

CAPÍTULO 7

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

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

Germán Emilio Flores Barrera

Universidad Católica de Cuenca

gfloresb@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0008-1340-2021>

Azogues, Ecuador

Stephany Guadalupe Peñaloza Minchala

Universidad Católica de Cuenca

stephany_penaloza.82@est.ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2505-318X>

Azogues, Ecuador

Jennifer Maribel Rivera Ortiz

Universidad Católica de Cuenca

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

<https://orcid.org/0000-0002-1806-3064>

Azogues, Ecuador

Correspondencia: gfloresb@ucacue.edu.ec



Resumen

Introducción: El Trastorno Disfórico Premenstrual es una condición física y emocional clasificada en el DSM-V dentro de los trastornos del estado de ánimo, con una prevalencia de 1,8 a 5,8%. Se presenta en la fase lútea del ciclo menstrual y mejora después de la menstruación, afectando la salud integral de la paciente. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados al TDPM en estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, campus Azogues, durante el periodo septiembre 2024 - febrero 2025. **Metodología:** Estudio no experimental, cuantitativo, correlacional de cohorte transversal, con una muestra de 278 estudiantes, calculada mediante la fórmula de poblaciones finitas, aplicando una encuesta validada. **Resultados:** El 24,8% cumplió los criterios para TDPM y el 69,7% para SPM. No se hallaron factores asociados directos, aunque se identificó el consumo de fármacos y tabaco. **Conclusiones:** Un cuarto de la población presenta TDPM, siendo el síndrome premenstrual el más prevalente.

Palabras clave: TDPM; salud mental; síndrome premenstrual

Abstract

Introduction: Premenstrual Dysphoric Disorder is a physical and emotional condition classified in the DSM-V within the mood disorders, with a prevalence of 1.8 to 5.8%. It occurs in the luteal phase of the menstrual cycle and improves after menstruation, affecting the integral health of the patient. **Objective:** To determine the prevalence and factors associated with TDPM in medical students of the Cuenca Catholic University, Azogues campus, during the period September 2024 - February 2025. **Methodology:** Non-experimental, quantitative, correlational cross-sectional cohort study, with a sample of 278 students, calculated using the finite population

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

formula, applying a validated survey. Results: 24.8% met the criteria for TDPM and 69.7% for PMS. No direct associated factors were found, although drug use and tobacco were identified. Conclusions: A quarter of the population presents TDPM, with premenstrual syndrome being the most prevalent.

Keywords: PMDD, mental health, premenstrual syndrome

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una condición de salud mental 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, afectando clínicamente de manera significativa la convivencia familiar, laboral y social. Esta última condición es criterio clínico para ser clasificado como trastorno, por comprometer la calidad de vida y productividad de quien lo padece (1,2).

La prevalencia del TDPM se estima entre el 1,8% - 5,8% de las mujeres en etapa fértil y con ciclos menstruales, aproximadamente 31 millones de mujeres en esta etapa reproductiva lo padecen a nivel mundial. Cifras subestimadas ya que los criterios diagnósticos son muy estrictos y recientes (3). En el Ecuador, al revisar publicaciones sobre el tema se encuentra 2 investigaciones realizadas en el 2022 y 2023 por la Universidad de Cuenca donde se reporta una prevalencia del 21,1% y del 10,2%, evidenciándose una prevalencia relevante de esta condición de salud en la población estudiantil (4,5).

Desde el punto de vista fisiopatológico, estudios recientes señalan que las fluctuaciones hormonales en la fase lútea influyen en el equilibrio de los neurotransmisores entre ellos la serotonina como la base de la manifestación sintomática, lo que respalda el uso de antidepresivos como tratamiento eficaz. Adicionalmente, 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 (5,6).

Diversas investigaciones han enfatizado que los síntomas del TDPM pueden confundirse con otros trastornos psiquiátricos del estado de ánimo como la depresión mayor o trastornos ansiedad, que retarda el diagnóstico y manejo. Lo que orienta a un enfoque y manejo multidisciplinario donde no se considere solo el historial menstrual de la paciente, sino también su estado psicológico. Además, se ha identificado una mayor incidencia de TDPM en poblaciones expuestas a altos niveles de estrés académico, entre ellos las estudiantes universitarias, pero que no está determinado si el estrés académico es un desencadenante del TDPM, o es este la afección primaria, que parece ser que el TDPM es el primario, puesto que se presenta en mujeres sin carga tensional importante, sin embargo, se crea la necesidad de realizar estudios enfocados en este grupo, lo que permitirá crear estrategias de intervención más efectivas, ayudando a mejorar la salud mental y el bienestar general de las mujeres afectadas (6).

Para el diagnóstico del TDPM, se consideran los criterios diagnósticos DSM-V que evalúa los síntomas asociados a la fase lútea de la menstruación, que deben estar presentes en al menos dos ciclos menstruales, enfocándose en su intensidad y afectación o interferencia con las actividades habituales de la mujer, lo que permite hacer una evaluación y diagnóstico completo de la patología (7). Factores de riesgo como predisposición genética, variaciones hormonales, desregulación de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, ácido gamma-aminobutírico (GABA), relaciones interpersonales, y hábitos de vida como dieta, ejercicio o consumo de sustancias estimulantes, también han sido relacionados con el desarrollo de esta condición (8).

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo principal determinar la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual y del síndrome premenstrual, así como los factores asociados en estudiantes de

la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, campus Azogues, durante el periodo académico septiembre 2024 - febrero 2025.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición

El TDPM es un trastorno reconocido por el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales, quinta Edición (DSM-5) como un subtipo de trastorno depresivo, caracterizado por alteraciones significativas del estado de ánimo durante la fase lútea del ciclo menstrual. Los síntomas son lo suficientemente intensos como para interferir con las actividades diarias y que no sean secundarios a otras afecciones médicas concomitantes, que puede confundirse con el Síndrome Premenstrual donde los síntomas no complican la vida diaria de la mujer y se manifiestan con predominio de síntomas somáticos (7).

2.2 Criterios Diagnósticos

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 , como se evidencia en la siguiente tabla (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).2. Dificultad subjetiva de concentración.3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.5. Hipersomnia o insomnio.6. Sensación de estar agobiada o sin control.7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

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).

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).

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).

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).

Fuente: American Psychiatric Association, 2022 (7).

2.3 Factores Fisiopatológicos y Biológicos del TDPM

El TDPM está asociado con una desregulación serotoninérgica provocada por una respuesta anómala a las fluctuaciones hormonales, especialmente de estrógenos y progesterona. Estos cambios hormonales afectan la transmisión de neurotransmisores y modulan factores neurotróficos cerebrales, lo que incrementa el riesgo de trastornos afectivos durante el ciclo menstrual, embarazo, puerperio y perimenopausia. La progesterona, a través de su metabolito alopregnanolona, modula el sistema GABA, un neurotransmisor inhibitorio crucial en la regulación del estrés, la ansiedad y las emociones (9).

Aunque las mujeres con TDPM no presentan alteraciones evidentes en los niveles hormonales, se ha sugerido que tienen un umbral más sensible a las variaciones cíclicas de estrógenos y progesterona, lo que puede desencadenar los síntomas característicos del trastorno. En particular, las fluctuaciones en los niveles de progesterona producida en la fase lútea del ciclo menstrual se consideran un factor clave en la aparición de los síntomas. Esta fase del ciclo se caracteriza por un aumento en la secreción de alopregnanolona, la cual normalmente ejerce un efecto calmante en el sistema nervioso central. Sin embargo, en algunas mujeres con TDPM este efecto puede estar alterado, lo que contribuiría a una mayor reactividad emocional (10).

2.4 Factores Asociados con el TDPM

Diversos factores individuales y del estilo de vida pueden influir en la aparición y severidad del TDPM, aunque muchos de ellos aún se encuentran en estudio. Uno de ellos es la edad que juega un papel importante, ya que la prevalencia del TDPM aumenta conforme avanza la edad reproductiva. Asimismo, ciertos hábitos como el consumo frecuente de cafeína se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar este trastorno, mientras que una menarquia tardía parece tener un efecto protector, aunque los mecanismos que explican esta relación todavía no son del todo comprendidos (8,11).

Por otro lado, el ejercicio físico, aunque no se ha demostrado que sea un factor de riesgo o protector claro para el TDPM, se sabe que la actividad física regular mejora el bienestar general, aumenta los niveles de endorfinas y regula la producción hormonal. Además, puede aliviar los síntomas físicos y psicológicos del síndrome premenstrual, como el dolor,

la ansiedad y la irritabilidad. Sin embargo, aún no se ha determinado cuál tipo de ejercicio es más eficaz para este propósito (12).

2.5 Impacto en la calidad de vida

El impacto del TDPM en estudiantes universitarias ha sido evaluado en varios estudios, evidenciando su prevalencia y los efectos en la calidad de vida. En Vietnam, un estudio transversal encontró que el 11,6% de las estudiantes de 18 a 45 años padecían SPM/TDPM, con factores asociados como el consumo frecuente de café y una menor proporción de menarquia tardía (8). Por otro lado, en Mongolia, se reportó que el 23,8% de las estudiantes presentaban SPM, y el 4,7% sufrían de TDPM, con una prevalencia significativamente mayor de dismenorrea en aquellas que padecían estos trastornos, lo que afectaba su rendimiento académico (13).

Investigaciones en Sudáfrica y Nepal también resaltaron el impacto del TDPM en la calidad de vida. En un estudio realizado en la Universidad de Sur África, se observó que la dismenorrea y factores como la reflexión y la preocupación eran predictores significativos de los síntomas de TDPM. Estas estudiantes reportaron un deterioro en su productividad laboral y escolar. Además, en Nepal, el 36,3% de las estudiantes presentaron TDPM, experimentando dificultades como cambios en la concentración y angustia, lo que afectaba su bienestar emocional y académico (14,15).

Finalmente, se identificó una relación entre TDPM y conductas alimentarias desordenadas en un estudio realizado en Turquía. Las estudiantes con TDPM presentaron una mayor prevalencia de hábitos como el comer emocionalmente y descontroladamente en comparación con aquellas con SPM leve o moderado. Este hallazgo subraya la complejidad del trastorno, que no solo afecta los aspectos físicos y

emocionales, sino que también influye en los patrones alimentarios de las estudiantes (16).

2.6 Manejo terapéutico

El abordaje terapéutico del TDPM incluye tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas. Dentro del tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, sertralina y paroxetina son considerados de primera línea, ya que mejoran la sintomatología del estado de ánimo y física. Administrados en esquemas de uso continuo o durante la fase lútea del ciclo (17).

También se emplean anticonceptivos hormonales combinados, que suprimen la ovulación y estabilizan los niveles hormonales, aunque su eficacia varía entre pacientes. En casos más severos y resistentes, se pueden utilizar análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), que inducen un estado hipoestrogénico, aunque por sus efectos secundarios se reservan para casos específicos bajo supervisión médica estricta (18).

Las intervenciones no farmacológicas son igualmente importantes. La psicoeducación permite a las pacientes reconocer sus síntomas y su patrón cíclico, lo cual facilita el afrontamiento. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado efectividad en el manejo del malestar emocional, al igual que las modificaciones en el estilo de vida: ejercicio físico regular, dieta saludable, higiene del sueño, y técnicas de relajación y control del estrés. Llevar un registro diario de los síntomas también puede ayudar a identificar los momentos más vulnerables y planificar estrategias de manejo adecuadas (18).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo no experimental, cuantitativo con enfoque correlacional analítico y de cohorte transversal. Se realizó en la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues, en los estudiantes que pertenecen a la carrera de Medicina entre septiembre 2024 y febrero 2025.

El universo estuvo compuesto por 796 estudiantes matriculadas en ese periodo, distribuidas en diferentes ciclos académicos. La muestra se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, resultando en 259 participantes. Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado y se consideró un 10% de posibles pérdidas, lo que aumentó la muestra a 285 estudiantes.

Los criterios de inclusión fueron mujeres mayores de 18 años, matriculadas en la carrera de Medicina desde el primer hasta el décimo ciclo. Se excluyeron a aquellas con enfermedades crónicas que afecten el estado de ánimo o que estuvieran embarazadas o en periodo de lactancia.

El instrumento utilizado fue un cuestionario validado por expertos en ginecología, psiquiatría y psicología, con tres secciones: variables socio-demográficas y criterios diagnósticos del DSM-V para el TDPM. El cuestionario se administró a través de Google Forms. Los datos obtenidos fueron procesados con SPSS, calculando frecuencias y proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central (media, rangos y desviación estándar) para las variables continuas. El análisis inferencial se realizó utilizando chi-cuadrado (χ^2) y Odds Ratio (OR) para identificar los factores asociados.

Se garantizó el respeto a los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado, en el que se les explicó el estudio y su derecho a participar o retirarse en cualquier momento. Los datos se trataron de manera confidencial y no hubo manipulación de la información al completar el formulario.

4. RESULTADOS

4.1 Características Sociodemográficas

Se encuestó a un total de 278 estudiantes, el 61,5% se encontraba entre los 18-21 años, el 98,9% de estado civil solteras, el 89,2% solo estudian sin otra actividad. La mayor parte de la población pertenecía primer, segundo, octavo y décimo ciclo.

4.2 Características Clínicas de las estudiantes con TDPM

Para calcular la prevalencia del TDPM, se incluyó en la encuesta una sección con los criterios de diagnóstico correspondientes. De esta forma las preguntas 5 y 6 fueron diseñadas con el objetivo de identificar a aquellas participantes que cumplían con los criterios A, B y C según el DSM-V. La información obtenida se agrupó en una variable denominada "Cumple criterios A, B y C", con opciones de respuesta "Sí" o "No", y se registró en las filas de una tabla de 2x2. Con estos datos se calculó la prevalencia utilizando la siguiente fórmula:

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

(1)

De este modo, se obtuvo una prevalencia del 24,8% para TDPM; para conocer la incidencia del SPM se empleó la misma fórmula, pero se tomó en cuenta a aquellas que presentaban síntomas y estos afectaban en su calidad de vida, sin embargo, no eran severos, representando un total de 194 estudiantes que corresponde a un 69,7% (figura 1).

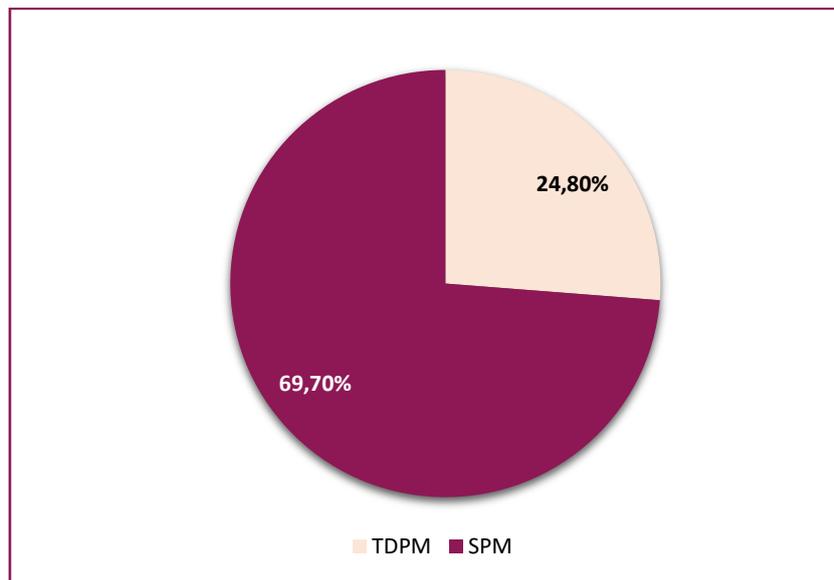


Figura 1. Prevalencia del TDPM en comparación con el SPM. **Fuente:** Peñaloza S, Rivera J., 2025.

Para corroborar el cumplimiento del Criterio A, se formuló la pregunta 6, a partir de la cual se observó que el 75,2% de las participantes presentaban síntomas una semana antes del inicio del periodo menstrual; el 23,4% reportó mejoría durante el mismo, y en el 29,5% la sintomatología desaparecía una semana después de haber iniciado la menstruación (figura 2). Asimismo, el 89,2% de las encuestadas manifestó que las molestias interferían con su estado emocional general; el 71,9% en sus relaciones interpersonales; y el 69,4% en su rendimiento académico. Además, se buscó la repercusión de estos síntomas en la calidad de vida,

encontrándose que aproximadamente el 24,8% indicó que la clínica que presentaban interfería en sus actividades diarias.

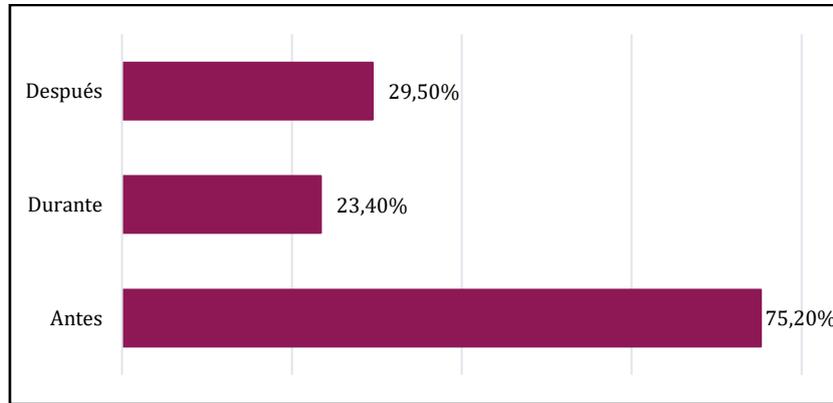


Figura 2. Presencia de los Síntomas del TDPM en relación a la menstruación.
Fuente: Peñaloza S, Rivera J., 2025.

Otro aspecto relevante fue analizar la presencia de enfermedades concomitantes que podrían interferir en el estado de ánimo y, en consecuencia, dificultar el diagnóstico del TDPM. Se identificó que patologías como la depresión, el trastorno de pánico y las alteraciones de la personalidad representaban una incidencia menor al 17%. Asimismo, aproximadamente el 33,5% de las participantes manifestó que no consumían sustancias exógenas que les permita aliviar o mejorar los síntomas. Finalmente, el 51,8% de las encuestadas manifestó desconocer si algún familiar padecía este trastorno.

4.3 Factores Asociados

Al evaluar los diferentes factores clínicos se encontró que no hubo ninguna relación estadísticamente significativa con riesgo o protección para el TDPM (tabla 2).

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

Tabla 2. 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: Peñaloza S, Rivera J., 2025.

5. DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos de las estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, se encontró una prevalencia del TDPM del 24,8%, siendo una cifra superior a la reportada por Dinh Trieu Ngo et al. (11,6%) (19), Yanjmaa et al. (4,7%) (20) y Coban et al. (15,9%) (21). No obstante, al compararla con el estudio de Mahat et al. (22), que evidenció una prevalencia del 36,3%, se observa una proporción mayor. Estas diferencias entre estudios pueden atribuirse a la utilización de diferentes herramientas para la identificación de los síntomas.

Romero et al. (4) en un estudio realizado en el año 2022-2023 en estudiantes de la Universidad de Cuenca, encontraron que el 21,2% presentó síntomas compatibles con TDPM. Pese a ello, gran parte de los casos continúan siendo sub-diagnosticados, debido a la falta de conciencia sobre esta condición y la estigmatización de los trastornos menstruales. Al comparar estos resultados con los del presente estudio, se observa una prevalencia similar, lo que sugiere que los factores contextuales que rodean a estas estudiantes no han influido de forma significativa en el incremento o reducción de la prevalencia del TDPM.

El estudio también reveló la presencia de síntomas físicos y/o emocionales antes o durante la menstruación, los cuales impactaban significativamente en las actividades diarias de las participantes. Se observó que el 89,2% experimentaba afectación en su estado emocional, el 82,7% en sus actividades cotidianas, el 71,9% en sus relaciones interpersonales y el 69,4% en su rendimiento académico o laboral. A pesar de esta alta prevalencia de afectación, la severidad de los síntomas se clasificó en su mayoría como leve a moderada, motivo por el cado el 69,6% de los casos fue diagnosticado como SPM.

Asimismo, Mahat et al. (22) reportó una prevalencia del 64% para el SPM, valor similar al encontrado en el presente estudio. En cuanto al impacto en las distintas esferas de la vida, el estudio de Thakrar (23) evidencia un deterioro generalizado, siendo más frecuente en el ámbito académico y laboral, con una afectación del 70,33%. Por otro lado, Liguori et al. (24) señalaron que el TDPM puede mejorar con la práctica diaria de actividad física. Sin embargo, en nuestro estudio se observó que el 77,8% de las encuestadas que cumplían con los criterios para TDPM no realizaban ningún tipo de ejercicio físico, al igual que aquellas que no presentaban el trastorno.

El 24,5% de las estudiantes encuestadas que usaba anticonceptivos hormonales no mostraron ser un factor protector frente al TDPM, con un OR de 0,63 (IC_{95%}: 0,21-1,86; p = 0,40). Asimismo, factores como el consumo de fármacos, alcohol, drogas, tabaco, el uso de dispositivos intrauterinos, menarca temprana y la actividad física no muestran una asociación significativa con el trastorno. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Dinh Trieu Ngo (19), quienes tampoco encontraron una relación clara entre estos factores y la presencia del trastorno.

6. 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; sin embargo, la realización de la actividad física podría representar de cierta forma un factor protector para el SPM según el estudio de Liguori et al.

Los resultados del estudio indica acción inmediata, dada la elevada prevalencia del TDPM como del SPM en una población femenina expuesta a altos niveles de tensión emocional. Frente a esta situación se recomienda el desarrollo de estrategias que permitan un diagnóstico oportuno, mismo que permitirá una identificación temprana de los casos y una intervención más eficaz. Además, es fundamental garantizar un tratamiento basado en la evidencia científica más actualizada. Finalmente, se sugiere fortalecer el apoyo psicopedagógico dentro del entorno universitario, con el fin de brindar acompañamiento emocional y educativo a las estudiantes afectadas, favoreciendo de esta manera su bienestar integral y su rendimiento académico.

7. CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

G.E.F.B: Revisión final del capítulo de libro.

S.G.P.M: Resumen, introducción, marco teórico, recolección de datos.

J.M.R.O: Metodología y recolección de datos, análisis de resultados, discusión, conclusión.

8. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad Católica de Cuenca por el apoyo brindado para la realización de este estudio, así como al Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH) por la aprobación del protocolo. Nuestro especial reconocimiento a las estudiantes que participaron voluntariamente en la investigación, por su disposición y confianza al compartir información valiosa para el desarrollo de este trabajo.

9. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado, en el que se les explicó de manera clara y comprensible los objetivos del estudio, así como su derecho a participar voluntariamente o retirarse en cualquier momento sin repercusiones. La información recolectada fue tratada con estricta confidencialidad, y no se realizó ningún tipo de manipulación en los datos al momento de completar el formulario.

10. REFERENCIAS

1. Perarnau MP, Fasulo SV, García AA, Doña RD. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. 2020 [citado 15 de diciembre de 2024];8(16):153-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18481609>
2. Lobo R, Pinkerton J. Síndrome premenstrual (PMS) y trastorno disfórico premenstrual (PMDD). The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism [Internet]. 1 de abril de 2010 [citado 14 de noviembre de 2024];95(4):E2. Disponible en: <https://doi.org/10.1210/jcem.95.4.9999> Reilly T, Patel S, Unachukwu I, Knox C, Wilson C, Craig M, et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders [Internet]. 15 de marzo de 2024 [citado 14 de noviembre de 2024];349:534-40. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724000764>
3. 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>
4. Marín G, Romero E. Frecuencia de Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad De Cuenca, Cuenca 2022-2023 [Internet] [Estudio de Campo]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2023 [citado 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/41996>
5. Hantsoo L, Payne J. Towards Understanding the Biology of Premenstrual Dysphoric Disorder: From Genes to GABA.

- Neuroscience and biobehavioral reviews [Internet]. 12 de abril de 2023 [citado 14 de noviembre de 2024];149:105168. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10176022/>
6. 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>
 7. 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>
 8. 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. febrero de 2022;25(1):61-70.
 9. 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>
 10. Wu H, Yang Y, Shen W. Prevalence and Correlations of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Sample of Adult Working Women. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 5 de octubre de 2024 [citado 19 de enero de 2025];52(5):678-85. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1703>

11. 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* [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>
12. 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
13. Roomaney R, Lourens A. Correlates of premenstrual dysphoric disorder among female university students. Rodriguez-Blazquez C, editor. *Cogent Psychology* [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>
14. Thakrar P, Bhukar K, Oswal R. Premenstrual dysphoric disorder: Prevalence, quality of life and disability due to illness among medical and paramedical students. *Journal of Affective Disorders Reports* [Internet]. abril de 2021 [citado 31 de enero de 2025];4:100112. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666915321000391>
15. Aperribai L, Alonso-Arbiol I, Balluerka N, Claes L. Development of a screening instrument to assess premenstrual dysphoric disorder as conceptualized in DSM-5. *J Psychosom Res.* septiembre de 2016;88:15-20.

16. Alas Hernández JA, Barillas Rojas S. Síndrome disfórico premenstrual: tratamiento basado en la evidencia. Rev.méd.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>
17. 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/>
18. 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>
19. 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
20. 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.
21. 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.

22. Thakrar P, Bhukar K, Oswal R. Premenstrual dysphoric disorder: Prevalence, quality of life and disability due to illness among medical and paramedical students. *Journal of Affective Disorders Reports* [Internet]. abril de 2021 [citado 31 de enero de 2025];4:100112. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666915321000391>
23. 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* [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>