organizarse esquemas combinados, con una dosis baja durante todo el ciclo y un incremento en la fase lútea. La ventaja del tratamiento intermitente radica en una mejor adherencia al mismo, en caso de presentarse efectos colaterales (Tiranini y cols., 2020). No obstante, una revisión reciente mostró que la toma continua podría ser más eficaz que la intermitente (Jespersen y cols., 2024).

Las dosis que han demostrado eficacia son similares a las utilizadas para tratar otras condiciones como depresión o trastornos de ansiedad: fluoxetina 20 mg, sertralina 50 a 100 mg, paroxetina 10 a 20 mg, escitalopram 10 a 20 mg (Carlini y Deligiannidis, 2021).

Los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN) tales como venlafaxina y duloxetina cuentan con una limitada evidencia de eficacia, pero podrían utilizarse como segunda línea (Biggs y cols., 2025).

En cuanto a los tratamientos hormonales, el uso de estrógenos en forma continua no ha demostrado eficacia, mientras que la anticoncepción hormonal combinada de drospirenona y etinilestradiol en un esquema de 4 días libres en lugar de 7, ha mostrado eficacia sobre los síntomas somáticos y afectivos (Tiranini y cols., 2022). Otras combinaciones sólo han producido una disminución de síntomas somáticos (Biggs y cols., 2025).

Un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina, leuprolide, podría considerarse una tercera línea de tratamiento para suprimir la ovulación en casos de trastorno disfórico premenstrual severo y refractario (Biggs y cols., 2025).

La evidencia en relación a la alopregnanolona en la fisiopatología del TDPM ha impulsado la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos orientados a actuar sobre este sistema. La sepranolona, un antagonista de la alopregnanolona, se encuentra en estudio de fase II en una muestra de mujeres con trastorno disfórico premenstrual. La administración a lo largo de un ciclo menstrual mostró una reducción significativa de los síntomas comparada con placebo (Carlini y Deligiannidis, 2021).

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos, la terapia cognitivo conductual se ha asociado a una reducción de los síntomas somáticos y afectivos. La actividad física ha sido estudiada como tratamiento para el síndrome premenstrual. Un metaanálisis de siete ensayos controlados mostró que el ejercicio físico reduce significativamente los síntomas somáticos y psicológicos en mujeres con síndrome premenstrual. No obstante, las diferencias entre los regímenes de ejercicios dificultan la comparación (Pearce y cols., 2020).

Conclusiones

El ciclo menstrual expone a las mujeres en edad fértil a presentar síntomas somáticos, afectivos y conductuales de distinta magnitud e impacto funcional. Se han descrito el síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual como entidades definidas para su reconocimiento y abordaje. Las mismas presentan una importante comorbilidad con trastornos psiquiátricos, en especial trastornos del ánimo y de ansiedad. Aunque también pueden aparecer exacerbaciones de estas patologías durante el ciclo menstrual.

Si bien la fisiopatología no está completamente establecida, las evidencias actuales sitúan las fluctuaciones hormonales y una particular susceptibilidad a una respuesta patológica como posible mecanismo implicado. En especial en relación a la progesterona, la alopregnanolona y los sistemas de neurotransmisión centrales mediados por serotonina y GABA a través de la neuromodulación cerebral.

Desde una perspectiva clínica resulta fundamental preguntar acerca de molestias relacionadas al ciclo menstrual, registrarlas de manera prospectiva y establecer el grado de interferencia funcional asociada. Este abordaje tiene como objetivo identificar y tratar el problema.

Las opciones de tratamiento farmacológico incluyen los ISRS como primera línea, seguidos de anticonceptivos orales (preferentemente la combinación de drospirenona y etinilestradiol), y la supresión de la función ovárica con leuprolide en casos refractarios. Como opciones no farmacológicas, la terapia cognitivo conductual y la actividad física regular son recursos efectivos.

En el *Cuadro 5* se presentan algunas sugerencias y recomendaciones para la práctica clínica.

Cuadro 5. Sugerencias y recomendaciones para detección y abordaje de trastornos premenstruales.

Considerar la posibilidad de síntomas premenstruales de potencial impacto funcional en todas las mujeres en edad fértil.

Relevar el malestar y la incapacidad asociados como parte de la presentación clínica, con la magnitud de impacto referida por la paciente.

Abordar su detección de modo prospectivo para determinar el diagnóstico de síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual, como entidad única o en comorbilidad con trastornos psiquiátricos.

De ser necesario, revisar opciones de tratamiento específico y controlar las exacerbaciones en pacientes en tratamiento psiquiátrico previo.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Angst, J., Sellaro, R., Merikangas, K. R., Endicott, J. (2001). The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand.*; 104:110–6.
- Bengi, D., Strawbridge, R., Drorian, M., Juruena, M. F., Young, A., Frey, B. N., & Yalin, N. (2025). A systematic review and meta-analysis on the comorbidity of premenstrual dysphoric disorder or premenstrual syndrome with mood disorders: prevalence, clinical and neurobiological correlates. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 1–14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.133>
- Bixo, M., Stiernman, L., & Bäckström, T. (2025). Neurosteroids and premenstrual dysphoric disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.103>
- Burt, V. K., Hendrick, V. C. (2001). Women's Mental Health. American Psychiatric Publishing Inc.
- Carlini, S. V., & Deligiannidis, K. M. (2020). Evidence-Based Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Concise Review. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(2), 19ac13071. <https://doi.org/10.4088/JCP.19ac13071>
- Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., Kai-khavandi, S. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study, *J Clin of Diagn Res*. 8(2), 106-109.
- Eriksson, E., Andersch, B., Ho, H. P., Landén, M., & Sundblad, C. (2002). Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoria. *The Journal of clinical psychiatry*, 63 Suppl 7, 16–23.
- Gudipally PR, Sharma GK. Premenstrual Syndrome. [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560698/>
- Hofmeister, S., & Bodden, S. (2016). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American family physician*, 94(3), 236–240.
- Jespersen, C., Lauritsen, M. P., Frokjaer, V. G., & Schroll, J. B. (2024). Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), CD001396. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001396.pub4>
- Kim, D. R., Gyulai, L., Freeman, E. W., Morrison, M. F., Baldassano, C., & Dubé, B. (2004). Premenstrual dysphoric disorder and psychiatric co-morbidity. *Archives of women's mental health*, 7(1), 37–47. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0027-3>
- King, S. (2020). Premenstrual Syndrome (PMS) and the Myth of the Irrational Female. In C. Bobel (Eds.) et. al., *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*. (pp. 287–302). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7_23
- Kulkarni, J., & Mu, E. (2025). Premenstrual exacerbation of psychiatric symptoms: from misdiagnosis to management. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 226(6), 346–348. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.295>
- Lacroix, A. E., Gondal, H., Shumway, K. R., et al. (2023). Physiology, Menarche. [Updated 2023 Mar 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470216/>

- Mishra, S., Elliott, H., Marwaha, R. (2023). Premenstrual Dysphoric Disorder. [Updated 2023 Feb 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532307/>
- Modzelewski, S., Oracz, A., Żukow, X., Ilendo, K., Śledzikowka, Z., & Waszkiewicz, N. (2024). Premenstrual syndrome: new insights into etiology and review of treatment methods. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1363875. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1363875>
- Montú, S., Jofre, M. (2020). Síndrome Premenstrual. Prevalencia y Formas de Presentación. *Revista FASGO*, 19 (4), 44-55
- Pearce, E., Jolly, K., Jones, L. L., Matthewman, G., Zanganeh, M., & Daley, A. (2020). Exercise for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJGP open*, 4(3), bjgpopen20X101032. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101032>
- Reilly, T. J., Patel, S., Unachukwu, I. C., Knox, C. L., Wilson, C. A., Craig, M. C., Schmalenberger, K. M., Eisenlohr-Moul, T. A., & Cullen, A. E. (2024). The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 349, 534–540. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.066>
- Thiyagarajan, D. K., Basit, H., Jeanmonod, R. (2024). Physiology, Menstrual Cycle. [Updated 2024 Sep 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500020/>
- Tiranini, L., & Nappi, R. E. (2022). Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Faculty reviews*, 11, 11. <https://doi.org/10.12703/r/11-11>
- Yonkers, K. A., & Simoni, M. K. (2018). Premenstrual disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*, 218(1), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.045>
- Yonkers, K. A., O'Brien, P. M., & Eriksson, E. (2008). Premenstrual syndrome. *Lancet (London, England)*, 371(9619), 1200–1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60527-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60527-9)

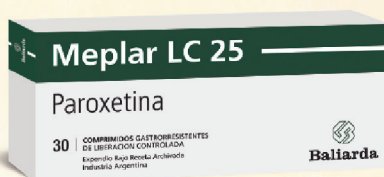
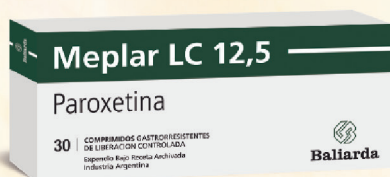
Meplar^{LC}

Paroxetina
de liberación controlada

El placer de vivir

- Formulación de liberación prolongada: con una matriz hidrofílica polimérica que proporciona una rápida y sostenida liberación del fármaco.
- Facilita un alivio sintomático sostenido en el TDPM.
- Eficacia demostrada en los trastornos depresivos y en los diferentes trastornos de ansiedad.
- Significativa respuesta antidepressiva.
- Cómoda posología.
- Óptima tolerabilidad.
- Elevada adherencia terapéutica.

Indicaciones	Dosis de mantenimiento	Dosis máxima
Trastorno Depresivo Mayor	25 mg/d	62,5 mg/d
Ataque de Pánico	12,5 mg/d	75 mg/d
Fobia Social	12,5 mg/d	37,5 mg/d
Síndrome Disfórico Premenstrual	12,5 mg/d	25 mg/d



30 comprimidos gastrorresistentes de liberación controlada.



Información completa para prescribir
Material para uso exclusivo del Profesional facultado para prescribir o dispensar medicamentos.
Prohibida su entrega a pacientes, consumidores y/o el público en general.



Baliarda
Vida con salud
www.baliarda.com.ar



INSERTEC

SERTRALINA

Inserción a la vida



25 mg

Comprimidos x 30



50 mg

Comprimidos ranurados x 30 y 60



100 mg

Presentación x 60 comprimidos ranurados
FACILITA EL TRATAMIENTO PROLONGADO

Coberturas en seguridad social



x 30 comp.



Programa de ayuda
al paciente



MEDICAMENTOS
DE PRIMER NIVEL



Nuestra herramienta digital con la que podrá conocer las coberturas de todos los productos Baliarda.

INSTRUCTIVO

- 01 ♦ Al escanear el código QR, lo redigirá a la ficha de producto de Insertec en nuestro sitio institucional www.baliarda.com.ar
- 02 ♦ Presione el botón: **Coberturas en Seguridad Social**
- 03 ♦ Elija la obra social de su interés
- 04 ♦ Utilice el filtro "Producto" y seleccione **"Insertec"**
- 05 ♦ Podrá verificar las concentraciones y presentaciones de este producto que tengan algún tipo de cobertura en la seguridad social seleccionada



PAMI | IOMA | RECETARIO SOLIDARIO | UP | OSECAC | IAPOS | ISJ | IPSS | IPROSS | IOSEP
IOSPER | IOSCOR | IPSST | IPAM | IPS | AMEBPBA | OSPE | SANCORMED | IOSFA | INSSSEP
OSCHOCA | JERSALU | AVALIAN | OSEP | APROSS | SEROS | APOS | GALENO | MEDICUS
SWISS MEDICAL | OMINT | OSDE | LUIS PASTEUR | MEDIFE

Más de 300 coberturas sociales y prepagas



Baliarda
Vida con salud
www.baliarda.com.ar