



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO
DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE LA
CARRERA DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE CUENCA CAMPUS AZOGUES EN EL PERIODO
SEPTIEMBRE 2024 - FEBRERO 2025**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

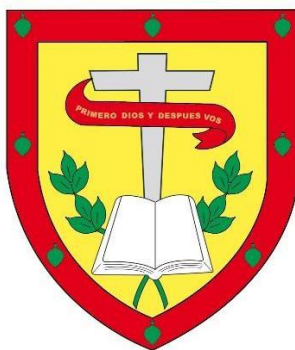
**AUTOR: STEPHANY GUADALUPE PEÑALOZA MINCHALA
JENNIFER MARIBEL RIVERA ORTIZ**

DIRECTOR: DR. GERMÁN EMILIO FLORES BARRERA

AZOGUES – ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO
DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE LA
CARRERA DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
CUENCA CAMPUS AZOGUES EN EL PERIODO SEPTIEMBRE
2024 - FEBRERO 2025**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTOR: STEPHANY GUADALUPE PEÑALOZA MINCHALA
JENNIFER MARIBEL RIVERA ORTIZ**

DIRECTOR: DR. GERMÁN EMILIO FLORES BARRERA

AZOGUES – ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Stephany Guadalupe Peñaloza Minchala portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302892682**. Declaro ser el autor de la obra: **“Prevalencia y factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes de la carrera de Medicina en la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues en el periodo septiembre 2024 - febrero 2025”**, 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.

Azogues, 02 de Junio de 2026

Stephany Guadalupe Peñaloza Minchala

C.I. 0302892682.

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Jennifer Maribel Rivera Ortiz portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106146228**. Declaro ser el autor de la obra: **“Prevalencia y factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes de la carrera de Medicina en la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues en el periodo septiembre 2024 - febrero 2025”**, 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.

Azogues, 02 de Junio de 2026



Jennifer Maribel Rivera Ortiz

C.I. **0106146228**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Germán Emilio Flores Barrera

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: "**Prevalencia y factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues en el periodo septiembre 2024 – febrero 2025**", realizado por: **Stephany Guadalupe Peñaloza Minchala y Jennifer Maribel Rivera Ortiz**, con documentos de identidad: 0302892682 y 0106146228, previo a la obtención del título de **Médica** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 02 de Junio de 2026



Germán Emilio Flores Barrera

0301219853

DIRECTOR

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios y mis padres por su protección, amor y fortaleza en cada paso de este camino. Gracias por iluminar mi mente y guiarme en los momentos de incertidumbre. Su presencia ha sido una fuente constante de esperanza y fe durante todo este proceso.

A mis docentes y tutor, al brindarme las herramientas fundamentales para mi desarrollo académico. Gracias a sus conocimientos impartidos en el aula clase y el entusiasmo de cada uno de ellos, hizo de mi lo que hoy en día me he convertido. Ha sido una faceta llena de muchas emociones y sacrificios, pero mantuve la fe y el amor para lograr un sueño más de la lista de mi vida.

A mis amigas, que han sido mi refugio de risas y palabras de ánimo. Su amistad ha sido un bálsamo para mi alma en los días más grises. Gracias por su apoyo y por hacer este camino menos solitario.

Finalmente, agradezco a todas las personas que de alguna manera contribuyeron con su tiempo, conocimientos y apoyo en la realización de este trabajo, ya sea a través de consejos y sugerencias que han sido de gran ayuda.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el esfuerzo y apoyo de todos ustedes.

Muchas gracias

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi tutor Germán Flores y a cada uno de mis docentes por brindarnos sus conocimientos, sobre todo por su respeto, paciencia y dedicación para enseñar. Gracias por creer en nosotras y vernos capaces de poder ir mucho más allá de lo que imaginamos así también por impartirnos el amor hacia la Medicina.

A mis primos/as por siempre creerme capaz y ser mi apoyo incondicional durante este trayecto, gracias por vivir conmigo cada una de las emociones que me ha dejado todo este tiempo y ayudarme a sobrellevarlas.

A mis amigas, quienes han hecho que todo este proceso sea mucho más ameno con su compañía, por cada una de nuestras risas, apoyo constante y sobre todo el inmenso cariño que surgió por esta bonita carrera.

Así también, agradezco a cada una de las personas que fueron partícipes de una u otra forma en todo este trayecto, por cada uno de sus consejos, palabras de aliento, abrazos y, sobre todo, gracias infinitas a todos los que creyeron en mí.

Muchas gracias.

DEDICATORIA

A mis padres, **Milton y Guadalupe**, cuyo amor infinito y sacrificio inquebrantable han sido el pilar de mi vida. Gracias por cada abrazo que sanó mis miedos, por cada palabra de aliento cuando sentía que no podía más, y por cada noche en vela soñando un futuro mejor para mí. Este logro es tan suyo como mío, porque sin su apoyo incondicional, jamás habría llegado hasta aquí.

A mi hermana **Anahí**, mi luz en los días oscuros y mi fuerza cuando las fuerzas me faltaban. Gracias por caminar a mi lado en este viaje, por sostenerme en mis momentos de duda y celebrar conmigo cada pequeña victoria. A mi hermano **Omar**, que desde el cielo me cuida y me guía. Aunque la vida nos separó demasiado pronto, sé que sigues a mi lado en cada paso que doy.

A mi querido **abuelito Luis**, que también me cuida desde el cielo. Aunque físicamente ya no estés aquí, te siento en cada logro, en cada paso que doy. Sé que, desde donde estés, me miras con orgullo y celebras conmigo este sueño hecho realidad. Este triunfo es para ti, porque fuiste quien me enseñó a luchar con el corazón.

A mis amados **compañeros de cuatro patas**, que siempre han estado a mi lado, dándome amor y alegría, especialmente cuando más lo necesitaba. Ustedes, con su compañía silenciosa, han sido un refugio de paz en medio de tantas tormentas.

Y a **mí misma**, por no rendirme cuando todo parecía derrumbarse, por aferrarme a mis sueños aun cuando el camino se tornaba incierto, por cada lágrima que se convirtió en fortaleza, por cada caída de la que logré levantarme. Hoy me abrazo con orgullo, porque sé todo lo que costó llegar hasta aquí. Este logro es el reflejo de mi esfuerzo, mi

perseverancia y mi fe inquebrantable en que los sueños, por más difíciles que parezcan, sí se pueden alcanzar.

Con todo mi amor,

STEPHANY GUADALUPE PEÑALOZA MINCHALA

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a **Dios**, por ser mi protector y guía, por cada una de las bendiciones que me ha concedido a lo largo de este camino y sin duda la fortaleza que me ha dado en momentos de angustia y sufrimiento.

A mis padres, **Gloria y Olmedo**, quienes con su amor y apoyo incondicional sostuvieron mi mano y guiaron mi camino, me dieron las fuerzas necesarias para no darme por vencida frente a cada adversidad. Gracias por cada palabra de aliento, abrazo e inclusive cada silencio que me fortaleció día a día y permitirme ser quién soy. Gracias por darme alas y permitirme volar hacia mis sueños.

A mi hermano, **Jorge** y mi sobrino, **Liam** por ser partícipes de cada una de mis locuras y logros, por sus palabras de aliento y motivación constante en el momento indicado, gracias por ser esa voz de aliento.

A mi **abuelito Eloy**, quién siempre creyó en mí y hoy a pesar que no se encuentre físicamente, sé que está orgulloso de lo que hemos conseguido hasta ahora, porque detrás de todo este proceso el nunca soltó mi mano, al contrario, la sostuvo aún más fuerte hasta lograr verme en donde estoy ahora. Te amo infinitivamente, gracias por absolutamente todo.

A **Damián**, quién con su paciencia y amor ha hecho que todo esto sea mucho más llevadero, además de haber sido mi soporte en aquellos momentos en los que no sabía cómo sostenerme, por brindarme seguridad, confianza y por creer en mí.

Finalmente, a **mí misma**, por cada sacrificio plasmado, por poner en práctica cada uno de los valores que se me inculcaron a corta edad y sobre todo por demostrarme que puedo lograr todo lo que me proponga, con firmeza y humildad.

Con mucho amor y gratitud,

JENNIFER MARIBEL RIVERA ORTIZ

Prevalencia y factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes de la carrera de Medicina en la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues en el periodo septiembre

2024- febrero 2025

Stephany Guadalupe Peñaloza Minchala, Jennifer Maribel Rivera Ortiz, Germán Emilio Flores Barrera

Universidad Católica de Cuenca, stephany.penaloz.82@est.ucacue.edu.ec,

jennifer.rivera.28@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) es una condición física y emocional categorizada en el DSM- V por la Sociedad Americana de Psiquiatría dentro del capítulo del trastorno del estado del ánimo. Con una prevalencia del 1,8 – 5,8%. Ocurre en la fase lútea del ciclo menstrual y mejora en la etapa posmenstrual; con severidad sintomática que afecta la salud integral de la paciente. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores asociados al TDPM en las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025. **Metodología:** Se realizó un estudio de diseño no experimental, cuantitativo, correlacional de cohorte transversal a una muestra de 278 estudiantes, calculada mediante la fórmula de poblaciones finitas, de un universo total de 796 estudiantes de primero a décimo ciclo, con la aplicación de una encuesta validada. **Resultados:** De las 271 encuestadas, el grupo etario de 18 a 21 años representan el 61.5% (171), de las cuales 98.89% actualmente se encuentran solteras. El 24.8% cumplieron los criterios de diagnóstico para TDPM y el 69.7% para SPM. No se determinaron factores asociados directos; sin embargo, se identificó el consumo de fármacos con un OR 1,59 IC 95% 0,64- 3,9 P= 0.307; consumo de tabaco OR 1,4 IC 95% 0,48- 4, P= 0,531;

menarquia temprana OR 1,24 IC 95% 0,47- 3,25, P= 0,65. **Conclusiones:** Un cuarto de la población estudiada adolece del TDPM, siendo el SPM el que prevalece, no se encontró factores asociados a la patología.

Palabras clave: TDPM, salud mental, síndrome premenstrual.

Prevalence and Associated Factors of Premenstrual Dysphoric Disorder in the Medical Students Program at the Catholic University of Cuenca, Campus Azogues, from September 2024 to February 2025

ABSTRACT

Introduction: Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) is a physical and emotional condition categorized in the DSM- V by the American Psychiatric Society within the chapter of mood disorder. With a prevalence of 1.8 - 5.8%. It occurs in the luteal phase of the menstrual cycle and improves in the postmenstrual stage; with symptomatic severity that affects the integral health of the patient. **Objective:** To determine the prevalence and factors associated with PMDD in female students of Medicine at the Catholic University of Cuenca, Azogues campus, for the period September 2024-February 2025. **Methodology:** A non-experimental, quantitative, correlational, cross-sectional cohort study was carried out with a sample of 278 students, calculated using the finite population formula, from a total universe of 796 students from first to tenth cycle, with the application of a validated survey. **Results:** Of the 271 respondents, the age group 18 to 21 years represented 61.5% (171), of whom 98.89% were currently unmarried. A total of 24.8% met the diagnostic criteria for PMDD and 69.7% for PMS. No direct associated factors were determined; however, drug use was identified with an OR 1.59 95% CI 0.64- 3.9 P= 0.307; tobacco use OR 1.4 95% CI 0.48- 4, P= 0.531; early menarche OR 1.24 95% CI 0.47- 3.25, P= 0.65. **Conclusions:** A quarter of the population studied suffers from PMDD, with PMS being the most prevalent, no factors associated with the pathology were found.

Key words: PMDD, mental health, premenstrual syndrome.

Índice

AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN	X
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
HIPÓTESIS DE ESTUDIO	5
1.1.1 <i>Hipótesis</i>	5
CAPITULO II. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1.1 <i>Definición del Síndrome Premenstrual (SPM) y de Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM)</i>	6
2.1.1 <i>Epidemiología</i>	7
2.1.4 <i>Criterios diagnósticos del TDPM</i>	8
2.1.4 <i>Fisiopatología</i>	9
2.1.2 <i>Factores Asociados</i>	13
2.1.6 <i>Tratamiento</i>	15
2.1.7 <i>Impacto del TDPM en estudiantes universitarias</i>	16

CAPITULO III. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo General.....	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
CAPITULO IV. METODOLOGÍA	21
4.1 Diseño del estudio.....	21
4.2 Lugar y periodo de la investigación.....	21
4.3 Universo y Muestra.....	21
Universo.....	21
Muestra	21
4.4 Criterios de Selección	23
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23
4.5 Instrumento de recolección de datos.....	24
4.6 Variables	24
• Variables independientes:	24
• Variables intervinientes:	24
4.7 Inclinación	25
4.7 Métodos Estadísticos	26
4.8 Aspectos Éticos.....	26
CAPITULO V. RESULTADOS	28
CAPITULO VI DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	36
6.1 DISCUSIÓN	36

6.2 CONCLUSIONES	40
6.3 RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	46
ANEXO 2. VALIDACIÓN INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS	48
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
ANEXO 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-V TDPM	20
Tabla 2. Distribución muestral de estudiantes	34
Tabla 3. Ciclos por rango de edad y total	40
Tabla 4. Cumplimiento de los criterios DSM-V	41
Tabla 5. Cumplimiento de los criterios DSM-V	42
Tabla 6. Síntomas durante los ciclos menstruales	43
Tabla 7. Afectación de ámbitos personales por los síntomas menstruales	44
Tabla 8. Enfermedades concomitantes.....	44
Tabla 9. Sustancias exógenas que estaban tomando	45
Tabla 10. Menarca	45
Tabla 11. Anticonceptivos hormonales y TDPM/SPM	46
Tabla 12 Factores relacionados con el TDPM.....	47

INTRODUCCIÓN

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una condición severa que afecta a un porcentaje importante de la población femenina en edad reproductiva, surge por una exacerbación de los cambios somáticos y psíquicos de manera patológica que ocurren durante la fase lútea del ciclo menstrual, lo que afecta de manera directa en el entorno familiar, laboral y social; esta última condición es imprescindible para considerarla una enfermedad pues, compromete la calidad de vida y productividad de quien lo padece (1,2).

La prevalencia del TDPM se estima entre el 1,8% - 5,8% en las mujeres en etapa fértil y con ciclos menstruales, aproximadamente 31 millones de mujeres en edad fértil a nivel mundial. Cifras subestimadas ya que los criterios diagnósticos son muy estrictos y recientes (3); en el Ecuador existen dos estudios realizados por la Universidad de Cuenca en estudiantes de medicina que indicaron una prevalencia de TDPM del 21,1% en el 2022 y 2023 (Romero M. (4)) y 10,2% en el 2023 (Guamán Yunga (5)).

Investigaciones recientes señalan que las fluctuaciones hormonales en la fase lútea que alteran el equilibrio de los neurotransmisores son elementos clave en su fisiopatología, lo cual sustenta el uso de antidepresivos como tratamiento eficaz. Además, se ha identificado una posible influencia del estrés oxidativo y deficiencias de antioxidantes en la gravedad de los síntomas, lo que abre la posibilidad de nuevas terapias dirigidas a estos factores biológicos subyacentes (6).

El TDPM se diagnostica por medio de los criterios diagnósticos DSM-V que evalúa los síntomas asociados a la fase lútea de la menstruación, su presencia en varios ciclos, su severidad y afectación o interferencia con las actividades habituales de la mujer, lo que permite hacer una evaluación y diagnóstico completo de la patología (7).

Generalmente el TDPM ha demostrado que las variaciones hormonales que se producen en los ciclos menstruales son un factor de gran interés, en el ciclo menstrual las hormonas como los estrógenos y progesterona parecen tener un papel fundamental junto con diversos neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, ácido gamma aminobutírico, al igual que los factores inflamatorios como las prostaglandinas; al sumarse a las relaciones interpersonales, el estrés, factores biológicos como la genética, duración del periodo menstrual, embarazos, estilo de vida como la dieta, el ejercicio físico o el consumo de sustancias estimulantes podrían representar un factor de riesgo potencial en el desarrollo del TDPM (8).

Por esto analizar el TDPM en estudiantes de la UCACUE campus Azogues durante el periodo académico de septiembre 2024 a febrero 2025 es importante para identificar tanto la presencia de TDPM, SPM como los factores que pueden estar relacionados en esta población.

CAPITULO I

JUSTIFICACIÓN

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una condición severa que afecta a la población femenina en edad reproductiva, por lo general la sintomatología suele aparecer 5 o 10 días previos al inicio del periodo menstrual y mejoran al cabo de cuatro a siete días de haber iniciado este proceso fisiológico; sin embargo, para que sea un trastorno también debe demostrarse que estos síntomas afectan las actividades diarias (1,2).

El TDPM tiene gran relevancia e interés para la sociedad debido al impacto psicopatológico, salud pública y socioeconómico, siendo así, necesario el estudio del trastorno como las comorbilidades psiquiátricas asociadas a este, por tal razón, este estudio se enfoca en concientizar sobre esta realidad que padece un número significativo de mujeres entre el 5 –8 % de la población mundial (9,10).

Conocer la frecuencia con la que se manifiesta el TDPM en esta población facilitará la toma de medidas preventivas en edades tempranas para reducir la interferencia en la calidad de vida en las estudiantes universitarias mejorando no solo su entorno clínico, si no emocional, social, académico y familiar.

Este proyecto se centra en el objetivo de desarrollo sostenible número tres: salud y bienestar, en la sublínea de investigación de salud mental y neurociencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDPM es una condición física y emocional que ocurre en la fase lútea del ciclo menstrual y mejora con el inicio de la menstruación diferenciándose del síndrome premenstrual (SPM) por la severidad de sus síntomas. El TDPM genera un ciclo recurrente de signos y síntomas físicos y emocionales intensos que afecta la calidad de

vida de las mujeres en la etapa previa a la menstruación, generando un impacto significativo en sus relaciones personales y desempeño laboral (11).

La prevalencia del TDPM varía significativamente en diferentes poblaciones: en Estados Unidos se estima entre el 5-8% de las mujeres, experimentan síntomas moderados a graves; mientras que en América Latina los estudios epidemiológicos como los de Mishra et al. (12) y Siminiuc et al. (13) en 2023 sugieren una prevalencia aún mayor, con cifras que alcanzan hasta el 82,2%, en países como Brasil y México.

En Ecuador existen dos estudios recientes que evaluaron la prevalencia de TDPM en estudiantes universitarias que indicaron que la prevalencia de TDPM fue de 21,1% en el 2022 y 2023 (4) y en 10,2% en el 2023 (5).

En el contexto universitario, el TDPM interfiere directamente en el desempeño cotidiano, especialmente aquellas que se encuentran en carreras exigentes como Medicina, quienes experimentan una carga académica que las vuelve vulnerables al desarrollo de trastornos del estado de ánimo (14,15).

La combinación de factores estresantes personales, profesionales y educativos, junto a las fluctuaciones hormonales propias del ciclo menstrual, contribuye al incremento de la prevalencia de estos trastornos. Sin embargo, pese a la evidencia existente, la investigación de dichos factores y su impacto en la salud mental de las estudiantes aún es limitada, esto subraya la necesidad de desarrollar estudios más exhaustivos para comprender y abordar este problema (14,15).

En la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues, las estudiantes mujeres están matriculadas en un número significativo en la carrera de Medicina, lo que nos lleva a pensar que, en base a lo descrito sobre el TDPM, podrían estar atravesando este trastorno

debido a la combinación de factores estresantes académicos y cambios hormonales propios de la exigencia académica que esta requiere, lo cual agravaría su sintomatología.

Por todo esto la pregunta de investigación es: ¿Cuál es la frecuencia de TDPM en las estudiantes de Medicina de la UCACUE? Si las hay ¿Cuáles son los factores desencadenantes?

HIPÓTESIS DE ESTUDIO

1.1.1 Hipótesis

No existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos, académicos, psicológicos y biológicos y la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en las estudiantes de Medicina de la UCACUE.

CAPITULO II. FUNDAMENTO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1.1 Definición del Síndrome Premenstrual (SPM) y de Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM)

El Síndrome Premenstrual compromete la salud en un gran porcentaje de mujeres en edad fértil durante la fase luteínica, una o dos semanas previas al inicio del ciclo menstrual, que desaparece con la llegada del sangrado. Se acompaña de síntomas físicos, mentales, psicológicos y de comportamiento de leve a moderada intensidad que no interfiere de manera significativa en la calidad de vida de la mujer (16).

Para su diagnóstico la Sociedad Internacional de Trastornos Premenstruales (ISPMD) la mujer debe presentar entre 1 a 4 síntomas físicos, conductuales, afectivos o psicológicos con un mínimo de 5 síntomas de carácter físico o conductual, en caso de presentar más síntomas en donde al menos uno de ellos sea de naturaleza afectiva como irritabilidad, cambios de humor, entre otros; junto con síntomas físico o conductuales, se establece el diagnóstico de TDPM (16).

El trastorno disfórico premenstrual es una afección más grave que el síndrome premenstrual (SPM). Su cuadro clínico abarca síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales que afectan significativamente el desempeño laboral, académico y la vida social de la persona. Para su diagnóstico, los síntomas deben presentarse de manera recurrente en cada ciclo menstrual durante el último año.

Según el DSM-5, este trastorno se clasifica dentro de los trastornos depresivos y su diagnóstico requiere la presencia de al menos cinco síntomas, entre los que se incluyen (7): cambios emocionales intensos, como alteraciones en el estado de ánimo, tristeza repentina o llanto; irritabilidad o enojo marcados; estado de ánimo deprimido o sentimientos de desesperanza; ansiedad, tensión o sensación de nerviosismo; falta de energía o fatiga; y alteraciones en el apetito, como comer en exceso o experimentar antojos específicos, entre otros.

2.1.1 Epidemiología

Reilly et al. (3) realizó en el 2024 una revisión sistemática de la literatura con metaanálisis y estimó que la prevalencia del TDPM está alrededor del 1,8%-5,8% en las mujeres menstruantes o aproximadamente 31 millones de mujeres en edad fértil a nivel mundial, lo que se cree es una cifra subestimada ya que los criterios diagnósticos son muy estrictos y recientes.

En el caso específico de Ecuador se pueden encontrar en la literatura tres estudios:

Montalvo et al. (17) en el año 2004 se realizaron un estudio dirigido hacia 270 estudiantes y trabajadoras de la Universidad de Cuenca, donde encontraron que el 90,42% de las participantes tenían síntomas relacionados con el ciclo, el 16,3% (44 mujeres) cumplen con los lineamientos de TDPM en base a los criterios del DSM-IV, también encontraron que los factores relacionados con este diagnóstico fueron genética, ciclo menstrual, paridad, nivel de instrucción, edad y ocupación.

Romero M. (4) realizaron una encuesta para determinar la frecuencia del TDPM según los criterios DSM-V en las estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca en 2022 y 2023, en donde encontró que las estudiantes estaban entre los 17 y 25 años, 51,4%

proviene de la provincia Azuay y el resto de otras partes de Ecuador, la frecuencia de TDPM fue de 21,1% con asociación del diagnóstico con la edad y la aparición de síntomas característicos, sobre todo en la menarquia.

Guamán Yunga JB. (5) realizó un estudio en las estudiantes de primer y segundo ciclo de Medicina de la Universidad de Cuenca en 2023 con el objetivo de identificar la frecuencia de TDPM y SPM por medio de una encuesta y el PSST; encontró que la media de edad fue 19,18 años, el 52,5 tenían SPM (moderado 45,1%, leve 30,3% y severo 24,6%) y 10,2% TDPM.

2.1.4 Criterios diagnósticos del TDPM

Existen varios criterios diagnósticos del TDPM los cuales tienen en cuenta únicamente los síntomas y su relación con el periodo durante dos o tres ciclos menstruales. Los criterios más importantes para diagnosticar TDPM son los criterios establecidos por el DSM-V (tabla 1)(7).

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-V TDPM

<p>A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.</p>
<p>B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo). 2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales. 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio. 4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
<p>C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).

<p>2. Dificultad subjetiva de concentración.</p> <p>3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.</p> <p>4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos. 5. Hipersomnias o insomnio.</p> <p>5. Sensación de estar agobiada o sin control.</p> <p>6. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.</p>
<p>D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).</p>
<p>E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).</p>
<p>F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)</p>
<p>G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p>

Tomado de: American Psychiatric Association (7).

Otros criterios diagnósticos que existen son los criterios del ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) (18) y los criterios de la Sociedad Internacional de Trastornos Premenstruales (ISPMD) (19) que también se utilizan y son muy similares al DSM-V.

2.1.4 Fisiopatología

Factores hormonales

El aspecto más característico del TDPM es la relación temporal entre la aparición de los síntomas y la fase menstrual, lo que indica un papel de las hormonas esteroides gonadales y sus metabolitos en la influencia de la plétora de sistemas biológicos que contribuyen a los ajustes necesarios para cumplir los objetivos reproductivos. Sin embargo, las mujeres

con TDPM no muestran anomalías en el patrón de liberación de hormonas reproductivas; más bien, parecen mostrar un umbral neuroendocrino más sensible a las variaciones cíclicas de estrógenos y progesterona, que pueden dar origen a síntomas catamenciales y exacerbación de trastornos del estado de ánimo durante las transiciones reproductivas (20).

Los datos sobre otras hormonas circulantes (prolactina, testosterona, cortisol, sulfato de dehidroepiandrosterona y tiroxina) son discordantes y no logran separar a las mujeres con TDPM de los controles. Sin embargo, pueden ser relevantes para algunos síntomas somáticos individuales, por ejemplo, mastalgia cíclica o retención de líquidos (20).

Muchos factores genéticos y epigenéticos influyen en el umbral neuroendocrino de los síntomas premenstruales según el modelo biopsicosocial. La gravedad de los síntomas del estado de ánimo y la angustia asociada deben guiar el juicio clínico, sin embargo, tanto los profesionales sanitarios como las mujeres tienen su visión personal del punto de ajuste de dicho umbral, lo que explica la epidemiología variable de los síntomas del SPM/TDPM (20).

Las transiciones hormonales se asocian con trastornos del estado de ánimo reproductivo, mientras que las niñas premenárquicas y las mujeres posmenopáusicas no experimentan SPM/TDPM en ausencia de fluctuaciones de esteroides gonadales. Lo mismo sucede cuando los esteroides gonadales son altos y bastante estables, como ocurre en el embarazo. Además, los síntomas premenstruales no ocurren durante los ciclos anovulatorios y desaparecen en mujeres castradas químicamente o quirúrgicamente (20).

Varios mecanismos que involucran polimorfismos de los receptores de estrógeno pueden explicar la vulnerabilidad a los trastornos del estado de ánimo reproductivo, las fluctuaciones de los esteroides gonadales, en particular la progesterona producida por el

cuerpo lúteo, son factores clave dada la sincronía con la fase posovulatoria y el restablecimiento de los síntomas durante el tratamiento con agonistas de GnRH cuando se administra progesterona de refuerzo (20).

Muchas mujeres experimentan síntomas premenstruales inmediatamente después de la ovulación y durante la fase lútea temprana, mientras que otras informan una exacerbación solo unos días antes de la menstruación, independientemente de las fluctuaciones de progesterona (20).

Neurotransmisores

El sistema nervioso central (SNC) es uno de los principales tejidos diana de las hormonas reproductivas, pero también es una fuente de neuroesteroides, que participan a través de mecanismos genómicos y no genómicos en una amplia gama de funciones del SNC mucho más allá del alcance de la presente descripción general (20).

La progesterona desempeña un papel crucial en el SNC debido a su metabolito alopregnanolona, las enzimas 5 α -reductasa y 3 α -hidroxiesteroide-deshidrogenasa forman este esteroide neuroactivo, que es un potente modulador positivo del receptor del ácido gamma-aminobutírico (GABA) y, por lo tanto, tiene la capacidad de aumentar la inhibición cortical sináptica y extrasináptica, la alopregnanolona se une a un sitio alostérico en el receptor GABAA y aumenta su sensibilidad al GABA (20).

El GABA como neurotransmisor inhibitorio es un importante regulador del estrés, la ansiedad, la vigilancia y las convulsiones, la alopregnanolona aumenta después de la ovulación y se secreta a la circulación tanto desde los tejidos ováricos como suprarrenales, su deficiencia ha sido una posible explicación de los síntomas premenstruales emocionales y conductuales, pero no todos los estudios han demostrado una menor concentración de metabolitos de progesterona en mujeres con TDPM (20).

Las mujeres con TDPM mostraron una desregulación serotoninérgica con transmisión atípica, menor densidad de receptores transportadores, niveles plasmáticos disminuidos de serotonina en la fase lútea y mayor respuesta de serotonina en la fase folicular en lugar de en la fase lútea. Los esteroides gonadales modulan significativamente el sistema serotoninérgico en múltiples niveles del SNC, afectando el estado de ánimo y el comportamiento (20).

Los estrógenos aumentan la degradación de mono amino-oxidasa (MAO), una enzima involucrada en el catabolismo de la serotonina, resultando en una mayor disponibilidad de serotonina en el SNC, mientras que la progesterona potencia la actividad de MAO disminuyendo la serotonina (20).

Mecanismos inflamatorios y estrés oxidativo

Los mecanismos biológicos que subyacen a la variación tanto en el tipo de síntomas como en la gravedad entre las mujeres son poco conocidos, pero los cambios en el estrés oxidativo que se producen antes del inicio de la menstruación pueden desempeñar un papel. La literatura sugiere que un equilibrio entre los radicales libres y los antioxidantes es fundamental para mantener la función inmunológica y la salud general y, potencialmente, también la función menstrual y la salud reproductiva (21).

La hipótesis de que el estrés oxidativo inducido por los radicales libres causa el síndrome premenstrual se basa en la evidencia de que el exceso de especies reactivas de oxígeno (ROS) puede provocar daño y muerte celular, que están implicadas en una variedad de afecciones de salud reproductiva como la preeclampsia, la endometriosis y la pérdida recurrente del embarazo (21).

Los estudios que examinan la presencia de niveles de estrés oxidativo en mujeres con síndrome premenstrual son escasos y, en última instancia, llegan a conclusiones

contradictorias. Sin embargo, investigaciones recientes informan cierta evidencia de eficacia en la suplementación con otras vitaminas (como magnesio y vitamina B6 o hierbas ya que pueden alterar el perfil hormonal, antiinflamatorio u oxidativo de las mujeres que experimentan SPM y mejorar sus síntomas (21).

2.1.2 Factores Asociados

- Desregulación serotoninérgica

El TDPM plantea diversas teorías que intervienen en su desarrollo en donde la más aceptada es aquella en la que se produce una respuesta anormal a las fluctuaciones hormonales normales a lo largo del ciclo con la participación específica de los estrógenos y la progesterona, estas hormonas producen variaciones que modulan la transmisión serotoninérgica y adrenérgica, misma que estimula al factor neurotrófico proveniente del cerebro, de igual forma, todas estas alteraciones tienen la capacidad de determinar cambios de alopregnanolona, un metabolito de la progesterona, todos estos cambios generados representan un mayor riesgo en el padecimiento de trastornos afectivos, el embarazo, puerperio y perimenopausia (22).

- Edad

Estudios realizados en mujeres adultas que residían en comunidades de Brasil sobre los factores que se encuentran asociados en el padecimiento del TDPM, la mayor parte de la población pertenecía al sexo femenino en mujeres adultas jóvenes, sobre todo aquellas que pertenecían a la clase baja, en conjunto presentaron comorbilidades como trastornos de depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno bipolar y gran riesgo de suicidio; sin embargo, en otros estudios realizados en estudiantes universitarias la edad varío a 22 años aproximadamente, pese a ello, esto puede ser explicado por la población que fue

estudiada, a pesar de ello, se mantiene el hecho que la mayor prevalencia está relacionado conforme incrementa la edad (23).

- Comorbilidades

En la población afectada, es común encontrar una alta prevalencia de enfermedades mentales como depresión mayor, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y agorafobia. Estas condiciones representan un factor de riesgo para el suicidio en mujeres con TDPM, posiblemente debido a la superposición de síntomas entre estos trastornos. En particular, la combinación del trastorno afectivo bipolar y el TDPM se asocia con un peor pronóstico, lo que resalta la importancia de un diagnóstico temprano para garantizar un tratamiento adecuado (23).

- Alimentación

En un estudio transversal realizado a 332 estudiantes entre la edad promedio de 18-45 años se evidenció que la mayoría de ellas presentó una menarquía tardía y consumían cafeína con mayor frecuencia. A raíz de ello, se utilizó el modelo de regresión de Poisson multivariable para buscar la asociación entre las variables, resultando así que padecer de un trastorno de depresión mayor y consumir cafeína más de tres veces al día por semana tuvieron una asociación significativa en el diagnóstico del TDPM. A pesar de ello, aquellas mujeres que tuvieron una menarquía tardía resultó ser un factor protector; sin embargo, el mecanismo por el cual se produce este proceso aún no está bien establecido, algunos autores consideran que se debe a una elevación y ciclicidad hormonal a lo largo de la pubertad que permite establecer una regulación en cuanto a la sensibilidad del sistema neuroendócrino (24).

- Ejercicio

El ejercicio o su falta no se ha demostrado como un factor de riesgo o protector de TDPM ni SPM, sin embargo, si se ha comprobado que la actividad física puede aumentar los niveles de endorfinas, regular la producción de progesterona y estrógeno, y favorecer la liberación de sustancias antiinflamatorias naturales (25).

Además, la actividad física brinda otros beneficios, como la mejora de condición física general, la posibilidad de interactuar socialmente y el potencial para reducir los síntomas depresivos. Estos beneficios combinados pueden contribuir a moderar la variedad de síntomas que se experimentan en el síndrome premenstrual (25).

Independientemente del tipo específico de ejercicio, la actividad física regular parece ser eficaz para aliviar el dolor, el estreñimiento y la sensibilidad mamaria, así como los síntomas psicológicos como la ansiedad y la ira, pero aún no se sabe cuál es el tipo de ejercicio más eficaz, como los tipos de ejercicio parecen tener efectos similares sobre los síntomas, se podría animar a las personas a elegir el tipo de ejercicio que mejor se adapte a ellas (25).

2.1.6 Tratamiento

El tratamiento del TDPM puede implicar una combinación de enfoques para aliviar la sintomatología y optimizar la calidad de vida de las mujeres afectadas. Algunas opciones de tratamiento incluyen, la terapia hormonal a base de los anticonceptivos orales que contienen estrógenos y progestinas, estas pueden ayudar a regular los niveles hormonales y reducir los síntomas del TDPM (26).

Se ha demostrado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son efectivos en el tratamiento de los síntomas graves, tanto somático como del estado de ánimo, en el TDPM. Los fármacos que se han relacionado particularmente con el alivio

de los síntomas son citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina y sertralina, y el inhibidor de la recaptación de noradrenalina venlafaxina (14).

Los antidepresivos que ayudan predominantemente la transmisión noradrenérgica no son tan eficaces para el TDPM como los ISRS, lo que significa que el efecto de los ISRS en el TDPM no es solo un efecto antidepresivo, esto se ve respaldado por el hecho de que el efecto beneficioso de los ISRS comienza rápidamente en el TDPM, mientras que el efecto antidepresivo tarda varias semanas (14).

2.1.7 Impacto del TDPM en estudiantes universitarias

Dinh Trieu Ngo et al. (27) realizaron un estudio transversal en las estudiantes de 18-45 años la Universidad Hue de Medicina y Farmacia de Vietnam, con el objetivo de determinar los factores de riesgo potenciales asociados con SPM y TDPM; para esto midieron con varias escalas validadas (PSST, DRSP y C-PASS) y recopilaron información sociodemográfica y clínica.

Participaron un total de 302 estudiantes de edad media de 23 años, menarca a los 14 años, 65,6% peso normal, 74,8% consumían una vez al mes alcohol, baja actividad física (48%), la prevalencia de SPM/TDPM fue del 11,6% (27).

La proporción de personas con tipo sanguíneo Rh negativo en el grupo con SPM/TDPM (4/35) fue significativamente mayor que la del grupo sin SPM/TDPM (7/267) ($p=0,013$), las estudiantes con SPM/TDPM también tuvieron una menor proporción de menarquia tardía (definido en este estudio como menarquia en mayores de 15 años), informaron consumir cafeína con mayor frecuencia y ser más activas físicamente. No hubo diferencias significativas entre el grupo con SPM/TDPM y el grupo sin SPM/TDPM en términos de tipos sanguíneos ABO, IMC, antecedentes obstétricos, antecedentes

familiares de trastornos psicológicos, consumo de alcohol, actividad física y nivel de depresión (27).

Yanjmaa et al. (28) realizaron un estudio para determinar la prevalencia de SPM y TDPM y su relación con dismenorrea en las estudiantes de la escuela de enfermería en la Universidad Nacional de Ciencias Médicas en Ulaanbaatar Mongolia, por medio de un estudio descriptivo correlacional.

Encontraron que el 60% tenían entre 16-20 años, 80,2% peso normal, edad de la menarca 13,8 años, el 52,3% tenían ciclos de menos de 25 días y 45,8% de 25-38 días, 83,2% duración de 3 a 7 días, 80,5% tenían dismenorrea con una intensidad donde el 49,1% interrumpe su trabajo/estudio y altera su eficiencia (28).

La prevalencia de SPM fue del 23,8% y del TDPM fue del 4,7%, la prevalencia de dismenorrea fue del 10,3% y evidenciaron que era mayor la dismenorrea en aquellas que tenían SPM y TDPM ($p < 0.001$) (28).

Roomaney et al. (29) realizaron un estudio de corte transversal en 1329 estudiantes de la Universidad de Sur África donde por medio de PSST investigaron la prevalencia y factores asociados a TDPM. Encontraron que la dismenorrea congestiva, la cavilación, la reflexión y la preocupación se identificaron como predictores significativos de los síntomas positivos del TDPM, el uso de anticonceptivos orales, la dismenorrea espasmódica, el estrés percibido y el uso de drogas no fueron predictores significativos. Una mayor probabilidad de TDPM se asoció con la dismenorrea congestiva (OR = 1,12, IC95% = 1,07-1,17), la cavilación (OR = 1,14, IC95% = 1,05-1,24), la reflexión (OR = 1,21, IC95% = 1,08-1,34) y la preocupación (OR = 0,87, IC95% = 0,78-0,98).

Thakrar et al. (30) realizaron un estudio transversal en 661 estudiantes de medicina y paramédico para identificar por medio del PSST y DRSP la prevalencia de TDPM y su impacto en la calidad de vida. Encontraron que el 5,04% de los estudiantes dieron positivo en la prueba PSST y la prevalencia del TDPM fue del 4,43% según la prueba DRSP, al evaluar la calidad de vida encontró un deterioro en todas las áreas de funcionamiento, con mayor frecuencia en la eficiencia o productividad laboral/escolar (70,33%), seguida de las actividades sociales (36,23%), por lo que la calidad de vida de las mujeres con TDPM fue inferior a la de otras, especialmente en el dominio de las relaciones sociales.

Mahat et al. (31) realizaron un estudio transversal en estudiantes de Medicina de la universidad MBBS de Nepal para determinar la prevalencia, gravedad e impacto en la calidad de vida del SPM y TDPM. Encontraron una prevalencia de SPM del 64% y del TDPM del 36.3%, donde los síntomas que más las afectaron fue cambios en la concentración (68,1%), angustia (64,6%), el 44,4% indican utilizan varios tratamientos durante los síntomas para tratarlos y el 34,8% medicamentos específicos.

Çoban et al. (32) realizaron un estudio transversal para determinar la prevalencia de SPM, TDPM y su relación con comportamientos de la alimentación por medio del PSST, el Eating Attitudes Test (EAT-26) y el cuestionario de tres factores de alimentación revisado 18 (TFEQ-R18) a 504 estudiantes de Enfermería.

Encontraron que el 15,9% tenían TDPM, 44% SPM moderado a severo y 40% SPM leve o sin síntomas premenstruales, las puntuaciones totales del EAT-26 fueron significativamente más altas en el grupo con TDPM que en los otros grupos ($P < .001$), según el valor de corte (20 puntos) del EAT-26, la prevalencia total de conductas alimentarias desordenadas fue significativamente mayor en el grupo con TDPM (45,5%) en comparación con el grupo con SPM moderado a severo (16,5%) y el grupo sin SPM o

con SPM leve (13,6%) ($p < 0.001$). Según las puntuaciones del TFEQ-R18, se encontraron puntuaciones significativamente más altas para comer emocionalmente y comer descontroladamente en el grupo con TDPM que en los otros grupos ($P < .001$ para cada uno) (32).

CAPITULO III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia y los factores relacionados al TDPM en las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las variables sociodemográficas de las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025.
- Describir las características clínicas de las estudiantes de la carrera de Medicina con TDPM de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025.
- Determinar la prevalencia de TDPM en las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025.
- Identificar los factores relacionados al TDPM de las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño del estudio

Este estudio corresponde a un diseño no experimental, de tipo cuantitativo, con enfoque correlacional analítico y de cohorte transversal.

4.2 Lugar y periodo de la investigación

Universidad Católica de Cuenca campus Azogues, carrera de Medicina, desde septiembre 2024 y febrero 2025.

4.3 Universo y Muestra

Universo

El universo de estudio está constituido por todas las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, campus Azogues, matriculadas durante el periodo académico comprendido entre septiembre de 2024 y febrero de 2025. Según datos proporcionados por el registro de la institución, el total de mujeres matriculadas en dicho periodo es de 796, distribuidas en los distintos niveles académicos de la carrera.

Muestra

Para la determinación del tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una proporción esperada del trastorno disfórico premenstrual del 50%, debido a la falta de estudios previos que proporcionen datos específicos sobre esta población. Con

estos parámetros, se calculó un tamaño de muestra, en donde se obtuvo un total de 259 estudiantes.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 796}{0.05^2 \cdot (796 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{764.716}{0.0025 \cdot 795 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{764.716}{2.9479}$$

$$n = 259.33$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra calculado es de 259 estudiantes.

El muestreo es de tipo aleatorio estratificado, de tal manera que todas las integrantes del universo tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas, en caso de que alguna de las estudiantes elegidas no desee participar o no cumpla con los criterios de inclusión establecidos, se procederá a realizar un reemplazo para asegurar que la muestra final esté compuesta por las 259 participantes requeridas. Además, se considerará el 10% de pérdidas que equivale a 26 participantes, contando con un total de 285 participantes. La distribución de la muestra estratificada de las estudiantes a encuestar por cada ciclo se detalla en la tabla 3.

Tabla 2. Distribución muestral de estudiantes

Ciclo académico	Número de estudiantes	Distribución de estudiantes encuestadas por cada ciclo
Primero	130	47
Segundo	148	53
Tercero	55	20
Cuarto	71	25
Quinto	58	21

Sexto	53	19
Séptimo	54	19
Octavo	82	29
Noveno	43	15
Décimo	102	37
<hr/>		
Total	796	285
<hr/>		

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

4.4 Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Estudiante de sexo femenino matriculadas en la carrera de Medicina en la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues, durante el periodo comprendido entre Septiembre 2024 y Febrero 2025.
- Edad comprendida entre los 18 años en adelante.
- Mujeres de primero a décimo ciclo de carrera de Medicina en la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues.
- Estudiantes con disponibilidad para participar en la investigación.
- Personas que firmaron el consentimiento.

Criterios de exclusión

- Mujeres con enfermedades médicas crónicas que puedan afectar el estado de ánimo o interferir con la evaluación.
- Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia

4.5 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se empleó un cuestionario validado (ANEXO 1) que incluyó tres secciones cada una destinada para las variables sociodemográficas, criterios diagnósticos del DSM-V del TDPM con el objetivo de evaluar la presencia y severidad de los síntomas de TDPM, a más de los posibles factores asociados al mismo.

El formulario fue revisado por un panel de expertos en ginecología, psiquiatría y psicología de la investigación para asegurar que las preguntas fueran relevantes, comprensibles y apropiadas para la población objetivo. Posteriormente, se recopiló la retroalimentación de los expertos y se realizó los ajustes necesarios para mejorar la claridad y relevancia del cuestionario.

En cuanto a la calificación y criterios, el puntaje fue diseñado para medir la intensidad y frecuencia de los síntomas del TDPM, siguiendo las directrices del DSM-V, con escalas que permitieron determinar la severidad de los síntomas (leve, moderado y severo) y el impacto en la calidad de vida de las participantes.

El cuestionario fue aplicado a las participantes por medio de un Google forms para mayor facilidad de aplicación en las estudiantes.

4.6 Variables

- **Variable dependiente:**

Presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM).

- **Variables independientes:**

Uso de anticonceptivos, actividad física, consumo de sustancias tóxicas, ciclo académico, relaciones interpersonales, antecedentes del TDPM.

- **Variables intervinientes:**

Edad, estado civil, situación laboral.

La tabla de operacionalización de variables se puede observar en el anexo 4.

4.7 Inclinación

Para minimizar el riesgo de sesgo en este estudio sobre los factores relacionados al TDPM en estudiantes de medicina, se implementaron varias estrategias como estrategias de promoción en todos los años académicos con diversas características sociodemográficas para la participación de las estudiantes y así disminuir el sesgo de selección y lograr una muestra que refleje adecuadamente a la población estudiantil.

Para reducir el sesgo de respuesta, se garantizará la confidencialidad de las respuestas, asegurando que el cuestionario se complete de forma anónima y en un ambiente privado, lo cual facilitará respuestas sinceras en torno a un tema sensible.

Para reducir el sesgo de información y de confusión se usó una escala validada para la medición del TDPM y se incluyó una breve descripción de sus síntomas, ayudando a las participantes a reconocer sus experiencias de forma adecuada.

Para controlar el sesgo de confusión se recopilaron datos sobre factores adicionales como el nivel de estrés y los antecedentes familiares para determinar estadísticamente su relación y así evaluar con mayor precisión la relación entre el TDPM y las variables relacionadas.

Por último, se llevó a cabo una campaña de sensibilización para incentivar la participación tanto de estudiantes que presenten síntomas como de aquellas que no, lo cual contribuyó a reducir el sesgo de autoselección y a asegurar una muestra equilibrada.

4.7 Métodos Estadísticos

Los datos del estudio fueron procesados utilizando el software estadístico SPSS versión 29.0, realizando un análisis descriptivo para obtener una visión general de las características sociodemográficas y la distribución de los síntomas del TDPM, para lo que se calcularon en las variables categóricas frecuencias y proporciones y para las variables continuas se calcularon medias, rangos y desviaciones estándar.

La prevalencia “mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento en la población”(33) la cual se calcula con la siguiente formula:

$$Prevalencia = \frac{Personas\ con\ la\ enfermedad}{Total\ de\ personas}$$

Para determinar los factores relacionados se realizó un análisis inferencial con pruebas como la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) y el Odds Ratio (OR), ajustados de acuerdo con diferentes grupos como el año de estudio.

4.8 Aspectos Éticos

La elección de las participantes se llevó a cabo mediante los principios de autonomía, beneficencia y justicia, de manera que los investigadores puedan proporcionar las mismas oportunidades a cada una de las participantes en cuanto a los posibles riesgos o beneficios, todo esto independientemente de su cultura, estrato socioeconómico o creencias.

Se desarrolló la socialización del consentimiento informado antes de solicitar la firma al participante, dándole a conocer que la aceptación o negación del mismo debe ser de forma voluntaria; con ello las participantes pueden deliberar libremente si desean o no ser

partícipes de la presente investigación y en caso de que decidan retirarse, podrán hacerlo cuando así lo deseen sin que esto puede interferir o afectar de los beneficios que disponga.

Cada uno de los datos obtenidos en el desarrollo de esta investigación fueron tratados de manera confidencial, con ello se garantizó que las personas que no se encuentran autorizadas no pudieron acceder a los datos recolectados.

Los datos que se obtuvieron en el desarrollo del proyecto no fueron manipulados por los investigadores, desde el momento en que se inició con el llenado del formulario en línea, los datos obtenidos fueron descargados en un documento directamente.

CAPITULO V. RESULTADOS

Características sociodemográficas de las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025.

Se encuestaron un total de 278 estudiantes de medicina, las cuales 61.5% se encontraban de 18 a 21 años, 36% 22 a 25 años y 2,5% más de 25 años; el 98,9% son solteras y el 1,1% viven en unión libre, el 89.2% no trabajan.

La mayor cantidad de estudiantes que participaron fueron de primer, segundo, octavo y decimo ciclo, los demás ciclos hubo una participación mayor a 16 estudiantes, en la tabla 3 se puede observar la distribución total por ciclos y por rangos de edad, donde en los primeros seis ciclos la mayoría estaba de 18 a 21 años, mientras que desde los ciclos 7 al 10 la edad es de 22 a 25 años.

Tabla 3. Ciclos por rango de edad y total

Ciclo	Edad						Total	
	18-21 años		22-25 años		Más 25 años		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primer	41	93,2%	2	4,5%	1	2,3%	44	16%
Segundo	51	91,1%	3	5,4%	2	3,6%	56	20%
Tercero	17	89,5%	2	10,5%	0	0,0%	19	7%
Cuarto	21	87,5%	3	12,5%	0	0,0%	24	9%
Quinto	12	57,1%	6	28,6%	3	14,3%	21	8%
Sexto	13	72,2%	5	27,8%	0	0,0%	18	6%
Séptimo	6	37,5%	10	62,5%	0	0,0%	16	6%
Octavo	7	23,3%	23	76,7%	0	0,0%	30	11%
Noveno	2	11,8%	14	82,4%	1	5,9%	17	6%
Décimo	1	3,0%	32	97,0%	0	0,0%	33	12%
Total	171	62%	100	36%	7	3%	278	100%

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

Características clínicas de las estudiantes de la carrera de Medicina con TDPM de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025.

Para el cálculo de la prevalencia de TDPM se tomó en cuenta lo siguiente:

- En la encuesta la pregunta 5 solicita la presencia de diferentes síntomas asociados a los ciclos menstruales, clasificando a las estudiantes según los criterios DSM-V así: las estudiantes que tenían al menos 5 síntomas (criterio A), uno o más de los síntomas deben estar presentes del Criterio B y uno o más de los síntomas del criterio C hasta llegar a un total de 5 síntomas combinado con los criterios previos. Estas estudiantes se clasificaron en una variable llamada “cumple criterio A, B y C” que se clasificó como si o no y se colocó en las filas de la tabla 2x2 (tabla 4).
- En la encuesta la pregunta 7 hace referencia a la afectación de las relaciones interpersonales, rendimiento académico/laboral, estado emocional general y actividades cotidianas por parte de los síntomas anteriores por lo que se clasificó en una variable llamada “cumple criterio D y E” que se clasificó como si o no y se colocó en las columnas de la tabla 2x2 (tabla 5).

$$Prevalencia = \frac{\text{Personas con la enfermedad}}{\text{Total de personas}} * 100$$

$$Prevalencia = \frac{\text{Criterios ABC y DE "si"}}{\text{total de estudiantes}}$$

$$Prevalencia = \frac{69}{278} = 24,8\%$$

Tabla 4. Cumplimiento de los criterios DSM-V

Cumple criterio D y E

	Si		No		
	n	%	n	%	
	Cumple criterio A, B y C	Si	69	24,8%	1
	No	193	69,4%	15	5,40%
	Total	262	94,2%	16	5,76%

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

Para la incidencia de SPM se tomaron aquellas que tenían síntomas y les afectaba su calidad de vida, sin embargo, no eran severos, las cuales eran 194 estudiantes.

$$Prevalencia = \frac{\text{Personas con la enfermedad}}{\text{Total de personas}} * 100 = \frac{194}{278} = 69,7\%$$

Solo 15 estudiantes no cumplían ningún criterio, por lo que no tienen ningún síntoma asociado a los ciclos. Al revisar la prevalencia de TDPM por ciclo académico, se puede observar que la mayoría de las estudiantes con TDPM eran de los primeros dos ciclos (13 y 17 estudiantes de primer y segundo ciclo respectivamente), sin embargo, la prevalencia en el resto de los ciclos no disminuye constantemente (tabla 5).

Tabla 5. Cumplimiento de los criterios DSM-V

	Trastorno disfórico premenstrual			
	Si		No	
	n	%	n	%
Primer	13	4,7%	31	11,2%
Segundo	17	6,1%	39	14%
Tercero	5	1,8%	14	5%
Cuarto	4	1,4%	20	7,2%
Quinto	5	1,8%	16	5,8%
Sexto	2	0,7%	16	5,8%
Séptimo	5	1,8%	11	4%
Octavo	9	3,2%	21	7,6%
Noveno	0	0%	17	6,1%
Décimo	9	3,2%	24	8,6%
Total	69	24,8%	209	75,2%

Fuente: Base de datos de la investigación

Respecto a los criterios A, B y C del DSM-V los síntomas más prevalentes fueron la labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales y los síntomas físicos (72,7%, 57,6% y 69,1% respectivamente, tabla 6).

Tabla 6. Síntomas durante los ciclos menstruales

Síntomas	Si		No	
	n	%	n	%
Labilidad afectiva intensa	202	72,7%	76	27,3%
Síntomas físicos (dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso)	192	69,1%	86	30,9%
Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales	160	57,6%	118	42,4%
Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos	137	49,3%	141	50,7%
Sensación de estar agobiada o sin control	102	36,7%	176	63,3%
Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio	59	21,2%	219	78,8%
Hipersomnia o insomnio.	51	18,3%	227	81,7%
Ansiedad, tensión o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta	37	13,3%	241	86,7%
Disminución del interés por las actividades habituales	27	9,7%	251	90,3%
Dificultad subjetiva de concentración	17	6,1%	261	93,9%
Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía	16	5,8%	262	94,2%

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

Los síntomas anteriormente descritos se presentaban una semana antes de la menstruación (75,2%), mejoran durante la menstruación (23,4%) y desaparecen una semana después de la menstruación (29,5%).

Respecto al criterio de afectación de las actividades de la vida por parte de los síntomas menstruales el 89,2% veían afectado su estado emocional general, 82,7% afección de las actividades cotidianas, 71,9% afección de relaciones interpersonales y 69,4% afección

rendimiento académico o en el trabajo. En la tabla 7 se puede observar la periodicidad con la que estos síntomas afectan a las estudiantes, siendo de 1 a 2 veces a la semana la más frecuente.

Tabla 7. Afectación de ámbitos personales por los síntomas menstruales

	Leve 1-2 veces semana		Moderado 3-4 veces semana		Severo 5 o más veces semana		No interfiere	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Afectación relaciones interpersonales	143	51,4%	47	16,9%	10	3,6%	78	28,1%
Afectación Rendimiento académico o en el trabajo	122	43,9%	58	20,9%	13	4,7%	85	30,6%
Afectación estado emocional general	113	40,6%	102	36,7%	33	11,9%	30	10,8%
Afectación realización de actividades cotidianas	127	45,7%	73	26,3%	30	10,8%	48	17,3%

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

Al evaluar enfermedades concomitantes las enfermedades mentales como depresión, trastorno de pánico, distimia, alteración de la personalidad, tenían incidencias de menos del 17% y en las pacientes que tenían TDPM una incidencia menor del 5% (tabla 8).

Tabla 8. Enfermedades concomitantes

	Si		No		TDPM	
	n	%	n	%	N	%
Depresión mayor	44	15,8%	234	84,2%	12	4%
Trastorno de pánico	29	10,4%	249	89,6%	12	4%
Distimia	47	16,9%	231	83,1%	10	4%
Trastorno de personalidad	20	7,2%	258	92,8%	4	1%
Otras enfermedades médicas	58	20,9%	220	79,1%	14	5%

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

Respecto a las diferentes sustancias exógenas que las estudiantes pudieran haber estado tomando, se encontró que 1/3 de ellas no usaban fármacos ni alcohol, el 12,9% usaban tabaco y 0,4% usaban drogas; menos del 9% de las estudiantes con TDPM utilizaban fármacos, alcohol, tabaco o drogas (tabla 9).

Tabla 9. Sustancias exógenas que estaban tomando

	Si		No		TDPM	
	n	%	n	%	n	%
Fármacos	95	34,2%	183	65,8%	20	7,2%
Alcohol	102	36,7%	176	63,3%	24	8,6%
Tabaco	36	12,9%	242	87,1%	2	0,7%
Drogas	1	0,4%	277	99,6%	0	0%

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

Otras variables clínicas indagadas fueron la actividad física donde el 55% actividad física moderada, 42,4% muy poca o ninguna actividad física y 11,9% actividad física intensa; al comparar la actividad física entre las estudiantes que tienen o no TDPM el 77,8% de las estudiantes que tienen TDPM no hacen ejercicio y el 62,7% que no tienen TDPM no hacen ejercicio.

El 51,8% desconoce si algún familiar tenía TDPM y el 44,6% no tenían el antecedente familiar; la edad de la primera menstruación (menarca) fue del 36,7% fue a los 12-13 años, 28,4% menos de 12 años y 23,4% a los 14-15 años (tabla 10).

Tabla 10. Menarca

	General		TDPM	
	n	%	n	%
Menos 12 años	79	28,4%	20	7,2%

12-13 años	102	36,7%	32	11,5%
14-15 años	65	23,4%	13	4,7%
Más de 15 años	32	11,5%	4	1,4%
Total	278	100%	69	24,8%

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

La anticoncepción que las estudiantes utilizan es 24,5% anticoncepción hormonal, 34,5% preservativo y 1,4% dispositivo intrauterino. Respecto a la anticoncepción hormonal y su relación con el diagnóstico de TDPM y SPM observamos que de las pacientes con TDPM/SPM solo 2 no utilizaban anticonceptivos hormonales.

Tabla 11. Anticonceptivos hormonales y TDPM/SPM

			Anticonceptivo hormonal							
			Si				No			
			Cumple criterio D y E							
			Si		No		Si		No	
		n	%	n	%	N	%	n	%	
Cumple criterio A, B y C	Si	18	6%	1	0,4%	51	18%	0	0%	
	No	48	17%	1	0,4%	145	52%	14	5%	
	Total	66	23%	2	0,8%	196	70%	14	5%	

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

Factores relacionados al TDPM de las estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues del periodo de septiembre 2024- febrero 2025.

Al evaluar los diferentes factores clínicos se encontró que no hubo ninguna relación entre estos y el TDPM (tabla 12).

Tabla 12. Factores relacionados con el TDPM

Factor	OR	IC95%	p
Consumo de fármacos	1,59	0,649-3,9	0,307
Consumo de alcohol	0,848	0,346-2	0,718
Consumo de tabaco	1,4	0,48-4	0,531
Consumo de drogas	0,988	0,96-1,01	0,567
Uso de anticonceptivos hormonales	0,63	0,213-1,86	0,402
Uso de dispositivo intrauterino	0,964	0,925-1,005	0,317
Uso de preservativo	1,095	0,44-2,7	0,843
Menarca temprana	1,243	0,475-3,256	0,657
Actividad física	0,85	0,174-1,3	0,148

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Peñaloza S, Rivera J. 2025

CAPITULO VI DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 DISCUSIÓN

En este estudio se evaluaron las características sociodemográficas, clínicas y como estos estaban relacionados con el TDPM, para lo que se encuestaron 278 estudiantes de medicina que en su mayoría tenían una edad de 18-21 años, 98,9% son solteras y 89.2% no trabajan.

Se encontró una prevalencia de TDPM del 24,8%, que al compararlo con lo reportado en la literatura fue mayor que el estudio de Dinh Trieu Ngo et al.(27) quienes reportaron una prevalencia de 11,6%, Yanjmaa et al. (28) reportaron 4,7%, Roomaney et al. (29) reportaron 10,2%, Thakrar et al. (30) reportaron 4,43% y Çoban et al. (32) 15,9%; pero esta incidencia fue menor que Mahat et al. (31) quienes reportaron incidencia de TDPM del 36,3%.

La diferencia entre las prevalencias se puede explicar en parte por las diferentes herramientas de identificación de los síntomas utilizados por los diferentes estudios (algunos utilizaron PTTTS, otros MBBS y otros un cuestionario autodiseñado) y el tamaño muestral de los estudios (desde 279 hasta 1329 estudiantes), sin embargo, desconocemos y se sale de este estudio la posibilidad que la genética pueda tener una injerencia en este fenómeno ya que son estudios que se hicieron en diferentes partes del mundo (estudios realizados en Estados Unidos, Sur África, Turquía, Nepal, India, Mongolia).

Romero et al. (4) en un estudio del 2022-2023 en estudiantes de la Universidad de Cuenca encontró que aproximadamente el 21,2% de las participantes presentaron síntomas compatibles con TDPM, sin embargo, se cree que muchos casos permanecen subdiagnosticados debido a la falta de conciencia sobre esta condición y la

estigmatización asociada a los trastornos menstruales; en este estudio se encontró una prevalencia similar, por lo que podemos concluir que los diferentes factores alrededor de estas estudiantes no han incidido en el incremento o disminución de la prevalencia.

En esta investigación la mayoría de las mujeres tenían algún síntoma físico o emocional previo o durante la menstruación y se observó que estos síntomas tenían una gran afectación de las actividades de la vida por parte de los síntomas menstruales el 89,2% veían afectado su estado emocional general, 82,7% afección de las actividades cotidianas, 71,9% afección de relaciones interpersonales y 69,4% afección rendimiento académico o en el trabajo, sin embargo, la severidad era leve-moderada por lo que se clasificó al 69,7% como SPM.

La prevalencia de SPM en este estudio fue similar al encontrado por Mahat et al. (31) quienes reportaron 64% y menor que el de Çoban et al. (32) quienes reportaron una prevalencia del 84%; al comparar la afectación en las diferentes esferas de la vida con otros estudios como el de Thakrar et al. (30) un deterioro en todas las áreas de funcionamiento, con mayor frecuencia en la eficiencia o productividad laboral/escolar (70,33%), seguida de las actividades sociales (36,23%), por lo que la calidad de vida de las mujeres con TDPM fue inferior a la de otras.

De acuerdo con Liguori et al. (25) se ha reportado que el TDPM mejora con la actividad y ejercicio regular, en este estudio la mayoría de las estudiantes no realizaban dada su alta carga académica y no fue diferente ni tuvo asociación entre las estudiantes con TDPM y sin TDPM.

El 24,5% de las estudiantes encuestadas utilizan anticoncepción hormonal, donde solo 2 estudiantes no tenían TDPM/SPM, por lo que se podría considerar que dados los síntomas

asociados a la menstruación las estudiantes buscaron la manera de realizar el manejo sin saber que lo estaban haciendo.

En la literatura el uso de anticonceptivos hormonales no es una variable que se evalúa ya que se considera un criterio de exclusión en estos, sin embargo, a pesar de que se incluyó en este estudio, la prevalencia de TDPM en las estudiantes con anticoncepción hormonal fue de 25%, por lo que hay estudiantes que, a pesar del manejo hormonal, todavía tienen síntomas físicos y emocionales importantes.

Este estudio no encontró que el consumo de fármacos, alcohol, drogas, tabaco, anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino, preservativo, menarca temprana o actividad física fueran factores asociados al TDPM lo cual concuerda con los hallazgos por Dinh Trieu Ngo et al. (27) y Roomaney et al. (29).

Las fortalezas de este estudio son varias, una de ellas es un tamaño muestral adecuado, validado con calculo tamaño muestral y hecho de manera estratificada, lo que permitió obtener información de una manera más justa entre los diferentes ciclos académicos.

Otra fortaleza fue el instrumento de recolección de datos que fue construido con base en los criterios DSM-V y fue validado por profesionales que permitieron afinar y mejorar la identificación de las estudiantes con TDPM y su aplicación por Google forms lo que permitió que las estudiantes pudieran participar rápidamente desde su celular sin afectar su horario académico y que las investigadoras pudieran ver el ingreso de los datos en tiempo real.

Respecto a las limitaciones de este estudio una de ellas es que al realizarse en solo estudiantes de medicina no se pueden generalizar los resultados a la población femenina general, otra limitación fue que los datos de este estudio se obtuvieron de las estudiantes a través de un cuestionario auto administrado lo que puede generar un sesgo subjetivo en

el informe ya que las participantes pueden haber subestimado o sobreestimado su nivel de síntomas de SPM o TDPM.

Otra limitación fue que no se evaluaron otros factores que diferentes autores de la literatura encontraron como factores relacionados con TDPM como es el caso de los factores nutricionales y la ingesta regular de los alimentos, lo cual en esta población universitaria puede ser un factor a tener en cuenta en otras investigaciones.

6.2 CONCLUSIONES

La prevalencia de TDPM fue del 24.8% y de SPM de 69,7% de las estudiantes, demostrando que la mayoría de las estudiantes tenían síntomas físicos y emocionales asociados a la menstruación, con afectación de las relaciones interpersonales 72%, rendimiento académico 69%, afectación estado emocional general 89%, realización de actividades cotidianas 83%.

Los diferentes factores evaluados como el consumo de fármacos, alcohol, drogas, tabaco, anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino, preservativo, menarca temprana o actividad física no se relacionaron con el TDPM.

6.3 RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados de este estudio se dan las siguientes recomendaciones:

- Dada la alta prevalencia de TDPM en esta población, se debe detectar, diagnosticar y tratar de manera oportuna para disminuir su afectación de las diferentes esferas y morbimortalidad.
- Los síntomas físicos, emocionales y mixtos durante la menstruación todavía se consideran en el imaginario colectivo como “normales” por lo que se debe realizar una concienciación a las mujeres y los profesionales de la salud sobre no subestimar la severidad de los síntomas y como estos afectan la vida de estas mujeres, para así realizar un correcto diagnóstico y manejo.
- Aunque el estudio no encontró una relación significativa entre ciertos factores y el TDPM/SPM, se recomienda realizar más investigaciones en este campo, sobre todo longitudinales/cohorte, en esta población para identificar posibles factores de riesgo y desarrollar estrategias de prevención efectivas.
- Dada la alta prevalencia de TDPM y SPM se recomiendan realizar jornadas de educación y consulta con profesionales para manejar los síntomas físicos y emocionales y así mejorar su influencia en la vida académica y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perarnau MP, Fasulo SV, García AA, Doña RD. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. *Fundam En Humanidades* [Internet]. 2007 [citado 15 de junio de 2024];VIII(16):153-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18481609>
2. Lobo RA, Pinkerton J. Síndrome premenstrual (PMS) y trastorno disfórico premenstrual (PMDD). *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 1 de abril de 2010 [citado 15 de junio de 2024];95(4):E2. Disponible en: <https://doi.org/10.1210/jcem.95.4.9999>
3. Reilly TJ, Patel S, Unachukwu IC, Knox CL, Wilson CA, Craig MC, et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 15 de marzo de 2024;349:534-40.
4. Romero E MG. Frecuencia de Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad De Cuenca 2022-2023 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2023. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/41996>
5. Guamán Yunga JB. Frecuencia del síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes de primero y segundo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, Cuenca 2023 [Internet]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2024. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/c47c9d44-717c-4958-adab-31ce3a9634ea>
6. Hantsoo L, Payne J. Towards Understanding the Biology of Premenstrual Dysphoric Disorder: From Genes to GABA. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 12 de abril de 2023 [citado 14 de noviembre de 2024];149:105168. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10176022/>
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* [Internet]. 5 ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2022. 1024 p. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
8. Dinh Trieu Ngo V, Bui LP, Hoang LB, Tran MTT, Nguyen HVQ, Tran LM, et al. Associated factors with Premenstrual syndrome and Premenstrual dysphoric disorder among female medical students: A cross-sectional study. *PLOS ONE* [Internet]. 26 de enero de 2023 [citado 13 de julio de 2024];18(1):e0278702. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9879477/>
9. Aperribai L, Arbiol I, Balluerka N, Claes L. Development of a screening instrument to assess premenstrual dysphoric disorder as conceptualized in DSM-5. *J Psychosom Res* [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 23 de octubre de 2024];88:15-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399916303373>
10. Castellanos J, Tanús J, Barragán S, Pelayo A, Meza E. Avances en el manejo del Trastorno Disfórico Premenstrual. *Arch Evid-Based Med* [Internet]. 29 de diciembre

- de 2023 [citado 23 de octubre de 2024];1(2):12-24. Disponible en: <https://aebmedicine.com/index.php/aebmedicine/article/view/8665>
11. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-V) [Internet]. 5.^a ed. Vol. 10. Estados Unidos: Arlington, VA; 2022. 1300 p. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
 12. Mishra S, Elliott H, Marwaha R. Premenstrual Dysphoric Disorder [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532307/>
 13. Siminiuc R, Țurcanu D. Impact of nutritional diet therapy on premenstrual syndrome. *Front Nutr* [Internet]. 1 de febrero de 2023 [citado 19 de enero de 2025];10:1079417. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2023.1079417/full>
 14. Mishra S, Elliott H, Marwaha R. Premenstrual Dysphoric Disorder. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532307/>
 15. Yonkers K, Halbreich U, Freeman E, Brown C, Endicott J, Frank E, et al. Symptomatic Improvement of Premenstrual Dysphoric Disorder With Sertraline Treatment: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* [Internet]. 24 de septiembre de 1997 [citado 17 de octubre de 2024];278(12):983-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550120043031>
 16. Kovács Z, Hegyi G, Szóke H. Premenstruális szindróma és premenstruális dysphoriás zavar. 26 de junio de 2022 [citado 24 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://akjournals.com/view/journals/650/163/26/article-p1023.xml>
 17. Montalvo Vásquez JL, Aguilera Muñoz JF, Mora Orellana OM, Martínez Bermeo PG, Ordoñez Méndez PA. Trastorno disfórico premenstrual (TDPM) en estudiantes de la Universidad de Cuenca y trabajadoras, Cuenca 2004 [Internet]. Universidad de Cuenca; Disponible en: <https://vufind.ucuenca.edu.ec/vufind/Record/oai:dspace.ucuenca.edu.ec:123456789-18879/Details>
 18. ACOG AC of O and G. Management of Premenstrual Disorders [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/12/management-of-premenstrual-disorders>
 19. Ismaili E, Walsh S, O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, et al. Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPM): auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder. *Arch Womens Ment Health*. diciembre de 2016;19(6):953-8.
 20. Nappi RE, Cucinella L, Bosoni D, Righi A, Battista F, Molinaro P, et al. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder as Centrally Based Disorders. *Endocrines* [Internet]. 16 de marzo de 2022 [citado 31 de enero de 2025];3(1):127-38. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-396X/3/1/12>

21. Frankel Robyn, Michels Kara, Kim K, Kuhr Daniel, Omosigho U, Wactawski-Wende J, et al. Serum antioxidant vitamin concentrations and oxidative stress markers associated with symptoms and severity of premenstrual syndrome: a prospective cohort study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2 de febrero de 2021 [citado 14 de noviembre de 2024];21:49. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7851915/>
22. Pereira D, Pessoa AR, Madeira N, Macedo A, Pereira AT. Association between premenstrual dysphoric disorder and perinatal depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 1 de febrero de 2022;25(1):61-70.
23. de Carvalho AB, Cardoso T de A, Mondin TC, da Silva RA, Souza LD de M, Magalhães PV da S, et al. Prevalence and factors associated with Premenstrual Dysphoric Disorder: A community sample of young adult women. *Psychiatry Res*. 1 de octubre de 2018;268:42-5.
24. Dinh Trieu Ngo V, Bui LP, Hoang LB, Tran MTT, Nguyen HVQ, Tran LM, et al. Associated factors with Premenstrual syndrome and Premenstrual dysphoric disorder among female medical students: A cross-sectional study. *PLOS ONE*. 26 de enero de 2023;18(1):e0278702.
25. Liguori F, Saraiello E, Calella P. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. *Medicina (Mex)* [Internet]. 20 de noviembre de 2023 [citado 31 de enero de 2025];59(11):2044. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/59/11/2044>
26. Alas Hernández JA, Barillas Rojas S. Síndrome disfórico premenstrual: tratamiento basado en la evidencia. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 22 de noviembre de 2020 [citado 19 de enero de 2025];5(11):e604. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/604>
27. Dinh Trieu Ngo V, Bui LP, Hoang LB, Tran MTT, Nguyen HVQ, Tran LM, et al. Associated factors with Premenstrual syndrome and Premenstrual dysphoric disorder among female medical students: A cross-sectional study. Garitano Gutierrez I, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 26 de enero de 2023 [citado 19 de enero de 2025];18(1):e0278702. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0278702>
28. Yanjmaa E, Ogawa S, Tsogbadrakh B, Khurelbaatar T, Khuyagbaatar E, Nasanjargal T, et al. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder among Mongolian College Students. *Kitakanto Med J* [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 31 de enero de 2025];72(1):43-8. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/kmj/72/1/72_43/_article
29. Roomaney R, Lourens A. Correlates of premenstrual dysphoric disorder among female university students. Rodriguez-Blazquez C, editor. *Cogent Psychol* [Internet]. 31 de diciembre de 2020 [citado 31 de enero de 2025];7(1):1823608. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2020.1823608>
30. Thakrar P, Bhukar K, Oswal R. Premenstrual dysphoric disorder: Prevalence, quality of life and disability due to illness among medical and paramedical students. *J*

Affect Disord Rep [Internet]. abril de 2021 [citado 31 de enero de 2025];4:100112.
Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666915321000391>

31. Mahat A, Dhungana R, Amatya A. Pre-menstrual Syndrome and Pre-menstrual Dysphoric Disorder in Female Medical Students of Nepal. Kathmandu Univ Med J KUMJ. marzo de 2023;21(81):46-51.
32. Çoban ÖG, Karakaya D, Önder A, İşleyen Z, Adanır AS. Association of Premenstrual Dysphoric Disorder and Eating Behaviors Among Nursing Students: A Cross-Sectional Study. J Pediatr Adolesc Gynecol. abril de 2021;34(2):203-8.
33. Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Rev Alerg México [Internet]. 9 de febrero de 2017 [citado 5 de febrero de 2025];64(1):109-20. Disponible en: <http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/252>

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: Prevalencia y Factores Asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en Estudiantes de la Carrera de Medicina en la Universidad Católica de Cuenca Campus Azogues en el Periodo Septiembre 2024- Febrero 2025

Yo:, con cédula de identidad: comprendo que de mis datos personales y la información proporcionada serán utilizados con fines de investigación científica cuyo objetivo me fue previamente explicado. Leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen mis datos personales de historia clínica en las condiciones que se describen.

Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de mis datos personales en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado. Entiendo que en todo momento los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta y, solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas con la misma línea de investigación. Previo a la aprobación del protocolo respectivo por un Comité de ética de Investigación en Seres Humanos reconocido por el Ministerio de Salud Pública. En virtud de lo cual, voluntariamente (marque con una X):

Acepto:

No Acepto:

Atentamente,



Stephany Guadalupe Peñaloza
Minchala
C.I: 0302892682
Contacto: 098 435 6213



Jennifer Maribel Rivera Ortiz
C.I: 0106146228
Contacto: 098 949 2000



Firmado electrónicamente por:
**GERMÁN EMILIO
FLORES BARRERA**

Germán Emilio Flores Barrera

C.I: 0301219853

Contacto: 099 850 2205

Tomado del Anexo 06 del ACUERDO No 00005 – 2022 REGLAMENTO SUSTITUTIVO DEL REGLAMENTO PARA LA APROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS (CEISH) Y COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIALES PARA LA SALUD (CEAS), publicado en el Quinto Suplemento del Registro Oficial No.118 , 2 de Agosto 2022

ANEXO 2. VALIDACIÓN INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
OCTUBRE 2022- FEBRERO 2022

RÚBRICA DE EVALUACIÓN

De acuerdo con las siguientes categorías y sus indicadores, marque con una **X** en el paréntesis correspondiente a la calificación que asigna a cada categoría, de acuerdo a su criterio.

CATEGORÍA	PUNTAJE	CALIFICACIÓN	INDICADOR
CLARIDAD	1 ()	No cumple con el criterio	<i>Los ítems no están claros y presentan dificultades en la comprensión de su significado.</i>
<i>Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems requieren importantes modificaciones en el uso de las palabras de acuerdo con su significado.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Se requiere una modificación muy específica en algunos de los términos de los ítems.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.</i>
COHERENCIA	1 ()	No cumple con el criterio.	<i>Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión.</i>
<i>Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems tienen poca relación con la dimensión.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Los ítems tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems se encuentran completamente relacionados con la dimensión que están midiendo.</i>
RELEVANCIA	1 ()	No cumple con el criterio	<i>Algunos ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión.</i>
<i>Los ítems son esenciales y/o importantes para la investigación.</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems tienen alguna relevancia, pero hay otros que pueden estar incluyendo lo que miden los anteriores.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Los ítems son relativamente importantes.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems son relevantes y deben ser incluidos.</i>

Nota: Matriz de validación basada en el estudio desarrollado por Escobar & Cuervo (2008)


Firma de responsabilidad

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
OCTUBRE 2022- FEBRERO 2022**

RÚBRICA DE EVALUACIÓN

De acuerdo con las siguientes categorías y sus indicadores, marque con una **X** en el paréntesis correspondiente a la calificación que asigna a cada categoría, de acuerdo a su criterio.

CATEGORÍA	PUNTAJE	CALIFICACIÓN	INDICADOR
CLARIDAD	1 ()	No cumple con el criterio	<i>Los ítems no están claros y presentan dificultades en la comprensión de su significado.</i>
<i>Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems requieren importantes modificaciones en el uso de las palabras de acuerdo con su significado.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Se requiere una modificación muy específica en algunos de los términos de los ítems.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.</i>
COHERENCIA	1 ()	No cumple con el criterio.	<i>Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión.</i>
<i>Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems tienen poca relación con la dimensión.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Los ítems tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems se encuentran completamente relacionados con la dimensión que están midiendo.</i>
RELEVANCIA	1 ()	No cumple con el criterio	<i>Algunos ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión.</i>
<i>Los ítems son esenciales y/o importantes para la investigación.</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems tienen alguna relevancia, pero hay otros que pueden estar incluyendo lo que miden los anteriores.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Los ítems son relativamente importantes.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems son relevantes y deben ser incluidos.</i>

Nota: Matriz de validación basada en el estudio desarrollado por Escobar & Cuervo (2008)



Firma de responsabilidad

Ana Paula Vélez V.
C.I.: 0302443987
Reg. Senescyt:
7244221131

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
OCTUBRE 2022- FEBRERO 2022

RÚBRICA DE EVALUACIÓN

De acuerdo con las siguientes categorías y sus indicadores, marque con una **X** en el paréntesis correspondiente a la calificación que asigna a cada categoría, de acuerdo a su criterio.

CATEGORÍA	PUNTAJE	CALIFICACIÓN	INDICADOR
CLARIDAD	1 ()	No cumple con el criterio	<i>Los ítems no están claros y presentan dificultades en la comprensión de su significado.</i>
<i>Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems requieren importantes modificaciones en el uso de las palabras de acuerdo con su significado.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Se requiere una modificación muy específica en algunos de los términos de los ítems.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.</i>
COHERENCIA	1 ()	No cumple con el criterio.	<i>Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión.</i>
<i>Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems tienen poca relación con la dimensión.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Los ítems tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems se encuentran completamente relacionados con la dimensión que están midiendo.</i>
RELEVANCIA	1 ()	No cumple con el criterio	<i>Algunos ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión.</i>
<i>Los ítems son esenciales y/o importantes para la investigación.</i>	2 ()	Bajo nivel	<i>Los ítems tienen alguna relevancia, pero hay otros que pueden estar incluyendo lo que miden los anteriores.</i>
	3 ()	Moderado nivel	<i>Los ítems son relativamente importantes.</i>
	4 (X)	Alto nivel	<i>Los ítems son relevantes y deben ser incluidos.</i>

Nota: Matriz de validación basada en el estudio desarrollado por Escobar & Cuervo (2008)



Firma de responsabilidad

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Acepta voluntariamente ser partícipe de esta encuesta

- Si
- No

¿Se encuentra en periodo de gestación o lactancia?

- Si
- No

Si su respuesta a la pregunta anterior fue **SI**, gracias por su participación, ha finalizado la encuesta. En caso de que sus respuestas hayan sido **NO**, por favor continúe con la encuesta.

SECCIÓN A: Información sociodemográfica

Este apartado busca recolectar datos básicos sobre las características demográficas de las participantes. Las preguntas sobre edad, estado civil, y el ciclo académico permiten contextualizar los datos, ya que factores como la edad, el estrés académico y el estado civil pueden influir en la prevalencia del TDPM. Además, se pregunta por la ocupación, que es crucial para evaluar cómo la carga de trabajo o la combinación de estudio y trabajo podría impactar la presencia de síntomas del trastorno.

1. Edad

- 18-21 años
- 22-25 años
- Más de 25 años

2. Estado Civil Actual

- Soltera

- Casada
- Divorciada
- Unión libre

3. Ciclo que curso actualmente

- Primer Ciclo
- Segundo Ciclo
- Tercer Ciclo
- Cuarto Ciclo
- Quinto Ciclo
- Sexto Ciclo
- Séptimo Ciclo
- Octavo Ciclo
- Noveno Ciclo
- Décimo ciclo

4. ¿Usted a más de estudiar se dedica a trabajar?

- Si
- No

SECCIÓN B: Criterios diagnósticos del trastorno disfórico premenstrual

Este apartado se enfoca en evaluar la presencia de síntomas clave del TDPM según los criterios del DSM-V. Se pregunta sobre síntomas emocionales y físicos, como la labilidad afectiva, la irritabilidad, la ansiedad y el letargo, todos típicos del TDPM. También se indaga sobre el patrón temporal de estos síntomas, como su aparición una semana antes de la menstruación y la mejoría durante el período menstrual. Este apartado es esencial para identificar qué estudiantes cumplen con los criterios diagnósticos de TDPM.

2. En la mayoría de sus ciclos menstruales, presenta algunos de los síntomas señalados:

- Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente esta triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo)
- Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
- Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
- Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
- Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
- Dificultad subjetiva de concentración.
- Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
- Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
- Hipersomnias o insomnio.
- Sensación de estar agobiada o sin control.
- Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

3. Los síntomas anteriormente enumerados, se caracterizan por:

- Presentarse una semana antes de la menstruación
- Mejoran durante la menstruación
- Desaparecen una semana después de la menstruación

4. ¿En qué medida los síntomas del Trastorno Disfórico Premenstrual afectan los siguientes aspectos de su calidad de vida?

	No interfiere	Leve (1-2 veces por semana)	Modera do (3-4 veces por semana)	Severo (5 o más veces por semana)
Relaciones Interpersonales (familia, amigos, pareja)				
Rendimiento académico o en el trabajo				
Estado emocional general (ánimo, bienestar psicológico)				
Realización de actividades cotidianas (Hobbies, ejercicio, responsabilidades diarias)				

5. Usted ha sufrido alguna de las enfermedades señaladas, que haya recibido tratamiento anteriormente

	SI	NO
Depresión mayor		
Trastorno de pánico		
Trastorno depresivo persistente (distimia)		
Otras enfermedades médicas		

6. Señale si consume las siguientes sustancias:

	SI	NO
Fármacos		
Alcohol		
Tabaco		
Drogas		
Medicamentos		

SECCIÓN C: Factores asociados al trastorno disfórico premenstrual e impacto en la calidad de vida

Aquí se exploran factores de riesgo que podrían estar asociados con el desarrollo del TDPM, como el antecedente familiar de TDPM y el uso de anticonceptivos. También se investiga la frecuencia de actividad física y el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, fármacos o drogas, lo cual puede influir en la aparición y severidad de los síntomas del TDPM. Además, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los estudiantes de medicina de las siguientes maneras: como síntomas emocionales pueden afectar la concentración y el rendimiento académico.

2. Edad de la primera menstruación

- Menores de 12 años
- 12- 13 años
- 14- 15 años
- Más de 15 años

3. ¿Usted ha tenido algún familiar que ha sido diagnosticado con Trastorno Disfórico Premenstrual?

- Sí
- No
- Desconozco

4. ¿Utiliza anticonceptivos?, ¿De qué tipo?

	SI	NO
Hormonal		
Dispositivo intrauterino		
Preservativo		

2. Con qué frecuencia realiza actividad física. Donde 0 indica que no realiza actividad física, 3 realiza actividad física moderada y 5 realiza actividad física intensa.

0	1	2	3	4	5
No realiza					Actividad física intensa

SECCIÓN D: Criterios para síndrome premenstrual

Este apartado evalúa si las participantes experimentan síntomas más leves y comunes del síndrome premenstrual (SPM), como cefalea, distensión abdominal o sensibilidad mamaria, que pueden diferenciarse del TDPM por su menor impacto emocional y funcional. Esto es útil para comparar los síntomas del TDPM con los del SPM y establecer diferencias en la prevalencia.

1. ¿Usted presenta alguna de las molestias días antes de su ciclo menstrual?

- Cefalea
- Distensión abdominal
- Sensibilidad mamaria
- Ansiedad
- Tensión
- Aumento de apetito/antojos de comida
- Fatiga
- Otros

2. ¿Usted presenta algún síntoma afectivo durante el periodo menstrual, tales como: cambios de humor, enojo, irritabilidad, ansiedad o tensión, sensación de nerviosismo, ¿sensación de desesperanza?

- Si
- No

ANEXO 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO
Trastorno disfórico premenstrual	Proporción de individuos con una enfermedad en un momento específico	Salud	En la mayoría de sus ciclos menstruales, presenta algunos de los síntomas señalados	Nominal	Dependiente
			Los síntomas anteriormente enumerados, se caracterizan por		
			¿En qué medida los síntomas del Trastorno Disfórico Premenstrual afectan los siguientes aspectos de su calidad de vida?		
			Usted ha sufrido alguna de las enfermedades señaladas, que haya recibido tratamiento anteriormente		
Menarquia	Aparición del primer ciclo menstrual en la vida de toda mujer	Salud	Edad de la primera menstruación	Ordinal	Independiente
Anticonceptivos	Métodos para prevenir el embarazo	Uso de métodos	¿Utiliza anticonceptivos?, ¿De qué tipo? Si/No	Nominal	
Actividad física	Movimiento corporal que genera gasto energético	Frecuencia	Con qué frecuencia realiza actividad física. Donde 0 indica que no realiza actividad física, 3 realiza actividad física moderada y 5 realiza actividad física intensa.	Numérica	
Sustancias tóxicas	Compuestos químicos dañinos para la salud	Exposición	Consume las siguientes sustancias Si/No	Nominal	
Ciclo académico	Período en que se desarrollan actividades educativas	Tiempo educativo	Ciclo que cursa actualmente	Numérico	

Relaciones interpersonales	Vínculos entre personas basadas en la comunicación e interacción	Calidad de relaciones	¿En qué medida los síntomas del Trastorno Disfórico Premenstrual afectan los siguientes aspectos de su calidad de vida? - No infiere - Leve - Moderado - Severo	Nominal	
Antecedentes familiares	Historial de enfermedades en familiares	Historia familiar	¿Usted ha tenido algún familiar que ha sido diagnosticado con Trastorno Disfórico Premenstrual? - Si - No - Desconozco	Nominal	
Edad	Años de vida de una persona	Demografía	Edad en años	Numérico	Intervinientes
Estado civil	Situación jurídica de una persona en relación a su matrimonio	Relacional	Años cumplidos	Nominal	
Situación laboral	Condición de empleo del individuo	Laboral	¿Usted a más de estudiar se decía a trabajar? Si/No	Nominal	



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Stephany Guadalupe Peñaloza Minchala portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302892682**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Prevalencia y factores asociados al trastorno disfórico premenstrual en estudiantes de la carrera de Medicina en la Universidad Católica de Cuenca, campus Azogues, en el periodo septiembre 2024-febrero 2025.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco 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. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 02 de Junio del 2026

F: 

Stephany Guadalupe Peñaloza Minchala

C.I. 0302892682



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Jennifer Maribel Rivera Ortiz portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106146228**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Prevalencia y factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes de la carrera de Medicina en la Universidad Católica de Cuenca Campus Azogues en el periodo septiembre 2024- febrero 2025”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco 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. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **2 de Junio de 2026**

F: 

Jennifer Maribel Rivera Ortiz

C.I. 0106146228