



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN
EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: BELESACA CHACHA JOSELINE KATIUSKA

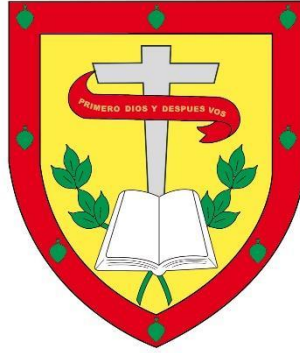
PULLA PACHECO ERIKA PRISCILA

DIRECTOR: PSI. CLI. JUAN PABLO VIÑANZACA MSC

CUENCA-ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN EL
TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: BELESACA CHACHA JOSELINE KATIUSKA

PULLA PACHECO ERIKA PRISCILA

DIRECTOR: PSI. CLI. JUAN PABLO VIÑANZACA MSC.

CUENCA-ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Joseline Katuska Belesaca Chacha portador (a) de la cédula de ciudadanía N° **0107182909** y **Erika Priscila Pulla Pacheco** portador (a) de la cédula de ciudadanía N° **0106097736**. Declaramos ser autoras de la obra: **“Procedimientos de evaluación psicológica en el trastorno disfórico premenstrual”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **12 de septiembre de 2024**

F: 

Joseline Katuska Belesaca Chacha

C.I. **0107182909**

F: 

Erika Priscila Pulla Pacheco

C.I. **0106097736**

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEPARTAMENTO
DE TITULACIÓN**

CERTIFICADO DE DIRECTOR/A DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Cuenca, 03 de julio del 2024

Yo Juan Pablo Viñanzaca López, Director del trabajo de titulación con el tema “Procedimientos de Evaluación Psicológica en el Trastorno Disfórico Premenstrual” del/los estudiante/s Belesaca Chacha Joseline Katuska y Pulla Pacheco Erika Priscila certifico que el trabajo se encuentra aprobado para que el estudiante o estudiantes realicen la solicitud de revisores.

Atentamente



Firmado electrónicamente por:
**JUAN PABLO VINANZACA
LOPEZ**

**Psi. Cli. Juan Pablo Viñanzaca Mgs.
DIRECTOR/A DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi esposo, Alberto Espinoza, y a mis hijos, Aaron y Amelia, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y apoyo durante todo este proceso. Gracias por su paciencia, comprensión y amor incondicional. Sus sonrisas y palabras de aliento me han dado la fuerza para seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mi compañera de tesis, Erika, con quien compartí noches de estudio, discusiones interminables y momentos de duda, pero también risas y satisfacciones. Gracias por tu compromiso, tu esfuerzo incansable y tu amistad. Juntas hemos recorrido este difícil camino, y sé que cada obstáculo superado ha sido gracias al trabajo en equipo.

Un especial agradecimiento a mi tutor de tesis, Juan Pablo Viñanzaca, por su orientación, sabiduría y paciencia. Sus valiosos consejos y su disposición para guiarnos en cada etapa del proceso hicieron posible que este trabajo llegara a buen término. Su confianza en nuestras capacidades fue un gran motor para seguir adelante.

Katiuska Belesaca

Agradecimientos

Mis más sinceros agradecimientos a mis padres, Víctor y Marta, por ser mi ejemplo de esfuerzo y dedicación. Gracias por su amor y apoyo incondicional durante todo este proceso. Sin su guía y confianza, no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

A mis hermanos, Jonathan y Amy, quienes siempre estuvieron a mi lado con palabras de ánimo y comprensión. Su apoyo fue fundamental en los momentos de mayor dificultad, y su cariño me dio la fortaleza para no rendirme.

A mis tíos y primo, mi agradecimiento por acompañarme de cerca y apoyarme durante todo este proceso.

A mi compañera de tesis, Katuska, por compartir conmigo este viaje lleno de retos, aprendizajes y experiencias inolvidables. Juntas hemos superado cada obstáculo, y gracias a nuestro esfuerzo y dedicación, hemos llegado hasta aquí. Ese apoyo y colaboración han sido esenciales para el éxito de este trabajo, y estoy profundamente agradecida por tu compañerismo y amistad.

Finalmente, mi profundo agradecimiento a Juan Pablo Viñanzaca, tutor de tesis, por su invaluable guía y apoyo durante todo el proceso. Su paciencia, conocimientos y dedicación.

Erika Pulla

Dedicatoria

A mis amados hijos, Aaron y Amelia, por ser mi mayor fuente de inspiración y fortaleza en este largo y arduo camino. Ustedes me han enseñado el verdadero significado del amor incondicional y la perseverancia. Cada sonrisa suya ha sido mi motor para no rendirme, y aunque este proceso ha implicado sacrificios, sé que todo lo que hago es por un futuro mejor para ustedes. Gracias por su infinita paciencia y por llenar mis días de alegría, incluso en los momentos más difíciles.

A mi querido esposo, Alberto Espinoza, por ser mi roca y mi mayor apoyo. Tus palabras de aliento, tu comprensión y tu amor inquebrantable me han sostenido en los momentos más desafiantes. Has sido el pilar que me ha mantenido firme y motivada para seguir adelante cuando las fuerzas parecían agotarse. Sin ti, este logro no habría sido posible.

Este logro es el resultado del amor, el apoyo y el compañerismo que me han brindado cada uno de ustedes. A todos, mi eterno agradecimiento.

Con cariño

Katuska Belesaca

Dedicatoria

A mis padres, Víctor y Marta, quienes me han dado las bases más importantes de mi vida: el amor, el esfuerzo y los valores. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba, por enseñarme que con trabajo y dedicación todo es posible, y por apoyarme incondicionalmente a lo largo de este camino. Su ejemplo de constancia y sacrificio me ha guiado siempre, y esto no sería posible sin todo lo que ustedes me han brindado.

A mis hermanos, Jonathan y Amy, quienes han estado a mi lado en cada etapa de esta travesía. Su presencia me ha dado el impulso que necesitaba en los momentos más difíciles. Este logro también es de ustedes, por caminar conmigo en cada paso del camino.

Con cariño

Erika Pulla

Resumen

La menstruación es un proceso fisiológico normativo en la mujer, pero puede derivar en Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) con síntomas emocionales, conductuales y físicos severos durante la fase lútea. Este trastorno afecta significativamente el rendimiento laboral, las relaciones interpersonales y la calidad de vida, con un riesgo asociado de suicidio, afectando al 3-8% de las mujeres en edad fértil. La falta de evaluaciones y tratamientos psicológicos adecuados ha dificultado la experiencia y recuperación de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue determinar los procedimientos de evaluación psicológica en el trastorno disfórico premenstrual. La investigación utilizó un diseño de revisión narrativa descriptiva, siguiendo las directrices del PRISMA. Se emplearon palabras clave como "Pre-menstrual dysphoric disorder, assessment, diagnostic, psicologic, test, psychometric properties, psychometric validation" en búsquedas en Pubmed, Scopus y Web of Science con operadores booleanos OR, AND y XOR. Se seleccionaron artículos publicados en inglés, incluyendo estudios descriptivos, metaanálisis y otros diseños relacionados con psicología, psiquiatría. Como resultado se han destacado instrumentos como SSS-8, PSST, PSQ, TDPM, ENR y DASS-21 que demostraron validez diagnóstica y excelente consistencia interna (0.80-0.95), confirmando su validez de constructo, diagnóstica, predictiva y de contenido. El impacto psicosocial del TDPM evidencia que un mal diagnóstico reduce la calidad de vida, mientras que uno preciso mejora el bienestar y las relaciones, facilitando intervenciones terapéuticas efectivas.

Palabras clave: Trastorno disfórico premenstrual, evaluación, diagnóstico, test, propiedades psicométricas.

Abstract

Menstruation is a normative physiological process in women, but it can lead to Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) with severe emotional, behavioral, and physical symptoms during the luteal phase. This disorder significantly affects work performance, interpersonal relationships, and quality of life, with an associated risk of suicide, affecting 3-8 % of childbearing-age women. The lack of adequate psychological evaluations and treatments has hindered the experience and recovery from the disease. This study aimed to determine the psychological assessment procedures for premenstrual dysphoric disorder. The research used a descriptive narrative review design, following the PRISMA guidelines. Keywords such as “premenstrual dysphoric disorder, assessment, diagnosis, test, psychometric properties” were used in searches on PubMed, Scopus, and Web of Science with Boolean operators OR, AND, and XOR. Articles published in English were selected, including descriptive studies, meta-analyses, and other designs related to psychology and psychiatry. As a result, instruments such as SSS-8, PSST, PSQ, PMDD, ENR, and DASS-21 have been highlighted, which demonstrated diagnostic validity and excellent internal consistency (0.80-0.95), confirming their construct, diagnostic, predictive, and content validity. The psychosocial impact of PMDD shows that a poor diagnosis reduces quality of life, while an accurate diagnosis improves well-being and relationships, facilitating effective therapeutic interventions.

Keywords: Premenstrual dysphoric disorder, assessment, diagnosis, test, psychometric properties.

Contenido

| | |
|--|----|
| Introducción | 12 |
| Materiales y métodos | 16 |
| Desarrollo..... | 19 |
| Evaluación psicológica en el trastorno disfórico premenstrual. | 19 |
| Análisis psicométrico de instrumentos diagnósticos en Trastornos Premenstruales | 25 |
| Impacto psicosocial tras el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual. | 30 |
| Conclusiones | 35 |
| Referencias..... | 37 |

Introducción

En el desarrollo de la mujer, la menstruación es un proceso fisiológico normal que implica la expulsión de óvulos no fecundados y suele acompañarse de síntomas leves. Sin embargo, síntomas intensos pueden indicar un Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), caracterizado por severas manifestaciones emocionales, conductuales y físicas que ocurren entre la ovulación y el inicio de la menstruación, cesando con el comienzo de esta. (Eccles & Sharma, 2023).

En esta misma línea, Tiranini y Nappi (2022) definen el síndrome premenstrual (SPM) como un trastorno frecuente que afecta a mujeres en edad reproductiva cuyos síntomas físicos incluyen sensibilidad en los pechos, retención de líquidos, cefaleas, alteraciones del estado de ánimo, enojo e irritabilidad, la variante más severa del síndrome premenstrual se conoce como trastorno disfórico premenstrual. Esta combinación de síntomas puede provocar una angustia física y emocional significativa en las personas afectadas, disminución del interés por las actividades habituales, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía; cambios importantes en el apetito, hipersomnia o insomnio; y la sensación de estar agobiada o sin control. Consecuentemente, se ha identificado una relación notable entre este trastorno y un mayor riesgo de suicidio (Schmalenberger et al., 2017; Cary & Simpson, 2024)

La etiología exacta del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) no está completamente comprendida. Sin embargo, se postula que la aparición de los síntomas está relacionada con una hipersensibilidad a las variaciones en los niveles de hormonas ováricas a lo largo del ciclo femenino, una función inmune desregulada, la desregulación de neurotransmisores, el estrés, la alimentación y el estilo de vida (Chamali et al., 2022). En este contexto, Pal & Paul (2022) refieren que el TDPM surge de la hipersensibilidad del sistema nervioso central y de las alteraciones hormonales del ciclo menstrual, lo que reduce los niveles de serotonina.

Es importante recalcar que, aunque los síntomas asociados al ciclo premenstrual han sido reconocidos desde hace siglos, no fue, sino hasta fechas recientes, que se establecieron criterios diagnósticos precisos, considerando que en el año 2013 se introdujo el término TDPM en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Este desarrollo de la terminología relacionada con los trastornos premenstruales refleja un profundo cambio en la comprensión médica y social. En la actualidad el TDPM está reconocido como un trastorno independiente dentro de la categoría de trastornos depresivos en el DSM-V (Carlini et al., 2022).

Por otra parte, es fundamental considerar la prevalencia de mujeres en edad fértil que

experimentan diversos síntomas premenstruales, desde leves hasta graves. Entre el 20% y el 40% de ellas sufren de síndrome premenstrual, mientras que entre el 2% y el 8% padecen TDPM (Gao et al., 2022). A nivel mundial, la incidencia varía según la región. En Europa, las tasas son del 1.1% entre mujeres españolas, del 2.1% entre mujeres polacas y del 3.1% entre mujeres suizas. En India, la prevalencia reportada es del 8%. En Japón, China, Corea, Hong Kong, Macao y Taiwán, países y regiones de Asia Oriental, la tasa oscila entre el 1.3% y el 2.8%. En América Latina, las cifras son algo más altas, con una prevalencia del 17.6% en una cohorte de mujeres brasileñas (Carlini et al., 2022).

A pesar de que algunos estudios han identificado ciertos porcentajes, aún no se ha logrado establecer cifras globales exactas, esta falta de datos contribuye a una sobreestigmatización y dificulta la identificación precisa y el tratamiento adecuado para quienes sufren esta condición, es importante destacar que muchos de los diagnósticos han sido considerados provisionales debido a la falta de metodologías de evaluación psicológica específicamente adaptadas para este trastorno (Kaltsouni et al., 2024).

Según lo anterior, es muy importante la evaluación psicológica, un procedimiento que implica el compendio de información y el examen detallado de aspectos relacionados con el comportamiento, el pensamiento y las emociones de un individuo. Su objetivo es comprender mejor a la persona evaluada, identificar posibles trastornos psicológicos, evaluar el funcionamiento cognitivo y emocional, y tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y la intervención adecuada. Para llevar a cabo esta evaluación se emplean diversas técnicas y herramientas, tales como entrevistas clínicas, pruebas psicométricas, observación directa, cuestionarios y escalas de evaluación (Chumpalova et al., 2020).

De este modo, otro de los aspectos relevantes es el diagnóstico psicológico, ya que, proporciona una comprensión de la naturaleza y el origen de los problemas o trastornos que una persona pueda experimentar y permite al profesional de la salud mental tener una estructura conceptual para comprender los síntomas, dificultades y patrones de pensamiento y comportamiento presentes (Appleton, 2018). Así mismo, ayuda en la creación de un plan de tratamiento personalizado según las necesidades específicas del paciente, ya que al conocer el diagnóstico preciso a través de criterios y herramientas de evaluación validadas se pueden determinar los enfoques terapéuticos más efectivos y se garantiza que la atención brindada sea adecuada y eficaz para el paciente (Zehravi et al., 2023).

El TDPM se ha convertido en una problemática significativa que afecta al 3-8% de las mujeres en edad fértil. La severidad de los síntomas puede llevar a las pacientes a experimentar un colapso, resultando en un estado cognitivo de desorganización abrumadora que supera su capacidad de afrontamiento (Miller et al., 2024). Esto causa un deterioro en la calidad de vida, reduce la capacidad funcional, y aumenta los conflictos interpersonales. Además, el TDPM está vinculado con trastornos de depresión y ansiedad (Lanza di Scalea & Pearlstein, 2019).

A pesar de ello, la falta de procesos de evaluación y tratamiento psicológico ha dificultado aún más la experiencia y recuperación de la enfermedad, esto se evidencia en el estudio de Ko et al. (2024), a través de las narrativas proporcionadas por las pacientes que han experimentado TDPM, mismas que describen el cambio premenstrual como un proceso patológico abyecto, ya que la menstruación es percibida como un fenómeno monstruoso que somete a las mujeres a un sufrimiento profundo, una experiencia que no logran comprender ni ellas mismas ni siquiera los profesionales de la salud que las asisten, pues muchos de estos profesionales han estigmatizado los síntomas, calificándolos como exagerados, lo que ha llevado a las pacientes a recurrir a métodos de autoayuda. Los resultados fueron similares en un estudio similar realizado por Chan et al. (2023) que se centró en la experiencia de mujeres con TDPM desde el inicio de sus síntomas hasta la obtención de un diagnóstico dentro del sistema de asistencia médica de los Estados Unidos, uno de los hallazgos destacados de este fue el fenómeno del *gaslighting médico*, en el que las personas con los síntomas no son tomadas en serio, hay un rechazo recurrente de los síntomas y la carencia de empatía por parte de los médicos profesionales de la salud, aunado a esto se evidenció que no todas las mujeres auto perciben los síntomas de la misma forma.

Del mismo modo, un estudio analizó las repercusiones del TDPM en el campo universitario y estudio, analizando a 858 estudiantes universitarias, los resultados sugieren que el 7.7% padecían TDPM y el 92.3% tenían Síndrome Premenstrual (PMS), las cuales experimentaban problemas en el ámbito académico, demostrando como afecta negativamente en esta área, destacando que es un trastorno incapacitante que tiene repercusiones en todas las áreas de la vida como el trabajo, el estudio, interacción social, provocando así insatisfacción con la vida (Hussein Shehadeh & Hamdan-Mansour, 2018).

En concordancia con lo anterior, Hardy y Hardie (2017) en su estudio exploran la experiencia de las mujeres con TDPM en el contexto laboral a través de un análisis de 15 entrevistas semiestructuradas en las que evidenciaron dificultad para mantener la concentración,

inseguridad, paranoia, fatiga, episodios de llanto, mayor sensibilidad hacia el entorno y las personas, así como arrebatos emocionales y dificultad para interactuar socialmente durante la fase premenstrual. Estos síntomas contribuyen al presentismo (estar físicamente presente pero con un rendimiento reducido) y al ausentismo en el lugar de trabajo, igualmente se evidenció que algunos síntomas cuando comienza la menstruación, las mujeres experimentaban sentimientos de culpa y participar en comportamientos compensatorios excesivos, como trabajar más horas o llevar trabajo a casa, lo que sugiere que haya una mayor conciencia y políticas de salud para tener mecanismos de apoyo, tratamiento y evaluación en este trastorno así como se tiene para otras patologías.

De igual manera, Hantsoo et al. (2022), sostiene que el TDPM es un desorden del estado de ánimo que se presenta en el 5% de las personas que experimentan menstruación, por ello examinó una encuesta Global de Trastornos Premenstruales realizada en 2018 para determinar cómo perciben los pacientes el conocimiento de los profesionales de especialidad médica, los resultados fueron preocupantes, ya que los pacientes consideraron que los ginecólogos tienen un mayor conocimiento sobre el trastorno en comparación con los psiquiatras. También, Yoshimi et al. (2023) En su estudio encontró que no se utiliza regularmente un método de monitoreo prospectivo según los criterios diagnósticos para el TDPM, esto subraya la importancia de cuestionar la eficacia de los tratamientos basados en entrevistas médicas vagas, sin herramientas de detección apropiadas.

Estos hallazgos reafirman la falta de formación y conocimiento adecuado entre los profesionales de la salud acerca del TDPM, lo que resulta en una atención de baja calidad, esto, a su vez, contribuye a la estigmatización y desvalorización del trabajo del psicólogo clínico, por lo tanto, es fundamental establecer metodologías de evaluación y tratamiento psicológico específicas para el TDPM (Nayman et al., 2023).

De acuerdo con lo descrito anteriormente, surgió la siguiente pregunta guía de investigación: ¿Cuáles son los procedimientos de evaluación psicológica en el Trastorno disfórico premenstrual? Es fundamental destacar que la investigación radica en la importancia del TDPM, es un trastorno novedoso, por lo que no existen suficientes investigaciones relacionadas con él, ni mucho menos metodologías de evaluación adaptadas a este trastorno. En este sentido, Lin et al. (2022) en su artículo refiere que las mujeres con TDPM tienen dificultades en los procesos de atención, causando deterioro funcional durante la fase lútea y pueden enfrentar dificultades para obtener una correcta evaluación, impidiendo la concientización del trastorno, aumentando la

estigmatización, evitando el acceso a medios de salud pública y privada, procesos de tratamiento adecuado, generando un impacto no favorable en bienestar general.

Además, la mayoría de diagnósticos se han fundamentado principalmente en los criterios diagnósticos estipulados en el DSM-5, y en menor medida en el CIE-11, gran parte de estos diagnósticos se han apoyado en el uso de una sola herramienta de evaluación, como lo es el cuestionario de síntomas premenstruales, que evalúa la sintomatología física y psicológica antes y durante la menstruación, sin embargo, este método puede generar diagnósticos atípicos, ya que se basa únicamente en los síntomas del TDPM y no en sus criterios diagnósticos específicos, lo que evidencia la falta de procedimientos que permitan un diagnóstico más preciso (Buys, 2024).

Los estudios mencionados anteriormente evidencian la necesidad de contar con enfoques de evaluación y diagnóstico psicológico adecuados para mejorar así la calidad de atención para las mujeres que padecen este trastorno. Según Chan et al. (2023), es crucial realizar una evaluación precisa y un diagnóstico correcto, ya que esto permite comprender el problema subyacente, desarrollar un plan de tratamiento adecuado, evitar intervenciones inapropiadas y garantizar el acceso a la atención necesaria. Del mismo modo, Osborn et al. (2020) consideran indispensable discernir entre los síntomas del TDPM y otros trastornos psicológicos similares, ya que esto posibilita una intervención oportuna, efectiva y personalizada, mejorando el bienestar y la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Por lo tanto, el objetivo general fue: determinar los procedimientos de evaluación psicológica en el trastorno disfórico premenstrual. Con este fin, se establecieron los siguientes objetivos específicos: (1) identificar los procedimientos, herramientas e instrumentos para la evaluación psicológica en el trastorno disfórico premenstrual; (2) exponer las propiedades psicométricas y de adaptación de los instrumentos psicométricos (test) psicológicos creados para la evaluación del trastorno disfórico premenstrual y; (3) describir el impacto psicosocial tras el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual.

Materiales y métodos

Diseño

Esta investigación fue una revisión narrativa descriptiva, con apoyo de la declaración del Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Stovold et al., 2014).

Estrategias de búsqueda

Las palabras claves que se utilizaron para la estrategia de búsqueda de la información fueron las siguientes: *Pre-menstrual dysphoric disorder, assessment, diagnostic, psicologic, test, psychometric properties, psychometric validation*. Para la búsqueda de los artículos se utilizó repositorios de información como: Pubmed, Scopus, Web of Science, a través de los operadores booleanos como: OR, AND y XOR.

Criterios de selección

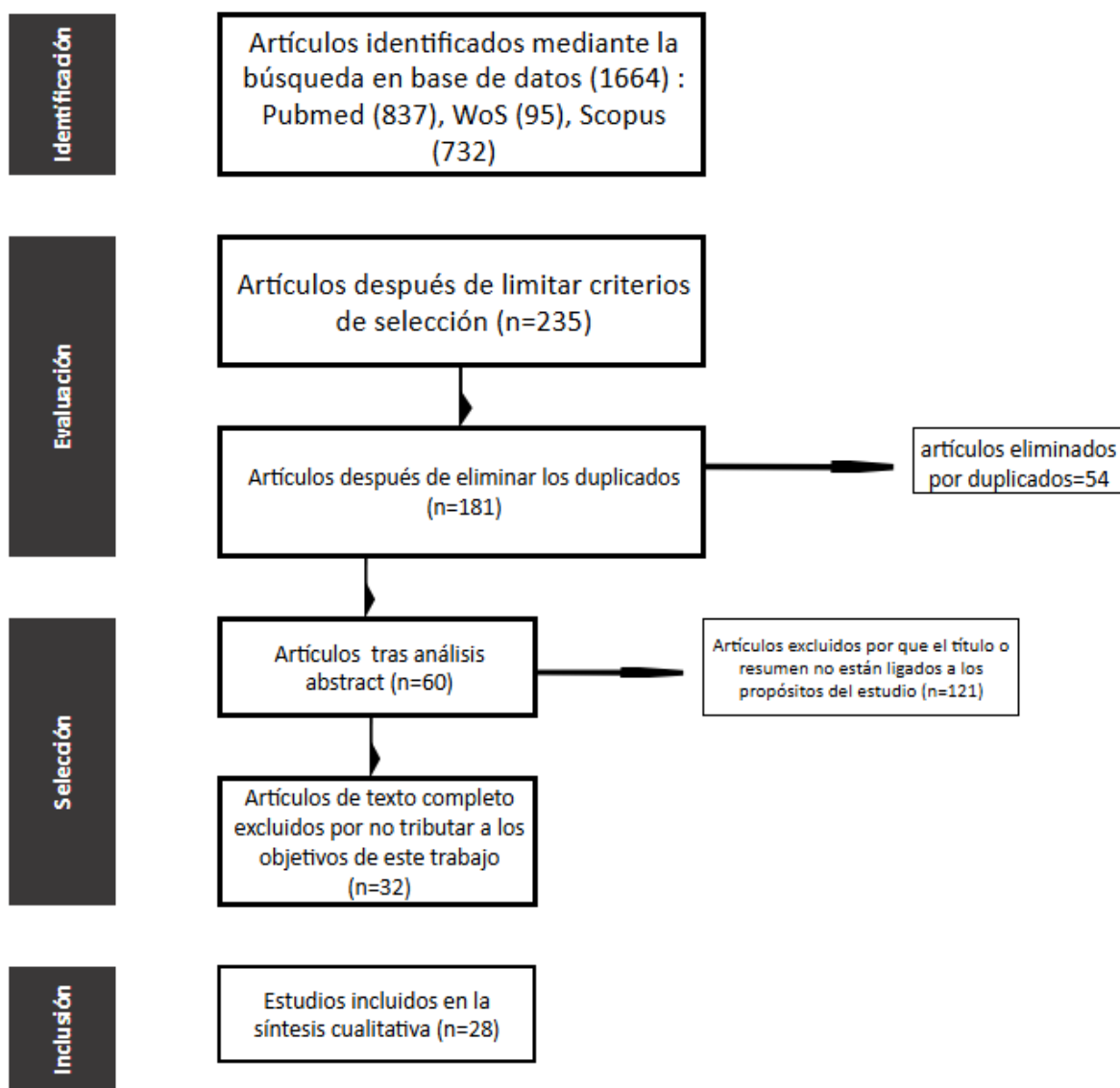
Los artículos que se utilizaron fueron los que estén publicados a partir del año 01 de enero de 2013 hasta el 26 de abril del año 2024 en el idioma inglés. Así mismo, el tipo de estudios que se seleccionaron fueron: descriptivos, metaanálisis, correlacionales, casos y controles, series de casos, estudios de caso, y diseños metodológicos y las áreas de estudio de los artículos fueron las relacionadas con psicología, psiquiatría y neurociencias.

Extracción de datos

El proceso de extracción de datos se llevó a cabo con apoyo de las directrices de PRISMA, a través de una serie de pasos sistemáticos y rigurosos. En primer lugar, se introdujeron palabras clave en motores de búsqueda de diversas bases de datos, obteniendo y registrando 847 artículos en PubMed, 95 en Web of Science y 732 en Scopus, sumando un total de 1,674 artículos. Posteriormente, se aplicaron los criterios de selección previamente establecidos y se eliminaron los duplicados, resultando en 181 artículos. Se analizaron los resúmenes de estos artículos para evaluar su elegibilidad, excluyendo aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión, lo que redujo el número a 60 artículos. Finalmente, se realizó un análisis completo de los textos de los estudios seleccionados, descartando aquellos que no aportaban información relevante o que no se ajustaban con los objetivos del estudio, quedando 28 artículos para el análisis final. Para organizar la información, se elaboró una ficha bibliográfica detallada, que incluía el autor, año, propósito, metodología, resultados y conclusiones de cada estudio. Esta ficha bibliográfica permitió estructurar y sintetizar la información de manera clara y coherente, facilitando el análisis y la interpretación de los datos recopilados. El proceso descrito se puede observar en la figura 1.

Figura 1

Flujograma propio del proceso de extracción de datos, 2024.



Análisis de datos

La información se evaluó de forma cualitativa con base en los objetivos específicos presentados que fueron: identificar los procedimientos, herramientas e instrumentos para la evaluación psicológica en el trastorno disfórico premenstrual; exponer las propiedades psicométricas y de adaptación de los instrumentos psicométricos (test) psicológicos creados para la evaluación del trastorno disfórico premenstrual y; describir el impacto psicosocial tras el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual.

Desarrollo

La evaluación psicológica es esencial en Psicología, pues asegura su reconocimiento como ciencia al emplear técnicas e instrumentos para entender las características psicológicas de individuos, como capacidades, emociones, comportamientos y habilidades. Por ello, este estudio presenta una estructura organizada en tres secciones según los objetivos específicos: la primera detalla los procedimientos y herramientas actuales para evaluar el TDPM; la segunda expone las propiedades psicométricas de estos instrumentos, abordando fiabilidad, validez y sensibilidad; y la tercera describe el impacto emocional, social y funcional del trastorno, considerando calidad de vida y relaciones interpersonales. Esta organización facilita al lector una comprensión sistemática y detallada del abordaje de la evaluación psicológica en el TDPM.

Evaluación psicológica en el trastorno disfórico premenstrual.

Identificar los procedimientos, herramientas e instrumentos para evaluar el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) es crucial para establecer diagnósticos pues asegura la fiabilidad y validez de las evaluaciones, facilitando la recopilación sistemática de datos sobre síntomas y el impacto funcional del TDPM. Mejorar los métodos de evaluación contribuye directamente a la calidad de vida de las pacientes al permitir intervenciones basadas en evidencia científica.

Es por ello que, con el fin de identificar lagunas importantes en el conocimiento y establecer procedimientos adecuados para diagnosticar el TDPM, Naik et al. (2023) llevaron a cabo un análisis exhaustivo de la literatura, utilizando los criterios de validación de Robins y Guze para identificar deficiencias y establecer procedimientos más precisos para el diagnóstico del trastorno. Se emplearon las cinco fases de validación de un diagnóstico psiquiátrico (descripción clínica, estudio de laboratorio, exclusión de otros trastornos, estudio de seguimiento y estudio familiar).

El estudio utilizó una entrevista estructurada denominada *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV* (conocida como SCID), desarrollada por First et al. en 1994, para evaluar el trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Además de los 11 síntomas del TDPM, se añadieron preguntas específicas para evaluar el momento durante el ciclo menstrual en que los síntomas ocurrieron, el número de ciclos en los que se experimentaron la sintomatología, la duración de la misma y si los síntomas desaparecieron al final del periodo menstrual (Naik et al., 2023)

Según lo expuesto anteriormente, es esencial detallar los elementos de inclusión utilizados en la entrevista. Estos elementos se refieren a una serie de ítems que fueron evaluados durante la entrevista clínica estructurada. Cada uno de estos ítems tiene un coeficiente de correlación interclase (ICC) que indica el grado de acuerdo entre los entrevistadores, así como un porcentaje de respaldo (% Endorsement) que muestra la prevalencia de cada síntoma dentro de la muestra estudiada. Los ítems de inclusión según Naik et al. (2023) son los siguientes:

- A1: Sensación de depresión, desesperanza, autocrítica.
- A2: Sensación de ansiedad, nerviosismo, tensión.
- A3: Sentimientos de tristeza, llanto, sensibilidad aumentada.
- A4: Sensación de enojo, irritabilidad, aumento de conflictos.
- A5: Pérdida de interés o placer en actividades habituales.
- A6: Dificultad para pensar o concentrarse.
- A7: Baja energía o fatiga.
- A8: Cambios en el apetito o antojos inusuales.
- A9: Problemas para conciliar el sueño o mantenerlo.
- A10: Sensación de estar abrumado o fuera de control.
- A11: Síntomas físicos como sensibilidad o calambres en los senos.
- A12: Cumplimiento de al menos cinco de los síntomas anteriores, con al menos uno de los síntomas A1-A4 presente.
- A13: Interferencia en el funcionamiento diario debido a los síntomas.
- A16: Cumplimiento de los criterios diagnósticos para TDPM.

Es importante destacar que cada ítem se evalúa como presente únicamente si el criterio se cumple durante la fase tardía de la fase lútea del ciclo, y no en otros momentos del ciclo. Estos ítems son fundamentales para evaluar la presencia y la intensidad del (TDPM) durante la evaluación clínica (Naik et al., 2023).

Para los psicólogos, el uso de la SCID y la aplicación de los criterios de validación diagnóstica son fundamentales para garantizar una evaluación precisa y confiable del TDPM en sus pacientes. Al proporcionar una estructura estandarizada para la evaluación, esta herramienta ayuda a reducir la subjetividad en el diagnóstico y a mejorar la consistencia entre diferentes profesionales de la salud mental. Además, al identificar correctamente el TDPM, los psicólogos pueden diseñar intervenciones terapéuticas específicas que aborden de manera efectiva los

síntomas y mejoren la calidad de vida.

De igual forma en el contexto del TDPM, el *Informe Diario de Síntomas (DSR)* emerge como una herramienta fundamental para el diagnóstico preciso. Bosman et al. (2016) condujo un estudio mediante una revisión sistemática para evaluar la aplicación del DSR en el TDPM. El diseño metodológico incluyó un análisis exhaustivo de cómo se implementaron estos diarios y los procedimientos utilizados para la extracción de datos. El enfoque de la investigación se centró en revisar la literatura científica pertinente sobre el trastorno, destacando el uso de diarios como método estandarizado de recolección de información sintomática, más que en individuos específicos.

Para proporcionar un marco de referencia adecuado, es crucial considerar que el DSR identifica 17 síntomas comunes asociados al malestar premenstrual, incluyendo irritabilidad, cambios de humor, ansiedad y fatiga, entre otros. Este método permite a los participantes registrar la intensidad de dichos síntomas al final de cada día mediante una escala de 5 puntos. Esta escala va desde "0 = no presente en absoluto" hasta "4 = grave, el síntoma es abrumador y/o incapaz de llevar a cabo la actividad diaria". Los participantes registran sus síntomas al recibir el DSR y lo hacen durante un ciclo menstrual completo, que abarca desde el primer día de la menstruación hasta el próximo primer día de la menstruación. Los puntajes de DSR se calculan en cada ciclo sumando las calificaciones de los días del ciclo 5 al 10 para el puntaje postmenstrual y las calificaciones de los 6 días previos al próximo período para el puntaje premenstrual. Como resultado de aplicarlo en este estudio, se demostró que los diarios ayudaron a comprender la etiología y fenomenología del trastorno y evaluar la efectividad de los tratamientos. (Bosman et al., 2016).

Una limitación de esta revisión fue que no incluyó estudios diarios realizados en mujeres que experimentaban síndrome premenstrual, aquellas que buscaban ayuda para problemas premenstruales sin un diagnóstico definido y aquellas sin síntomas premenstruales. Por lo que sugiere mejorar el uso de estos diarios y la aplicación de técnicas como el muestreo experiencial para explorar más a fondo la fluctuación de los síntomas en cada individuo, así incluir ítems que evalúen la incapacidad funcional en el TDPM (Bosman et al., 2016).

Entre los instrumentos fundamentales en la evaluación psicológica están los cuestionarios, diseñados para recopilar datos específicos y medir variables relevantes en un estudio. En este mismo contexto, Aperribai et al. (2016) han contribuido significativamente al desarrollar y validar

el *Cuestionario del Trastorno Disfórico Premenstrual DSM-5* (CTDP-DSM-5) diseñado para evaluar síntomas como estado emocional, irritabilidad, ansiedad, cambios en apetito y sueño, según criterios del DSM-5. El cuestionario consta de 25 preguntas en español con respuestas de elección binaria (Sí/No), destinadas a identificar la presencia de síntomas durante la fase premenstrual.

Los análisis de factores exploratorios y confirmatorios según revelaron una estructura de dos dimensiones. La primera dimensión, llamada Disforia, abarcaba síntomas disfóricos y aumento de peso, mientras que la segunda dimensión, Apatía, se relacionaba con síntomas físicos y apatía. Ambas dimensiones mostraron una consistencia interna adecuada y una estabilidad temporal moderada, se halló una asociación positiva entre el neuroticismo y el TDPM. Estos hallazgos sugieren que, la dimensión disfórica es predominantemente relevante para el diagnóstico del trastorno (Aperribai et al., 2016).

Este estudio presenta algunas limitaciones importantes. El intervalo prolongado entre las administraciones del instrumento y las evaluaciones posteriores podría haber afectado la fiabilidad test-retest. Además, al estar desarrollado y validado en una población específica, la generalización de sus resultados a otras culturas y nacionalidades requiere adaptaciones lingüísticas y culturales adicionales. Para futuras investigaciones, sería crucial abordar estas limitaciones y buscar formas de mejorar la aplicabilidad y generalización del instrumento en contextos diversos (Aperribai et al., 2016).

Desde otra perspectiva Pacitti et al. (2021) proporciona una validación italiana de la *Herramienta de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST)*. El PSST, creado por Steiner et al. 2003 es un instrumento de evaluación que refleja y modifica los criterios del DSM-IV para el Síndrome Premenstrual (PMS) y (TDPM). Está compuesto por 19 preguntas agrupadas en dos áreas: la primera consta de 14 preguntas que evalúan síntomas psicológicos, físicos y conductuales; mientras que la segunda evalúa los síntomas que afectan las actividades diarias en diferentes áreas funcionales (trabajo, familia, relaciones sociales y responsabilidades domésticas) (Bosman et al., 2018; Meza-Moreno et al., 2021). La gravedad se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos, donde 0 = nada, 1 = leve, 2 = moderado y 3 = grave. Entre las 520 participantes del estudio, el 64,8% informó no tener síntomas premenstruales o tenerlos leves, mientras que el 30,4% mostró síntomas moderados a graves y el 4,4% evidenció TDPM. Estos resultados respaldan la efectividad del PSST para detectar síntomas premenstruales (Piccinini et al., 2021).

Una limitación principal de este estudio fue el método de reclutamiento centrado en estudiantes universitarias, aunque esta homogeneidad facilitó el análisis factorial, se necesitan más investigaciones para establecer si la misma estructura factorial es válida en poblaciones con características diferentes, además, el PSST se basa en el DSM-IV, mientras que el TDPM ha sido reconocido como una categoría distinta en el DSM-5. Aunque este cambio no afectó los criterios diagnósticos (Piccinini et al., 2021).

Con el fin de evaluar la validez y confiabilidad del *Cuestionario de Síntomas Premenstruales (PSQ)*, Takeda et al. (2020) analizaron 879 con ciclos menstruales regulares de personas que completaron el PSQ. Este instrumento está compuesto por 11 ítems que reflejan los síntomas descritos en el DSM-5 para el TDPM, también incluye tres ítems adicionales para medir la disminución en el funcionamiento en actividades sociales y actividades diarias. De estos 14 ítems, A1-A11 abordan los síntomas premenstruales, mientras que B1-B3 evalúan el grado de discapacidad social basado en los síntomas mencionados anteriormente. La gravedad se evalúa en una escala de Likert con 4 puntos, donde 0 = nada, 1 = leve, 2 = moderado y 3 = grave.

Como resultado este estudio demostró tener propiedades psicométricas confiables en los adolescentes de la muestra. Además, revela la relación entre los síntomas premenstruales y los síntomas somáticos que son comunes en trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, se consideran manifestaciones de trastornos psiquiátricos subyacentes. Dado que la depresión y la ansiedad también son síntomas premenstruales, esta asociación resulta lógica (Takeda et al., 2020).

Años después Takeda et al. (2022), desarrollan y analizan las propiedades psicométricas de una forma abreviada del *PSQ*. En este estudio se realizó una adaptación teniendo como resultado el *PSQ-S*, compuesto por nueve ítems seleccionados del *PSQ*. La severidad de los síntomas premenstruales y su impacto en las actividades se evalúan utilizando la misma escala de Likert de 4 puntos., donde 0 = nada, 1 = leve, 2 = moderado y 3 = grave. La puntuación total del *PSQ-S* mostró fuertes correlaciones con otras medidas de síntomas premenstruales, es decir tiene suficiente fiabilidad y validez, y podría ser un instrumento útil para evaluar los síntomas premenstruales a lo largo de la práctica clínica (Takeda et al., 2022). Una de las limitaciones dentro de este estudio fue que el *PSQ-S* fue menos informativo en sujetos con síntomas premenstruales más leves que el promedio, lo que podría afectar la capacidad del instrumento (Takeda et al., 2022).

Es importante destacar que en este mismo estudio también se aplicaron otros instrumentos de evaluación complementarios, siendo uno de estos la *Escala del Trastorno Disfórico*

Premenstrual (TDPM) se basa en los criterios del DSM-5 y está compuesta por 12 síntomas específicos. Estos síntomas incluyen "insomnio o hipersomnio" y otros 11 elementos identificados en el DSM-5. Además de los síntomas, la escala TDPM incorpora cinco ítems que exploran el deterioro funcional, los cuales se alinean con los utilizados en el PSST. Emplea una escala de 1 a 4 para calificar la gravedad de los síntomas premenstruales siendo 1= nada, 2= leve, 3= moderado y 4= severo, permitiendo una evaluación detallada de la sintomatología. Las puntuaciones totales se calculan sumando los puntajes respectivos de los 17 ítems, obteniendo un rango de 17 a 68 (Takeda et al., 2022).

Además de la evaluación de los síntomas premenstruales, el grado de dolor menstrual se valoró con la ayuda de una *Escala Numérica de Rating (ENR)*, en esta herramienta se califica la severidad del dolor en una escala desde 0 (ausencia de dolor) al 10 (la mayor intensidad). Esta medida proporcionó información adicional sobre la experiencia subjetiva del dolor (Takeda et al., 2022). Por otro lado, la *Escala de Síntomas Somáticos-8 (SSS-8)* se utilizó para evaluar síntomas somáticos adicionales. Esta escala consta de ocho ítems que evalúan diferentes síntomas somáticos, como trastornos gastrointestinales, dolor lumbar, dolor en brazos, piernas o articulaciones, cefalea, dolor torácico y dificultad para respirar, mareos, fatiga y falta de energía, y trastornos del sueño. Cada ítem se califica en una escala de 5 puntos (de 0 a 4), lo que da como resultado una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 32 (Takeda et al., 2022).

Además de los instrumentos creados específicamente para el trastorno, en un estudio realizado por Abu et al. (2021), se aplicaron instrumentos que sirvieron de utilidad para corroborar los síntomas y por lo tanto se consideran de apoyo para el diagnóstico. Entre los instrumentos está la *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)*, esta escala incluye 21 preguntas para evaluar el estado psicosocial, se responde según la situación actual (durante la semana pasada) se utilizó una escala Likert de 4 puntos (1 = nunca, 2 = a veces, 3 = a menudo y 4 = siempre), donde cada respuesta recibía una puntuación específica. La gravedad de la depresión, la ansiedad y el estrés se calculó sumando las puntuaciones de las respuestas multiplicadas por 2.

También se empleó una herramienta diagnóstica *Escala Árabe del Síndrome Premenstrual (A-PMS)* desarrollada por Algahtani y Jahrami en 2014 para medir la frecuencia y la intensidad de los síntomas del síndrome premenstrual (SPM). Esta herramienta consta de 23 preguntas sobre síntomas psicológicos, físicos y conductuales categorizados. Cada pregunta se califica en una escala Likert de 5 puntos (nunca, a veces, frecuentemente, siempre y severamente) y se asigna una

puntuación específica. La gravedad de los síntomas del SPM se calculó tomando la media de las puntuaciones de las preguntas de cada categoría (Abu et al., 2021).

Además, en este estudio se aplicó el *Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)* esta herramienta evalúa la calidad subjetiva del sueño en el último mes. a través de 19 preguntas autoevaluadas, agrupadas en siete componentes: calidad, latencia, duración, eficiencia, trastornos, uso de medicamentos y disfunción diurna. La puntuación total, llamada PSQI, varía de 0 a 21, donde valores más altos indican peor calidad del sueño. Se sugiere un umbral de 5 en el PSQI para distinguir entre mala ($PSQI > 5$) y buena calidad del sueño ($PSQI < 5$). La versión iraní de esta herramienta ha demostrado una alta sensibilidad diagnóstica (100%) y especificidad (93%) (Abu et al., 2021).

En virtud de la evaluación exhaustiva de los instrumentos utilizados para medir el (TDPM), se destaca la importancia de contar con instrumentos que no solo aborden los síntomas específicos, sino que también consideren su impacto funcional en la vida diaria, como el PSQ-2 que permite una evaluación integral, proporcionando una comprensión profunda de la severidad de los síntomas y su repercusión en las actividades cotidianas. También, los estudios revisados ofrecen herramientas validadas, que ayudan a reducir la subjetividad en el diagnóstico y proporcionan una base sólida para el diseño de intervenciones terapéuticas específicas que aborden los síntomas del TDPM y mejoren el nivel de vida de las personas afectadas (Abu et al., 2021).

Análisis psicométrico de instrumentos diagnósticos en Trastornos Premenstruales

Para evaluar y diagnosticar adecuadamente estos trastornos, es fundamental contar con instrumentos psicométricamente robustos que puedan capturar de manera precisa la variabilidad y la intensidad de los síntomas experimentados. El análisis psicométrico de estos instrumentos no solo valida su fiabilidad y validez, sino que también proporciona insights sobre la estructura factorial, la consistencia interna y la sensibilidad al cambio a lo largo del ciclo menstrual. Este proceso riguroso asegura que los profesionales de la salud puedan utilizar herramientas confiables para realizar diagnósticos precisos y ofrecer tratamientos efectivos, mejorando así el manejo clínico y la comprensión de estos trastornos complejos.

En este contexto, es crucial abordar la validez psicométrica de los instrumentos mencionados, destacando el *CTDP-DSM-5* cuyo análisis de consistencia interna mostró resultados positivos, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.92, lo que indica una sólida consistencia

interna. También se identificó una estabilidad temporal, evaluada mediante un análisis test-retest a lo largo de ocho meses, esta fue moderada. (Aperribai et al., 2016).

En cuanto a la validez de constructo, se observó una correlación de 0.53 entre el CTDP-DSM-5 y el SCID-I, así como una correlación de 0.55 entre el CTDP-DSM-5 y la Escala de Registro Diario (ERD), lo que demuestra una adecuada validez convergente. La validez discriminante se evidenció por una baja correlación de 0.25 entre el CTDP-DSM-5 y los Trastornos del Estado de Ánimo y de Ansiedad evaluados por el SCID-I, y una correlación negativa de -0.05 con otros trastornos. La diferencia significativa en los coeficientes de validez convergente y discriminante, que varió entre 0.33 y 0.56, respalda la validez de constructo del cuestionario (Aperribai et al., 2016).

En cuanto a la validez diagnóstica, se identificó una prevalencia estimada de PMDD del 10% en la segunda etapa del estudio, consistente con estudios previos que reportan una frecuencia del 3-10%, lo que sugiere una mejora en la capacidad del CTDP-DSM-5 para diferenciar entre diagnósticos positivos y negativos de PMDD. Mientras que la validez predictiva del CTDP-DSM-5 se confirmó a través del análisis de su relación con el Neuroticismo, mostrando que las mujeres con niveles bajos o medios de Neuroticismo tenían una probabilidad significativamente menor de obtener un diagnóstico positivo de PMDD en comparación con aquellas con niveles altos de Neuroticismo, lo que respalda la validez predictiva del cuestionario (Aperribai et al., 2016).

El desarrollo de los ítems del CTDP-DSM-5 se basó en los síntomas descritos en el DSM-5 y en las recomendaciones de expertos, garantizando que fueran representativos, comprensibles y que evitaran la aquiescencia, lo que sustenta la validez de contenido del cuestionario. Finalmente, la validez de criterio del CTDP-DSM-5 se corroboró mediante su correlación con instrumentos establecidos como el SCID-I y la ERD, lo que refuerza la validez del cuestionario (Aperribai et al., 2016)

Por otra parte, en el estudio de Piccinini et al. (2021), se empleó la *PSST* para validar el diagnóstico de TDPM. La versión general en italiano del *PSST* exhibió una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.89. Además, la confiabilidad test-retest mostró resultados favorables, con una correlación de Spearman para la puntuación global de 0.80 y un coeficiente de correlación intraclase (ICC) de 0.81. La validez del contenido también se respaldó, ya que las participantes coincidieron en que el texto era comprensible y libre de términos difíciles o ambiguos. En cuanto a la validez de constructo los datos mostraron una correlación moderada

entre las puntuaciones globales del PSST y las puntuaciones globales del BDI ($\rho = 0.647$).

Además, la investigación es la primera en realizar un análisis factorial confirmatorio (AFC) del PSST, revelando que el instrumento es multifactorial, con cuatro factores identificados: "Disminución del interés en las actividades diarias", "Interferencia con las funciones normales", "Inestabilidad del estado de ánimo" y "Malestar psicofísico", los cuales explican el 54.3% de la varianza total. Este modelo debe considerarse como el núcleo de los síntomas descritos en los manuales DSM-IV y DSM-5. La validez del contenido también se respaldó, ya que todos los estudiantes coincidieron en que el texto era comprensible y libre de términos difíciles o ambiguos (Piccinini et al., 2021)

De igual manera, en un estudio transversal, Takeda et al. (2020) evaluaron el *PSQ*, donde los resultados mostraron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93. En cuanto a la validez concurrente, se encontró una correlación significativa entre la puntuación completa del *PSQ* y las puntuaciones de la *Escala de Trastorno Disfórico Premenstrual (PMDD)*, lo que indica que los ítems son coherentes en la medición del mismo constructo. Para validez factorial, tanto los componentes principales y el análisis factorial confirmatorio apoyan la estructura unidimensional de la escala. La puntuación total del *PSQ* estaba fuertemente correlacionada con la puntuación total de la escala *PMDD* (r de Spearman $\rho = 0.88$ $P < 0.0001$), y el kappa ponderado fue de 0.65 sugiriendo una concordancia sustancial. Así mismo, la validez de constructo del *PSQ* mostró una correlación moderada con la puntuación total del *SSS-8* ($\rho = 0.46$) y con la puntuación del *IEQ-chr-J* ($\rho = 0.46$).

Del mismo modo, se encontró que el alfa de Cronbach para la puntuación del *PSQ-S* fue de 0.93. Un análisis factorial de componentes principales identificó un modelo de un solo factor mismo que se ajustaba adecuadamente. La puntuación total del *PSQ-S* se correlacionó robustamente con la puntuación total de *PSQ* ($\rho = 0.97$) la escala *PMDD* ($\rho = 0.85$), la puntuación total de la *SSS-8* ($\rho = 0.64$), y la *NRS* ($\rho = 0.43$). (Takeda et al., 2022).

En la misma línea, se encontró que la *Escala de PMDD* exhibe coeficiente α de Cronbach de 0.93 (Takeda et al., 2022). De igual manera, el Alfa de Cronbach para el *ENR* se ha determinado en varios estudios, sin embargo, los resultados varían según el contexto y la muestra. En general, los valores reportados oscilan entre 0.7 y 0.9 respectivamente, lo que sugiere una confiabilidad interna aceptable (Takeda et al., 2022).

Para la escala de *Severidad de los Síntomas del Síndrome Premenstrual (SSS-8)* se encontró

un alfa de Cronbach de 0.86 respectivamente, lo que indica una confiabilidad interna aceptable, a más de esto tiene un coeficiente de correlación de 0.88. La puntuación total del PSQ se correlacionó con la puntuación total del SSS-8 ($\rho = 0.64$) lo que sugiere que el SSS-8 es eficaz para medir síntomas relacionados implicando de este modo una validez diagnóstica. Así mismo, la validez predictiva se encontró de acuerdo al análisis de regresión múltiple que mostró que la puntuación del SSS-8 estaba asociada significativamente con la puntuación total del PSQ, indicando que el SSS-8 puede predecir la severidad de los síntomas y esto valida su capacidad para medir síntomas somáticos (Takeda et al., 2020).

Por otra parte, se analizó la fiabilidad y validez de test psicométricos utilizados y adaptados para el TDPM, ya que se utilizó una variedad de instrumentos como: la *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)*. Este instrumento ha mostrado una alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91 que indica una fiabilidad excelente. La validez de constructo se ha confirmado en estudios previos, mostrando que mide eficazmente los niveles de depresión, ansiedad y estrés. En cuanto a la sensibilidad y especificidad, ha demostrado ser sensible en detectar niveles leves, moderados y severos de síntomas, aunque no se especifican cifras exactas en el estudio. La validez predictiva también se ha confirmado, mostrando que las puntuaciones pueden predecir problemas psicosociales futuros. La validez de contenido está garantizada, ya que las preguntas incluyen de manera exhaustiva los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Abu et al., 2021).

Otro estudio destacó la utilidad del *A-PMS* para evaluar la gravedad de los síntomas del TDPM. Esta escala mostró una notable consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.91. Esto indica que el *A-PMS* mide con precisión la severidad del SPM, al correlacionarse con variables relacionadas como el estado de ánimo y la calidad de vida. Además, la escala demostró tener validez convergente, evidenciada por una correlación positiva de 0.82 con la Escala de Síntomas Premenstruales (PSS) y de 0.78 con el Cuestionario de Síntomas Premenstruales (Abu et al., 2021).

Además, Khazaie et al. (2016) evaluó la calidad del sueño en el TDPM mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), una herramienta bien establecida teniendo una fiabilidad interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0.81; el coeficiente kappa fue de 0.61; la sensibilidad alcanzó el 88.63%; la especificidad se situó en 74.99%; y la precisión predictiva positiva de la prueba fue de 80.66% (Khazaie et al., 2016).

Tabla 1

Resumen de instrumentos/procedimientos y propiedades psicométricas

| Instrumento/ Procedimiento | Autores | Población | Descripción | Tipo | Confiabilidad | Validez |
|---|----------------------------|--|---|---------------|--|---|
| CTDP-DSM-5 (Cuestionario del Trastorno Disfórico Premenstrual) | (Aperriba i et al., 2016). | 2820 mujeres Edad M = 23.43 | Identificar la presencia de síntomas premenstruales. | Dicotómica | $\alpha = 0.92$ | Validez de Constructo: Correlación de 0.53 con SCID-I y 0.55 con ERD -0.05 con otros trastornos. -Validez diagnóstica Prevalencia de PMDD del 10% Validez predictiva -Niveles altos de Neuroticismo predicen PMDD |
| PSST (Herramienta de Detección de Síntomas Premenstruales) | (Steiner et al., 1995) | 520 mujeres mayores de 18 años | Evalúa 19 síntomas psicológicos, físicos y conductuales, así como su impacto en actividades diarias | Likert (0-3) | $\alpha = 0.89$ $\rho = 0.80$ CCI = 0.81. | Validez de constructo Validez Convergente: Correlación moderada PSST y BDI $\rho=0.64$ |
| PSQ (Cuestionario de Síntomas Premenstruales) | (Takeda et al., 2020) | 1388 mujeres | Mide síntomas premenstruales y discapacidad social. | Likert (0-3) | $\alpha = 0.93$ $\kappa = 0.65$ (intervalo de confianza del 95%: 0.58-0.72). | Validez de constructo Correlación de Spearman: SSS-8 ($\rho = 0.46$) IEQ-chr-J ($\rho = 0.46$) Escala PMDD ($\rho = 0.88$) |
| PSQ-S (Forma abreviada del PSQ) | (Takeda et al., 2022) | 922 participantes | Medir síntomas premenstruales y su impacto en actividades diarias. | Likert (0-3) | $\alpha = 0.93$ | Validez de constructo: Correlación de Spearman: PSQ ($\rho = 0.97$) Escala PMDD ($\rho = 0.85$) SSS-8 ($\rho = 0.64$) NRS ($\rho = 0.43$) |
| Escala del Trastorno Disfórico Premenstrual | (Merchant et al., 1995) | 922 participantes | Evalúa 12 síntomas específicos y 5 ítems de deterioro funcional | Likert (1-4) | $\alpha = 0.84$ | Validez de constructo Correlación de 0.85 con BDI Y 0.80 con el STAI |
| Escala Numérica de Rating (ENR) | (Takeda et al., 2022) | 922 participantes | Evalúa la severidad del dolor menstrual | Likert (0-10) | $\alpha = 0.9$ | - |
| Escala de Síntomas Somáticos-8 (SSS-8) | (Takeda et al., 2022) | 922 participantes | Contiene 8 ítems que evalúan diferentes síntomas somáticos | Likert (0-4) | $\alpha = 0.86$ | Validez de constructo: Correlación de Spearman: SSS-8 ($\rho = 0.64$) |
| DASS-21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) | (Lovibond et al., 1995). | 398 estudiantes | Evaluar el estado psicosocial: depresión, ansiedad, estrés. | Likert (1-4) | $\alpha = 0.91$ | - |
| A-PMS (Escala Árabe del Síndrome Premenstrual) | (Abu et al., 2021). | 398 estudiantes | Mide la frecuencia e intensidad de los síntomas premenstruales | Likert (1-5) | $\alpha = 0.91$ | Validez de constructo: Validez convergente: Escala de Síntomas Premenstruales (PSS) 0.82 y de 0.78 con el Cuestionario de Síntomas Premenstruales |
| PSQI (Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh) | (Rico et al., 1997). | 1.486 mujeres entre los 18 y los 30 años | Evalúa la calidad subjetiva del sueño en el último mes | Variada (0-3) | $\alpha = 0.81$ $\kappa = 0.61$ | Sensibilidad = 88.63% Especificidad = 74.99 Validez predictiva = 80.66% |

Nota. α : Alfa de Cronbach (medida de consistencia interna); ρ : Rho de Spearman (medida de correlación ordinal); CCI: Coeficiente de Correlación Intraclase (medida de fiabilidad); IC95%: Intervalo de Confianza del 95%; -: sin datos encontrados en el estudio.

Impacto psicosocial tras el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual.

El impacto psicosocial del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) abarca repercusiones y consecuencias significativas en el bienestar emocional, social y ocupacional de las personas afectadas. Comprender estas dimensiones es crucial para desarrollar intervenciones efectivas que mejoren la calidad de vida de quienes padecen este trastorno, mitigando sus efectos en diversas áreas de funcionamiento diario, pues no solo afecta el bienestar físico y emocional de las individuos, sino que también incide significativamente en su funcionamiento social, laboral y académico. Esto se evidencia en un estudio realizado por Naik et al. (2023) en el que exponen que, en el ámbito familiar, las fluctuaciones de humor y comportamiento relacionadas con el TDPM pueden generar tensiones y conflictos interpersonales. Además, las relaciones familiares pueden verse afectadas por los síntomas emocionales y físicos que experimentan las mujeres durante su ciclo menstrual, lo que puede contribuir a un ambiente familiar tenso y disfuncional. Según Matsumoto et al. (2013) las relaciones maritales de las mujeres con TDPM están más afectadas que las de aquellas con episodios recurrentes de trastorno depresivo mayor.

El estudio antes mencionado mide el impacto psicosocial mediante la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, la productividad laboral y el impacto económico. Utilizando instrumentos de diagnóstico prospectivo, se ha encontrado que mujeres con PMS tienen un 20-40% más de ausentismo laboral y una reducción significativa en la productividad, además de un aumento en los costos médicos directos en \$59 anuales y en los costos indirectos en \$4333 debido a la disminución de la productividad y horas de trabajo perdidas. También se observa un impacto negativo en las relaciones interpersonales, con un mayor deterioro en las relaciones maritales y un ajuste social peor durante la fase lútea en comparación con mujeres con depresión crónica. Además, el 13-18% de las mujeres con síntomas disfóricos premenstruales experimentan un deterioro significativo en su bienestar general, aumentando el riesgo de comportamientos suicidas no fatales y admisiones psiquiátricas durante las fases tardías lútea y folicular. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque multidisciplinario para abordar los complejos factores biopsicosociales asociados con los trastornos premenstruales (Matsumoto et al., 2013).

Simultáneamente, los síntomas pueden obstaculizar las responsabilidades parentales, provocando estrés y frustración en el entorno familiar. En un estudio realizado por Liguori et al. (2023) se evaluó esta perturbación mediante encuestas y cuestionarios estandarizados, como el Cuestionario de Impacto Psicosocial (PISQ-IR). Este estudio consideró factores como la calidad

de vida, las responsabilidades diarias, las relaciones interpersonales, la productividad laboral, el estrés y la salud mental en general. Los hallazgos indicaron que las mujeres con TDPM sufren alteraciones significativas en el estado de ánimo que afectan gravemente su capacidad para trabajar y mantener relaciones, con una prevalencia que oscila entre el 1,3% y el 5,3%. En Suiza, un estudio reveló que el 10,3% de las mujeres sufrían de Síndrome Premenstrual (SPM), y el 3,1% cumplían con los criterios para TDPM. En China, la prevalencia de TDPM fue del 2,1%, mientras que el SPM afectaba al 21,1% de las mujeres. Un metanálisis mostró una prevalencia global del SPM del 47,8%, con variaciones desde el 12% en Francia hasta el 98% en Irán. Estos datos subrayan el considerable impacto negativo del TDPM en la vida social y laboral de las mujeres.

De manera similar, el artículo de Osborn et al. (2020) identifica consecuencias transdiagnósticas en el contexto de la maternidad. El estudio revela que muchas mujeres que son madres sienten que no pueden proporcionar el cuidado adecuado a sus hijos, expresando su frustración por no poder cumplir el rol maternal deseado. Además, otro estudio reveló que las puntuaciones promedio para el síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual en el ámbito de la vida familiar y las responsabilidades del hogar superaban a las de otros trastornos psiquiátricos importantes. Este hallazgo indica un deterioro funcional especialmente grave en el entorno familiar, subrayando el severo impacto de estos trastornos en las responsabilidades domésticas (Nemani et al., 2022).

Para evaluar este impacto, se utilizó la Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS), que mide el deterioro funcional en tres áreas: trabajo/escuela, vida social y responsabilidades familiares. Los resultados mostraron que las puntuaciones en la SDS indicaron un deterioro funcional comparable al de trastornos mentales graves, con altas puntuaciones en los dominios de trabajo, vida social y responsabilidades familiares. Además, el grupo con TDPM reportó una media de 4,3 días perdidos al mes. Estos datos subrayan el impacto negativo significativo del TDPM en la vida cotidiana de las mujeres, evidenciado por la disminución en la productividad y la calidad de vida.

A nivel interpersonal, el TDPM tiene graves consecuencias tras el diagnóstico, que complican el mantenimiento de relaciones saludables debido a síntomas como irritabilidad, cambios de humor y conflictos emocionales. Estos síntomas no solo dificultan la comunicación efectiva y generan tensiones en las relaciones interpersonales, sino que también fomentan sentimientos de aislamiento tanto en las personas afectadas como en sus seres queridos, provocando un impacto negativo considerable en la calidad de vida (Reilly et al., 2023). Las

mujeres afectadas por este trastorno a menudo informan sentirse rechazadas y tienden a aislarse de sus seres queridos para protegerlos, lo que puede llevar a la disolución de relaciones románticas y amistades cercanas (Osborn et al., 2020).

También se han reconocido secuela en el ámbito laboral y académico, pues esta alteración psicológica afecta significativamente el nivel de productividad y desempeño debido a los síntomas físicos y emocionales que interfieren con el funcionamiento diario. Según Schmalenberger et al. (2017), las mujeres que padecen TDPM experimentan dificultades notables para concentrarse, tomar decisiones y cumplir con sus responsabilidades laborales o académicas durante la fase sintomática del trastorno. Esta interferencia tiene un impacto directo en su rendimiento y desarrollo profesional o académico, limitando su capacidad para alcanzar su máximo potencial.

Para comprobar lo antes mencionado, este estudio evaluó tres tipos distintos de deterioro: ocupacional, recreativo y relacional. Este impacto se cuantificó utilizando el Registro Diario de Gravedad de Problemas (DRSP), una herramienta que permite evaluar tanto los síntomas del TDPM como el deterioro asociado en cada uno de estos dominios. Los resultados mostraron que el deterioro relacional en el hogar, en las relaciones con la pareja y los hijos, fue el más frecuente, seguido por el deterioro en la vida social general y, finalmente, el deterioro ocupacional. El estudio utilizó modelos multinivel y curvas ROC, los análisis revelaron que cuatro síntomas premenstruales fueron suficientes para predecir de manera óptima el deterioro significativo teniendo como resultado una curva ROC de .90, indicando una alta precisión en la identificación del deterioro basado en el número de síntomas presentes. El estudio también halló que, a nivel de ciclo, el 30.2% de los ciclos mostraron un deterioro significativo en al menos una de las tres categorías de impacto (Schmalenberger et al., 2017).

De igual manera, en un estudio de Maity et al. (2022) los resultados demostraron que la alta prevalencia de trastornos menstruales afecta negativamente la vida académica y social de los estudiantes, resultando en ausencias escolares y calificaciones más bajas. Algunas estudiantes prefieren no hablar sobre sus molestias menstruales debido a la percepción de que son un tabú, y optan por automedicarse con analgésicos y bebidas calientes en lugar de consultar a profesionales de salud (Bhuvanewari et al., 2019).

Además, Liguori et al. (2023) sugieren que, aunque muchas mujeres con síntomas premenstruales podrían no ausentarse completamente del trabajo, tienden a reducir sus horas laborales o experimentar una disminución en su eficiencia durante este período. Este

comportamiento implica que, aunque físicamente presentes en sus lugares de trabajo, su capacidad para desempeñarse de manera óptima se ve comprometida por los síntomas que están experimentando. La combinación de estos factores no solo afecta el bienestar personal de las mujeres, sino que también tiene implicaciones económicas y de productividad para las organizaciones y las instituciones académicas.

Por otro lado, nivel intrapersonal este trastorno impacta de manera significativa en el bienestar emocional y psicológico, ya que, los síntomas como la irritabilidad, la tristeza y la ansiedad pueden afectar la autoestima y la autoimagen, contribuyendo a sentimientos de malestar y disfunción emocional, disminuyendo la calidad de vida y dificultades para mantener un estado emocional estable y saludable (Babapour et al., 2023).

En términos de comorbilidad, varios estudios han encontrado asociaciones con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad y el trastorno bipolar. Esto puede complicar el diagnóstico y el tratamiento, así como aumentar la carga psicosocial para las personas afectadas. Además, se ha establecido que una intervención psicológica tardía puede aumentar el riesgo de suicidio y la gravedad de otros trastornos mentales (Beddig et al., 2020).

Para corroborar el impacto psicosocial posterior al diagnóstico, en este estudio se llevaron a cabo encuestas y cuestionarios estandarizados. Este estudio, aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de Mannheim, incluyó a 122 participantes (61 con TDPM y 61 controles) y utilizó la Evaluación Ecológica Momentánea (EMA) a través de smartphones para registrar datos en diversas fases del ciclo menstrual. Las evaluaciones diarias se realizaron ocho veces al día, midiendo el estado de ánimo negativo y positivo, la rumiación y la autoaceptación mediante escalas Likert de 7 puntos (Beddig et al., 2020).

El análisis de los datos se realizó utilizando modelos multinivel, permitiendo identificar diferencias significativas en el impacto psicosocial antes y después del diagnóstico de TDPM. Antes del diagnóstico, las mujeres con TDPM experimentaban niveles elevados de estrés, una reducción en la calidad de vida, problemas en las relaciones interpersonales y una disminución notable en la productividad laboral. Tras el diagnóstico, se observó una mejor comprensión de sus síntomas y una mayor capacidad para buscar y recibir el apoyo adecuado.

No obstante, las mujeres con TDPM continuaron presentando mayores niveles de afecto negativo y rumiación, así como menores niveles de afecto positivo y autoaceptación, especialmente durante la fase lútea tardía, lo que resalta el significativo impacto negativo en la

vida diaria, consecuencias que incluso pueden llegar al suicidio, a más de esto también se ve afectado la productividad y eficiencia laboral de las mujeres afectadas (Beddig et al., 2020).

Lo antes mencionado es especialmente relevante, dado que los síntomas afectivos del TDPM pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a tendencias suicidas, incluyendo la ideación, la planificación y, en casos graves, los intentos de suicidio. La literatura previa indica que las mujeres con síndrome premenstrual y TDPM muestran tasas más altas de tendencias suicidas en comparación con aquellas sin estos diagnósticos (Prasad et al., 2021; Yan et al., 2021).

Estos hallazgos son comparables a los del estudio llevado a cabo por Wikman et al. (2022) en el que casi el 40 % de las mujeres con TDPM reportaron ideación suicida, entre los factores emocionales y conductuales que explican el vínculo entre el TDPM y el suicidio en el afecto negativo incluyen: las disfunciones en la regulación emocional, alteraciones y evaluaciones negativas de las interacciones sociales e interpersonales, déficits en la función ejecutiva y disminución del control inhibitorio, así como trastornos del sueño.

Por tal motivo es de vital importancia presentar dichas comorbilidades, ya que comparten una mezcla de factores psicológicos, biológicos y sociales que provocan que se presente más de una patología en un mismo individuo (Kaiser et al., 2018). Por consiguiente, desde una perspectiva biológica, se ha observado que los cambios hormonales a lo largo del ciclo menstrual pueden influir en la química cerebral y desencadenar síntomas similares a los de la depresión y la ansiedad. Además, se cree que las modificaciones en los neurotransmisores, como la serotonina, pueden tributar tanto al TDPM como a los trastornos del estado de ánimo (Khazaie et al., 2016).

Desde una perspectiva psicológica, la carga emocional y el malestar asociados con el TDPM pueden predisponer a las personas a desarrollar síntomas de depresión y ansiedad, especialmente si no se manejan adecuadamente, se ha demostrado también que el factor estrés puede exacerbar los trastornos del estado de ánimo preexistentes. Con respecto al trastorno bipolar, la irritabilidad y los cambios de humor característicos del TDPM pueden superponerse con los síntomas de la fase maníaca o depresiva del trastorno bipolar, lo cual complica el diagnóstico y el tratamiento precisos. Además, las personas con trastorno bipolar pueden experimentar una mayor sensibilidad a los cambios hormonales a lo largo del ciclo menstrual, lo cual puede agravar sus síntomas (Sayanti & Arghya, 2022).

Es importante mencionar también que además de las repercusiones mencionadas con anterioridad, también se ha identificado que, las mujeres pueden experimentar discriminación en

entornos sociales y médicos. En el ámbito social, pueden ser percibidas como "exageradas" o "hipersensibles", lo que puede llevar al aislamiento y a una falta de comprensión de su condición. Del mismo modo, en el ámbito médico, sus síntomas pueden no ser tomados con seriedad o pueden ser minimizados, considerándolos como "problemas menstruales normales", lo que puede resultar en un tratamiento inadecuado o insuficiente. Esta falta de reconocimiento y el apoyo insuficiente pueden agravar los síntomas y tener un impacto negativo en la salud mental y física de las pacientes (Eisenlohr-Moul et al., 2020).

Conclusiones

El presente estudio ha cumplido con los objetivos establecidos en relación con los métodos de evaluación psicológica del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM). A través de una revisión detallada y minuciosa de la literatura existente, se han identificado y validado diversos procedimientos, herramientas e instrumentos utilizados en el diagnóstico de esta condición. Destacan la Escala de Severidad de los Síntomas del Síndrome Premenstrual (SSS-8), CTDP-DSM-5, PSST, PSQ, TDPM, ENR, SS-8, DASS-21, A-PMS, PSQI que han demostrado una validez y confiabilidad, respaldada por coeficientes de correlación significativos.

En cuanto a la fiabilidad, los estudios revisados mostraron altos coeficientes alfa de Cronbach, como el SSS-8 con α 0.84, CTDP-DSM-5 con α 0.88, PSST con α 0.89, PSQ con α 0.93, TDPM con α 0.96, ENR con α 0.9, SSS-8 con α 0.84, DASS-21 con α 0.91, A-PMS con α 0.85 y PSQI con α 0.81, indicando una excelente consistencia interna. La validez de constructo, diagnóstica, predictiva y de contenido también fue confirmada para los instrumentos analizados, estableciendo su capacidad para diferenciar entre individuos con y sin síntomas clínicos significativos.

Además, se realizaron adaptaciones culturales y lingüísticas a algunas herramientas, como la versión iraní de una de las escalas, que demostró alta sensibilidad diagnóstica (100%) y especificidad (93%). Estas adaptaciones aseguran que los instrumentos sean aplicables y relevantes en diferentes contextos y poblaciones, incrementando su validez y fiabilidad global. La validez de criterios de los instrumentos, como el SSS-8, fue validada mediante correlaciones significativas con otros cuestionarios de síntomas. La estabilidad temporal de los cuestionarios, evaluada mediante análisis test-retest, mostró resultados consistentes, respaldando la validez a largo plazo de estas herramientas.

Además, se ha abordado el impacto psicosocial y las consecuencias que el diagnóstico del TDPM puede tener en las mujeres que lo padecen, el cual ha demostrado que un mal diagnóstico tiene como consecuencia una menor calidad de vida en ellas, pues se ven deterioradas todas las esferas de vida y el funcionamiento personal y social disminuye notablemente llegando al punto de desarrollar otras patologías incluyendo intentos autolíticos. Que, por el contrario, un reconocimiento adecuado del trastorno y la implementación de estrategias de evaluación precisas no solo facilitan el diagnóstico, sino que también pueden tener un impacto positivo significativo en la mejora de la calidad de vida de las pacientes. Un diagnóstico oportuno y certero puede ayudar a mitigar los efectos negativos del TDPM en el funcionamiento diario y en las relaciones interpersonales, ofreciendo un camino claro hacia intervenciones terapéuticas efectivas.

En conclusión, los procedimientos e instrumentos de evaluación psicológica analizados en este estudio ofrecen una base sólida para el diagnóstico y manejo del TDPM, con propiedades psicométricas robustas que aseguran su fiabilidad y validez. Las adaptaciones culturales realizadas también destacan la importancia de contextualizar las herramientas para mantener su eficacia en diversas poblaciones. Estos hallazgos contribuyen significativamente a la práctica clínica, proporcionando herramientas fiables para mejorar la evaluación y tratamiento del TDPM. Se subraya la necesidad de continuar investigando y mejorando estos instrumentos para adaptarlos mejor a las necesidades de las pacientes y a los avances en los ámbitos de la psicología y la psiquiatría.

Referencias

- Abu Alwafa, R., Badrasawi, M., & Hamad, R. (2021). Prevalence of premenstrual syndrome and its association with psychosocial and lifestyle variables: A cross-sectional study from Palestine. *BMC Women's Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01374-6>
- Accortt, E., Kogan, A., & Allen, J. J. B. (2013). Personal history of major depression may put women at risk for premenstrual dysphoric symptomatology. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1234–1237. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.091>
- Aperribai, L., Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., & Claes, L. (2016). Development of a screening instrument to assess premenstrual dysphoric disorder as conceptualized in DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research*, 88, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.003>
- Appleton S. (2018). Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(1), 52–61. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000339>
- Babapour, F., Elyasi, F., Hosseini-Tabaghdehi, M., Yazdani-Charati, J., & Shahhosseini, Z. (2023). The effect of peer education compared to education provided by healthcare providers on premenstrual syndrome in high school students: A social network-based quasi-experimental controlled trial. *Neuropsychopharmacology Reports*, 43(1), 69–76. <https://doi.org/10.1002/npr2.12305>.
- Babapour, F., Elyasi, F., Shahhosseini, Z., & Hosseini Tabaghdehi, M. (2023). The prevalence of moderate–severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder and the related factors in high school students: A cross-sectional study. *Neuropsychopharmacology Reports*, 43(2), 249–254. <https://doi.org/10.1002/npr2.12338>
- Beddig, T., Reinhard, I., Ebner-Priemer, U., & Kuehner, C. (2020). Reciprocal effects between cognitive and affective states in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: An Ecological Momentary Assessment study. *Behaviour Research and Therapy*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103613>
- Bhuvanewari, K., Rabindran, P., & Bharadwaj, B. (2019). Prevalencia del síndrome premenstrual y su impacto en la calidad de vida entre estudiantes universitarios seleccionados en Puducherry. *Revista médica nacional de la India*, 32(1), 17–19. <https://doi.org/10.4103/0970-258X.272109>
- Bosman, R. C., Albers, C. J., de Jong, J., Batalas, N., & Aan Het Rot, M. (2018). No Menstrual

- Cyclicity in Mood and Interpersonal Behaviour in Nine Women with Self-Reported Premenstrual Syndrome. *Psychopathology*, 51(4), 290–294. <https://doi.org/10.1159/000489268>
- Bosman, R., Jung, S., Miloserdov, K., Schoevers, R., & Aan het Rot, M. (2016). Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 189, 43–53. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.063>
- Buys, M. (2024). Beyond abjection: Exploring narratives after premenstrual dysphoric disorder. *Feminism and Psychology*. Scopus. <https://doi.org/10.1177/09593535231223915>
- Carlini, S., Lanza di Scalea, T., McNally, S., Lester, J., & Deligiannidis, K. (2022). Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. *International journal of women's health*, 14, 1783–1801. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S297062>
- Cary, E., & Simpson, P. (2024). Psychological issues and hormone therapy. *Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(1), 101858. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2023.101858>
- Chamali, R., Emam, R., Mahfoud, Z., & Al-Amin, H. (2022). Dimensional (premenstrual symptoms screening tool) vs categorical (mini diagnostic interview, module U) for assessment of premenstrual disorders. *World journal of psychiatry*, 12(4), 603–614. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i4.603>
- Chan, K., Rubtsova, A., & Clark, C. (2023). Exploring diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder in the U.S. healthcare system: A qualitative investigation. *BMC Women's Health*, 23(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02334-y>
- Chumpalova, P., Iakimova, R., Stoimenova-Popova, M., Aptalidis, D., Pandova, M., Stoyanova, M., & Fountoulakis, K. N. (2020). Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0255-1>
- Eccles, H., & Sharma, V. (2023). The association between premenstrual dysphoric disorder and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 12, 100504. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100504>
- Eisenlohr-Moul, T. A., Kaiser, G., Weise, C., Schmalenberger, K. M., Kiesner, J., Ditzen, B., & Kleinstäuber, M. (2020). Are there temporal subtypes of premenstrual dysphoric disorder?: Using group-based trajectory modeling to identify individual differences in symptom change. *Psychological Medicine*, 50(6), 964–972.

- <https://doi.org/10.1017/S0033291719000849>
- Gao, M., Zhang, H., Gao, Z., Cheng, X., Sun, Y., Qiao, M., & Gao, D. (2022). Global and regional prevalence and burden for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A study protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(1), e28528. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028528>
- Hantsoo, L., & Epperson, C. (2015). Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current psychiatry reports*, 17(11), 87. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0628-3>
- Hantsoo, L., Sajid, H., Murphy, L., Buchert, B., Barone, J., Raja, S., & Eisenlohr-Moul, T. (2022). Patient Experiences of Health Care Providers in Premenstrual Dysphoric Disorder: Examining the Role of Provider Specialty. *Journal of women's health*, 31(1), 100–109. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8797>
- Hardy, C., & Hardie, J. (2017). Exploring premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in the work context: a qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(4), 292-300. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2017.1286473>
- Hussein Shehadeh, J., & Hamdan-Mansour, A. M. (2018). Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 176-184. <https://doi.org/10.1111/ppc.12219>
- Meza-Moreno, F., Pimienta-Alcaraz, M., Vazquez-Valdez, M., Balderas-Sanchez, C., & Toledo-Fernandez, A. (2021). Self-reported executive function, and not performance-based measures, strongly associates with symptoms of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Salud Mental*, 44(2), 83–90. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.012>
- Kaiser, G., Janda, C., Kleinstäuber, M., & Weise, C. (2018). Clusters of premenstrual symptoms in women with PMDD: Appearance, stability and association with impairment. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.004>
- Kaltsouni, E., Wikström, J., Lanzenberger, R., Sundström-Poromaa, I., & Comasco, E. (2024). White matter volume and treatment with selective progesterone receptor modulator in patients with premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 163. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.106977>

- Khazaie, H., Ghadami, M. R., Khaledi-Paveh, B., Chehri, A., & Nasouri, M. (2016). Sleep quality in university students with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 28(3), 131–138. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.215118>
- Ko, C.-H., Wong, T.-H., Suen, J.-L., Lin, P.-C., Long, C.-Y., & Yen, J.-Y. (2024). Estrogen, progesterone, cortisol, brain-derived neurotrophic factor, and vascular endothelial growth factor during the luteal phase of the menstrual cycle in women with premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 169, 307-317. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.11.019>
- Lanza di Scalea, T., & Pearlstein, T. (2019). Premenstrual Dysphoric Disorder. *The Medical clinics of North America*, 103(4), 613–628. DOI: 10.1016/j.mcna.2019.02.007
- Liguori, F., Saraiello, E., & Calella, P. (2023). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(11), 2044. <https://doi.org/10.3390/medicina59112044>
- Lin, P. C., Ko, C. H., & Yen, J. Y. (2022). Early and Late Luteal Executive Function, Cognitive and Somatic Symptoms, and Emotional Regulation of Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of personalized medicine*, 12(5), 819. <https://doi.org/10.3390/jpm12050819>
- Maity, S., Wray, J., Coffin, T., Nath, R., Nauhria, S., Sah, R., Waechter, R., Ramdass, P., & Nauhria, S. (2022). Academic and Social Impact of Menstrual Disturbances in Female Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3389/FMED.2022.821908>
- Matsumoto, T., Asakura, H., & Hayashi, T. (2013). Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 67–73. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705383>
- Miller, K., Standeven, L., Morrow, A. L., Payne, J., Epperson, C., & Hantsoo, L. (2024). GABAergic neuroactive steroid response to sertraline in premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 160. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106684>
- Naik, S. S., Nidhi, Y., Kumar, K., & Grover, S. (2023). Validez diagnóstica del trastorno disfórico premenstrual: revisado. *Frontiers in global women's health*, 4, 1181583. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1181583>
- Nayman, S., Beddig, T., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2023). Effects of cognitive emotion

- regulation strategies on mood and cortisol in daily life in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychological Medicine*, 53(11), 5342-5352. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002495>
- Nemani, A., Kampalli, S., & Nadukuru, N. (2022). Disability associated with premenstrual dysphoric disorder: A prospective study. *Archives of Mental Health*, 23(2), 118–122. https://doi.org/10.4103/amh.amh_110_22
- Osborn, E., Wittkowski, A., Brooks, J., Briggs, P. E., & 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), 242. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01100-8>
- Pacitti, F., Iorio, C., Riccobono, G., Iannitelli, A., & Pompili, A. (2021). Assessment of premenstrual symptoms: validation of the Italian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool. *Rivista di psichiatria*, 56(5), 246–253. <https://doi.org/10.1708/3681.36672>
- Pal, A., & Paul, S. (2022). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A review of their history with an eye on future. *Annals of Indian psychiatry*, 6(4), 393. https://doi.org/10.4103/aip.aip_16_22
- Prasad, D., Wollenhaupt-Aguiar, B., Kidd, K. N., de Azevedo Cardoso, T., & 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*, 30(12), 1693–1707. <https://doi.org/10.1089/JWH.2021.0185>
- Reilly, T. J., Knox, C.-L., Marsh, M. S., & Craig, M. C. (2023). A case series of premenstrual disorders presenting to the UK's National Female Hormone Clinic. *Bjpsych Bulletin*, 47(5), 263–266. <https://doi.org/10.1192/bjb.2022.63>
- Schmalenberger, K., Eisenlohr-Moul, T., Surana, P., Rubinow, D., & Girdler, S. S. (2017). Predictors of premenstrual impairment among women undergoing prospective assessment for premenstrual dysphoric disorder: a cycle-level analysis. *Psychological medicine*, 47(9), 1585–1596. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003524>
- Stovold, E., Beecher, D., Foxlee, R., & Noel-Storr, A. (2014). Study flow diagrams in Cochrane systematic review updates: an adapted PRISMA flow diagram. *Systematic reviews*, 3, 1-5.
- Takeda, T., Yoshimi, K., & Yamada, K. (2020). Psychometric Testing of the Premenstrual Symptoms Questionnaire and the Association Between Perceived Injustice and

- Premenstrual Symptoms: A Cross-Sectional Study Among Japanese High School Students. *International journal of womens health*, 12, 755–763. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S269392>
- Takeda, T., Yoshimi, K., Kai, S., & Inoue, F. (2022). Development and Psychometric Testing of a New Short-Form of the Premenstrual Symptoms Questionnaire (PSQ-S). *International journal of womens health*, 14, 899–911. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S369151>
- Tiranini, L., & Nappi, R. E. (2022). Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Faculty reviews*, 11. <https://doi.org/10.12703/r/11-11>
- Wikman, A., Sacher, J., Bixo, M., Hirschberg, A. L., Kopp Kallner, H., Epperson, C. N., Comasco, E., & Sundström Poromaa, I. (2022). Prevalence and correlates of current suicidal ideation in women with premenstrual dysphoric disorder. *BMC Women's Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12905-022-01612-5>
- Yan, H., Ding, Y., & Guo, W. (2021). Suicidality in patients with premenstrual dysphoric disorder—A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 339–346. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.08.082>
- Yoshimi, K., Inoue, F., Odai, T., Shirato, N., Watanabe, Z., Otsubo, T., Terauchi, M., & Takeda, T. (2023). Current status and problems in the diagnosis and treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder from the perspective of obstetricians and gynecologists in Japan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(5), 1375–1382. <https://doi.org/10.1111/jog.15618>
- Zehravi, M., Maqbool, M., & Ara, I. (2023). Unfolding the mystery of premenstrual syndrome (PMS): an overview. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 35(1), 9–13. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2022-0023>

Joseline Katuska Belesaca Chacha portador (a) de la cédula de ciudadanía N° **0107182909** y **Erika Priscila Pulla Pacheco** portador (a) de la cédula de ciudadanía N° **0106097736**. En calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "Título del trabajo" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **12 de septiembre de 2024**

F: 

Joseline Katuska Belesaca Chacha

C.I. **0107182909**

F: 

Erika Priscila Pulla Pacheco

C.I. **0106097736**