PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

PREVALENCIA DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM) EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE QUINTO A DÉCIMO SEMESTRE DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR DURANTE EL PRIMER PERÍODO ACADÉMICO 2025 UTILIZANDO LA HERRAMIENTA PSST (PREMENSTRUAL SYMPTOMS SCREENING TOOL)

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A OBTENER TÍTULO DE MÉDICO

AUTORES:

DOMÉNICA GEANNINA LARA MENDOZA

ALLYSON MISHELL TAPIA AGUIRRE

TUTORA:

DRA. CARMEN ELENA CABEZAS ESCOBAR

QUITO - ECUADOR

2025

DEDICATORIA:

A Dios y a mi Madre Dolorosa, porque su amor jamás me ha abandonado.
Por haber iluminado mi sendero incluso en los momentos de oscuridad, por sostenerme cuando las fuerzas flaqueaban y por enviarme ángeles en la tierra que me recordaron que la fe siempre vence al miedo.

A mis padres, Gellys y Jorge, porque este título no solo me pertenece, sino que es el reflejo de su esfuerzo y su amor incondicional. Cada paso que doy lleva impreso el sacrificio que hicieron para que yo pudiera soñar. Este logro es, ante todo, una promesa cumplida a ustedes.

A mi hermana Ivanna, por su amor incondicional y por nunca dudar de mí, por ser siempre mi ejemplo y mi apoyo silencioso.

A Mishell, por caminar a mi lado en esta travesía, por compartir las lágrimas y las risas, por confiar en mí y enseñarme que los sueños compartidos tienen un brillo distinto. Llegar juntas a la meta es una de las victorias más hermosas de mi vida.

-Doménica Geannina Lara Mendoza.

A Dios y a la Virgen Dolorosa, por haberme acompañado a lo largo de este camino, siendo mi luz, mi fortaleza y mi guía en cada paso.

A mis padres, Ana Lucía y Edgar, por ser mi pilar y mi apoyo incondicional. Gracias por nunca permitirme rendir, por sus palabras llenas de aliento cuando las fuerzas parecían agotarse y por creer en mí aun cuando yo misma dudaba. Este logro no es solo mío, sino también de ustedes, porque detrás de cada esfuerzo, hay amor, sacrificio y dedicación que me han formado como persona y como profesional.

A mi hermano, Dorian, por acompañarme en este proceso de crecimiento y aprendizaje. Gracias por tus bromas, tu compañía y por esas risas que, sin saberlo, fueron alivio en los momentos de mayor cansancio.

A Dome, por ser una amiga incondicional, por caminar a mi lado en este largo trayecto, compartiendo alegrías, desvelos y sueños. Tu apoyo y compañía hicieron de este recorrido algo mucho más especial y significativo.

-Allyson Mishell Tapia Aguirre.

AGRADECIMIENTO:

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por haber sido nuestro segundo hogar y a todos los maestros que formaron parte de este camino. Gracias por compartir su conocimiento con entrega y vocación, por su exigencia que nos impulsó a superar nuestros propios límites y por ser ejemplo de dedicación, ética y amor por la medicina. Pero, sobre todo, gracias por enseñarnos desde el primer día el "ser más para servir mejor".

A nuestras familias, gracias por su entrega inquebrantable, su amor y fuerza que nos levantó en los tropiezos y por ser la inspiración que nos impulsa a seguir creciendo. Todo lo que somos y todo lo que logremos, siempre será también suyo.

A Dome y Mishell chiquitas que soñaron en grande y hoy están cumpliendo sus sueños, gracias por no rendirse y ser resilientes ante cada adversidad.

A nuestras amigas del colegio, aunque la vida nos llevó por distintos rumbos, seguimos celebrando juntas nuestras victorias.

A nuestros amigos del internado que se convirtieron en familia, su amistad, apoyo y complicidad convirtieron este año en una experiencia inolvidable que marcó nuestro camino hasta llegar aquí.

A todos quienes fueron parte de nuestro proceso durante estos 6 años, gracias por su apoyo y amor.

A nuestra tutora de tesis, Dra. Carmen Elena Cabezas, por ser guía, luz y consuelo en este proceso. Gracias por su paciencia, por su dedicación generosa y por acompañarnos con una humanidad que deja huella. Su orientación no solo enriqueció este trabajo, sino también nuestro crecimiento personal y profesional. Una mención especial al Dr. Francisco Barrera, quien desinteresadamente aporto de manera significativa en este trabajo.

- Mishell y Doménica.

ÍNDICE:

RESUMEN 8
OBJETIVO 8
METODOLOGÍA 9
RESULTADOS 9
CONCLUSIÓN 10
PALABRAS CLAVES: 10
SUMMARY: 11
OBJECTIVE: 11
METHODOLOGY: 11
RESULTS: 12
CONCLUSION: 12
KEY WORDS: 13
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN 14
Introducción 14
Justificación 15
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO 18
Ciclo menstrual 18
Síndrome Premenstrual (SPM) 21
Factores genéticos, ambientales y psicosociales 22
Etiopatogenia del SPM 22
Clasificación y severidad 23
Sintomatología física, emocional y conductual 24
Impacto del SPM en la vida cotidiana y el contexto académico 25
Herramientas de evaluación: Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) 25
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS 28
GENERAL 28
ESPECÍFICOS 28
CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA 28
DISEÑO: 28
MÉTODOS: 28
POBLACIÓN DE ESTUDIO: 29

FIGURA 1. Población de estudio 29
RECOPILACIÓN DE DATOS: 30
VARIABLES 30
1. Edad 30
2. Fecha de nacimiento 30
3. Nivel que cursa 30
4. Regularidad de ciclos menstruales 30
5. Interacción con diagnósticos ginecológicos y psiquiátricos 30
6. Interacción con medicamentos 30
7. Estado civil 30
8. Vida sexual activa 30
9. Religión 30
10. Etnia 30
11. Lugar de residencia 30
12. Antecedentes familiares de síndrome premenstrual 30
13. Tabaquismo 30
14. Hijos 30
15. Puntaje de la herramienta PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool) 30
TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN VIARIABLES 31
ANÁLISIS DE DATOS 32
CRITERIOS DE SELECCIÓN 32
CRITERIOS INCLUSIÓN: 32
CRITERIOS EXCLUSIÓN 32
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN. 33
1. Adquisición de la herramienta PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool) 33
2. Elaborar una encuesta digital con la herramienta 33
3. Realizar la encuesta a la población objetivo 33
4. Analizar los resultados obtenidos 34
CAPÍTULO 5: ASPECTOS BIOÉTICOS: 35
CAPÍTULO 6: LIMITACIONES 37
CAPÍTULO 7: RESULTADOS 38
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE EDADES 38
FIGURA 3. ETNIA 39

FIGURA 4. RELIGIÓN 39
FIGURA 5. VIDA SEXUAL ACIVA 40
FIGURA 6. CICLOS MENSRUALES REGULARES 40
FIGURA 7. DIAGNOSTICOS PREVIOS 41
FIGURA 8. MEDICACIÓN UTILIZADA 41
FIGURA 9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA SPM 43
FIGURA 10. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TDPM 44
TABLA 2. RESULTADOS 45
CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN 47
CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 50
CONCLUSIONES 50
1. **Alta prevalencia del SPM en la población estudiada.** 51
2. **Presencia significativa del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM).** 51
3. **Características demográficas y su relación con el SPM.** 51
4. **Intensidad y manifestaciones del síndrome.** 52
5. **Utilidad del PSST en el contexto universitario.** 52
6. **Implicaciones para la salud y la formación médica.** 52
7. **Aportes al conocimiento científico y proyección futura.** 53

RECOMENDACIONES 53
1. **Mayor investigación** 53
2. **Más estudios en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre síndrome premenstrual** 54
3. **Concientizar sobre la relevancia del síndrome premenstrual** 54

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 56
ANEXOS 58
ANEXO 1: FIGURAS RESPUESTAS PSST 58
FIGURA 11. RESPUESTA RABIA/IRRITABILIDAD 58
FIGURA 12. RESPUESTA ANSIEDAD/TENSIÓN 58
FIGURA 13. RESPUESTA PROPENSA AL LLANTO/MAYOR SENSIBILIDAD AL RECHAZO 58
FIGURA 14. RESPUESTA DEPRESIÓN/SENSACIÓN DE DESESPERANZA 59
FIGURA 15. RESPUESTA MENOR INTERÉS EN ACTIVIDADES LABORALES, DEL HOGAR O SOCIALES 59
FIGURA 16. RESPUESTA DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE 59

FIGURA 17. RESPUESTA FATIGA O FALTA DE ENERGÍA 60
FIGURA 18. RESPUESTA INSOMNIO O HIPERSOMNIA (DORMIR EN EXCESO). 60
FIGURA 19. RESPUESTA SENSACIÓN DE ESTAR ABRUMADA O FUERA DE CONTROL..... 60
FIGURA 20. SÍNTOMAS FÍSICOS 61
FIGURA 21. RESPUESTA TU EFICIENCIA EN EL ESTUDIO O TRABAJO..... 61
FIGURA 22. RESPUESTA TU RELACIÓN CON COMPAÑEROS 61
FIGURA 23. RESPUESTA TU RELACIÓN CON FAMILIARES 62
FIGURA 24. RESPUESTA TU VIDA SOCIAL..... 62
FIGURA 25. RESPUESTA TUS RESPONSABILIDADES EN EL HOGAR..... 62
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO 63
ANEXO 3: PREMENSTRUAL SYMPTOMS SCREENING TOOL (PSST)..... 67
ANEXO 4: INTERPRETACION PREMENSTRUAL SYMPTOMS SCREENING TOOL (PSST)..... 68

RESUMEN

El síndrome premenstrual (SPM) es un trastorno cíclico que afecta a un número considerable de mujeres en edad reproductiva y se caracteriza por la presencia de síntomas físicos, emocionales y conductuales que aparecen durante la fase lútea del ciclo menstrual y desaparecen con el inicio de la menstruación. Su etiología es multifactorial, vinculada principalmente a la fluctuación hormonal y la sensibilidad neuroendocrina individual. A pesar de su alta prevalencia, el SPM continúa siendo una condición subestimada e infradiagnosticada, lo que limita su manejo adecuado. Este síndrome puede interferir de manera significativa en el rendimiento académico, laboral y en las relaciones interpersonales, por lo que se considera un problema relevante de salud pública femenina. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y las características del síndrome premenstrual en estudiantes de quinto a décimo semestre de la carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), durante el primer periodo académico del año 2025. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de prevalencia, en el que participaron 174 estudiantes. Para la recolección de datos se empleó la herramienta Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), instrumento validado internacionalmente para la detección de SPM y trastorno disfórico premenstrual (TDPM), complementada con un cuestionario de caracterización sociodemográfica.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia del síndrome premenstrual (SPM) en estudiantes de medicina de quinto a décimo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el primer periodo académico 2025, utilizando la herramienta PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) durante el primer periodo académico de 2025, con el objetivo de identificar la frecuencia y características del síndrome premenstrual (SPM) en estudiantes de Medicina. La población objetivo estuvo conformada por las estudiantes que cursaban de quinto a décimo semestre, quienes cumplieron los criterios de inclusión y otorgaron su consentimiento informado.

Se aplicó el cuestionario Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) como instrumento principal para la detección del SPM y se realizó el análisis posterior de los resultados obtenidos. La muestra fue de tipo intencional, con una expectativa de participación del 60 %. Durante el periodo de estudio, se registró un total de 701 estudiantes en los semestres comprendidos entre quinto y décimo, de los cuales 432 correspondieron al sexo femenino y 174 fueron parte del estudio.

RESULTADOS

Los resultados evidenciaron una alta frecuencia de síntomas de intensidad moderada a severa dentro de la población estudiantil, identificándose que 105 participantes cumplieron con los criterios diagnósticos para SPM, mientras que 15 estudiantes presentaron los criterios correspondientes a TDPM. Al excluir estos últimos casos, se determinó que 90 estudiantes cumplían los criterios específicos para SPM. El análisis bivariable permitió realizar una comparación entre los grupos con sintomatología y las participantes asintomáticas, así como entre ambas entidades clínicas, a diferencia no era estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN

El estudio evidenció una alta prevalencia del Síndrome Premenstrual (SPM) entre las estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, con un 60,3% de casos, lo que confirma que más de la mitad de las participantes presentan síntomas físicos y emocionales compatibles con esta condición. Asimismo, el 8,6% cumplió criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), reflejando la presencia de formas severas que interfieren en la funcionalidad diaria.

Aunque no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre el SPM y variables demográficas, se observó una mayor frecuencia en mujeres jóvenes, solteras y de semestres intermedios. Los síntomas más comunes fueron irritabilidad, ansiedad, fatiga, sensibilidad mamaria y cambios en el apetito, con una proporción considerable de casos moderados a severos.

El uso de la herramienta Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) resultó útil y confiable para el tamizaje del SPM y el TDPM en el contexto universitario, facilitando la identificación temprana de casos clínicamente relevantes. Los hallazgos destacan la necesidad de fortalecer la educación menstrual, el apoyo psicológico y las estrategias de autocuidado en el entorno académico.

Este trabajo constituye un aporte pionero al conocimiento del SPM en población universitaria ecuatoriana, y sienta las bases para futuras investigaciones que profundicen en los factores asociados y en la efectividad de intervenciones orientadas al manejo integral de la salud menstrual.

PALABRAS CLAVES:

Síndrome Premenstrual (SPM), Premenstrual Symptoms Screening Tool, Calidad de vida, Estudiantes de Medicina.

SUMMARY:

Premenstrual syndrome (PMS) is a cyclical disorder that affects a considerable number of women of reproductive age and is characterized by physical, emotional, and behavioral symptoms that appear during the luteal phase of the menstrual cycle and disappear with the onset of menstruation. Its etiology is multifactorial, mainly linked to hormonal fluctuations and individual neuroendocrine sensitivity. Despite its high prevalence, PMS continues to be an underestimated and underdiagnosed condition, which limits its proper management. This syndrome can significantly interfere with academic and work performance and interpersonal relationships, making it a relevant women's public health issue. The present study aimed to determine the prevalence and characteristics of premenstrual syndrome in fifth- to tenth-semester medical students at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) during the first academic period of 2025. A descriptive prevalence study was conducted, in which 174 students participated. Data were collected using the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), an internationally validated instrument for the detection of PMS and premenstrual dysphoric disorder (PMDD), supplemented by a sociodemographic characterization questionnaire.

OBJECTIVE:

To determine the prevalence of premenstrual syndrome (PMS) in fifth- to tenth-semester medical students at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador during the first academic period of 2025, using the PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool).

METHODOLOGY:

A descriptive prevalence study was conducted at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) during the first academic period of 2025, with the aim of identifying the frequency and characteristics of premenstrual syndrome (PMS) in medical students. The

target population consisted of female students in their fifth to tenth semesters who met the inclusion criteria and gave their informed consent.

The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) questionnaire was used as the main instrument for detecting PMS, and the results obtained were subsequently analyzed. The sample was intentional, with an expected participation rate of 60%. During the study period, a total of 701 students in their fifth to tenth semesters were registered, of whom 432 were female and 174 were part of the study.

RESULTS:

The results showed a high frequency of moderate to severe symptoms among the student population, with 105 participants meeting the diagnostic criteria for PMDD, while 15 students met the criteria for PMDD. Excluding the latter cases, it was determined that 90 students met the specific criteria for PMDD. The bivariate analysis allowed for a comparison between the groups with symptoms and the asymptomatic participants, as well as between both clinical entities, but the difference was not statistically significant.

CONCLUSION:

The study revealed a high prevalence of premenstrual syndrome (PMS) among medical students at the Pontificia Universidad Católica del Ecuador, with 60.3% of cases, confirming that more than half of the participants present physical and emotional symptoms consistent with this condition. Likewise, 8.6% met the criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD), reflecting the presence of severe forms that interfere with daily functioning.

Although no statistically significant associations were found between PMS and demographic variables, a higher frequency was observed in young, single women in intermediate semesters. The most common symptoms were irritability, anxiety, fatigue,

breast tenderness, and changes in appetite, with a considerable proportion of moderate to severe cases.

The use of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) proved useful and reliable for screening PMS and PMDD in the university setting, facilitating the early identification of clinically relevant cases. The findings highlight the need to strengthen menstrual education, psychological support, and self-care strategies in the academic environment. This study represents a pioneering contribution to knowledge about SPM in the Ecuadorian university population and lays the foundations for future research that delves deeper into the associated factors and the effectiveness of interventions aimed at comprehensive menstrual health management.

KEY WORDS:
Premenstrual Syndrome (PMS), Premenstrual Symptoms Screening Tool, Quality of life, medical students.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

Introducción

El ciclo menstrual constituye un proceso fisiológico regulado por complejas interacciones hormonales entre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, que no solo determinan la función reproductiva femenina, sino que también tienen repercusiones sistémicas, particularmente a nivel neurológico, metabólico y emocional [1,2].

En este marco, se ha descrito el síndrome premenstrual (SPM) como un grupo de síntomas físicos, psicológicos y conductuales que surgen cíclicamente en la etapa lútea del ciclo menstrual y desaparecen al comienzo de la menstruación [3]. Entre el 30% y el 50% de las mujeres en edad fértil manifiestan síntomas de SPM, y hasta un 8% puede sufrir trastorno disfórico premenstrual (TDPM), que es la forma más incapacitante [4,5]. La sintomatología del SPM, que puede tener diferentes niveles de intensidad, incluye cefalea, distensión abdominal, alteraciones del sueño, ansiedad, tristeza, irritabilidad y dificultad para concentrarse. Todos estos síntomas interfieren en gran medida con las actividades diarias, el desempeño académico y las relaciones interpersonales [6–8]. Este fenómeno adquiere especial importancia en los alumnos de medicina, que están sometidos desde las primeras etapas de su formación a altos niveles de estrés, presión académica y prácticas clínicas. Esto puede intensificar la gravedad y la aparición de los síntomas premenstruales [9,10].

Investigaciones hechas en estudiantes universitarios han mostrado una correlación significativa entre el estrés académico y la frecuencia del SPM, además de una relación positiva entre los síntomas emocionales y las demandas del ambiente académico [11,12]. Pese

a ello, en el contexto ecuatoriano existe una escasa producción científica que aborde esta temática desde una perspectiva epidemiológica o de salud pública.

Por tanto, el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del SPM en estudiantes de medicina de quinto a décimo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, durante el primer período académico 2025, mediante el uso del instrumento Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), una herramienta validada internacionalmente que permite identificar y clasificar los síntomas del SPM de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV [13]. Esta investigación permitirá generar evidencia contextualizada sobre la salud menstrual en estudiantes universitarias, con el fin de contribuir a la implementación de políticas institucionales de bienestar estudiantil con enfoque de género.

Justificación

El síndrome premenstrual (SPM) es una entidad clínica reconocida en las principales guías diagnósticas internacionales, caracterizada por síntomas físicos, emocionales y conductuales que interfieren de manera significativa en la calidad de vida de las mujeres [1,2]. A pesar de su alta prevalencia, continúa siendo subdiagnosticado y frecuentemente minimizado tanto por profesionales de la salud como por la propia población femenina, debido a la persistencia de estigmas sociales y a la insuficiente educación sobre salud menstrual [3,14].

A nivel global, el Global Burden of Disease Study 2019 estimó una prevalencia estandarizada por edad cercana al 24% en mujeres en edad reproductiva [4]. En Latinoamérica, estudios poblacionales recientes en Brasil muestran que el SPM clínicamente significativo afecta al 25.2% de las mujeres, mientras que la prevalencia

autorreportada puede alcanzar hasta el 60.3% [5]. En cohortes jóvenes, las prevalencias de SPM moderado y severo han sido de 13.4% y 5.8%, respectivamente [6]. De manera consistente, un estudio nacional brasileño reciente reportó que el 38.9% de las mujeres experimentan síntomas premenstruales con impacto funcional relevante [7]. Estas cifras confirman que la magnitud del problema en la región es comparable a la observada en otros países de ingresos medios.

La población universitaria no está exenta de este impacto. Investigaciones en estudiantes latinoamericanas han evidenciado que el SPM afecta el rendimiento académico, la concentración, la estabilidad emocional y la asistencia a clases [8,9,15]. Dentro de este grupo, las estudiantes de medicina constituyen una población especialmente vulnerable debido a la carga académica, la presión por el rendimiento y la exposición a situaciones emocionalmente demandantes. Estudios realizados en Perú y la India han encontrado una asociación significativa entre altos niveles de estrés académico y la intensificación de los síntomas de SPM, reportando prevalencias superiores al 70% en estudiantes con altos niveles de estrés [10,11].

En Ecuador, sin embargo, existe una marcada carencia de estudios que documenten la prevalencia y características del SPM en estudiantes de medicina, lo que limita la implementación de políticas institucionales orientadas al bienestar estudiantil, la salud mental y la medicina preventiva con enfoque de género. El uso del Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) en esta investigación permitió identificar de forma estructurada tanto la intensidad de los síntomas como su interferencia en la vida cotidiana, constituyéndose en un instrumento útil para la detección temprana de casos que podrían beneficiarse de apoyo psicológico o médico [12,13].

De esta manera, el presente estudio busca aportar evidencia original sobre la salud menstrual de las estudiantes de medicina en Ecuador, contribuir a la sensibilización institucional en torno al impacto del SPM y fomentar estrategias de acompañamiento académico y de salud mental. Asimismo, se adhiere a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y a las pautas internacionales del CIOMS, garantizando la protección de la dignidad, privacidad y autonomía de las participantes [16,17].

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

Ciclo menstrual

La menstruación es un proceso biológico complejo que implica una interacción regulada de mecanismos endocrinos, neurológicos e inmunológicos. Tradicionalmente considerada como un fenómeno exclusivamente reproductivo, hoy en día se reconoce que las variaciones hormonales asociadas al ciclo menstrual tienen implicaciones que trascienden el aparato reproductor, impactando múltiples sistemas, especialmente el neuropsicológico [1]. En este marco, el síndrome premenstrual (SPM) ha sido identificado como un trastorno cíclico que afecta a una proporción significativa de mujeres en edad fértil y que compromete su bienestar general, su productividad y su calidad de vida [2,3].

El sistema reproductor femenino atraviesa cambios rítmicos y predecibles a lo largo de cada mes, lo que se conoce como ciclo menstrual, el cual tiene detrás un complejo mecanismo de regulación hormonal muy preciso. El ciclo es controlado por el eje hipotálamo-hipófisis-ovario. El hipotálamo libera de manera pulsátil la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), que estimula a la hipófisis anterior para secretar las gonadotropinas: hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH). La frecuencia e intensidad de los pulsos de GnRH determinan qué hormona se secreta en mayor cantidad. El ovario, por su parte, produce estrógenos, progesterona e inhibinas, que funcionan como mecanismo de retroalimentación hacia el eje central. Cuando los niveles de estrógenos son bajos, se incrementa la producción de FSH, lo que estimula la maduración folicular. Por otro lado, cuando los estrógenos alcanzan niveles elevados y sostenidos, se inhibe la secreción de FSH y aumenta la liberación de LH, fenómeno que culmina con el pico de LH responsable de la ovulación [18].

El ciclo menstrual se considera regular cuando su duración oscila en promedio de 28 ± 7 días, con una variación fisiológica entre 21 y 35 días en mujeres en edad reproductiva. Su objetivo principal es preparar el endometrio para una posible implantación embrionaria. Este proceso es controlado por el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, encargado de coordinar de forma cíclica la liberación de hormonas gonadotrópicas y esteroides sexuales ováricos, los cuales mantienen la funcionalidad del aparato reproductor femenino [19].

La fase folicular o proliferativa, de duración variable, inicia con la menstruación, que corresponde al desprendimiento funcional del endometrio como consecuencia de la disminución de los niveles séricos de estrógenos y progesterona. Durante esta fase, bajo el estímulo de la hormona foliculoestimulante (FSH), varios folículos ováricos primordiales comienzan a desarrollarse, aunque solo uno de ellos se convierte en el folículo dominante de Graaf. Las células de la granulosa del folículo en crecimiento producen estradiol en respuesta a la estimulación de FSH, mientras que las células de la teca interna sintetizan andrógenos, los cuales son posteriormente aromatizados a estrógenos dentro de las células granulosas. El aumento de los niveles de estradiol estimula la proliferación del endometrio, incrementa su vascularización y provoca espesamiento del moco cervical, volviéndolo más permeable para los espermatozoides. Los niveles sostenidos y altos de estradiol (durante 48 a 72 horas) generan una retroalimentación positiva que es responsable del pico de hormona luteinizante (LH), lo que a su vez desencadena la ovulación [20].

La fase ovulatoria, dura aproximadamente 24 a 36 horas y ocurre alrededor del día 14 del ciclo menstrual en mujeres con ciclos regulares Durante este periodo, el aumento sostenido de los niveles de estradiol generado por el folículo dominante desencadena un

feedback positivo sobre el eje hipotálamo-hipofisario, lo que produce el característico pico de la hormona luteinizante (LH), acompañado en menor medida por un incremento de la FSH. Este pico hormonal induce la reanudación de la meiosis I del ovocito primario, dando lugar a un ovocito secundario y a la formación del primer corpúsculo polar. Posteriormente, se produce la rotura del folículo de De Graaf y la liberación del ovocito secundario hacia la cavidad peritoneal, desde donde es captado por la fimbria de la trompa de Falopio para su posible fecundación. Simultáneamente, el moco cervical se torna más filante, transparente y alcalino, lo cual facilita el ascenso de los espermatozoides a través del canal cervical. Entre los signos fisiológicos característicos de esta fase se incluyen una ligera elevación de la temperatura basal corporal, un dolor pélvico unilateral tipo Mittelschmerz y un aumento de la secreción vaginal clara, elástica y lubricante, reflejo del máximo efecto estrogénico previo a la ovulación [21].

La fase lútea o secretora se extiende desde la ovulación hasta el inicio de la menstruación, con una duración relativamente constante de aproximadamente 14 días. Tras la liberación del ovocito, las células de la granulosa y de la teca interna del folículo roto experimentan un proceso de luteinización bajo la acción de la hormona luteinizante (LH), formando así el cuerpo lúteo. Esta estructura endocrina transitoria secreta principalmente progesterona y en menor medida estrógenos, hormonas que ejercen un efecto inhibidor sobre la liberación de FSH y LH mediante retroalimentación negativa en el eje hipotálamo-hipofisario. A nivel endometrial, la progesterona induce la fase secretora, caracterizada por el máximo engrosamiento del epitelio, la formación de glándulas endometriales tortuosas con intensa actividad secretora de glucógeno y proteínas, y un notable aumento de la vascularización junto con edema del estroma, preparando así el útero para una posible

implantación embrionaria. Si no ocurre fecundación, el cuerpo lúteo involuciona y se transforma en un cuerpo albicans, lo que conlleva una caída de los niveles séricos de progesterona y estradiol. Esta disminución hormonal provoca vasoconstricción de las arterias espirales del endometrio, seguida de isquemia, necrosis y descamación del tejido funcional, manifestándose clínicamente como la menstruación [22].

En cambio, si la fecundación sí ocurre, el trofoblasto embrionario comienza a secretar gonadotropina coriónica humana (hCG), hormona que mantiene la viabilidad del cuerpo lúteo hasta que la placenta asume la función endocrina de producir progesterona y estrógenos, alrededor de la décima semana de gestación.

Síndrome Premenstrual (SPM)

El Síndrome Premenstrual (SPM) se define como un conjunto recurrente de síntomas físicos, emocionales y conductuales que se presentan en la fase lútea del ciclo menstrual y remiten con el inicio del sangrado menstrual. Estos síntomas son lo suficientemente intensos como para interferir con las actividades cotidianas, las relaciones interpersonales y el rendimiento académico o laboral de la mujer [2][3]. A nivel mundial, se estima que entre el 30% y el 80% de las mujeres en edad reproductiva experimentan algún grado de SPM, aunque solo un 3% a 8% cumple criterios para el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), la forma clínica más severa del espectro [4][13][14]. En América Latina, los estudios epidemiológicos han mostrado prevalencias elevadas: Silva et al. (2006) reportaron una frecuencia del 55% en Brasil [5], mientras que Pedro et al. (2025) encontraron una prevalencia del 63,1% en una muestra nacional representativa [7]. En Ecuador, aunque los datos son escasos, los resultados recientes sugieren cifras comparables

a las de otros países de la región, reflejando la necesidad de abordar el SPM como un problema de salud pública entre mujeres jóvenes universitarias [10].

Factores genéticos, ambientales y psicosociales

La aparición y severidad del SPM se asocian a una combinación de factores genéticos, ambientales y psicosociales. Diversas investigaciones han demostrado una mayor frecuencia de antecedentes familiares de SPM y trastornos del ánimo en mujeres afectadas, lo cual sugiere una susceptibilidad genética modulada por variaciones en genes relacionados con la regulación serotoninérgica y la respuesta hormonal ovárica [3][6]. Los factores ambientales incluyen el estrés, las alteraciones del sueño, el consumo de alcohol o cafeína, el tabaquismo y la inactividad física, todos ellos identificados como desencadenantes o amplificadores de los síntomas premenstruales [10][20][21].

En el ámbito psicosocial, la presión académica y la sobrecarga emocional propias del contexto universitario contribuyen a la exacerbación de los síntomas emocionales, especialmente en mujeres que cursan carreras de alta exigencia como medicina [9][15]. Además, estudios recientes sugieren que las nuevas dinámicas digitales pueden tener un impacto adicional. Bahrami et al. (2025) demostraron que el uso excesivo de redes sociales y la exposición nocturna a pantallas se correlacionan con mayor irritabilidad, insomnio y fatiga durante la fase lútea, lo cual agrava la expresión clínica del SPM [23].

Etiopatogenia del SPM

En términos fisiopatológicos, la etiología del SPM aún no se encuentra completamente dilucidada, aunque se acepta que el desequilibrio en las concentraciones de estrógeno y progesterona durante la fase lútea desempeña un papel clave. Estas hormonas

tienen efectos moduladores sobre los neurotransmisores cerebrales, en particular la serotonina, el GABA y las endorfinas, que están implicados en la regulación del estado de ánimo y la respuesta emocional [1,9]. De igual forma, factores como el estrés, la predisposición genética, la nutrición inadecuada y las alteraciones en el ritmo circadiano pueden actuar como desencadenantes o exacerbadores de los síntomas [10,11]. Múltiples estudios han identificado una asociación estadísticamente significativa entre el estrés académico y la intensidad del SPM, especialmente en estudiantes universitarias [11,12].

El SPM no se origina por alteraciones hormonales absolutas, sino por una hipersensibilidad del sistema nervioso central frente a las variaciones fisiológicas de estrógenos y progesterona que ocurren durante el ciclo menstrual [2]. Se ha propuesto que los metabolitos de la progesterona, como la alopregnanolona, actúan sobre los receptores del ácido gamma-aminobutírico (GABA-A), modulando los circuitos cerebrales del ánimo y generando irritabilidad, ansiedad o depresión en mujeres predispuestas [14][24].

Simultáneamente, se ha evidenciado un desequilibrio en los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico, lo que explicaría tanto la naturaleza afectiva del cuadro como la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en su manejo [14][25]. Otros mediadores, como las prostaglandinas, la prolactina y los corticosteroides, también participan en la fisiopatología, influyendo en la aparición de síntomas físicos como cefalea, mastalgia o retención hídrica [2][3].

Clasificación y severidad

De acuerdo con la intensidad de los síntomas y su repercusión funcional, el SPM se clasifica en leve, moderado o severo. Cuando predominan los síntomas afectivos graves —como tristeza marcada, irritabilidad extrema, ansiedad, sensación de desesperanza y

labilidad emocional— acompañados de deterioro en el rendimiento académico o laboral, se cumple el diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) según los criterios del DSM-5 [13][14][24]. El reconocimiento de esta clasificación resulta fundamental para diferenciar el malestar menstrual fisiológico de los trastornos premenstruales clínicamente significativos, permitiendo una intervención oportuna y específica [26][27].

La forma más grave del SPM se denomina trastorno disfórico premenstrual (TDPM), y se estima que afecta aproximadamente al 3–8% de las mujeres. A diferencia del SPM leve o moderado, el TDPM se asocia con síntomas afectivos severos, similares a los de un trastorno depresivo mayor, como labilidad emocional intensa, irritabilidad extrema, desesperanza y ansiedad marcada [4,8]. Ambos cuadros están reconocidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV y DSM-5), y su abordaje clínico ha cobrado relevancia en los últimos años debido al impacto funcional que generan [3].

Sintomatología física, emocional y conductual

El SPM incluye una amplia gama de síntomas que abarcan los planos somático, emocional y conductual. Entre los físicos, los más frecuentes son la tensión mamaria, distensión abdominal, cefalea, fatiga, aumento del apetito y cambios en el sueño [1][5]. En el ámbito emocional, predominan la irritabilidad, ansiedad, tristeza, llanto fácil y dificultades de concentración [3][15]. Conductualmente, pueden presentarse alteraciones del rendimiento, aislamiento social y disminución de la motivación académica o laboral [9][10][15]. La combinación y severidad de los síntomas varían entre mujeres e incluso entre ciclos, lo que resalta la naturaleza cíclica y multifactorial del síndrome [4][6][7].

Impacto del SPM en la vida cotidiana y el contexto académico

El SPM tiene un impacto significativo sobre la calidad de vida, las relaciones interpersonales y el desempeño académico. Espina et al. (2005) demostraron que las mujeres con SPM moderado o severo presentan una reducción notable en su productividad y concentración laboral [9], mientras que Shiferaw y Zegeye (2005) observaron un aumento del ausentismo y del bajo rendimiento académico en universitarias con síntomas intensos [15]. En el caso de las estudiantes de medicina, la exigencia académica, las largas jornadas de estudio y la exposición constante al estrés emocional incrementan la susceptibilidad al SPM.

Suárez et al. (2023) encontraron una asociación significativa entre el estrés académico y la exacerbación de síntomas premenstruales, especialmente los emocionales [10]. Esta relación podría explicarse por la activación del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal frente a estímulos de estrés crónico, que altera la regulación hormonal y favorece la aparición de síntomas ansiosos y depresivos [2][20]. Asimismo, investigaciones recientes subrayan que la actividad física regular actúa como factor protector. El ejercicio aeróbico, la práctica de yoga o actividades de relajación favorecen la regulación hormonal y mejoran la respuesta emocional durante la fase lútea [28][29]. Su promoción en entornos universitarios podría reducir de manera significativa la intensidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida de las estudiantes.

Herramientas de evaluación: Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)

La Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) es un instrumento psicométrico de autoevaluación diseñado para identificar y clasificar la presencia y la severidad del Síndrome Premenstrual (SPM) y del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM). Fue

desarrollada por los doctores Meir Steiner y Mary MacDougall en la Universidad de McMaster (Canadá), con el objetivo de ofrecer una alternativa práctica y clínica al registro prospectivo diario de síntomas, que tradicionalmente se consideraba el estándar diagnóstico, pero que resultaba poco factible por su extensión y bajo nivel de adherencia [24] [30]. El cuestionario está compuesto por 19 ítems, distribuidos en dos secciones principales: Síntomas físicos, emocionales y conductuales, que constituyen 14 ítems, que incluyen manifestaciones como irritabilidad, ansiedad, labilidad emocional, fatiga, cambios en el apetito o alteraciones del sueño. Impacto funcional de los síntomas (5 ítems), que evalúan la interferencia en la vida laboral, social y familiar, así como en las relaciones interpersonales y el desempeño académico o profesional [24]. La puntuación global permite establecer si la participante cumple criterios de SPM o de TDPM. El instrumento considera el grado de severidad de los síntomas (leve, moderado o severo) y su impacto en la funcionalidad diaria, identificando a las mujeres que podrían beneficiarse de una evaluación clínica más profunda sin necesidad de realizar un seguimiento prolongado durante varios ciclos menstruales [24] [30].

El PSST se caracteriza por su rapidez, eficiencia y facilidad de aplicación, al ser una herramienta autoadministrada, comprensible y aplicable tanto en contextos clínicos como en investigaciones epidemiológicas [24] [30]. En comparación con los métodos tradicionales de registro diario, el PSST requiere menos tiempo y presenta una mejor aceptación por parte de las participantes, sin comprometer la precisión diagnóstica [24] [30]. Diversos estudios han confirmado su validez y fiabilidad psicométrica en distintas poblaciones. La versión iraní del instrumento reportó una consistencia interna de $\alpha = 0,93$, y una fuerte correlación con escalas de ansiedad, depresión y estrés, lo que respalda su validez

convergente [25]. De igual modo, la versión bengalí mostró una consistencia interna aún mayor (α = 0,96), confirmando su estabilidad y reproducibilidad en contextos culturales diversos [27].

En 2011, Steiner y colaboradores desarrollaron una versión adaptada para adolescentes (PSST-A), que mantiene la estructura original, pero con ajustes lingüísticos y conceptuales acordes a esta población. Los resultados de su validación demostraron que la herramienta es igualmente eficaz para detectar casos de SPM y TDPM en adolescentes, con prevalencias comparables a las observadas en mujeres adultas [26]. El PSST ha sido traducido y validado en numerosos idiomas, incluyendo el español, el persa, el bengalí y el francés, lo que ha favorecido su utilización internacional como instrumento estándar de tamizaje para los trastornos premenstruales. Su accesibilidad en formato físico y digital facilita su implementación tanto en el ámbito clínico como académico, contribuyendo al diagnóstico temprano, a la investigación epidemiológica y al diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas orientadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva [24-30].

CAPÍTULO 4: OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la prevalencia del síndrome premenstrual (SPM) en estudiantes de medicina de quinto a décimo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el primer periodo académico 2025, utilizando la herramienta PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool).

ESPECÍFICOS

- Evaluar la severidad de los síntomas premenstruales experimentados por las estudiantes de medicina durante el periodo de estudio.
- Identificar los factores demográficos como la edad, semestre actual, estado civil, vida sexual activa, uso de anticoncepción, práctica de alguna religión, autoidentificación étnica, lugar de residencia, antecedente familiar de SPM, e hijos, asociados con la presencia y la intensidad del síndrome premenstrual en las estudiantes de medicina de quinto a décimo semestre.

CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA

DISEÑO:

Estudio descriptivo de prevalencia

MÉTODOS:

Estudio descriptivo de prevalencia, se llevó cabo en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el primer período 2025; la población objetivo fueron las estudiantes que cursaban de quinto a décimo semestre en esta institución, que cumplieron

los criterios de inclusión y aceptaron el consentimiento informado. Se aplico el cuestionario Premenstrual Symptoms Screening Tool y se realizó el análisis posterior de los resultados.

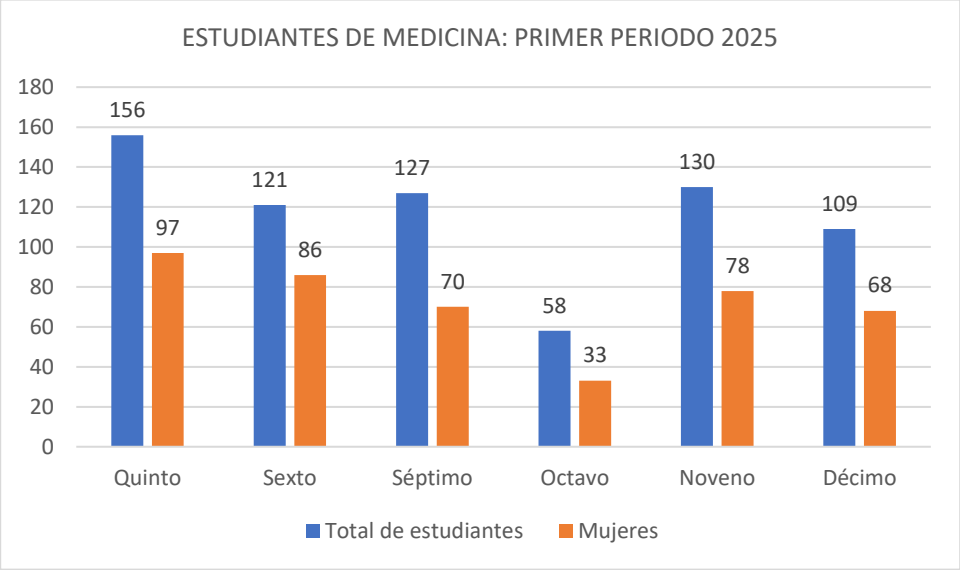
POBLACIÓN DE ESTUDIO:

a) La población objetivo fueron las estudiantes que cursan de quinto a décimo semestre en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el primer periodo académico 2025.

b) La muestra fue intencional y se esperaba una respuesta del 60 %

En el primer periodo académico 2025, se registró un total de 701 estudiantes, pertenecientes a los semestres comprendidos entre quinto a decimo, de los cuales 432 eran mujeres, con la siguiente distribución evidenciada en la figura 1.

FIGURA 1. Población de estudio



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

RECOPILACIÓN DE DATOS:

Los datos se obtuvieron a partir de una encuesta virtual enviada a las estudiantes, la cual incluía una serie de preguntas, tanto como de las variables sociodemográficas estudiadas, como del Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): Una herramienta estandarizada y validada para la evaluación de los síntomas premenstruales. El PSST consta de una serie de preguntas diseñadas para identificar la presencia y severidad de los síntomas premenstruales.

VARIABLES

1. Edad
2. Fecha de nacimiento
3. Nivel que cursa
4. Regularidad de ciclos menstruales
5. Interacción con diagnósticos ginecológicos y psiquiátricos
6. Interacción con medicamentos
7. Estado civil
8. Vida sexual activa
9. Religión
10. Etnia
11. Lugar de residencia
12. Antecedentes familiares de síndrome premenstrual
13. Tabaquismo
14. Hijos
15. Puntaje de la herramienta PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool)

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN VIARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO
EDAD	Tiempo vivido por una persona expresado en años.	No aplica	Media, mediana, moda, desviación estándar de los años cumplidos	Años cumplidos	Cuantitativa continua
FECHA DE NACIMIENTO	Día, mes y año en que nació la participante.	No aplica	Fecha reportada en el cuestionario	Fecha (día/mes/año)	Cuantitativa discreta
NIVEL QUE CURSA	Semestre académico que la estudiante está cursando al momento de la encuesta.	Quinto, sexto, séptimo, octavo, noveno o décimo nivel.	Frecuencia y porcentaje	De quinto a décimo semestre	Cuantitativa discreta
REGULARIDAD DE CICLOS MENSTRUALES	Frecuencia constante o irregular de la menstruación en la participante.	Regular / Irregular	Frecuencia y porcentaje	Nominal dicotómica	Cualitativa
INTERACCIÓN CON DIAGNÓSTICOS GINECOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS	Presencia de patologías ginecológicas o psiquiátricas diagnosticadas por un profesional de salud.	Ginecológicos / Psiquiátricos	Frecuencia de diagnóstico reportado	Nominal dicotómica (sí/no)	Cualitativa
INTERACCIÓN CON MEDICAMENTOS	Uso de fármacos que puedan influir en el estado hormonal o anímico de la participante.	Tipo de medicación (anticonceptivos, antidepresivos, otros)	Frecuencia y tipo de fármaco reportado	Nominal politómica	Cualitativa
ESTADO CIVIL	Situación civil actual de la participante.	Soltera, en unión libre, casada, divorciada.	Frecuencia y porcentaje	Nominal politómica	Cualitativa
VIDA SEXUAL ACTIVA	Práctica de actividad sexual con penetración vaginal o anal en los últimos seis meses.	Sí / No	Frecuencia y porcentaje	Nominal dicotómica	Cualitativa
RELIGIÓN	Sistema de creencias religiosas profesado por la participante.	Practica o no una religión	Frecuencia y porcentaje	Nominal dicotómica	Cualitativa
ETNIA	Grupo étnico con el que la participante se identifica.	Mestizo, indígena, afrodescendiente, blanco.	Frecuencia y porcentaje	Nominal politómica	Cualitativa
LUGAR DE RESIDENCIA	Sitio donde vive habitualmente la participante.	Norte, centro, sur, valles.	Frecuencia y porcentaje	Nominal dicotómica	Cualitativa
ANTECEDENTES FAMILIARES DE SÍNDROME PREMENSTRUAL	Existencia de familiares con diagnóstico o síntomas compatibles con SPM.	Sí / No	Frecuencia y porcentaje	Nominal dicotómica	Cualitativa

TABAQUISMO	Consumo habitual de productos derivados del tabaco.	Sí / No	Frecuencia y porcentaje	Nominal dicotómica	Cualitativa
HIJOS	Existencia de descendencia biológica o adoptiva.	Sí / No	Frecuencia y porcentaje	Nominal dicotómica	Cualitativa
PUNTAJE DE LA HERRAMIENTA PSST	Puntuación total obtenida en el cuestionario PSST que evalúa la presencia y severidad del síndrome premenstrual.	Síntomas físicos y psicológicos; grado de interferencia en la vida diaria	Promedio, desviación estándar, clasificación según severidad	Escala de intervalo (leve, moderado, severo)	Cuantitativa continua

ANÁLISIS DE DATOS

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS INCLUSIÓN:

a. Personas que menstrúan.

b. Estudiantes que estén cursando quinto, sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo semestre de la carrera de medicina en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el período de estudio.

c. Estudiantes que estén dispuestas a participar voluntariamente en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado pertinente. d. Estudiantes que no se hayan diagnosticado con condiciones médicas que puedan afectar significativamente su desempeño académico, aparte del síndrome premenstrual.

CRITERIOS EXCLUSIÓN

a. Personas que no menstrúan

b. Estudiantes que planeen ausentarse por un período prolongado durante el estudio.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

1. Adquisición de la herramienta PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool)

Para adquirir la herramienta PSST, comenzamos recopilando la información necesaria para contactar a la Universidad de McMaster. Con los datos de contacto en mano, se envió un correo electrónico formal dirigido al departamento responsable del desarrollo de la herramienta. Una vez que contactamos con ellos, se realizó la compra de la licencia de la herramienta para fines de investigación.

2. Elaborar una encuesta digital con la herramienta

Después de adquirir la herramienta PSST, se procedió a revisar cuidadosamente su contenido para asegurar la comprensión completamente todos los ítems y su formato. Seleccionamos la plataforma Google Forms para crear y distribuir la encuesta, asegurándonos de que la plataforma cumpla con los requisitos necesarios de seguridad y privacidad de los datos. Se incluyó todos los ítems de la herramienta PSST en la plataforma seleccionada, proporcionando instrucciones claras para que los participantes puedan completar la encuesta de manera efectiva. Además, se añadió preguntas demográficas pertinentes (como edad, nivel académico, lugar de residencia, entre otros) para contextualizar los resultados obtenidos.

3. Realizar la encuesta a la población objetivo

Una vez completada la encuesta digital se distribuyó entre las participantes mediante correos electrónicos, redes sociales y otros medios disponibles, acompañada de un mensaje de invitación que explique el propósito del estudio, la relevancia de su participación y la confidencialidad de sus respuestas garantizada. Para fomentar una mayor participación, se envió recordatorios periódicos a quienes no completaron la encuesta,

estableciendo un plazo claro para su finalización. Durante todo este proceso, Se supervisó la recolección de datos en tiempo real a través de la plataforma de encuestas, asegurándonos de que la información se almacene de forma segura y cumpla con todas las regulaciones de protección de datos vigentes.

4. Analizar los resultados obtenidos

Una vez obtenidos los datos, Se procedió a descargarlos desde la plataforma utilizada en un formato compatible con software de análisis estadístico, como Excel. A continuación, se llevó a cabo el análisis descriptivo para obtener una visión general de las respuestas, utilizando gráficos y tablas para visualizar los resultados de manera clara y concisa.

Después del análisis preliminar, se obtuvo una base de datos depurada en Excel, luego de dar una denominación alfanumérica a todas las respuestas lo que permitió importarla al programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en su última versión de 2025, para analizar los datos obtenidos y realizar proyecciones estadísticas. El programa permitió obtener frecuencias, porcentajes y hacer correlaciones entre variables.

Los resultados obtenidos se interpretaron en el contexto de los objetivos del estudio y la literatura existente, discutiendo las implicaciones para la salud de las mujeres y las posibles intervenciones.

CAPÍTULO 5: ASPECTOS BIOÉTICOS:

La presente investigación se enmarca en los principios éticos fundamentales establecidos para los estudios en seres humanos y se rige por los estándares internacionales en cuanto a la protección de los participantes. Este estudio no contempla ninguna intervención clínica o experimental que implique manipulación directa o indirecta sobre las participantes, por lo que no representa riesgos físicos ni psicológicos para quienes decidan formar parte de este.

El levantamiento de la información se realizará a través de una encuesta autoadministrada, la cual no incluirá datos de identificación personal como nombres, números de cédula u otros elementos que puedan comprometer la privacidad de las participantes. Para garantizar el anonimato, a cada cuestionario se le asignará un código alfanumérico único generado aleatoriamente. Este sistema asegura la confidencialidad de los datos y protege la identidad de las personas participantes durante todo el proceso de análisis y difusión de resultados.

El manejo ético de los datos obtenidos estará sustentado en los principios de la Declaración de Helsinki, que establece el respeto por los derechos, la dignidad, la autonomía y el bienestar de los sujetos de investigación [16]. Asimismo, se seguirá lo estipulado en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación en Salud con Seres Humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales exigen procedimientos claros para la obtención del consentimiento informado, la confidencialidad y la protección de la información recolectada [17].

El acceso a la base de datos será restringido exclusivamente al equipo investigador, quien será responsable de su adecuada custodia. Los datos se almacenarán en un ordenador de uso personal protegido mediante contraseña, con el fin de garantizar su integridad y seguridad. Esta base de datos será conservada por un período máximo de un año tras la finalización de la investigación. Finalizado ese plazo, se procederá a su eliminación definitiva utilizando métodos digitales de destrucción segura, en cumplimiento de los principios de minimización y temporalidad en el tratamiento de datos personales.

Una vez concluido el estudio, los resultados obtenidos serán compartidos con las autoridades académicas de la institución colaboradora, respetando los procedimientos establecidos para su divulgación. En caso de que otros investigadores interesados soliciten acceso a la información con fines de extensión o réplica del estudio, se atenderán dichas solicitudes bajo los mismos criterios éticos de protección y anonimato, previa autorización correspondiente.

Cabe destacar que ni las participantes ni las investigadoras recibirán retribución económica alguna por su participación en este proyecto. No obstante, se considera que los conocimientos generados tienen un valor significativo al contribuir a la comprensión del síndrome premenstrual en población universitaria, favoreciendo la toma de decisiones en el ámbito académico y sanitario. Los beneficios del estudio serán principalmente de carácter científico, social y clínico, al aportar evidencia útil para futuras intervenciones orientadas al bienestar integral de las estudiantes de medicina.

CAPÍTULO 6: LIMITACIONES

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra una baja participación de estudiantes en la encuesta realizada, ya que se esperaba una respuesta del 60% y solo se consiguió una respuesta del 40,28%.

Por otra parte, el diseño transversal del estudio, que impide establecer relaciones causales entre las variables evaluadas. Asimismo, el uso de cuestionarios autoadministrados puede introducir sesgos de información, ya que depende de la autopercepción de las participantes y su disposición a reportar síntomas emocionales o físicos, especialmente en la población de estudiantes de medicina quienes podrían tener un sesgo de percepción debido al conocimiento médico previo.

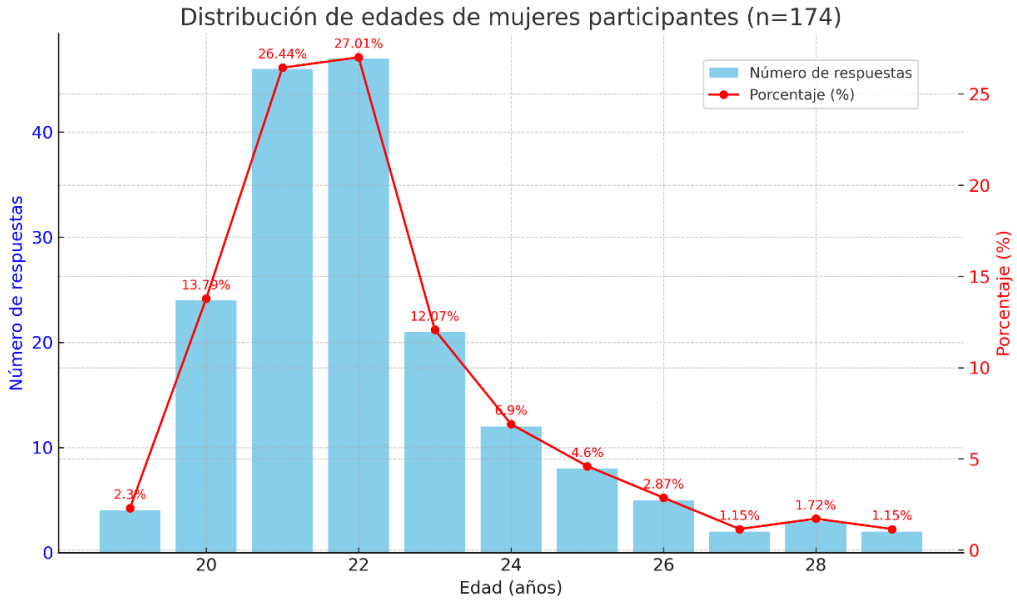
Otra limitación es el tamaño muestral, el cual, aunque representativo de la población estudiantil de la facultad, podría no reflejar la prevalencia real del SPM en todas las estudiantes de medicina del país. De igual modo, el carácter homogéneo de la muestra, compuesta mayoritariamente por mujeres mestizas jóvenes, limita la extrapolación de los resultados a poblaciones con distinta diversidad étnica o socioeconómica.

Además, no se valoraron variables biológicas específicas como los niveles hormonales séricos o marcadores de estrés, los cuales podrían aportar mayor precisión al análisis etiológico. Tampoco se exploró la influencia de factores nutricionales, actividad física o calidad del sueño, que han demostrado tener relación con la intensidad de los síntomas premenstruales [20] [21].

CAPÍTULO 7: RESULTADOS

La población total estuvo conformada por 174 estudiantes de medicina, quienes dieron su consentimiento para ser pare de este estudio, pertenecientes del quinto al décimo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el primer período académico de 2025, que representa el 40,28% del total de mujeres pertenecientes a los semestres incluidos en este estudio. La edad promedio fue de 22,14 ± 1,94 años, con un rango de 19 a 29 años, lo que refleja una cohorte joven-adulta, correspondiente a la etapa de mayor estabilidad ovulatoria y reproductiva (figura 2).

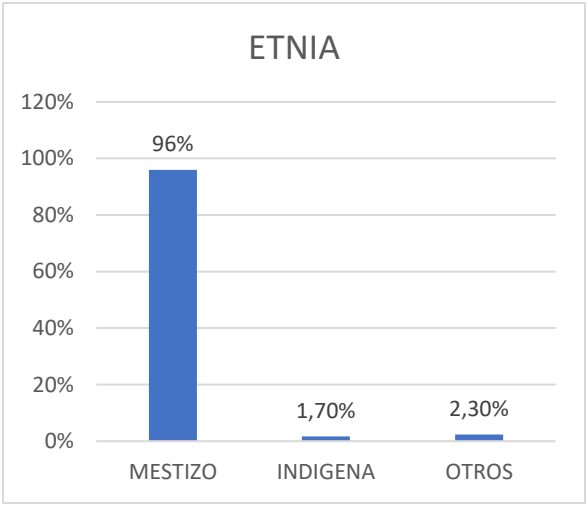
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE EDADES



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

En relación con la distribución étnica, predominó el grupo mestizo en el 96% (n=167), seguido por indígenas con el 1,7% (n=3) y otros con el 2,3% (n=4), lo que concuerda con la composición demográfica general del país (figura 3).

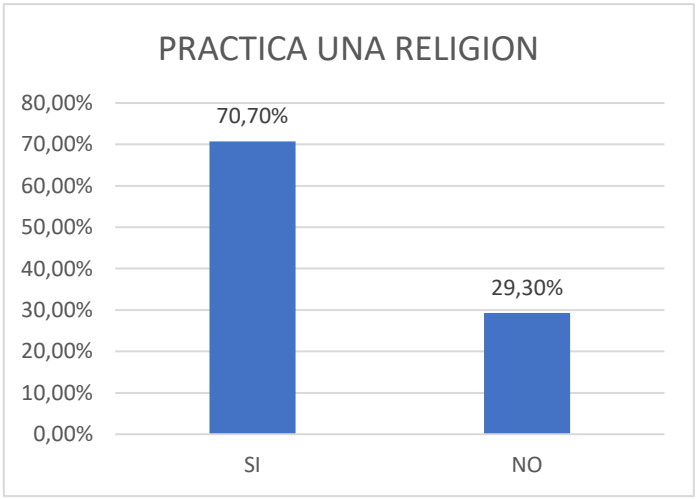
FIGURA 3. ETNIA



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

Respecto a la práctica religiosa, el 70,7% (n=123) manifestó profesar alguna religión (figura 4).

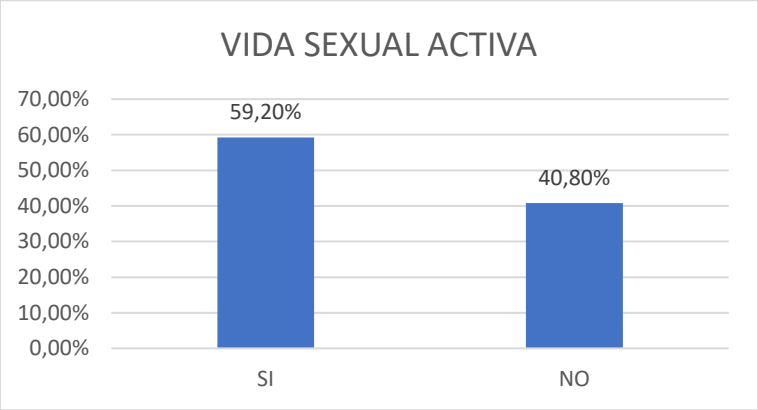
FIGURA 4. RELIGIÓN



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

En cuanto a los hábitos y antecedentes personales, el 59,2% (n=103) reportó tener vida sexual activa (figura 5).

FIGURA 5. VIDA SEXUAL ACIVA

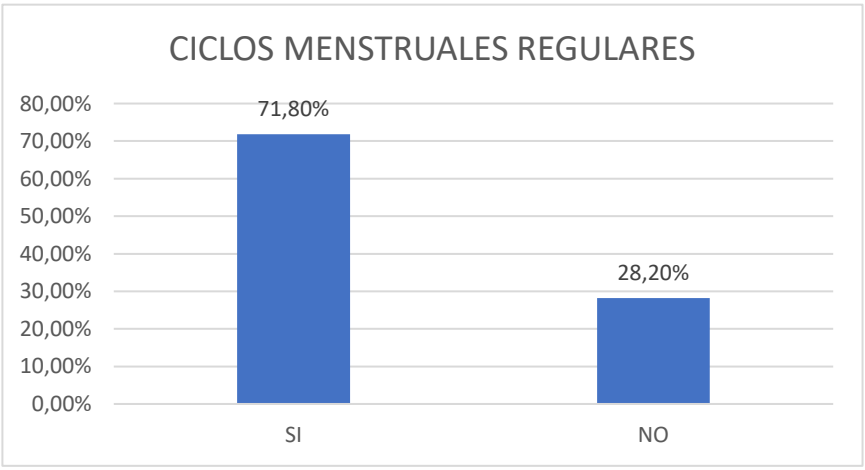


Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

El consumo de tabaco estuvo presente en el 18,4% (n=32, por otra parte, el 38,5% (n=67) refirió antecedentes familiares de trastornos menstruales o endocrinos.

En lo ginecológico, el 71,8% (n=125) manifestó tener ciclos menstruales regulares (figura 6).

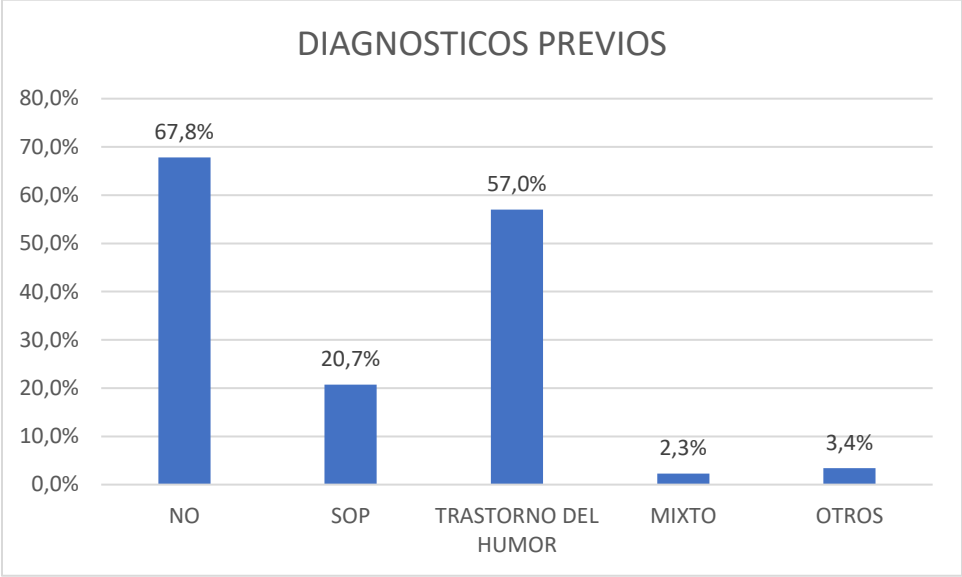
FIGURA 6. CICLOS MENSRUALES REGULARES



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

Asimismo, el 32,8% (n=57) reportó algún diagnóstico médico previo, siendo los más frecuentes el síndrome de ovario poliquístico (SOP) en el 20,7% (n=36), seguido de trastornos del humor en el 5,7% (n=10), cuadros mixtos en el 2,3% (n=4) y otros diagnósticos en el 3,4% (n=6) (figura 7).

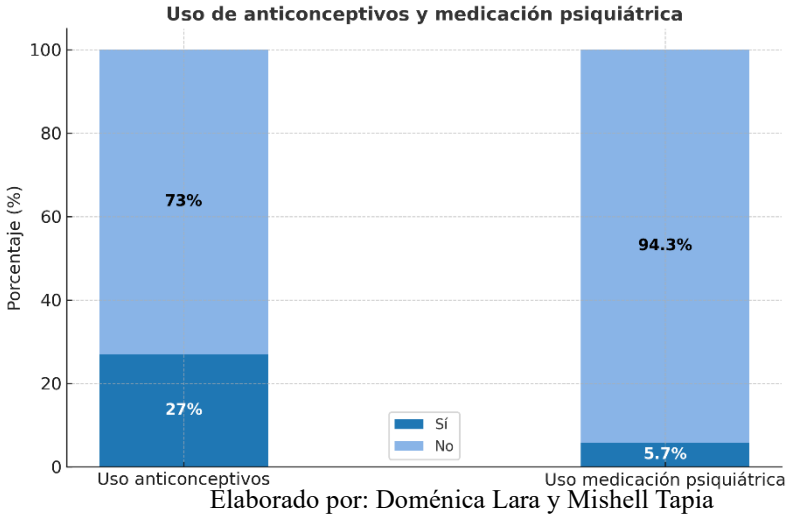
FIGURA 7. DIAGNOSTICOS PREVIOS



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

El uso de anticonceptivos hormonales se registró en el 27% (n=47) de las participantes, mientras que el 5,7% (n=10) refirió uso de medicación psiquiátrica. (figura 8).

FIGURA 8. MEDICACIÓN UTILIZADA



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

En cuanto al estado civil, el 97,1% (n=169) eran solteras o divorciadas, y el 2,9% (n=5) se encontraban casadas o en unión libre. El 1,1% (n=2) tenía hijos.

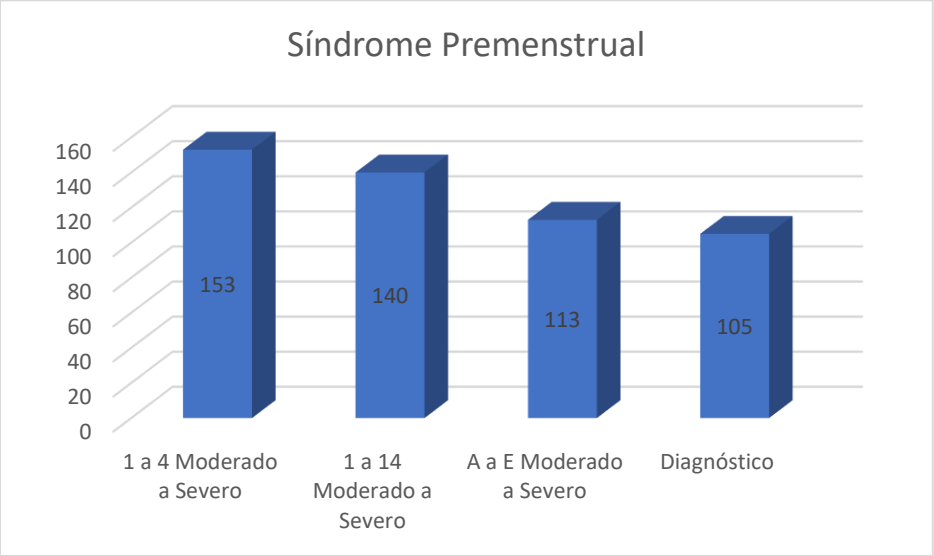
En el ámbito académico, el 32,8% (n=57) cursaba quinto o sexto semestre, el 51,7% (n=90) séptimo u octavo, y el 15,5% (n=27) noveno o décimo.

Respecto al lugar de residencia, el 41,4% (n=72) vivía en el norte de Quito, el 23% (n=40) en el sur, otro 23% (n=40) en los valles, y el 12,6% (n=22) en el centro de la ciudad.

Según los criterios de la Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), el 60,3% (n=105) de las estudiantes presentó Síndrome Premenstrual (SPM). Por otra parte, el 8,6% (n=15) de las participantes cumplió criterios para Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM). Finalmente, el 51,7% (n=90) presentó SPM sin síntomas disfóricos asociados.

Tras la aplicación del instrumento Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) a un total de 174 estudiantes de la carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), se procedió a realizar la evaluación de las respuestas mediante el scoring correspondiente, considerando los criterios diagnósticos establecidos por la herramienta para cada categoría. Si bien se evidenció una alta frecuencia de síntomas clasificados como moderados a severos en varios ítems del cuestionario, únicamente 105 participantes cumplieron con los tres criterios diagnósticos establecidos para el Síndrome Premenstrual (figura 9). Posteriormente, al excluir a las 15 estudiantes que presentaron los criterios compatibles con Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), se determinó que 90 participantes cumplían los criterios específicos para el diagnóstico de SPM. Estos resultados reflejan una prevalencia considerable dentro de la población estudiantil evaluada.

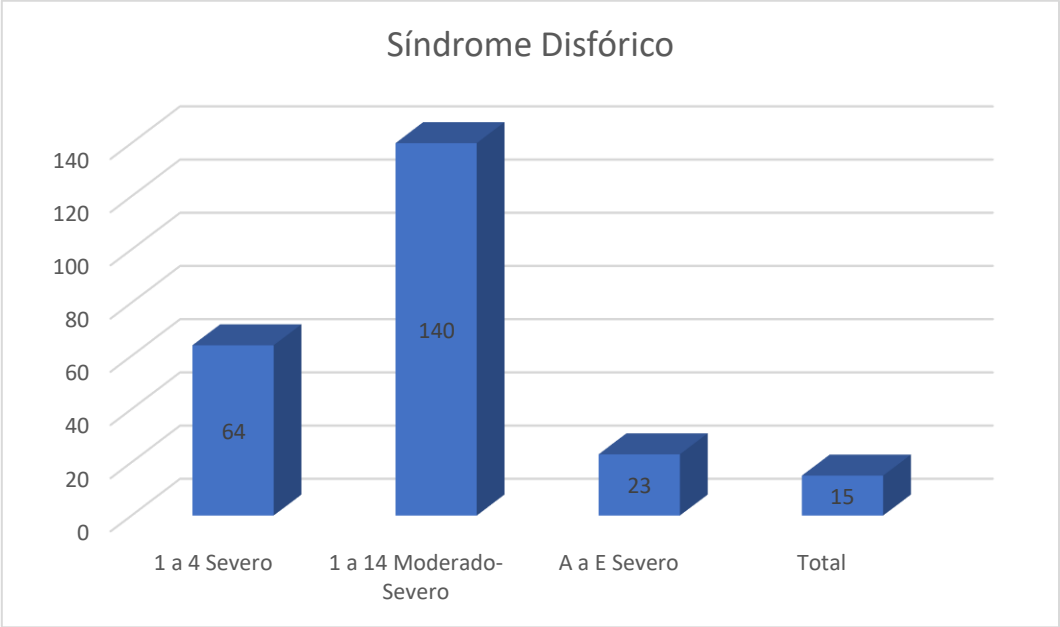
FIGURA 9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA SPM



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

En relación con el trastorno disfórico premenstrual, luego de realizar el proceso de scoring con la herramienta Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), se identificó que 15 participantes cumplían con los criterios diagnósticos establecidos para esta entidad. A pesar de que se registró un número considerable de respuestas clasificadas como severas en los ítems correspondientes a las preguntas 1 a 4 y A a E, así como respuestas moderadas a severas en el rango de las preguntas 1 a 14, únicamente esas 15 estudiantes alcanzaron el umbral requerido para el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual (figura 10).

FIGURA 10. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TDPM



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

En la Tabla 2 se presenta el análisis bivariable en el que se comparan los casos de síndrome premenstrual (SPM) y trastorno disfórico premenstrual (TDPM) con el grupo considerado como normal, así como la comparación directa entre ambas patologías. Este cruce de variables permitió identificar diferencias significativas en la distribución de los síntomas y su intensidad, sin embargo, ninguna diferencia fue significativa.

TABLA 2. RESULTADOS	NORMAL	SPM	P	NORMAL	TDPM	P	SPM	TDPM	P
	EDAD								
	media +/- DS	media +/- DS	0,638	media +/- DS	media +/- DS	0,907	media +/- DS	media +/- DS	1
	22,06 +/-1,99	22,20 +/- 1,91		22,14 +/- 1,91	22,2 +/- 2,27		22,2 +/- 1,861	22,2 +/- 2,27	
	ENTIA								
MESTIZO	67 (40,1%)	100 (59,9%)	NC*	153 (91,6%)	14 (8,4%)	NC	86 (86%)	14 (14)	NC
INDIGENA	2 (66,7%)	1 (33,3%)		3 (100%)	0 (0%)		1 (100%)	0 (%)	
OTROS	0 (%)	4 (100%)		3 (75%)	1 (25%)		3 (75%)	1 (25%)	
RELIGION									
SI	54 (43,9%)	69 (56,1 %)	0,075	111 (90,2%)	12 (9,8)	0,407	57 (82,6%)	12 (7,4%)	0,208
NO	15 (29,4%)	36 (70,6)		48 (94,1%)	3 (5,9%)		33 (91,7%)	3 (8,3%)	
VIDA SEXUAL ACTIVA									
SI	35 (34%)	68 (66%)	0,065	93 (90,3%)	10 (9,7%)	0,538	58 (85,3%)	10 (14,7%)	0,868
NO	34 (49,3%)	37 (52,1%)		66 (93%)	5 (7%)		32 (86,5%)	5 (13,5%)	
TABACO									
SI	12 (37,5%)	20 (62,5%)	0,783	29 (90,6%)	3 (9,4%)	0,866	17 (85%)	3 (15%)	0,919
NO	57 (40,1%)	85 (59,9%)		130 (91,5%)	12 (8,5%)		73 (85,9%)	12 (14,1%)	
ANTECEDENTE FAMILIAR									
SI	24 (35,8%)	43 (64,2%)	0,413	59 (88,1%)	8 (11,9%)	0,217	35 (81,4%)	8 (18,6%)	0,292
NO	45 (42,11%)	62 (57,9%)		100 (93,5%)	7 (6,5%)		55 (88,7%)	7 (11,3%)	
CICLOS REGULARES									
SI	48 (38,4%)	77 (61,6%)	0,589	114 (91,2%)	11 (8,8%)	0,893	66 (85,7%)	11 (14,3%)	1
NO	21 (42,9%)	28 (57,1%)		45 (91,8%)	4 (8,2%)		24 (85,7%)	4 (14,3%)	
DIAGNOSTICO PREVIO									
SI	18 (32,1%)	38 (67,9%)	0,234	51 (91,1%)	5 (8,9%)	0,921	33 (86,8%)	5 (13,2%)	0,804
NO	51 (43,2%)	67 (56,8%)		108 (91,5%)	10 (8,5%)		57 (85,1%)	10 (14,9%)	
DIAGNOSTICO PREVIO									

NO	51 (43,2%)	67 (56,8%)	0,289	108 (91,5%)	10 (8,5%)	0,743	57 (85,1%)	10 (14,9%)	0,895
SOP	14 (38,9%)	22 (61,1%)		33 (91,7%)	3 (8,3%)		19 (86,4%)	3 (13,6%)	
TRASTORNO DEL HUMOR	2 (20%)	8 (80%)		9 (90%)	1 (10%)		7 (87,5%)	1 (12,5%)	
MIXTO	0	4 (100)		3 (75%)	4 (25%)		3 (75%)	1 (25%)	
OTROS	2 (33,3%)	4 (66,7%)		6 (100%)	0 (0%)		4 (100%)	0 (0%)	
USO DE ANTICONCEPTIVOS									
SI	17 (36,2%)	30 (63,8%)	0,568	43 (91,5%)	4 (8,5%)	0,975	26 (86,7%)	4 (13,3%)	0,86
NO	52 (40,9%)	75 59,1)		116 (91,3)	11 (8,7%)		64 (85,3%)	11 (14,7%)	
USO DE MEDICACION PSIQUIATRICA									
SI	2 (20%)	8 (80%)	0,191	10 (100%)	0 (0%)	NC	8 (100%)	0 (0%)	NC
NO	67 (40,9%)	97 (59,1%)		149 (90,9)	15 (9,1%)		82 (84,5%)	15 (15,5%)	
ESTADO CIVIL									
SOLTERA /DIVORCIADA	68 (40,2%)	101 (59,8%)	0,362	154 (91,1%)	15 (8,9%)	NC	86 (85,1%)	15 (14,9%)	NC
CASADA / UNION LIBRE	1 (20%)	4 (80%)		5 (100%)	0 (0%)		4 (100%)	0 (0%)	
HIJOS									
SI	1 (50%)	1 (50%)	0,764	2 (100%)	0 (0%)	NC	1 (100%)	0 (0%)	NC
NO	68 (39,5%)	104 (60,5%)		157 (91,3%)	15 (8,7%)		89 (85,6%)	15 (14,4%)	
SEMESTRE									
5TO A 6TO	23 (40,44%)	34 (59,6%)	0,266	53 (93%)	4 (7%)	0,453	30 (88,2%)	4 (11,8%)	0,697
7MO A 8VO	39 (43,3%)	51 (56,7%)		83 (92,2%)	7 (7,8%)		44 (86,3%)	7 (13,7%)	
9NO A 10MO	7 (25,9%)	20 (74,1%)		23 (85,2%)	4 (14,8%)		16 (80%)	4 (20%)	
LUGAR DE RESIDENCIA									
SUR	15 (37,5%)	25 (62,5%)	0,639	36 (90%)	4 (10%)	NC	21 (84%)	4 (16%)	NC
CENTRO	7 (31,8%)	15 (68,2%)		22 (100%)	0 (%)		15 (100%)	0 (0%)	
NORTE	28 (38,9)	44 (61,1)		65 (90,3%)	7 (9,7%)		37 (84,1%)	7 (15,9%)	
VALLES	19 (47,5%)	21 (52,5%)		36 (90%)	4 (10%)		14 (81%)	4 (19%)	

*NC: No calculable

Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN

La prevalencia de Síndrome Premenstrual (SPM) encontrada en el presente estudio es del 60,3% y se sitúa en el rango máximo de lo reportado internacionalmente. Estudios epidemiológicos han documentado cifras variables entre 30% y 80%, dependiendo del instrumento diagnóstico y las características poblacionales [5]. En Latinoamérica, Pedro et al. (2025) observaron una prevalencia del 63,1% en mujeres jóvenes brasileñas [7], mientras que Suárez et al. (2023) registraron 56,4% en estudiantes de medicina peruanas [10]. En Asia, Mahesh et al. (2019) hallaron un 62,7% en estudiantes de medicina indias [11], y Bhandari et al. (2023) reportaron un 58% en Nepal [12]. Estas cifras confirman que el SPM es un problema altamente prevalente entre mujeres universitarias, independientemente del contexto cultural, y refuerzan la comparabilidad de los resultados de esta investigación con los hallazgos internacionales.

El Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM) presentó una prevalencia del 8,6%, valor similar al encontrado por Chamali et al. (2022) (7,9%) en población universitaria utilizando la misma herramienta (PSST) [13], y al rango original descrito por Steiner y MacDougall (2003) (5–8%) [24]. En el ámbito latinoamericano, Perarnau et al. (2007) reportaron 9% de TDPM en adolescentes argentinas [8], y estudios recientes en estudiantes de enfermería asiáticas muestran prevalencias del 8–10%, similares a las halladas en nuestra población [31]. Este paralelismo sugiere que, aunque la frecuencia del SDPM es menor en comparación con el SPM, su distribución es estable y reproducible cuando se aplican instrumentos validados como la PSST, independientemente de la región geográfica.

La edad promedio de 22 años coincide con los grupos etarios de mayor susceptibilidad descritos en la literatura, dado que en este periodo de la vida reproductiva se consolidan los ciclos ovulatorios regulares y la exposición al estrés académico o emocional puede amplificar la sintomatología [6] [7] [10]. Según Silva et al.

(2008), la intensidad del SPM tiende a disminuir con la edad, lo que explica su mayor prevalencia en poblaciones jóvenes universitarias [6]. De igual forma, Shiferaw y Zegeye (2005) demostraron que el SPM repercute significativamente en el desempeño académico, provocando disminución de la concentración, irritabilidad, ausentismo y bajo rendimiento [15], lo cual también podría estar ocurriendo en las estudiantes de medicina de este estudio.

En la presente investigación, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el SPM y variables como práctica religiosa, vida sexual activa, uso de anticonceptivos, antecedentes familiares o diagnóstico previo de patologías ginecológicas. Sin embargo, esta ausencia de significancia no implica ausencia de relación causal. De hecho, estudios previos han destacado el carácter multifactorial del SPM, donde interactúan factores hormonales, genéticos, neuroquímicos y psicosociales [2] [3]. Haußmann et al. (2024) sostienen que la etiopatogenia del SPM se basa en una hipersensibilidad del sistema nervioso central frente a las variaciones hormonales normales del ciclo, más que en alteraciones cuantitativas de estrógenos o progesterona [2].

Respecto al uso de anticonceptivos hormonales, el presente estudio no evidenció diferencias significativas en la frecuencia de SPM entre usuarias y no usuarias, lo cual concuerda con Haußmann et al. (2024) y Liu et al. (2024), quienes señalan resultados inconsistentes sobre su efecto, dependiendo del tipo de progestágeno y la sensibilidad individual [2] [4]. Si bien algunos anticonceptivos de formulación continua o con drospirenona han demostrado reducir los síntomas emocionales [14], otros no generan mejoría clínica sustancial, lo que evidencia la complejidad de la modulación hormonal sobre el eje neuroendocrino menstrual.

Otro hallazgo relevante fue que el síndrome de ovario poliquístico (SOP) constituyó el diagnóstico previo más frecuente (20,7%), sin mostrar relación significativa con la presencia de SPM. Este resultado coincide con lo descrito por Castañeda y Roca (2022), quienes explican que, aunque ambas condiciones involucran desequilibrios hormonales, el SPM tiene una base predominantemente neuroendocrina y serotoninérgica [18]. Asimismo, el 5,7% de las estudiantes con trastornos del humor no presentó diferencias en la prevalencia de SPM, aunque investigaciones previas indican que la coexistencia de síntomas depresivos puede exacerbar la percepción de malestar premenstrual [14].

Un aspecto emergente en la literatura reciente es la influencia de la actividad física sobre la severidad de los síntomas premenstruales. Una revisión sistemática publicada por Bagwandeen et al. (2023) concluyó que el ejercicio aeróbico regular y las prácticas como el yoga reducen significativamente la intensidad de los síntomas físicos y emocionales del SPM [28]. En consonancia, Khademi et al. (2018) demostraron que un programa de ejercicio aeróbico de ocho semanas disminuyó de forma significativa los síntomas somáticos y afectivos del SPM en mujeres jóvenes [29]. Si bien en este estudio no se evaluó el nivel de actividad física, es plausible que el sedentarismo o la falta de ejercicio regular en parte de la muestra haya influido en la alta prevalencia observada, lo que plantea una línea de investigación futura.

De manera complementaria, investigaciones recientes han identificado nuevos factores psicosociales relacionados con la exacerbación de síntomas premenstruales. Bahrami et al. (2025) hallaron una correlación positiva entre la adicción a redes sociales y la severidad del SPM en estudiantes universitarias iraníes, proponiendo que la exposición prolongada a estímulos digitales y la alteración del sueño podrían amplificar la irritabilidad, la ansiedad y la fatiga [23]. Este hallazgo introduce un enfoque

contemporáneo sobre la relación entre salud mental, hábitos tecnológicos y bienestar menstrual, que cobra relevancia en contextos académicos de alta exigencia.

La prevalencia del SDPM (8,6%) hallada en este estudio es clínicamente significativa, ya que implica un impacto funcional considerable en la vida de las afectadas. Rapkin y Mikacich (2003) describen que las mujeres con TDPM experimentan alteraciones sustanciales en su rendimiento académico y sus relaciones interpersonales [14]. Hariri et al. (2013) confirmaron que la PSST permite identificar estos casos con alta sensibilidad y especificidad, facilitando la derivación oportuna a atención médica o psicológica [25].

En conjunto, los resultados de esta investigación refuerzan que el SPM constituye un problema de salud femenina de alta prevalencia y relevancia clínica entre las estudiantes de medicina ecuatorianas. Su impacto potencial en el bienestar emocional y el desempeño académico demanda estrategias institucionales que promuevan el autocuidado, la educación menstrual y el acceso a servicios de salud mental. En este sentido, estudios recientes proponen que intervenciones combinadas de educación, ejercicio físico y apoyo psicológico pueden reducir de manera significativa la intensidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida [9] [28] [29].

CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia del Síndrome Premenstrual (SPM) en estudiantes de medicina de quinto a décimo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, durante el primer período académico de 2025, empleando la herramienta Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). A

partir de los resultados obtenidos y del análisis comparativo con la literatura científica, se establecen las siguientes conclusiones:

1. **Alta prevalencia del SPM en la población estudiada.**

La prevalencia de SPM en la muestra fue del 60,3%, lo que evidencia que más de la mitad de las estudiantes de medicina experimentan síntomas físicos y emocionales que cumplen con los criterios clínicos del síndrome. Este hallazgo se encuentra dentro del rango superior reportado a nivel mundial y coincide con estudios realizados en poblaciones universitarias de características similares en Latinoamérica y Asia. Lo anterior refleja la importancia de reconocer al SPM como un problema de salud frecuente y potencialmente incapacitante en mujeres jóvenes en etapa académica activa.

2. **Presencia significativa del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM).**

El 8,6% de las participantes presentó criterios compatibles con TDPM, una forma severa del SPM caracterizada por síntomas afectivos intensos que interfieren con la funcionalidad diaria. Este porcentaje es congruente con la prevalencia reportada internacionalmente y demuestra la utilidad del PSST como instrumento de tamizaje sensible y confiable para la detección temprana de casos clínicamente relevantes que requieren evaluación médica y psicológica integral.

3. **Características demográficas y su relación con el SPM.**

Si bien no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia del SPM y factores demográficos como edad, semestre, estado civil, práctica religiosa, vida sexual activa, uso de anticonceptivos, antecedentes familiares o diagnósticos médicos previos, se observó una tendencia a mayor prevalencia en mujeres jóvenes, solteras y cursando semestres intermedios. Estos resultados concuerdan con la evidencia que sugiere que el SPM afecta principalmente a mujeres entre los 20 y 25

años, etapa caracterizada por la madurez ovulatoria y el incremento del estrés académico.

4. **Intensidad y manifestaciones del síndrome.**

La evaluación de la severidad de los síntomas mediante la PSST permitió identificar que una proporción considerable de estudiantes presentó síntomas moderados a severos, con predominio de irritabilidad, ansiedad, fatiga, sensibilidad mamaria y cambios en el apetito. Estos síntomas no solo impactan el bienestar físico y emocional, sino también el desempeño académico y la vida social, lo que subraya la necesidad de estrategias institucionales orientadas al reconocimiento y manejo de la salud menstrual.

5. **Utilidad del PSST en el contexto universitario.**

La Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) demostró ser una herramienta adecuada, práctica y confiable para el tamizaje del SPM y el TDPM en población universitaria. Su facilidad de aplicación y capacidad para clasificar la severidad sintomática la convierten en una opción útil tanto para la práctica clínica como para la investigación epidemiológica, permitiendo detectar de manera temprana casos que podrían beneficiarse de intervenciones multidisciplinarias.

6. **Implicaciones para la salud y la formación médica.**

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de promover programas de educación menstrual, acompañamiento psicológico y estilos de vida saludables dentro del entorno universitario. La incorporación de medidas no farmacológicas, como la actividad física regular, una adecuada higiene del sueño y la gestión del estrés, podría contribuir a reducir la intensidad de los síntomas premenstruales y mejorar la calidad de vida de las estudiantes.

7. **Aportes al conocimiento científico y proyección futura.**

Este estudio constituye uno de los primeros acercamientos sistemáticos a la prevalencia y características del SPM en estudiantes de medicina en Ecuador. Sus hallazgos aportan evidencia local que puede servir como base para futuras investigaciones longitudinales que exploren factores hormonales, psicológicos y conductuales asociados al síndrome, así como la eficacia de intervenciones educativas y terapéuticas dirigidas a su manejo integral.

En conclusión, el Síndrome Premenstrual es una condición altamente prevalente entre las estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y representa un desafío relevante para la salud femenina en el contexto académico. Si bien la mayoría de los casos presentan intensidad moderada, una proporción significativa experimenta síntomas severos que afectan su funcionalidad y bienestar. La aplicación del PSST permitió identificar de manera eficaz estos casos, evidenciando la importancia de incorporar la evaluación del SPM en programas de salud universitaria y de promover acciones preventivas orientadas al cuidado integral de la salud menstrual.

RECOMENDACIONES

1. **Mayor investigación**

Se recomienda profundizar en la investigación del síndrome premenstrual (SPM), dado que constituye una condición que afecta de manera significativa la calidad de vida de las mujeres, interfiriendo en su desempeño académico, laboral, social y familiar. A pesar de su elevada prevalencia y del impacto funcional que genera, el SPM continúa siendo una entidad subestimada y poco explorada en comparación con otras patologías ginecológicas o endocrinas. La escasez de estudios rigurosos limita la comprensión integral de sus mecanismos fisiopatológicos, su variabilidad clínica y las

implicaciones psicosociales asociadas. Por tanto, es imperativo promover investigaciones multidisciplinarias que aborden el síndrome desde perspectivas biológicas, psicológicas y sociales, con el fin de generar evidencia sólida que permita mejorar las estrategias de diagnóstico, manejo y acompañamiento de las mujeres que lo padecen.

2. **Más estudios en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sobre síndrome premenstrual**

Con el propósito de enriquecer la comprensión del síndrome premenstrual, se plantea la ampliación del alcance de la investigación hacia otros espacios académicos con contextos socioculturales diversos dentro de la misma institución universitaria. Esta extensión permitiría explorar las percepciones, experiencias y manifestaciones del síndrome premenstrual (SPM) en estudiantes de distintas carreras, considerando que las demandas cognitivas, emocionales y físicas varían según el campo de estudio y pueden influir en la expresión de los síntomas y en las estrategias de afrontamiento. Asimismo, incorporar una población más heterogénea favorecería una visión integral del impacto del SPM en el ámbito universitario, permitiendo identificar posibles diferencias interdisciplinares en cuanto al conocimiento, la actitud y la atención frente a este síndrome, lo cual aportaría evidencia valiosa para el diseño de intervenciones institucionales orientadas al bienestar y la salud reproductiva de las estudiantes.

3. **Concientizar sobre la relevancia del síndrome premenstrual**

El síndrome premenstrual (SPM) representa una patología frecuentemente infradiagnosticada, en gran parte debido a la normalización sociocultural del malestar físico y emocional asociado al ciclo menstrual. Durante décadas, se ha enseñado a las mujeres que el dolor y los cambios anímicos previos o durante la menstruación forman parte natural del proceso reproductivo, lo que ha contribuido a minimizar la relevancia

clínica del SPM y a retrasar su reconocimiento como un trastorno que requiere atención médica. Ante esta realidad, se considera fundamental promover programas psicoeducativos tanto a nivel comunitario como institucional, orientados a la concientización sobre el síndrome premenstrual, su identificación temprana y las estrategias de manejo adecuadas. Este tipo de intervenciones contribuiría no solo a mejorar el conocimiento y la percepción sobre el SPM, sino también a fomentar el autocuidado y la búsqueda oportuna de apoyo profesional, favoreciendo así la salud integral de las mujeres.

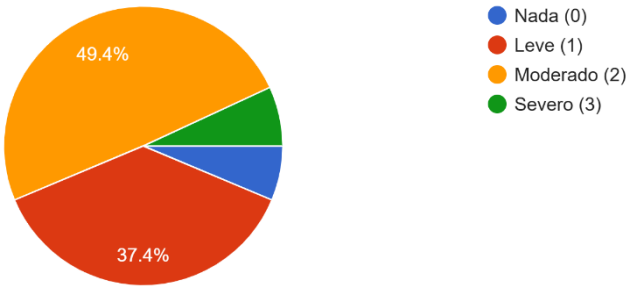
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Critchley HOD, Babayev E, Bulun SE, Clark S, Garcia-Grau I, Gregersen PK, et al. *Menstruation: science and society.* Am J Obstet Gynecol. 2020;223(5):624–64.
2. Haußmann J, Goeckenjan M, Haußmann R, Wimberger P. *Prämenstruelles Syndrom und prämenstruelle dysphorische Störung–Übersicht zu Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie.* Nervenarzt. 2024;95(3):268–74.
3. Alba P, Rodríguez C. *Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual.* Rev Argent Psiquiatr. 2014;37(0).
4. Liu X, Li R, Wang S, Zhang J. *Global, Regional, and National Burden of Premenstrual Syndrome, 1990-2019: An Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2019.* Hum Reprod. 2024;39(6):1303–15.
5. Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. *Population Study of Premenstrual Syndrome.* Rev Saude Publica. 2006;40(1):47–56.
6. Silva CM, Gigante DP, Minten GC. *Premenstrual Symptoms and Syndrome According to Age at Menarche in a 1982 Birth Cohort in Southern Brazil.* Cad Saude Publica. 2008;24(4):835–44.
7. Pedro AO, Brandão JDP, de Oliveira Silva SB, Lapa MG, Castilho VC. *Impact of Age on Premenstrual Syndrome Prevalence and Severity: A Population-Based Survey in Brazil.* Int J Gynaecol Obstet. 2025;168(3):1221–28.
8. Perarnau MP, Fasulo SV, García AA, Doña RD. *Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes.* Fundam Humanidades. 2007;8(2):153–63.
9. Espina N, Fuenzalida A, Urrutia MT. *Relación entre rendimiento laboral y síndrome premenstrual.* Rev Chil Obstet Ginecol. 2005;70(2):113–8.
10. Suárez DCP, Cuba LEC, Guerrero SBM, et al. *Frecuencia del síndrome de ovario poliquístico y del síndrome premenstrual relacionado con el estrés académico en estudiantes de medicina.* Rev Fac Med Humana. 2023;23(3):100–7.
11. Mahesh PK, Chandrasekhar Y, Reddy R, Sharma P. *Prevalence and impact of premenstrual syndrome in Indian medical students.* Natl J Physiol Pharm Pharmacol. 2019;9(2):183–7.
12. Bhandari S, Dwa Y, Maharjan M, Maskey S, Thakur M, Sharma S. *Premenstrual syndrome among medical students: a descriptive cross-sectional study.* JNMA J Nepal Med Assoc. 2023;61(260):347.
13. Chamali R, Emam R, Mahfoud ZR, Al-Amin H. *Dimensional (Premenstrual Symptoms Screening Tool) vs categorical (Mini Diagnostic Interview, Module U) for assessment of premenstrual disorders.* World J Psychiatry. 2022;12(4):603–14.
14. Rapkin AJ, Mikacich JA. *Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents.* Pediatr Drugs. 2003;5(12):737–50.
15. Shiferaw MT, Zegeye DT. *Prevalence and impact of premenstrual syndrome on academic and social performance of students at Bahir Dar University.* Ethiop J Health Dev. 2005;19(2):88–90.
16. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.* Helsinki: AMM; 1975.

17. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.* Ginebra: OMS; 2016.
18. Castañeda GB, Roca AJ. *Aparato reproductor femenino y ciclo menstrual.* Fisiología endocrina. 2022;223.
19. Serment LM, Castro EV. *Ciclo menstrual. El ABC de la ginecología y obstetricia.* 2024;83.
20. Roldan CJZ, Villacís RAR. *La mujer, el ciclo menstrual y la actividad física.* Rev Arbit Interdiscip Cienc Salud Salud Vida. 2022;6(3):187-94.
21. Salvia A. *Viaje al ciclo menstrual.* Barcelona: Bruguera; 2021.
22. Jaramillo Jaramillo LI. *Eje hipotálamo-hipófisis-ovario, ciclo ovárico y ciclo menstrual.* 2024.
23. Bahrami M, Khosravi A, Yousefi N. Association between social media addiction and severity of premenstrual symptoms: A study among university students in Iran. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):300.
24. Steiner M, MacDougall M. *The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) for clinicians.* Arch Womens Ment Health. 2003;6(3):203-9.
25. Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Siah Bazi S, Malehi AS, Montazeri A. *The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study.* Arch Womens Ment Health. 2013;16(6):531-7.
26. Steiner M, Peer M, Palova E, Freeman EW, Macdougall M, Soares CN. *The Premenstrual Symptoms Screening Tool revised for adolescents (PSST-A): prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents.* Arch Womens Ment Health. 2011;14(1):77-81.
27. Islam MS, Rahman MA, Rahman MA, et al. *Investigating the psychometric properties of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) in Bangladeshi women.* BMC Psychiatry. 2025;25(1):1-9.
28. Bagwandeen BR, Capper TL, Pretorius C. Physical activity and the management of premenstrual syndrome symptoms: A systematic review. *Journal of Men's and Women's Health Research*. 2023;27(2):145-58.
29. Khademi M, Jafarnejad F, Haj-Shirazi M. Effect of eight weeks aerobic exercise on severity of physical symptoms of premenstrual syndrome: A randomized clinical trial. *BMC Women's Health*. 2018;18(1):18. doi:10.1186/s12905-018-0565-5.
30. Steiner M, MacDougall M. *Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST).* McMaster University; 2021. Disponible en: https://research.mcmaster.ca/app/uploads/2021/08/04-069-Tech-Brief-PSST-1.pdf
31. Sabzevar MM, Gholami A, Salehi Z, Nikkhah A. Prevalence of premenstrual dysphoric disorder among nursing students: Cross-sectional study in Asia. *Asian Journal of Psychiatry*. 2024;70:103062.

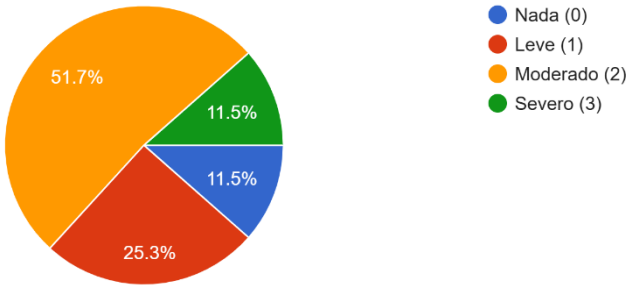
ANEXOS
ANEXO 1: FIGURAS RESPUESTAS PSST

FIGURA 11. RESPUESTA RABIA/IRRITABILIDAD



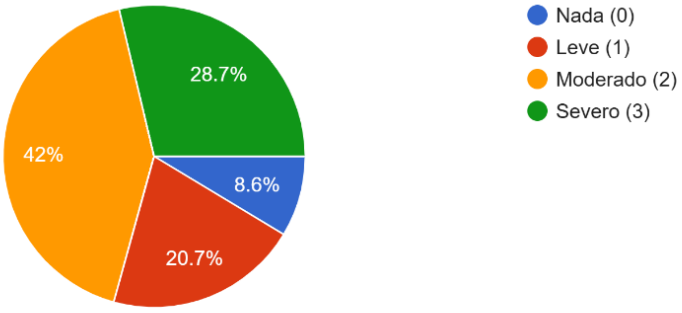
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 12. RESPUESTA ANSIEDAD/TENSIÓN



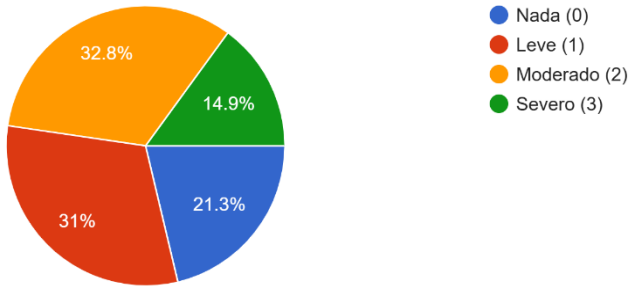
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 13. RESPUESTA PROPENSA AL LLANTO/MAYOR SENSIBILIDAD AL RECHAZO



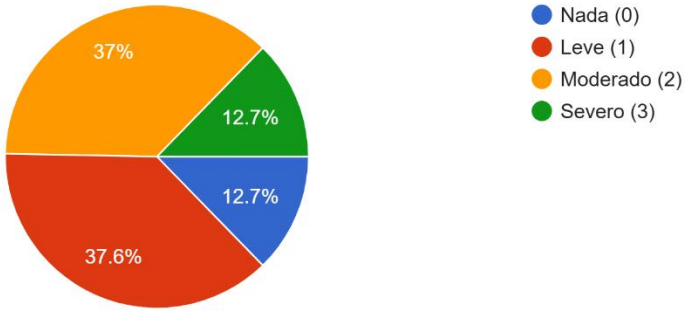
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 14. RESPUESTA DEPRESIÓN/SENSACIÓN DE DESESPERANZA



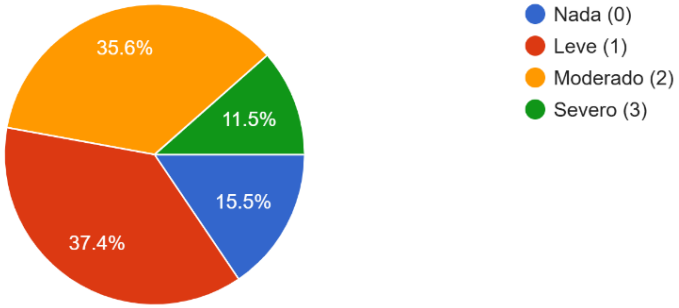
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 15. RESPUESTA MENOR INTERÉS EN ACTIVIDADES LABORALES, DEL HOGAR O SOCIALES



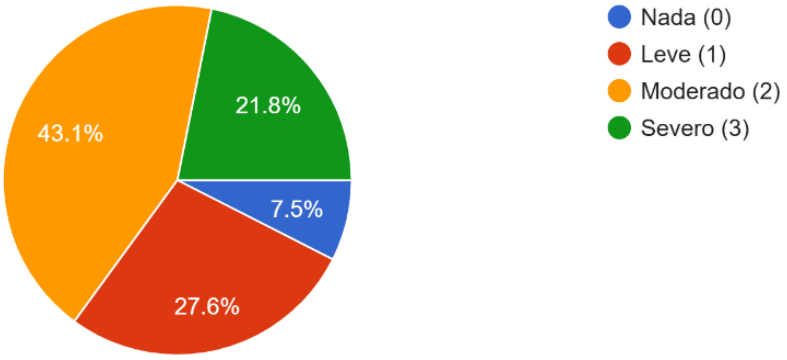
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 16. RESPUESTA DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE



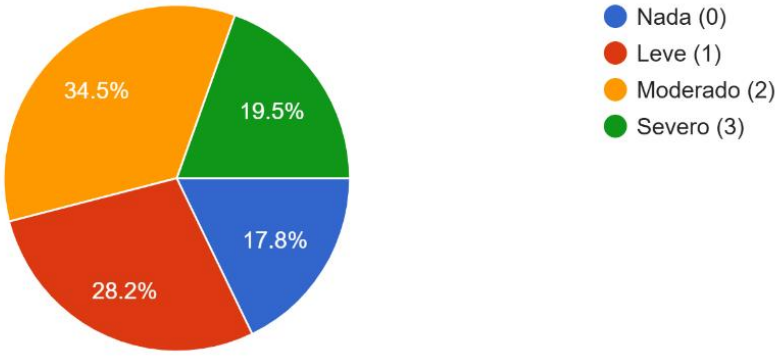
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 17. RESPUESTA FATIGA O FALTA DE ENERGÍA



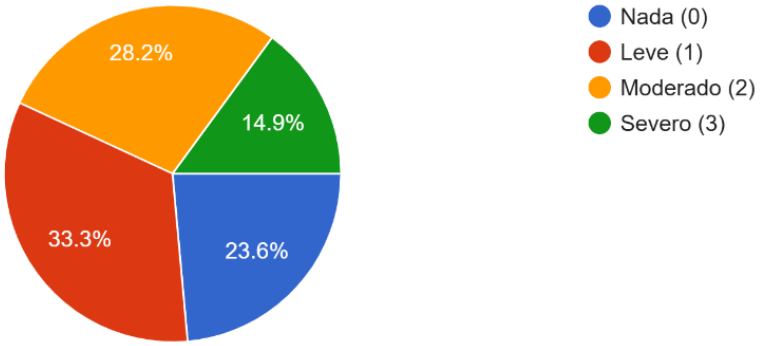
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 18. RESPUESTA INSOMNIO O HIPERSOMNIA (DORMIR EN EXCESO)



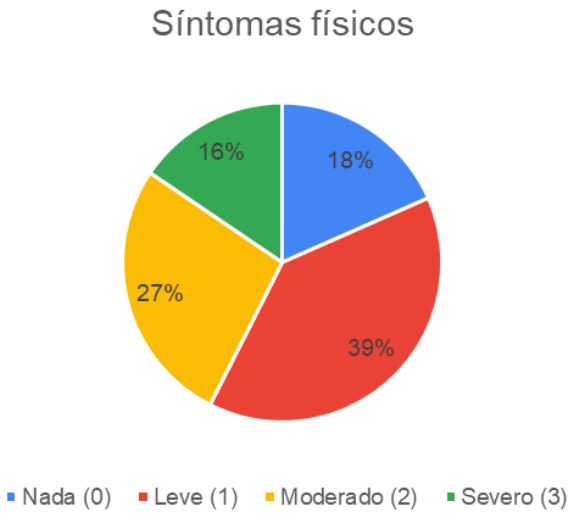
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 19. RESPUESTA SENSACIÓN DE ESTAR ABRUMADA O FUERA DE CONTROL



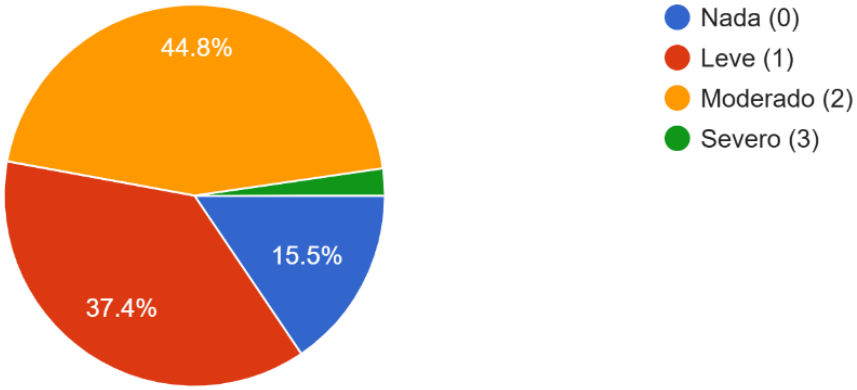
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 20. SÍNTOMAS FÍSICOS



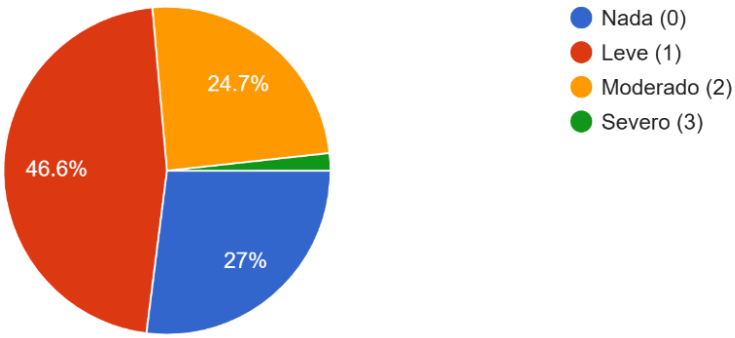
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 21. RESPUESTA TU EFICIENCIA EN EL ESTUDIO O TRABAJO



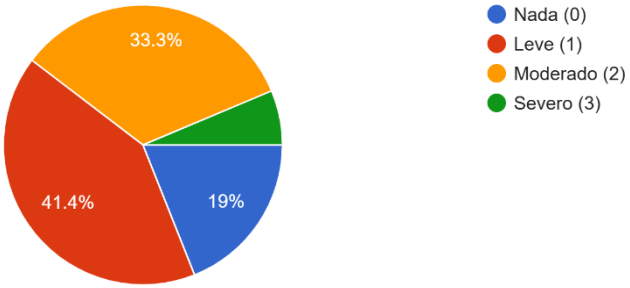
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 22. RESPUESTA TU RELACIÓN CON COMPAÑEROS



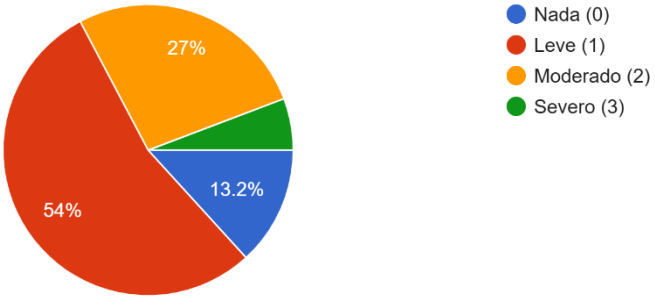
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 23. RESPUESTA TU RELACIÓN CON FAMILIARES



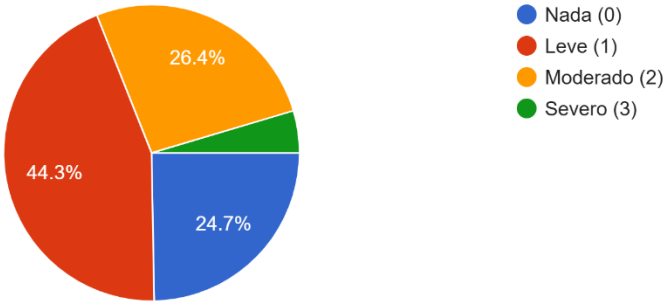
Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 24. RESPUESTA TU VIDA SOCIAL



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

FIGURA 25. RESPUESTA TUS RESPONSABILIDADES EN EL HOGAR



Elaborado por: Doménica Lara y Mishell Tapia

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSIDERACIONES MÍNIMAS PARA EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Prevalencia del Síndrome Premenstrual (SPM) en estudiantes de medicina de quinto a décimo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante el primer período académico 2025 utilizando la herramienta PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool). Versión Protocolo 1, 29 de julio de 2024.

NOMBRE DE INVESTIGADOR 1: Doménica Geannina Lara Mendoza

NOMBRE DE INVESTIGADOR 2: Allyson Mishell Tapia Aguirre

NOMBRE DEL PATROCINADOR: No aplica

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

EVALUADO Y APROBADO POR: EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

INTRODUCCIÓN: El síndrome premenstrual (SPM) es un conjunto de síntomas físicos, emocionales y conductuales que afectan a un gran número de mujeres en edad reproductiva. Su impacto en la calidad de vida y en el rendimiento académico es significativo, especialmente en estudiantes de medicina, quienes enfrentan altos niveles de estrés y exigencia. Este estudio se centra en la prevalencia y las características del SPM en las estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, con el objetivo de identificar las posibles estrategias de manejo y apoyo necesarias para mejorar su bienestar y desempeño académico.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El propósito de este estudio es determinar la prevalencia del síndrome premenstrual (SPM) en estudiantes de medicina que cursan del quinto al décimo semestre en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) durante el primer periodo académico de 2025, utilizando la herramienta PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool). Asimismo, se pretende evaluar la severidad de los síntomas del síndrome premenstrual experimentados por las estudiantes durante el periodo de estudio. Los criterios de inclusión comprenden a personas mayores de 18 años que menstrúen y que estén cursando los semestres especificados en la PUCE. Por otro lado, los criterios de exclusión incluyen a personas que no menstrúen, menores de 18 años, estudiantes de semestres inferiores y personas que no estudien en la PUCE. El cuestionario PSST se administrará tras la firma del consentimiento informado, y los resultados obtenidos permitirán evaluar tanto la prevalencia como la severidad del síndrome premenstrual en esta población específica. Este estudio proporcionará datos relevantes sobre la salud menstrual de las estudiantes de medicina, contribuyendo así a una mejor comprensión del impacto del SPM en este grupo.

PROCEDIMIENTOS:

Descripción de actividades:

Aplicación de la encuesta digital:

- **Motivo:** Identificar la prevalencia y severidad del Síndrome Premenstrual (SPM) en las estudiantes de medicina.
- **Lugar:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- **Responsables:** Investigadoras principales.
- **Duración:** Aproximadamente máximo 10 minutos por participante.

Proceso detallado:

Las participantes del estudio deberán completar una encuesta digital que será administrada a través de la plataforma Google Forms, lo que facilita una recolección de datos eficiente y accesible. Antes de comenzar con el cuestionario, se les presentará un consentimiento informado, un documento esencial que asegura que los participantes comprendan plenamente el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, y sus derechos como voluntarios. Este documento es un componente crucial en la investigación, ya que garantiza el cumplimiento de los principios éticos, como la autonomía, el respeto por las personas y la protección de sus datos personales.

El consentimiento informado, que debe ser leído y aceptado para continuar con la participación, tiene un tiempo estimado de lectura de aproximadamente 3 minutos. En él, se especificarán aspectos fundamentales del estudio, como el objetivo principal, la duración de la participación, la confidencialidad de la información suministrada, y las implicaciones que la participación tendrá sobre las voluntarias. Se enfatizará que su participación es completamente voluntaria, y que tendrán la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin consecuencias ni necesidad de justificación, asegurando el respeto a su derecho de autodeterminación.

Una vez que las participantes hayan leído y aceptado el consentimiento informado, podrán proceder a completar el cuestionario. Este ha sido diseñado para ser breve y comprensible, maximizando la eficiencia en la recolección de datos. Se estima que responder al cuestionario tomará un máximo de 5 minutos. El cuestionario contendrá preguntas estructuradas de manera clara, buscando obtener información relevante sin generar fatiga en las participantes.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El desarrollo del estudio no conlleva ningún riesgo de carácter biológico, ya que la única actividad requerida es completar el cuestionario Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) tras la firma del consentimiento informado. Cabe resaltar que se priorizará la confidencialidad de la información proporcionada por las participantes, por lo que no se divulgarán sus nombres. El beneficio esperado de este estudio es hacer visible la prevalencia y severidad del síndrome premenstrual en la población estudiada.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: En este estudio ninguna actividad implica un costo para el participante y tampoco recibirá ninguna compensación por su aceptación y participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: En el presente estudio se garantizará la anonimización de la información confidencial mediante la aplicación de un cuestionario a través de Google Forms, el cual permitirá a las participantes responder sin necesidad de proporcionar un correo electrónico u otra información identificativa. Los únicos datos que se recopilarán serán el nombre de la participante, su edad y el semestre que cursa. Esta información se almacenará durante un año en una base de datos de Excel protegida por una contraseña, la cual será de conocimiento exclusivo de las dos investigadoras del estudio. Previo a la resolución del cuestionario, se llevará a cabo la firma del consentimiento informado, lo cual incluirá información detallada sobre el estudio, con el propósito de que las participantes puedan tomar una decisión informada y voluntaria sobre su participación.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE: La participación en este estudio es completamente voluntaria, el participante puede decidir si va a participar luego de leer el consentimiento informado; además, puede retirar su consentimiento en cualquier momento y esta acción no causará ninguna penalidad al participante. La negativa de participar no tendrá penalidad o impacto alguno.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Dr. Galo Sánchez del Hierro, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, ceish@puce.edu.ec

Doménica Geannina Lara Mendoza, investigadora 1, estudiante de la carrera de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. San Juan de Dios y Río Zamora, teléfono 0999098661, dglara@puce.edu.ec

Allyson Mishell Tapia Aguirre, investigadora 2, estudiante de la carrera de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Av. San Juan de Dios y Av. Alondras PH55+8MG, teléfono 0984774446, amtapiaa@puce.edu.ec

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he leído el documento de consentimiento informado y que comprendo tanto los riesgos como los beneficios asociados con mi participación en el estudio. También confirmo que todas mis dudas han sido respondidas y, de manera consciente, elijo participar de forma voluntaria. Estoy al tanto de que no recibiré compensación económica por mi participación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin enfrentar ninguna penalización. Al firmar este documento de consentimiento, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

<table>
<tr><td>Nombre del participante:

_____

_____</td><td>Firma

CI: _____</td><td rowspan="2">Fecha en la que se firma el documento:

_____</td></tr>
<tr><td>Nombre de los investigadores:</td><td></td></tr>
</table>

(1) Doménica Geannina Lara Mendoza (2) Allyson Mishell Tapia Aguirre	Firma (1) CI (1): 1751004084 Firma (2) CI (2): 1751071828	

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que, a pesar de haber otorgado mi consentimiento inicial para participar en el estudio, he decidido retractarme de mi autorización. En consecuencia, todos los datos recolectados sobre mí deben ser destruidos y no utilizados para ningún propósito. Cabe destacar que esta decisión no implicará ninguna penalización para mí.

Nombre del participante: _____ _____	Firma CI: _____	Fecha en la que se firma el documento: _____
Nombre de los investigadores: (3) Doménica Geannina Lara Mendoza (4) Allyson Mishell Tapia Aguirre	Firma (1) CI (1): 1751004084 Firma (2) CI (2): 1751071828	

ANEXO 3: PREMENSTRUAL SYMPTOMS SCREENING TOOL (PSST)

(PSST) – Versión 6

Piense en su último ciclo menstrual

¿Sintió UD alguno de los siguientes síntomas premenstruales que comenzaron antes de su período y finalizaron al cabo de algunos días de haber llegado su menstruación?

Síntomas	Nada de esto	leve	moderado	severo
1. Rabia/irritabilidad				
2. Ansiedad/tensión				
3. Propensa al llanto/mayor sensibilidad ante el rechazo				
4. Deprimida/sin esperanzas				
5. Menor interés/apatía ante las actividades laborales				
6. Menor interés/apatía ante las actividades del hogar				
7. Menor interés/apatía ante las actividades sociales				
8. Dificultad para concentrarse				
9. Fatiga/falta de energía				
10. Come en exceso/ansiedad por comer/antojos				
11. Insomnio				
12. Hipersomnia (sueño excesivo o necesidad de dormir más)				
13. Sensación de estar abrumada o fuera de control				
14. Síntomas físicos: aumento de la sensibilidad en los senos, Dolores de cabeza o jaquecas, dolor muscular o en las articulaciones, edema o hinchazón de abdomen y/o piernas o pies, aumento de peso				

¿ Alguna vez los síntomas anteriormente mencionados han interferido con:

	Nada de esto	Leve	moderadamente	gravemente
A. Su eficiencia en su trabajo o productividad				
B. Su relación con compañeros de trabajo				
C. Su relación con familiares				
D. Las actividades de su vida social				
E. Sus responsabilidades en el hogar				

Copyright © 2003 McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), authored by Dr. Steiner et al, is the copyright of McMaster University (Copyright ©2003, McMaster University). The PSST has been provided under license from McMaster University and must not be copied, distributed or used in any way without the prior written consent of McMaster University. Contact the McMaster Industry Liaison Office at McMaster University, email: milo@mcmaster.ca for licensing details.

ANEXO 4: INTERPRETACION PREMENSTRUAL SYMPTOMS SCREENING TOOL (PSST)

THE PREMENSTRUAL SYMPTOMS SCREENING TOOL (PSST) 1

Scoring:

The following criteria must be present for a diagnosis of **PMDD**	
1) at least one of #1, #2, #3, #4 is **severe** 2) in addition at least four of #1 – #14 are **moderate to severe** 3) at least one of A, B, C, D, E is **severe**	
The following criteria must be present for a diagnosis of **moderate to severe PMS**	
1) at least one of #1, #2, #3, #4 is **moderate to severe** 2) in addition at least four of #1 – #14 are **moderate to severe** 3) at least one of A, B, C, D, E is **moderate to severe**	