

## ¿ES EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL UN VERDADERO TRASTORNO?

*Is Premenstrual Dysphoric Disorder Really a Disorder?*

*Tamara Kayali Browne*

*Journal of Bioethical Inquiry Pty Ltd 2014*

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM), que figuraba en el DSM 4 en el sector del apéndice (diagnósticos que requieren mayor investigación), fue trasladado recientemente a una categoría plena en su nueva edición de mayo del 2013, el DSM 5. La presente publicación argumenta por que el TDPM no debería ser considerado una patología sino un desorden socialmente construido.

**Introducción:** El TDPM es habitualmente descripto como una forma más severa de síndrome premenstrual (SPM). Según el DSM 5, afecta al 2 a 5% de la población premenopáusica. Sus síntomas incluyen: ánimo depresivo, ansiedad, labilidad emocional, irritabilidad, cambios en el apetito, menor interés en las actividades habituales, trastornos del sueño, dificultad en la concentración, sensación de falta de control y síntomas físicos como la tensión mamaria, ganancia de peso y distensión. Estos síntomas, a diferencia del trastorno depresivo mayor, deben ser cíclicos y ceder una vez iniciada la menstruación.

El cambio de categoría del TDPM es un fuerte mensaje para los investigadores y médicos sobre la legitimidad del diagnóstico.

Muchos grupos se manifestaron en contra del hecho, tal es el caso de las agrupaciones feministas que argumentaron su preocupación sobre el efecto que el diagnóstico y tratamiento de este cuadro podría tener sobre los oprimidos. Al clasificar ciertos estados mentales o comportamientos como un desorden, el DSM los encasilla como enfermedades que deben ser médicamente tratadas, lo cual puede tener un gran impacto sobre las personas diagnosticadas. No se debe perder de vista que son los poderosos quienes determinan que es normal y que no.

La British Psychological Society también demostró su desacuerdo con el cambio de categoría del TDPM, declarando que no existe suficiente evidencia respecto a sus criterios diagnósticos, por lo que se estaría medicalizando respuestas normales que no implican enfermedad sino variaciones individuales.

### **Argumentos de la autora contra el cambio de categoría en el DSM 5 del TDPM:**

- Se ha demostrado con mayor frecuencia en las pacientes con TDPM historia de abuso, problemas de pareja, maltrato laboral, exceso de responsabilidades en el hogar, por lo cual el enojo y la irritabilidad del cuadro no deben ser contemplados como causados por una patología.
- En la historia existen varios casos jurídicos en los que el SPM fue considerado un atenuante de un delito o un argumento a favor de una sentencia, pero su uso fue limitado por la falta de aceptación universal del cuadro como una entidad diagnóstica. Estableciendo el TDPM como una categoría en la patología del DSM 5, se acepta a las variaciones menstruales como una causa de comportamiento patológico. Esto además facilitarían en algunos casos que las mujeres víctimas de violencia sean tratadas como personas con enfermedades psiquiátricas que deben ser corregidas.
- Indicar un tratamiento a estas pacientes podría ser más perjudicial que beneficioso. La medicación funcionaria como un alivio sintomático que no resuelve el problema de base y tratar los síntomas generados por eventos estresantes disminuye la capacidad de la mujer de resolverlo.
- Se describen dos posibilidades terapéuticas para el TDPM, los IRSS y tratamiento hormonal, pero no se ha logrado demostrar que la causa del trastorno sea una alteración de los niveles de serotonina ni un desbalance hormonal. Hay estudios que demuestran que tienen mayor impacto las variaciones en el contexto social que el tratamiento para el desarrollo o atenuación de los síntomas.
- Varios estudios señalan que la forma en que se percibe la menstruación está sumamente influenciada por cuestiones étnicas y raciales. Los cambios en el ánimo tienen más repercusión en países occidentales, particularmente los Estados Unidos, que aquellos en vías de desarrollo. Esto demuestra de el TDPM es un fenómeno cultural más que un desorden médico.

- No se ha confirmado la correlación entre el TDPM y niveles hormonales, e incluso si se comprobara, correlación no implica causalidad. Aun si los niveles hormonales volvieran a las mujeres más susceptibles a factores psicosociales estresantes, esto tendría una función positiva al alertar a las mismas sobre una situación que requiere resolverse.
- Varios estudios reportan antecedente de abuso sexual en estas mujeres. Realizar un tratamiento sin eliminar este contexto desfavorable no solo no resuelve el problema sino que facilita su continuidad.
- Que los síntomas aparezcan mensualmente no necesariamente implica que el TDPM se vincule al ciclo menstrual. Existe una expectativa culturalmente construida de que mensualmente las mujeres alteran su estado de ánimo. Incluso hay teorías que determinan que la mujer reprime estos comportamientos durante 3 semanas, permitiéndose en la fase premenstrual exteriorizarlos ya que este momento es el socialmente aceptado para hacerlo.
- El cambio de categoría en el DSM 5 conlleva un riesgo de sobre diagnóstico por parte de los médicos y de las mujeres. Hay evidencia que avala que las mujeres tienen mayor tendencia a considerar patológico cualquier cambio premenstrual cuando se les presenta el TDPM como una patología.

Puede existir una pequeña cantidad de mujeres que experimenten síntomas compatibles con TDPM que no puedan relacionarse con un evento en su vida o la influencia de su ambiente, pero se sugiere que el tratamiento se realice sin poner una “etiqueta” a dichas pacientes.

**Conclusión:** el TDPM es un diagnóstico socialmente construido que puede resultar perjudicial para las mujeres, por lo que debería ser removido del DSM. Adicionalmente, se requiere mayor investigación respecto a los factores sociales involucrados en este diagnóstico.

**Comentario:** Como médicos, estamos habituados a plantear la enfermedad desde un punto de vista biológico, de forma tal que los aspectos sociales y culturales, sin dejar de ser importantes, se encuentran en un segundo plano. Este artículo ubica estos aspectos en un primer lugar y nos hace pensar cuánto afectan nuestras categorizaciones y rótulos la vida del paciente. De todos modos, para hacer medicina se requiere de conocimiento científicamente fundado, algo de lo que carece el artículo, por lo que desestimar el trastorno disfórico premenstrual como una entidad nosológica requiere, en nuestra opinión, mayor evidencia que lo justifique.

Resumen elaborado por

Dra Analia Soledad Castro .Residente de Tocoginecología. Hospital José María Penna.Rotante Servicio de Endocrinología Ginecológica. Hospital Italiano de Buenos Aires. 2015.

Dra Alejandra Belardo

Jefa Sección Endocrinología Ginecológica y Sección Climaterio  
Servicio de Ginecología Hospital Italiano de Buenos Aires