Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11290.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11290

Evaluación de la calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico según su fenotipo

Quality of life assessment in women with Polycystic Ovary Syndrome according to their phenotype.

Eric Saucedo de la Llata,[1] Israel Obed Carmona Ruiz,[2] Diego Guillermo Velázquez Delgado,[3] Jorge Alejandro Michel Vergara,[4] María Rosa Moraga Sánchez,[5] José Javier Casas Román,[6] Victor Alfonso Batiza Resendiz[7]

Resumen

OBJETIVO: Investigar la influencia de las manifestaciones del síndrome de ovario poliquístico en la calidad de vida de mujeres mexicanas mediante el cuestionario PCOSQ.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico llevado a cabo en 36 clínicas de fertilidad de México. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico según los criterios de Rotterdam. El PCOSQ se aplicó en línea para valorar seis dominios: peso, vello corporal, infertilidad, acné, menstruación y emociones. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v.29 mediante pruebas de normalidad, ANOVA o pruebas no paramétricas, y comparaciones *post hoc* según correspondiera.
RESULTADOS: Se estudiaron 920 pacientes con media de edad de 29.4 ± 5.4 años y el índice de masa corporal promedio de 28.1 ± 4.9 kg/m². Los fenotipos más frecuentes fueron el A (59.0%) y el D (25.8%). En la muestra total, las dimensiones más afectadas fueron: menstruación (39.6) y peso (42.2), mientras que el vello corporal (58.8) y las emociones (55.1) mostraron menor trascendencia. Se observaron diferencias significativas entre fenotipos en peso, vello corporal, infertilidad, acné y menstruación ($p < 0.05$), sin diferencias en el dominio emocional. El fenotipo A reportó la mayor afectación menstrual; el fenotipo C, mejores puntuaciones en infertilidad, y el fenotipo D, menor repercusión en acné y peso.
CONCLUSIONES: Los fenotipos del síndrome de ovario poliquístico afectan de manera diferenciada la calidad de vida. El fenotipo A fue el más prevalente y mostró la mayor afectación global. Estos hallazgos respaldan un tratamiento individualizado, orientado a las manifestaciones clínicas y psicosociales específicas de cada fenotipo.
PALABRAS CLAVE: Síndrome de ovario poliquístico, calidad de vida en síndrome de ovario poliquístico, PCOSQ, infertilidad, criterios de Rotterdam, fenotipos de síndrome de ovario poliquístico

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate the quality of life of women with PCOS according to phenotype using the PCOSQ in a multicenter Mexican cohort.
MATERIALS AND METHODS: A prospective observational multicenter study was conducted in 36 fertility clinics across Mexico, including 920 women diagnosed with PCOS according to the Rotterdam criteria. Participants completed the online Spanish version of the PCOSQ, which evaluates six domains: weight, body hair, infertility, acne, menstruation, and emotions. Statistical analysis was performed using SPSS v29,

[1,5] Clínica IMAR, Murcia, España.
[2] Beacon CARE Fertility, Dublin, Irlanda.
[3] Unidad Médica de Alta Especialidad 3, Centro Médico Nacional Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.
[4] CERFERTIL, Guadalajara, Jalisco.
[6] Centro FiVER, Veracruz, México.
[7] FERTILITA, Monterrey, Nuevo León, México.

Recibido: diciembre 2025

Aceptado: junio 2026

Correspondencia
Eric Saucedo de la Llata
delallata2000@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:
Saucedo-de la Llata E, Carmona-Ruiz IO, Velázquez-Delgado DG, Michel-Vergara JA, Moraga-Sánchez MR, Casas-Román JJ, Batiza-Resendiz VA. Evaluación de la calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico según su fenotipo. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11290. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11290

applying normality tests, ANOVA, and post hoc comparisons to assess differences among phenotypes.
RESULTS: The mean age was 29.4 ± 5.1 years and the mean body mass index was 28.1 ± 5.5 kg/m². The most frequent phenotypes were A (59.0%) and D (25.8%). The most affected dimensions were menstruation (39.6) and weight (42.2), while body hair (58.8) and emotions (55.1) showed lower impact. Significant differences were found between phenotypes in the domains of weight, hair, infertility, acne, and menstruation ($p < 0.05$), with no significant differences in the emotional domain. Phenotype A presented the greatest impairment in menstrual function, phenotype C had the best infertility scores, and phenotype D showed higher scores (less impact) in acne and weight.
CONCLUSIONS: Different PCOS phenotypes have distinct impacts on women's quality of life. Phenotype A, in addition to being the most prevalent, demonstrated the greatest overall impairment, particularly in the menstrual dimension, whereas phenotype D showed the least impact. These findings highlight the importance of individualized management that considers phenotypic and psychosocial differences to improve health outcomes and quality of life in women with PCOS.
KEYWORDS: Polycystic ovary syndrome; quality of life; PCOSQ; infertility; Rotterdam criteria; PCOS phenotypes.

ANTECEDENTES

El síndrome de ovario poliquístico es la endocrinopatía más frecuente en mujeres en edad reproductiva. Su prevalencia es variable y se ha estimado entre 10% y 30%, con un incremento progresivo en los últimos años.[1] Se caracteriza por alteraciones metabólicas, hormonales y reproductivas. Entre ellas se incluyen disfunción ovulatoria, hiperandrogenismo y morfología ovárica poliquística evaluada por ecografía.[2]

Su repercusión no se limita a las manifestaciones fisiológicas. También afecta la salud psicológica y el entorno social de las pacientes.[3]

En 2003, los criterios de Rotterdam ampliaron la definición diagnóstica del síndrome de ovario poliquístico. Este consenso fue organizado por la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y la American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Su objetivo fue reflejar mejor la heterogeneidad clínica y fisiopatológica del síndrome. El consenso estableció que el diagnóstico puede establecerse cuando se cumplen, al menos, dos de los siguientes criterios, después de descartar otras causas de hiperandrogenismo o disfunción ovárica:[4]

1. Oligo-anovulación,
2. Hiperandrogenismo clínico o bioquímico, y
3. Morfología ovárica poliquística evaluada por ecografía, después de descartar otras causas de hiperandrogenismo o disfunción ovárica.

A partir de esta clasificación surgieron cuatro fenotipos principales:

- Fenotipo A: oligo-anovulación, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11290

- Fenotipo B: oligo-anovulación e hiperandrogenismo sin morfología poliquística.
- Fenotipo C: hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos con ovulación preservada.
- Fenotipo D: oligo-anovulación y ovarios poliquísticos sin evidencia de hiperandrogenismo.

Esta clasificación permitió una mejor comprensión de la diversidad fenotípica del síndrome de ovario poliquístico al reconocer que cada variante tiene diferentes manifestaciones clínicas, metabólicas y reproductivas.[5]

Para evaluar la trascendencia del síndrome de ovario poliquístico en la calidad de vida, se han desarrollado cuestionarios específicos. Entre ellos destaca el *Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire* (PCOSQ). Este instrumento fue diseñado en 1998 por Cronin y colaboradores en la McMaster University, Canadá.[6]

El PCOSQ incluía, originalmente, 26 ítems y se contestaba en 10 a 15 minutos. Evaluaba cinco subescalas: emociones, vello corporal, infertilidad, peso y problemas menstruales. Posteriormente, Jones y coautores[7] añadieron el dominio de acné con el fin de mejorar su validez. La versión final contiene 31 ítems distribuidos en seis dimensiones:

- Emociones, 7 ítems.
- Peso, 6 ítems.
- Vello corporal, 5 ítems.
- Infertilidad, 3 ítems.
- Acné, 5 ítems.
- Menstruación, 5 ítems.

Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 7 puntos (de 1 a 7) en donde una puntuación de 7 indica que el ítem no afecta la calidad de vida, mientras que una puntuación de 1 sugiere una mayor afectación. Posteriormente, los resultados se transforman a una escala de 0 (pobre calidad de vida) a 100 (óptima calidad de vida).[8]

Más recientemente se desarrolló el PCOSQOL, diseñado para evaluar la calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico desde una perspectiva más amplia. Este instrumento integra aspectos clínicos y psicosociales.[9,10] Además, permite valorar de forma multidimensional el impacto del síndrome y ha mostrado utilidad en estudios recientes.[11,12]

El PCOSQOL fue desarrollado en 2018 por Williams y colaboradores en la University of Derby, Reino Unido.[8] Es un cuestionario autoadministrado compuesto por 35 ítems. Estos se agrupan en cuatro dominios: afectación del síndrome de ovario poliquístico, infertilidad, hirsutismo y estado de ánimo. Cada ítem se responde mediante una escala Likert de 7 puntos, en la que una puntuación más alta indica mejor calidad de vida.[9,10]

El síndrome de ovario poliquístico afecta de forma importante la calidad de vida debido a su amplia variedad de manifestaciones. La gravedad y la repercusión varían según el fenotipo. En particular, el fenotipo A suele ser el más prevalente y el que se asocia con mayor afectación global.[13,14]

Hasta ahora, existen pocas publicaciones amplias que analicen la relación entre el fenotipo del síndrome de ovario poliquístico y la calidad de vida. Europa y Asia han sido las regiones con mayor producción científica a este respecto.[15,16,17] Sin embargo, aún no se han publicado estudios en mujeres latinoamericanas que evalúen esta asociación.

Conocer la influencia del fenotipo en los distintos dominios de la calidad de vida es clí-

nicamente relevante. Esta información puede orientar estrategias individualizadas para mejorar el bienestar de las pacientes. Por ello, el objetivo de este estudio fue investigar la influencia de las manifestaciones del síndrome de ovario poliquístico en la calidad de vida de mujeres mexicanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico llevado a cabo en 36 clínicas de fertilidad de México. El estudio formó parte del Proyecto Síndrome de Ovario Poliquístico, iniciativa fundada en Murcia, España, en noviembre de 2022. Esta iniciativa tiene como objetivo aumentar la visibilidad del síndrome de ovario poliquístico y promover su investigación, con hincapié en estudios epidemiológicos.

En este contexto, se invitó a clínicas de la República Mexicana a participar en un estudio multicéntrico. La colaboración consistió en aplicar el cuestionario PCOSQ a mujeres con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. El objetivo fue analizar la influencia de los fenotipos clínicos en distintos dominios de la calidad de vida.

Criterios de inclusión: mujeres de 15 a 40 años con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico establecido conforme a los criterios de Rotterdam de 2003.

Criterios de exclusión: no otorgar el consentimiento informado, no cumplir los criterios diagnósticos de síndrome de ovario poliquístico y no completar en su totalidad el cuestionario.

Las participantes contestaron en línea el *Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire* (PCOSQ), previamente traducido y validado al castellano.[18] El instrumento consta de 31 ítems distribuidos en seis dominios: peso, vello corporal, infertilidad, acné, menstruación y emociones. Cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert de 1 a 7. Después, las puntuaciones se transformaron a una escala de 0 a 100. Los valores más bajos indican peor calidad de vida.

El tamaño de muestra se obtuvo por conveniencia debido al diseño multicéntrico y exploratorio del estudio. Se incluyeron todas las pacientes que cumplieron los criterios de selección durante el periodo de reclutamiento. Para evaluar la suficiencia estadística, se hizo un análisis de potencia para ANOVA de una vía con cuatro grupos independientes: fenotipos A, B, C y D. Se consideraron $\alpha = 0.05$, potencia estadística de 0.80 y tamaño del efecto moderado ($f = 0.25$), de acuerdo con los criterios de Cohen. El cálculo se efectuó con G*Power versión 3.1.9.7 (Universität Düsseldorf, Alemania). El tamaño mínimo requerido fue de 180 participantes. La muestra final de 920 mujeres superó este valor y proporcionó una potencia superior al 99% para detectar diferencias moderadas entre grupos.

El análisis estadístico se procesó con SPSS versión 29. La normalidad de las variables continuas se evaluó con la prueba de Kolmogórov-Smirnov en los fenotipos A, C y D. En el fenotipo B se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk debido a su menor tamaño de muestra.

Las variables con distribución normal se describieron mediante media ± desviación estándar. La comparación entre fenotipos se efectuó con ANOVA de una vía. Cuando no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas, se aplicó ANOVA de Welch. Las variables con distribución no normal se analizaron con la prueba de Kruskal-Wallis.

Las comparaciones múltiples se efectuaron mediante pruebas *post hoc* de Bonferroni o Games-Howell, según correspondiera. Se calcularon intervalos de confianza del 95% para las medias. También se estimaron tamaños del efecto me-

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11290

diante eta cuadrada (η^2) en los análisis ANOVA. Por posibles variables de confusión no se construyeron modelos multivariados ajustados, debido al carácter exploratorio del estudio. Por ello, los resultados corresponden a comparaciones bivariadas entre fenotipos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Para promover la transparencia y reproducibilidad de la investigación, el protocolo se registró retrospectivamente en Open Science Framework (OSF). El registro está disponible públicamente en: https://osf.io/8y6xa/.

RESULTADOS

Se estudiaron 920 pacientes provenientes de 36 clínicas de fertilidad que cumplieron los criterios de inclusión y enviaron su información completa y validada. Si bien la intención inicial era contar con al menos un centro participante de cada una de las 32 entidades federativas**,** la participación final incluyó 25 estados de la República Mexicana. **Cuadro 1**

Entre las 36 clínicas se consiguió la participación de 1231 pacientes que respondieron la encuesta específica. Al revisar las historias clínicas se excluyeron 159 por no contar con criterios estrictos para el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, de las 1072 participantes restantes se eliminaron 152 porque no contestaron correctamente la encuesta y esto generó un tamaño de muestra final de 920 pacientes. **Figura 1**

La edad promedio de las participantes fue de 29.4 ± 5.1 años, con límites de 15 y 40 años, mientras que el índice de masa corporal promedio fue de 28.1 ± 5.5 kg/m². Las pruebas de normalidad (Kolmogórov-Smirnov y Shapiro-Wilk) mostraron que la variable edad tuvo una distribución aproximadamente normal en los cuatro fenotipos evaluados. Algunas dimensiones del PCOSQ tuvieron desviaciones de la normalidad, motivo por el que se recurrió a pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera. La homogeneidad de varianzas se evaluó mediante la prueba de Levene, antes de hacer las comparaciones entre grupos.

Por lo que se refiere a la ocupación de las participantes, el 33.15% eran personal administrativo en oficinas, 25.3% técnicas y profesionales de salud, seguido por trabajadoras de servicio social y comunidad en un 10.5%. Otras ocupaciones correspondieron al 30.97%. **Cuadro 2**

En cuanto a la prevalencia de los fenotipos de síndrome de ovario poliquístico, el fenotipo A fue el más común con un 59%, seguido por el fenotipo D con un 25.7%, posteriormente el fenotipo C con un 10.1% y por último, el fenotipo menos común fue el fenotipo B con 5.1%. **Cuadro 3**

La edad se analizó según el fenotipo. En el fenotipo A, la media fue de 29.3 años (DE ± 5.10), con límites de 18 y 39 años. En el fenotipo B, la media fue de 29.70 años (DE ± 5.43), con límites de 22 y 38 años. El fenotipo C tuvo la media más baja: 27.7 años (DE ± 5.11), con límites de 19 y 37 años. El fenotipo D reportó una media de 30.26 años (DE ± 5.03), con límites de 18 y 39 años.
En los resultados generales del cuestionario **(Cuadro 4)**, las dimensiones con menor puntuación fueron menstruación (39.6) y peso (42.2). Estos valores indican mayor afectación de la calidad de vida en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico, porque las puntuaciones bajas reflejan mayor afectación. Las medias mostraron variabilidad entre participantes, con desviaciones estándar moderadas en todos los dominios. Los intervalos de confianza del 95% confirmaron la estabilidad de las estimaciones para cada dimensión.

Las dimensiones de vello corporal (58.8) y emociones (55.1) obtuvieron puntuaciones más altas. Esto sugiere una menor afectación relativa frente a los demás dominios evaluados.

Al comparar las seis dimensiones valoradas por su fenotipo, se encontraron diferencias en los dominios de peso, vello, infertilidad, acné

Cuadro 1. Distribución de clínicas participantes por estado

Nº	Estado	Clínicas participantes	Número de clínicas
1	Aguascalientes	Ginecología Integral Sierra Morena	1
2	Baja California	Centro de la Fertilidad del Prado	1
3	Baja California Sur	Centro de Fertilidad Los Cabos	1
4	Ciudad de México	Centro Milkiin; Hospital La Raza (IMSS); INPer; Instituto VIDA	4
5	Chiapas	CERGYN	1
6	Chihuahua	Gestare Star Médica	1
7	Colima	Instituto de Fertilidad Humana	1
8	Guanajuato	Hospital Ángeles León	1
9	Hidalgo	Clínica de Fertilidad	1
10	Jalisco	Cerfertil; IMSS CMNO; Cergen	3
11	Michoacán	Star Médica Morelia	1
12	Morelos	Instituto VIDA Cuernavaca	1
13	Nuevo León	Fertilitá; UMAE 23 IMSS	2
14	Oaxaca	Hospital San Lucas; Ciclo Fértil by UNILIVE; Instituto VIDA Oaxaca	3
15	Puebla	UNILIVE Puebla (sede 1 y sede 2)	2
16	Querétaro	CREA	1
17	San Luis Potosí	Hospital Central	1
18	Sinaloa	Da'Vida Fertility; Clínica de la Salud de la Mujer	2
19	Sonora	Centro de Fertilidad MTR	1
20	Tamaulipas	Consulta Privada (Javier Vega Cárdenas)	1
21	Tlaxcala	Gynefiv	1
22	Veracruz	FiVER; Clínica Santa Inés	2
23	Tabasco	Hospital Ángeles Villahermosa	1
24	Yucatán	Christus Muguerza – Faro del Mayab	1
25	Zacatecas	PROGEN	1

Nota: Participaron 36 clínicas de 25 estados. No hubo representación en Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Durango, Guerrero, Nayarit ni Quintana Roo.

Cuadro 2. Variables sociodemográficas.

Variables		n	DE*
Cantidad de pacientes		920	
Edad media en años		29.4	5.1
Ocupación	Administrativo y de oficina	305 (33.2%)	
	Técnicas y profesionales de salud	233 (25.3%)	
	Servicio social y comunidad	97 (10.5%)	
	Otras	285 (31.0%)	
Índice de masa corporal (Kg/m^2)		28.1	5.5

*DE: desviación estándar

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11290

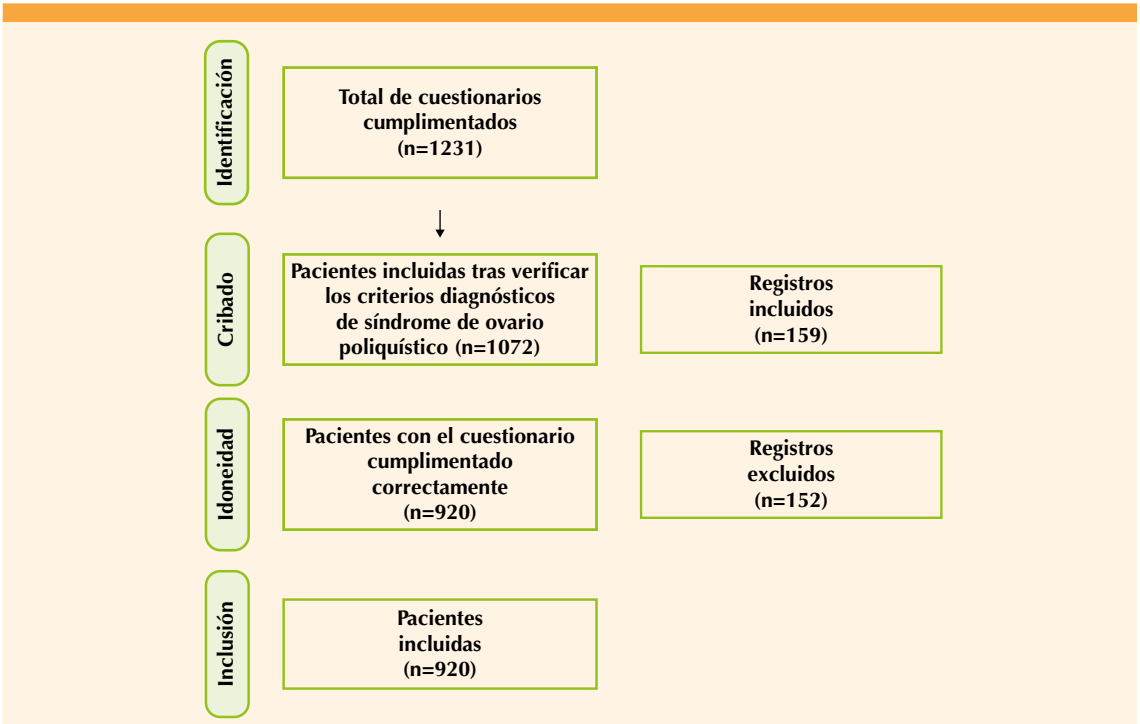


Figura 1. Participación de pacientes.

Cuadro 3. Prevalencia de los fenotipos de síndrome de ovario poliquístico

Variable	n
Fenotipo A (completo)	543 (59.0%)
Fenotipo B (clásico)	47 (5.1%)
Fenotipo C (ovulatorio)	93 (10.1%)
Fenotipo D (no hiperandrogénico)	237 (25.8%)

y menstruación ($p < 0.05$), mientras que no se observaron diferencias en el dominio emocional ($p = 0.21$)

El fenotipo A registró la mayor afectación en el patrón menstrual (36.2 ± 18.5). El fenotipo C obtuvo la mejor puntuación en infertilidad (52.2 ± 20.4). El fenotipo D, al no ser hiperandrogénico, mostró mejores resultados en acné (57.1 ± 17.9) y peso (49.5 ± 25.0). El fenotipo B, aunque menos prevalente, tuvo puntuaciones intermedias en gran parte de los dominios. **Cuadro 5**

La **Figura 2** muestra de manera gráfica la comparación de las puntuaciones medias por dimensión según el fenotipo, lo que evidencia un patrón diferenciado de afectación en la calidad de vida.

Además de la significación estadística, se estimó la magnitud de las diferencias observadas mediante tamaños del efecto. Las diferencias entre fenotipos mostraron tamaños del efecto pequeños a moderados, que fueron más evidentes en las dimensiones de menstruación, infertilidad y peso. Estos resultados sugieren que el fenotipo clínico contribuye al deterioro diferencial de la calidad de vida, aunque otros factores clínicos y metabólicos también podrían influir.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio multicéntrico llevado a cabo en Latinoamérica que evalúa la relación

Cuadro 4. Puntuaciones globales del cuestionario PCOSQ calidad de vida con síndrome de ovario poliquístico.

Dimensión (dominio)	Puntuación media (general)	Desviación estándar (DE)	IC 95%
Peso	42.2	± 20.3	40.9-43.5
Vello corporal	58.8	± 18.4	57.6-60.0
Infertilidad	49.6	± 21.7	48.2-51.0
Acné	53.2	± 19.9	51.9-54.5
Menstruación	39.6	± 22.5	38.1-41.1
Emociones	55.1	± 17.2	54.0-56.2

Cuadro 5. Puntuaciones obtenidas por dimensión según fenotipo.

Dominio (dimensión)	Fenotipo A	Fenotipo B	Fenotipo C	Fenotipo D	p (Anova)	η^2
Emociones	54.8 ± 17.4	55.5 ± 16.9	56.3 ± 18.1	55.6 ± 17.0	0.21 (n.s.)	0.004
Peso	41.2 ± 20.6	43.7 ± 21.0	46.8 ± 18.9	49.5 ± 25.0	0.034	0.021
Vello corporal	56.9 ± 17.8	57.5 ± 18.5	59.8 ± 16.4	60.7 ± 18.1	0.041	0.018
Infertilidad	47.1 ± 20.2	48.5 ± 19.9	52.2 ± 20.4	50.4 ± 21.5	0.028	0.024
Acné	51.4 ± 19.2	52.6 ± 18.7	54.0 ± 18.1	57.1 ± 17.9	0.039	0.019
Menstruación	36.2 ± 18.5	40.1 ± 20.3	42.7 ± 19.5	41.8 ± 17.6	0.012	0.032

*η^2: tamaño del efecto calculado mediante eta al cuadrado. Valores de 0.01, 0.06 y 0.14 representan efectos pequeños, moderados y grandes, respectivamente.

entre los cuatro fenotipos del síndrome de ovario poliquístico y distintas dimensiones de la calidad de vida. Para ello, se utilizó una encuesta específica y validada para este propósito.

La muestra incluyó 920 mujeres mexicanas con síndrome de ovario poliquístico. El fenotipo A fue el más prevalente (59%), seguido del fenotipo D (25.8%). Este patrón coincide con metanálisis internacionales, que describen al fenotipo A como el más frecuente y clínicamente más agudo.[12] La dimensión más afectada del PCOSQ fue la menstruación. Estos resultados complementan la evidencia disponible en estudios europeos y asiáticos,[15,16] y aportan información inédita en población mexicana.

El análisis por fenotipo mostró diferencias clínicamente relevantes. El fenotipo A reportó la mayor afectación en la dimensión menstrual. El fenotipo C tuvo menor repercusión en infertilidad, mientras que el fenotipo D registró menor afectación en peso y acné. Estos hallazgos son coherentes con la expresión clínica de cada fenotipo. El fenotipo D, al no manifestar hiperandrogenismo, suele asociarse con menor repercusión en síntomas de acné e hirsutismo. En cambio, el fenotipo A combina anovulación, hiperandrogenismo y morfología ovárica poliquística, por lo que concentra manifestaciones clínicas más graves y mayor deterioro percibido en la calidad de vida.

En la dimensión menstrual, el fenotipo C obtuvo la puntuación más alta, mientras que el fenotipo A registró la más baja. Este resultado coincide con el estudio de Sánchez-Ferrer y colaboradores (2020),[16] efectuado en 117 pacientes con síndrome de ovario poliquístico. En ese ensayo, la menstruación fue una de las dimensiones con

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11290

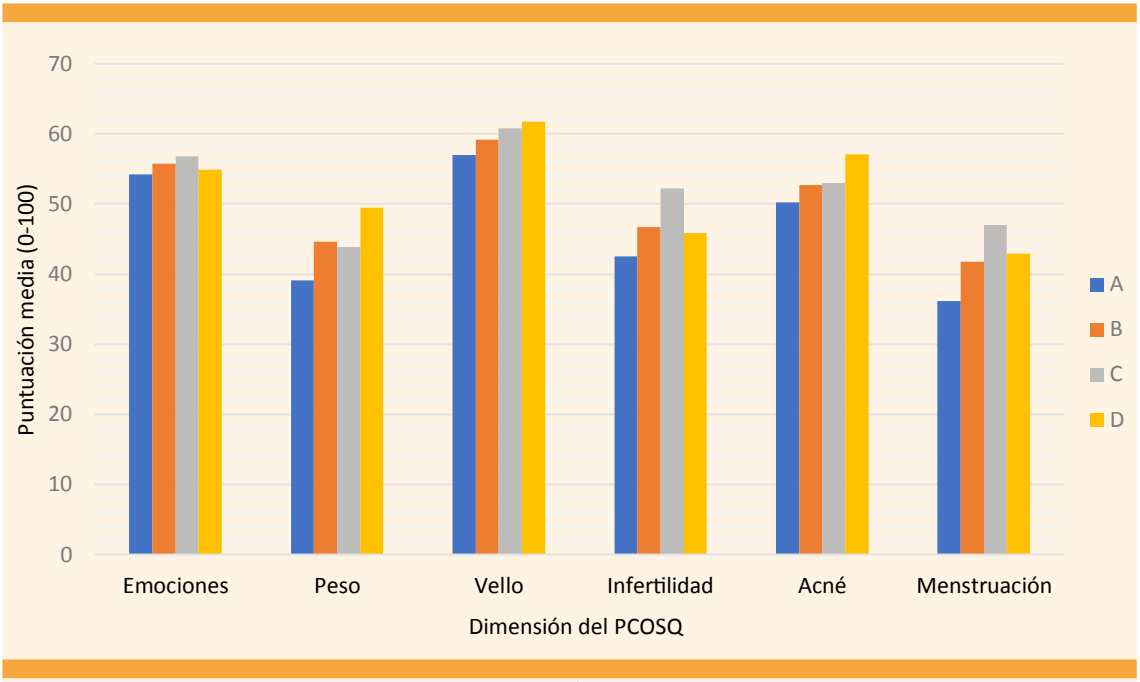


Figura 2. Repercusiones en la calidad de vida según el fenotipo (PCOSQ).

mayor repercusión negativa. Además, los autores señalaron que la afectación global de la calidad de vida se relaciona con la existencia o no de anovulación.

En conjunto, los hallazgos muestran que las características fenotípicas influyen de manera significativa en la calidad de vida. También se asocian con diferencias en fertilidad, acné y regularidad menstrual. Sin embargo, la repercusión del síndrome de ovario poliquístico no se limita a estas dimensiones. Esta enfermedad también puede afectar la salud psicológica, la sexualidad y el sueño.[23]

Estos resultados tienen implicaciones clínicas relevantes. Permiten orientar la valoración terapéutica según el fenotipo del síndrome de ovario poliquístico. Este enfoque coincide con el estudio de Castañeda y colaboradores (2023),[14] que incluyó a 91 pacientes. Los autores concluyeron que la calidad de vida depende, en gran medida, de las manifestaciones clínicas específicas de cada fenotipo. También destacaron la importancia de la atención médica individualizada, basada en las características fenotípicas, para optimizar las estrategias de tratamiento y mejorar la calidad de vida.

Estos hallazgos son congruentes con actualizaciones recientes. Tales publicaciones resaltan la necesidad de reconocer la heterogeneidad fenotípica del síndrome de ovario poliquístico para mejorar la calidad de vida.[20,21] Además, la afectación psicológica parece coexistir en todas las pacientes, independientemente del fenotipo. Hofmann y su grupo (2025)[19] señalaron esta asociación y subrayaron la importancia de incorporar la evaluación y el apoyo en salud mental como parte de la atención médica integral.

En conjunto, la evidencia disponible y los resultados de este estudio muestran que el síndrome de ovario poliquístico no debe considerarse una entidad homogénea. Se trata de un síndrome complejo, con diferencias clínicas relevantes

según el fenotipo. Esta variabilidad influye en la calidad de vida y debe incorporarse a la valoración clínica. Su reconocimiento permite un tratamieno más preciso e individualizado. Este enfoque debe considerar las manifestaciones físicas y las repercusiones emocionales, con el fin de mejorar los desenlaces en salud y la calidad de vida de las pacientes.

Una limitación de este estudio es que las comparaciones entre fenotipos se hicieron mediante análisis bivariados. No se ajustaron modelos multivariados para posibles variables de confusión, como la edad o el índice de masa corporal. Esta decisión respondió al carácter exploratorio del estudio y a la disponibilidad heterogénea de variables clínicas, metabólicas y terapéuticas en la base de datos. Incluir dichas variables habría reducido de forma importante el tamaño efectivo de la muestra y la representatividad de algunos fenotipos, en especial del fenotipo B. Por ello, los resultados deben interpretarse como asociaciones descriptivas entre fenotipos y no como relaciones causales.

CONCLUSIONES

Este estudio multicéntrico efectuado en población mexicana confirma que los fenotipos del síndrome de ovario poliquístico se asocian con una repercusión diferenciada en la calidad de vida. El fenotipo A fue el más prevalente y tuvo la mayor afectación global, particularmente en la dimensión menstrual; en contraste, el fenotipo D mostró menor afectación en los dominios de acné y peso.

Estos hallazgos refuerzan que el síndrome de ovario poliquístico no debe considerarse una entidad homogénea, sino un síndrome heterogéneo cuya expresión fenotípica condiciona variaciones clínicas y psicosociales relevantes. Reconocer estas diferencias favorece un procedimiento terapéutico individualizado, orientado a las necesidades específicas de cada fenotipo, con el propósito de optimizar la calidad de vida de las pacientes y servir como base para estrategias terapéuticas diferenciadas y futuras investigaciones longitudinales en población latinoamericana.[22]

DECLARACIONES

Agradecimientos

A todas las clínicas, médicos colaboradores y pacientes que participaron en el Proyecto síndrome de ovario poliquístico, cuya contribución hizo posible este estudio multicéntrico.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la elaboración, análisis o publicación del estudio.

Financiamiento

No se recibió financiamiento específico de agencias del sector público, comercial o sin fines de lucro. El estudio se efectuó mediante la colaboración voluntaria de los investigadores participantes en el Proyecto síndrome de ovario poliquístico.

Uso de inteligencia artificial

Se utilizaron herramientas de inteligencia artificial solo como apoyo para la revisión de estilo, corrección gramatical y mejora de la redacción del manuscrito. Todas las decisiones científicas, análisis de resultados, interpretación de datos y contenido final estuvieron a cargo y supervisión de los autores.

Contribución de los autores

ESL: concepción del estudio, coordinación multicéntrica, análisis de resultados y revisión crítica del manuscrito. *IOCR:* diseño metodológico, adquisición de datos y revisión del contenido científico. *DGVD:* análisis estadístico, interpretación de resultados, redacción del manuscrito y revisión bibliográfica. *JAMV, MRMS, JJCR y VABR*: recolección de datos, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del artículo.

Declaración de investigación en seres humanos y animales

El estudio solo tuvo participación de humanos de carácter observacional, multicéntrica efectuada mediante encuesta electrónica, sin intervención clínica de las participantes. La investigación se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y sus actualizaciones posteriores. No se realizaron procedimientos experimentales en animales.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11290

Clínica / Institución	Médico(a) responsable	Ciudad
Ginecología Integral Sierra Morena	Juan Manuel Rubio Rubio	Aguascalientes
Centro de la Fertilidad del Prado	Lorena Oceguera	Tijuana
Centro de Fertilidad	Alejandra Gutiérrez Miranda	Los Cabos
CERGYN	Miguel Flores Villalobos	Tuxtla Gutiérrez
Gestare Star Médica	Jaime Arturo Escárcega Preciado	Chihuahua
Centro Milkiin	Mónica Yazmín Olavarría Guadarrama	Ciudad de México
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 "La Raza" (IMSS)	Zarela Lizbeth Chinolla Arellano, Guillermo Alejandro Goitia Landeros	
Diego Guillermo Velázquez Delgado	Ciudad de México	
Instituto Nacional de Perinatología (INPER)	Armando Roque	Ciudad de México
Instituto VIDA	Francisco Alfredo Arroyo Méndez-María Cristina Gutiérrez Rueda	Ciudad de México
Instituto de Fertilidad Human	Horacio Vega Peña	Colima
Hospital Ángeles León	María Cristina Lanuza López	León
Clínica de Fertilidad	José González Juárez	Pachuca
Cerfertil	Jorge Michel	Guadalajara
IMSS CMNO	Yazmín Estefanía Ramos Santillán	Guadalajara
Cergen	Norma Patricia Ramos González	Guadalajara
Star Médica Morelia	Javier Tenorio Ramos	Morelia
Instituto VIDA	Francisco Alfredo Arroyo Méndez	Cuernavaca
Fertilitá	Víctor Alfonso Batiza Reséndiz	Monterrey
UMAE 23 (IMSS)	Luis de la O, Sergio Ulises Camacho Moreno	Monterrey
Hospital San Lucas Oaxaca	Daniela Yesenia Paz Cervantes	Oaxaca
Ciclo Fértil by UNILIVE	Roberto Peláez Luengas	Oaxaca
Instituto VIDA	María Cristina Gutiérrez Rueda	Oaxaca
UNILIVE Puebla (sede 1)	Gabriela García Jiménez	Cholula
UNILIVE Puebla (sede 2)	David Eduardo Figueroa Montero	Cholula
CREA	Karina Cázarez Pérez	Querétaro
Hospital Central	Manuel Zamarripa Leyva	San Luis Potosí
Da'Vida Fertility	Alejandra Mata	Culiacán
Clínica de la Salud de la Mujer	Efrén Peraza Manjarrez	Mazatlán
Centro de Fertilidad MTR	Gerardo Vela Antillón	Hermosillo
Hospital Ángeles Villahermosa	Luz del Carmen Sanabria Villegas	Villahermosa
Consulta privada	Javier Vega Cárdenas	Nuevo Laredo
Gynefiv	Eleazar Rivera Coyotzi	Tlaxcala
FiVER	Sonia I. Fuster Rojas	Veracruz
Clínica Santa Inés	Javier Casas Román	Veracruz
Christus Muguerza Faro del Mayab	Mario Alfonso Patrón Vázquez	Mérida
PROGEN	Luis Fernando Ramírez Sánchez	Zacatecas

REFERENCIAS

1. Carmona-Ruiz IO, Saucedo-de la Llata E, Moraga-Sánchez MR, Romeu-Sarrió A. Síndrome de ovario poliquístico: ¿ha aumentado su prevalencia? Ginecol Obstet Mex 2015; 83 (12): 750-59. PMID: 27290799
2. Dewailly D, Lujan ME, Carmina E, Cedars MI, et al. Definition and significance of polycystic ovarian morphology: a task force report from the Androgen Excess and PCOS Society. Fertil Steril 2014; 102 (6): 1716-24. https://academic.oup.com/humupd/article-abstract/20/3/334/730849#:~:text=https%3A//doi.org/10.1093/humupd/dmt061
3. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild RA. Mood and anxiety disorders in women with polycystic ovary syndrome and associated factors. J Clin Endocrinol Metab 2011; 96 (1): E278-E291. http://doi.org/10.1210/jc.2010-1832
4. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Fertil Steril 2004; 81 (1): 19-25. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.004
5. Ding T, Baio G, Hardiman PJ. Prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome according to different diagnostic criteria in Chinese women. Fertil Steril 2017; 108 (4): 796-803. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.005
6. Cronin L, Guyatt G, Griffith L, Wong E, et al. Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). J Clin Endocrinol Metab 1998; 83 (6): 1976-1987. https://doi.org/10.1210/jcem.83.6.4990
7. Jones GL, Benes K, Clark TL, Denham R, et al. The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): a validation. Hum Reprod 2004; 19 (2): 371-377. doi:10.1093/humrep/deh048
8. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 1993; 118 (8): 622-29. https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009
9. Williams S, Sheffield D, Knibb RC. The Polycystic Ovary Syndrome Quality of Life Scale (PCOSQOL): development and preliminary validation. Health Psychol Open 2018; 5 (2): 2055102918788195. https://doi.org/10.1177/2055102918788195
10. Bazarganipour F, Jalali S, Montazeri A. Health related quality of life and psychological parameters in different polycystic ovary syndrome phenotypes: a comparative cross-sectional study. J Ovarian Res 2021; 14: 57. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8070288/
11. AlAhmari LSM, Alzahrani HS, Alzahrani N, AlDhafyan SO, Al-Qahtani RH, Al-Zaid JA, et al. Measures of health-related quality of life in PCOS women: a cross-sectional study from Saudi Arabia. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2024; 28 (5): 1913-19. https://doi.org/10.26355/eurrev_202403_35605
12. Ligocka N, Chmaj-Wierzchowska K, Wszołek K, Wilczak M, et al. Quality of life of women with polycystic ovary syndrome. Medicina (Kaunas) 2024; 60 (2): 294. https://doi.org/10.3390/medicina60020294
13. Mumusoglu S, Yildiz BO. Polycystic ovary syndrome phenotypes and prevalence: differential impact of diagnostic criteria and clinical versus unselected population. Curr Opin Endocr Metab Res 2020; 12: 66-71. https://doi.org/10.1016/j.coemr.2020.03.004
14. Castañeda M, Díaz F, et al. Quality of life in the different phenotypes in patients with polycystic ovary syndrome before and after medical treatment. Fertil Steril 2023; 120 (4 Suppl). https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(23)01544-3/fulltext
15. Sidra S, Tariq MH, Farrukh MJ, Mohsin M. Evaluation of clinical manifestations, health risks, and quality of life among women with polycystic ovary syndrome. PLoS One 2019; 14 (10): e0223329. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223329
16. Sánchez-Ferrer ML, Adoamnei E, Prieto-Sánchez MT, et al. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome attending a tertiary hospital in Southeastern Spain: a case-control study. Health Qual Life Outcomes 2020; 18 (1): 232. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01484-z
17. Naous E, Zouein G, Asmar S, Saad E, et al. Phenotype prevalence and health-related quality of life of Lebanese women with polycystic ovary syndrome. Endocr Pract 2023; 29 (2): 127-134. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2022.12.001
18. Barnard L, Ferriday D, Guenther N, Strauss B, et al. Quality of life and psychological well-being in polycystic ovary syndrome. Hum Reprod 2007; 22 (8): 2279-86. https://doi.org/10.1093/humrep/dem108
19. Hofmann K, et al. Health-related quality of life and mental state in women with polycystic ovary syndrome. J Menopausal Health 2025. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2025.100313
20. Baba T. Polycystic ovary syndrome: criteria, phenotypes, race and ethnicity. Reprod Med Biol 2025; 24: e12630. https://doi.org/10.1002/rmb2.12630
21. Lin T, et al. Changes in the global burden of polycystic ovary syndrome from 1990 to 2020: a systematic analysis. Reprod Health 2025; 22 (1): 29. https://doi.org/10.1186/s12978-025-02016-y
22. Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, et al. Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. Hum Reprod 2023; 38 (9): 1686-1705. https://doi.org/10.1210/clinem/dgad463
23. Saucedo-de la Llata E, Bustamante-Delgado N, Hinojosa-Cruz JC, Moraga-Sánchez MR. El arte de contar ovejas: análisis de los trastornos del sueño en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (9). https://doi.org/10.24245/gom.v93i9.115

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11290