



Universidad
Internacional
de Valencia

De la Menstruación a la Menopausia: Efectos de las Hormonas en la Salud Mental de la Mujer

TITULACIÓN:

Máster Universitario en
Neuropsicología Clínica

Curso académico: 2024-2025

Lugar de residencia, mes y año:
Málaga, España, abril, 2025

Alumno/a:

López-Herrero Naranjo,
Patricia

D.N.I: 44668030Y

Director/a:

Sanz Gómez, Sergio

Convocatoria:

Segunda

Orientación:

Créditos: 6,00

De:

 Planeta Formación y Universidades

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Marco Teórico	3
La Vida Reproductiva de la Mujer y Trastornos Asociados	3
El Ciclo Menstrual	3
Fase Menstrual o Folicular Temprana	5
Fase Folicular Media	5
Fase Folicular Tardía y Periovulatoria	5
Ovulación.....	6
Fase Lútea.....	6
Síndrome Premenstrual	8
Trastorno Disfórico Premenstrual	9
La Perimenopausia, Menopausia y Postmenopausia	10
Implicación de los Neuroesteroides y Hormonas Gonádicas en los Trastornos	13
Influencias en la Serotonina.....	16
Importancia de los Tratamientos en estos Contextos	18
Objetivos e Hipótesis.....	20
Metodología y Plan de Trabajo Utilizados.....	22
Diseño.....	22
Participantes.....	22
Instrumentos.....	23
Consentimiento Informado	23
Datos Generales	23
Sección Específica según la Etapa Reproductiva.....	24
Instrumentos Psicométricos	24
Procedimiento.....	29
Análisis de Datos	30
Análisis Descriptivo	30
Pruebas de Normalidad	30
Comparación entre Grupos.....	30
Análisis de Correlaciones.....	30
Resultados	31

Descripción de la Muestra.....	31
Descripción de la Muestra en Ciclo Menstrual	32
Descripción de la Muestra en Etapa de Menopausia.....	33
Pruebas de Normalidad	35
Normalidad de la Muestra Total.....	35
Normalidad de la Muestra de Mujeres en Ciclo Menstrual	36
Normalidad en la Muestra de Mujeres en Etapa de Menopausia	38
Contraste de Hipótesis.....	41
Discusión	58
Relevancia de los Hallazgos en el Contexto de Investigaciones Anteriores	59
Implicaciones de los Hallazgos.....	60
Fortalezas.....	61
Limitaciones.....	61
Prospectivas de Futuro	62
Conclusiones.....	63
Bibliografía.....	64
Anexo A	76
Anexo B	82
Anexo C	92

Resumen

Este trabajo de investigación profundiza en la compleja relación entre las fluctuaciones hormonales y la salud mental femenina a lo largo de su ciclo vital reproductivo, desde la menarquia hasta el climaterio. La evidencia sugiere una clara asociación entre las variaciones hormonales inherentes a las distintas etapas de la vida reproductiva y un incremento en la vulnerabilidad a trastornos emocionales como ansiedad, depresión, estrés y desregulación emocional, presentando las mujeres una susceptibilidad aproximadamente doble en comparación con los hombres.

Se diseñó un estudio transversal, correlacional y comparativo, involucrando a mujeres en distintas etapas reproductivas. La evaluación, realizada mediante cuestionarios y escalas validadas, reveló una mayor sintomatología emocional durante la fase folicular y menstrual, así como en la postmenopausia. El estudio también profundiza en el SPM y el TDPM, así como los desafíos psicológicos de la perimenopausia y menopausia, destacando la influencia de los niveles de estrógenos, progesterona y FSH en el estado de ánimo.

Se observó que el uso de tratamientos hormonales o psicofarmacológicos modula la intensidad de los síntomas, apoyando parcialmente la hipótesis de la sensibilidad individual a los cambios hormonales como factor clave.

En conclusión, esta investigación enfatiza la necesidad de una perspectiva integral de la salud mental femenina que integre la influencia hormonal. Se requiere ofrecer apoyo y recursos específicos para optimizar bienestar en cada etapa vital, impulsando mayor sensibilización clínica y abordajes personalizados y efectivos en la evaluación e intervención.

Palabras Clave: trastornos del estado de ánimo, hormonas, menopausia, ciclo menstrual, trastornos de ansiedad

Abstract

This research deepens the complex relationship between hormonal fluctuations and women's mental health throughout their reproductive life cycle, from menarchy to menopause. Evidence suggests a clear association between hormonal variations inherent in different stages of reproductive life and increased vulnerability to emotional disorders such as anxiety, depression, stress and emotional dysregulation, with women presenting approximately double the susceptibility compared to men.

A cross-sectional, correlational and comparative study was designed, involving women at different reproductive stages. The evaluation, carried out using questionnaires and validated scales, revealed a greater emotional symptomatology during the follicular and menstrual phase, as well as in postmenopause. The study also delves into PMS and PMSD, as well as the psychological challenges of perimenopause and menopause, highlighting the influence of estrogen, progesterone and FSH levels on mood.

It was observed that the use of hormonal or psychopharmacological treatments modulates the intensity of symptoms, partially supporting the hypothesis of individual sensitivity to hormonal changes as a key factor.

In conclusion, this research emphasizes the need for a comprehensive perspective on female mental health that integrates hormonal influence. Targeted support and resources are required to optimize wellbeing at every vital stage, driving greater clinical awareness and personalized and effective approaches to assessment and intervention.

Key Words: mood disorders, hormones, menopause, menstrual cycle, anxiety disorders

Marco Teórico

La Vida Reproductiva de la Mujer y Trastornos Asociados

En diversos estudios, se estima que las mujeres tienen dos veces más riesgo de desarrollar trastornos emocionales y ansiedad en comparación con los hombres (Andersen, Nagpal et al., 2024; Andersen, Prim et al., 2024; Barth et al., 2015; Burt & Stein, 2002; Doornweerd, Baas et al., 2024; Doornweerd, Gerritsen et al., 2025; Ferllini-Montealegre et al., 2020; Gamsakhurdashvili et al., 2021; Guevarra et al., 2023; Li et al., 2020; Maurya et al., 2022; Sherwin, 2005; Schweizer-Schubert et al., 2021; Soares, 2014; Urzola-Tirado et al., 2021; Wieczorek et al., 2023; Yonkers et al., 2011). Esta mayor susceptibilidad en mujeres se puede deber a múltiples factores, pero se cree que las fluctuaciones hormonales a lo largo de su vida reproductiva tienen una gran influencia. En efecto, diversos autores especifican que la mayor incidencia en mujeres se da a partir de la pubertad, siendo similar antes de ésta y tras la menopausia (Albert et al., 2015; Andersen, Prim et al., 2024; Barth et al., 2015; Burt & Stein, 2002; Deecher et al., 2008; Doornweerd, Baas et al., 2024; Farage et al., 2008; Halbreich & Kahn, 2001; Hantsoo & Epperson, 2017; Maurya et al., 2022; Pilarczyk et al., 2019; Pope et al., 2017; Soares & Zitek, 2008; Steiner et al., 2003; Stickel et al., 2019; Urzola-Tirado et al., 2021; Wang et al., 2024; Wieczorek et al., 2023).

Del mismo modo, trastornos aparentemente no relacionados con las hormonas ováricas, como por ejemplo el trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, entre otros, se han visto afectados por las fluctuaciones hormonales, presentando las mujeres una exacerbación de la sintomatología (PME) (Andersen, Nagpal et al., 2024; Boyd & Amsterdam, 2004; Dick-Paredes et al., 2019; Doornweerd, Gerritsen et al., 2025; Fingfeld, 2002; Graham et al., 2017; Guevarra et al., 2023; Haigh et al., 2018; Halbreich & Kahn, 2001; Hannan et al., 2024; Hantsoo & Epperson, 2017; Hantsoo et al., 2023).

El Ciclo Menstrual

El ciclo menstrual acompaña a la mujer durante gran parte de su vida reproductiva, con una duración estimada de entre 35 y 40 años (Hampson, 2020; Zanin et al., 2011). Aunque tradicionalmente se ha considerado que su duración promedio es de 28 días, en realidad puede oscilar dentro de un rango más amplio, influenciado por factores genéticos, ambientales y de salud general (Brown & Gervais, 2020; Farage et al., 2008; Hampson, 2020;

Hantsoo et al., 2023; Harrington et al., 2022; Laird et al., 2019; Seligowski et al., 2020). Estudios han determinado que este rango normal varía entre 24 y 38 días (Barrientos et al., 2019; Guevarra et al., 2023; Hampson, 2020; Maurya et al., 2022; Rodríguez-Jiménez & Curell-Aguilá, 2017), y que solo el 40% de las mujeres presentan ciclos de 28 días exactos. En contraste, un 35% experimenta ciclos más cortos o largos, mientras que el 15% restante tiene ciclos irregulares (Hampson, 2020; Zanin et al., 2011). El inicio del ciclo se establece con el primer día de sangrado menstrual, dando paso a una serie de cambios hormonales que regulan la ovulación y la preparación del útero para una posible gestación (Farage et al., 2008; Hampson, 2020; Hantsoo & Epperson, 2017; Zanin et al., 2011).

Durante la etapa reproductiva, a partir de la menarquia, las hormonas sexuales femeninas fluctúan siguiendo un patrón característico a lo largo del ciclo menstrual. Este proceso está regulado por el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal (HPG), siendo las hormonas principalmente asociadas los estrógenos (estradiol), la progesterona, la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH) (Borrow & Cameron, 2014; Dan et al., 2019; Doornweerd, Gerritsen et al., 2025; Dubol et al., 2024; Farage et al., 2008; Guevarra et al., 2023; Hantsoo et al., 2023; Harrington et al., 2022; Haufe & Leeners, 2023; Kaltsouni et al., 2024; Klusmann et al., 2022; Laird et al., 2019; León-García, 2015; Pilarczyk et al., 2019; Pletzer & Noachtar, 2023; Youssef et al., 2022). Estas hormonas tienen patrones de secreción distintos a lo largo del ciclo menstrual y generan las fases propias del mismo.

La mayoría de los estudios diferencian principalmente dos fases, la fase folicular y la fase lútea, así mismo las posibles divisiones se pueden ver en la Figura 1. Para determinar los patrones hormonales subyacentes, debido a las fluctuaciones hormonales que tienen lugar en cada fase, hemos de hacer una división precisa dentro de cada una de ellas. Por tanto, la fase folicular, que abarca de los días 1 a 14 del ciclo, se puede dividir en fase menstrual (fase folicular temprana) de los días 1 a 7, fase folicular media y fase folicular tardía, conteniendo la fase periovulatoria u ovulación que comienza alrededor del día 14 (Borrow & Cameron, 2014; Brown & Gervais, 2020; Dan et al., 2019; Derntl et al., 2024; Hampson, 2020; Hannan et al., 2024; Hantsoo & Epperson, 2017; Hantsoo et al., 2023; Harrington et al., 2022; Haufe & Leeners, 2023; Laird et al., 2019; Rodríguez-Jiménez & Curell-Aguilá, 2017; Seligowski et al., 2020; Zanin et al., 2011).

Fase Menstrual o Folicular Temprana

Esta corresponde a los primeros días del ciclo menstrual, iniciando éste el primer día de sangrando menstrual. Durante esta fase los niveles de las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) disminuyen notablemente (Brown & Gervais, 2020; Derntl et al., 2024; Farage et al., 2008; Hampson, 2020; Hannan et al., 2024; Hantsoo et al., 2023; Harrington et al., 2022; Pletzer & Noachtar, 2023). Como consecuencia de esta caída hormonal se produce una contracción de los vasos sanguíneos que lleva al desprendimiento de las capas superiores del revestimiento uterino (endometrio), dando lugar al sangrado menstrual. El sangrado menstrual (o menstruación) es el evento más visible del ciclo menstrual y su duración media varía entre 3 y 7 días, aunque en muchas mujeres se presenta entre 4 y 6 días (Farage et al., 2008; Hampson, 2020; Rodríguez-Jiménez & Curell-Aguilá, 2017). Los síntomas asociados a esta fase varían entre las mujeres y pueden incluir dolor abdominal o dismenorrea, sensación de cansancio o fatiga, así como alteraciones emocionales como tristeza o irritabilidad.

Fase Folicular Media

Tras la menstruación, el descenso en los niveles de estrógenos y progesterona activa el eje hipotálamo-hipófisis-ovárico. En respuesta, el hipotálamo libera la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) que estimula la producción de la FSH y LH en la hipófisis. En esta fase el nivel de la FSH desempeña un papel clave estimulando el desarrollo de varios folículos en el ovario, donde cada folículo contiene un ovulo (Duval et al., 2010; Farage et al., 2008; Hampson, 2020; Hannan et al., 2024; Hantsoo et al., 2023; Harrington et al., 2022; Haufe & Leeners, 2023; Rodríguez-Jiménez & Curell-Aguilá, 2017; Wiczorek et al., 2023; Zanin et al., 2011).

Fase Folicular Tardía y Periovulatoria

A medida que la concentración de FSH va disminuyendo sólo un folículo sigue su desarrollo (folículo dominante). Hacia el final de esta fase, el aumento significativo en los niveles de estrógenos culmina en un pico alto de corta duración (aproximadamente de 36 horas) que desencadena en un aumento repentino de la LH, aproximadamente de 24 a 36 horas antes de la ovulación, induciendo la liberación del ovocito maduro del ovulo (Brown & Gervais, 2020; Derntl et al., 2024; Farage et al., 2008; Hampson, 2020; Hannan et al., 2024;

Hantsoo et al., 2023; Harrington et al., 2022; Haufe & Leeners, 2023; Ko et al., 2024; Laird et al., 2019; Pletzer & Noachtar, 2023; Wieczorek et al., 2023).

Ovulación

El nivel de estrógenos disminuye y el nivel de progesterona comienza a elevarse. Se trata de un proceso clave en el ciclo menstrual femenino, en el que se libera un ovulo maduro desde uno de los ovarios hasta la trompa de Falopio, alrededor del día 14 del ciclo, siendo éste el periodo de máxima fertilidad. Este proceso está regulado por el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal que coordina las señales hormonales para señalar el adecuado desarrollo del ovulo y la preparación del cuerpo para una posible concepción. La ovulación puede verse afectada por diversos factores como desequilibrios hormonales, estrés, enfermedades crónicas y ciertos estilos de vida, de este modo, condiciones como el síndrome de ovario poliquístico (SOP), la disfunción tiroidea, o la amenorrea pueden interferir en el proceso ovulatorio, pudiendo afectar a la fertilidad femenina. La ovulación marca el final de la fase folicular y es seguida por la fase lútea (Clínica Universidad de Navarra, 2023; Derntl et al., 2024; Farage et al., 2008; Hampson, 2020; Hannan et al., 2024; Haufe & Leeners, 2023; Pletzer & Noachtar, 2023; Rodríguez-Jiménez & Curell-Aguilá, 2017; Urzola-Tirado et al., 2021; Zanin et al., 2011).

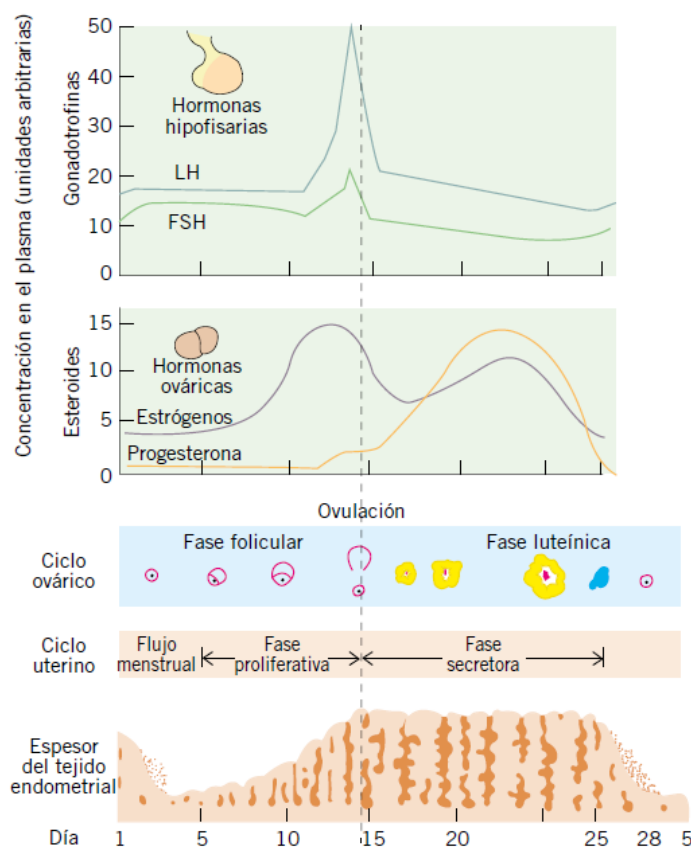
Fase Lútea

Esta fase del ciclo menstrual comienza tras la ovulación y tiene una duración aproximada de 10 a 16 días, con un promedio de 14 días y termina antes de la fase menstrual (Farage et al., 2008; Hampson, 2020). Se divide en fase lútea temprana-media con niveles máximos de progesterona y medios de E2 (estradiol) y fase premenstrual o fase lútea tardía, con niveles decrecientes de ambas hormonas (Borrow & Cameron, 2014; Brown & Gervais, 2020; Derntl et al., 2024; Hannan et al., 2024; Hantsoo et al., 2023; Harrington et al., 2022; Laird et al., 2019; Pletzer & Noachtar, 2023; Ko et al., 2024). La fase temprana-media es la primera parte de la fase lútea que comienza después de la ovulación, cuando el folículo roto se cierra tras liberar el ovulo y forma el cuerpo lúteo. Durante esta fase el cuerpo lúteo segrega principalmente progesterona, pero también estrógenos en menor medida, e inhibina A (Brown & Gervais, 2020; Duval et al., 2010; Hampson, 2020; Haufe & Leeners, 2023; Ko et al., 2024; Wieczorek et al., 2023). La progesterona y estrógenos son clave para la preparación del endometrio, que entra en su fase proliferativa, produciéndose un

engrosamiento del tejido estromal, vasos sanguíneos y estructuras glandulares, preparándose para una posible implantación embrionaria. En esta fase, tanto la progesterona como el estradiol llega a un pico sostenida normalmente de 10 a 5 días antes de la próxima menstruación. En la fase premenstrual o fase lútea tardía (última parte de la fase lútea), con una duración aproximada de 3-4 días, si el ovulo no es fecundado el cuerpo lúteo comienza a degenerarse y se convierte en cuerpo *albicans*, disminuyendo niveles de estrógeno y progesterona, dando inicio a la fase menstrual (Borrow & Cameron, 2014; Brown & Gervais, 2020; Derntl et al., 2024; Farage et al., 2008; Hampson, 2020; Hannan et al., 2024; Hantsoo et al., 2023; Harrington et al., 2022; Haufe & Leeners, 2023; Pletzer & Noachtar, 2023; Ko et al., 2024; Laird et al., 2019; Wiczorek et al., 2023).

Figura 1

Cambios hormonales asociados a cada fase del ciclo femenino



Nota. Recuperada de “El ciclo menstrual y sus alteraciones” por Rodríguez-Jiménez, M. J., & Curell-Aguilá, N., 2017, *Pediatría Integral*, 21(5), p. 305

Los cambios hormonales a lo largo del ciclo no solo afectan al sistema reproductivo, sino que también influyen en el estado de ánimo y la salud mental (Barth et al., 2015; Luo et al., 2024; Yonkers et al., 2008). Aproximadamente el 80% de las mujeres en edad reproductiva presentan síntomas premenstruales, cuya intensidad y características pueden variar. Entre los síntomas somáticos más frecuentes se encuentran la tensión mamaria, la distensión abdominal, la retención de líquidos, el estreñimiento o la diarrea, así como cefaleas. A nivel psicológico, se observan leves alteraciones del estado de ánimo, tensión e inquietud, que suelen resolverse con la llegada de la menstruación (Urzola-Tirado et al., 2021; Yonkers et al., 2008; Zanin et al., 2011).

Síndrome Premenstrual

El síndrome premenstrual (SPM) es una condición común que afecta a una gran proporción de mujeres en edad fértil. Su prevalencia oscila entre el 12% y el 80%, variando en función del estudio (Burt & Stein, 2002; Duval et al., 2010; Finfgeld, 2002; Hantsoo et al., 2023; Kimball et al., 2024; León-García, 2015; Miller et al., 2009; Noble, 2005; Pope et al., 2017; Soares, 2013; Steiner et al., 2003). Los síntomas del SPM suelen presentarse en la fase lútea del ciclo menstrual, unos 5-10 días antes del inicio de la menstruación, y desaparecen con su comienzo o dentro de los 4-7 días posteriores a su inicio (Brace & McCauley, 1997; Dick-Paredes et al., 2019; Finfgeld, 2002; Hantsoo et al., 2023; Hou et al., 2023; León-García, 2015; Noble, 2005; Stickel et al., 2019; Wieczorek et al., 2023).

Los síntomas del SPM son diversos y pueden incluir manifestaciones físicas, emocionales y conductuales (Dick-Paredes et al., 2019; Finfgeld, 2002; León-García, 2015; Stickel et al., 2019). Entre los síntomas físicos más comunes se encuentran la mastalgia, los edemas, la fatiga y los dolores de cabeza (Brace & McCauley, 1997; Finfgeld, 2002; Zanin et al., 2011). La fatiga, por ejemplo, es particularmente pronunciada durante la fase perimenstrual, mientras que los dolores de cabeza suelen ser más intensos al final de la fase lútea, especialmente debido a la caída de los niveles de estrógenos (Brace & McCauley, 1997; Finfgeld, 2002; León-García, 2015; Zanin et al., 2011). En cuanto a los síntomas emocionales, muchas mujeres experimentan irritabilidad, ansiedad, tristeza, cambios en el estado de ánimo y una mayor sensibilidad emocional (Brace & McCauley, 1997; Eggert et al., 2017; Finfgeld, 2002; León-García, 2015; Steiner et al., 2003). Estos síntomas pueden variar en su intensidad, y se ha reportado que más del 80% de las mujeres los describen como leves o moderados (Dueñas et al., 2011; Finfgeld, 2002; León-García, 2015).

Trastorno Disfórico Premenstrual

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM), según el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), es un trastorno grave que afecta a algunas mujeres en la fase lútea de su ciclo menstrual, es decir, en los 7-10 días previos al inicio de la menstruación, tras la ovulación, y van empeorando hasta su desaparición con el comienzo de la fase menstrual o unos días después de su inicio (Burt & Stein, 2002; De Berardis et al., 2005; Castro et al., 2021; Duval et al., 2010; Finfgeld, 2002; Hantsoo & Epperson, 2020; Ko et al., 2024; Martínez et al., 2016; Soares & Zitek, 2008; Stickel et al., 2019; Wieczorek et al., 2023). A diferencia del Síndrome Premenstrual (SPM), que es más leve, el TDPM implica síntomas emocionales, físicos y conductuales tan intensos que pueden afectar significativamente a la calidad de vida de la mujer, en su trabajo, relaciones sociales o actividades de la vida diaria (Engler-Chiurazzi et al., 2022; Finfgeld, 2002; Hantsoo & Epperson, 2020; Steiner et al., 2003; Stickel et al., 2019; Urzola-Tirado et al., 2021; Vinchurney et al., 2023; Wieczorek et al., 2023).

Las estimaciones de prevalencia del TDPM varían según los estudios, aunque se calcula que entre el 3% y 8% (siendo el porcentaje máximo encontrado de 10%) de las mujeres en edad fértil lo experimentan (Burt & Stein, 2002; Câmara et al., 2016; De Berardis et al., 2005; Dick-Paredes et al., 2019; Duval et al., 2010; Eggert et al., 2017; Engler-Chiurazzi et al., 2022; Finfgeld, 2002; Hall & Steiner, 2015; Hantsoo & Epperson, 2020; Kimball et al., 2024; Ko et al., 2024; Mazza et al., 2008; Miller et al., 2009; Noble, 2005; Schweizer-Schubert et al., 2021; Sherwin, 2005; Steiner et al., 2003; Stickel et al., 2019; Vinchurney et al., 2023; Yonkers, 2008). Esta variabilidad sugiere que factores metodológicos y poblacionales pueden influir en la identificación del trastorno.

Según el DSM-5-TR, el diagnóstico se realiza cuando una mujer presenta al menos cinco de una serie de síntomas durante la fase premenstrual (American Psychiatric Association, 2022; Hall & Steiner, 2015; Yonkers et al., 2008). Estos síntomas incluyen cambios significativos en el estado de ánimo, como irritabilidad, tristeza profunda, ansiedad o tensión, así como síntomas físicos como hinchazón, dolor en los senos, fatiga extrema, alteraciones en el sueño y dolores musculares o articulares. Además, las mujeres pueden experimentar dificultad para concentrarse, una disminución del interés en actividades cotidianas y cambios en los hábitos alimenticios, como antojos o aumento del apetito

(American Psychiatric Association, 2022; Barth et al., 2015; Boyd & Amsterdam, 2004; Brace & McCauley, 1997; Dick-Paredes et al., 2019; Engler-Chiurazzi et al., 2022; Finfgeld, 2002; Hantsoo & Epperson, 2020; Ko et al., 2024; León-García, 2015; Soares & Zitek, 2008; Urzola-Tirado et al., 2021; Vinchurney et al., 2023).

La Perimenopausia, Menopausia y Postmenopausia

Como se puede observar en la Figura 2, la perimenopausia, o transición a la menopausia, comienza cuando los ciclos menstruales y hormonales dejan de ser regulares. Es una etapa hormonal clave, con síntomas físicos y psicosociales frecuentes en muchas mujeres. Este periodo abarca desde que aparecen los primeros cambios hormonales y clínicos propios de la menopausia hasta un año después de que esta se ha instaurado. Durante la perimenopausia, disminuyen las hormonas ováricas que normalmente inhiben la producción de otras, lo que provoca un aumento de la FSH y una mayor actividad del hipotálamo y la hipófisis (Álvarez-García et al., 2021; Cepeda-Moreno et al., 2019; Duval et al., 2010; Engler-Chiurazzi et al., 2022; Haufe & Leeners, 2023; Soares, 2013; Soares & Zitek, 2008; Spicer et al., 2025; Steiner et al., 2003).

La transición puede durar muchos años. Al principio, los ciclos se alteran levemente en duración o cantidad de sangrado. Luego, se vuelven impredecibles y menos frecuentes, lo que genera períodos más largos sin estrógenos. Durante esta etapa, el riesgo de sufrir trastornos del estado de ánimo aumenta respecto a la etapa premenopáusica. Este riesgo es aún mayor si se presentan síntomas vasomotores (SVM), como sofocos y sudores nocturnos, llegando a cuadruplicarse en comparación con mujeres postmenopáusicas que no los tienen (Boyd & Amsterdam, 2004; Deecher et al., 2008; Engler-Chiurazzi et al., 2022; Hantsoo & Epperson, 2017; Soares, 2013; Soares & Zitek, 2008).

Se cree que las fluctuaciones hormonales afectan directamente al cerebro, por lo que cuanto más tiempo se esté en esta etapa, mayor es el riesgo de depresión, incluso sin antecedentes depresivos ni factores externos. Por ello, puede ser un periodo de vulnerabilidad en el que los síntomas físicos y emocionales afectan negativamente el funcionamiento diario y reducen la calidad de vida. En el plano emocional, los síntomas más comunes incluyen irritabilidad, ansiedad, falta de energía o motivación, problemas de concentración y una peor calidad del sueño anímico (Duval et al., 2010; Llana et al., 2012; Sherwin, 2005; Soares, 2014; Steiner et al., 2003).

Algunos estudios han encontrado una relación entre los sofocos durante esta etapa y la aparición de ansiedad en mujeres que previamente no mostraban niveles elevados de esta. Además, el trastorno de pánico puede iniciarse o agravarse durante la perimenopausia, y tanto los sofocos como los síntomas del trastorno de pánico tienden a responder a tratamientos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y de serotonina-noradrenalina (IRSN). (Hantsoo & Epperson, 2017; Llana et al., 2012; Wieczorek et al., 2023).

La menopausia se diagnostica tras doce meses sin menstruación desde la última regla y marca el fin de la etapa reproductiva de la mujer. Es consecuencia del envejecimiento de los ovarios y suele ocurrir alrededor de los 51 años. En general, quienes tuvieron la primera menstruación (menarquia) de forma temprana tienden a llegar antes a la menopausia. Según Álvarez-García et al. (2021), en los países occidentales un 12 % de las mujeres no presenta síntomas menopaúsicos, mientras que un 14 % sufre síntomas físicos y emocionales intensos. En cambio, Boyd & Amsterdam (2004) señalan que entre un 65 % y un 85 % de mujeres menopaúsicas experimentan síntomas emocionales y vasomotores. Además, aquellas con depresión moderada o grave tienen casi el doble de probabilidades de sufrir sofocos o sudores nocturnos, y los síntomas vasomotores intensos tienden a empeorar la depresión. (Álvarez-García et al., 2021; Boyd & Amsterdam, 2004; Burt & Stein, 2002; Cepeda-Moreno et al., 2019; Duval et al., 2010; Hantsoo & Epperson, 2017).

Como en la perimenopausia, los síntomas más frecuentes durante la menopausia incluyen insomnio, fatiga, irritabilidad, olvidos, disminución del deseo sexual, depresión, ansiedad y síntomas vasomotores, siendo los sofocos los más comunes. Estos pueden empezar hasta cuatro años antes del fin de la menstruación y durar uno o dos años después (Burt & Stein, 2002; Cepeda-Moreno et al., 2019; Llana et al., 2012; Wieczorek et al., 2023).

Las mujeres con antecedentes depresivos suelen experimentar un aumento en la cantidad e intensidad de estos síntomas durante esta etapa. Aunque no se ha demostrado que los episodios del trastorno bipolar (TB) se vuelvan más frecuentes o intensos durante la menopausia, Kim et al. (2022) observó que los síntomas del estado de ánimo, especialmente los depresivos, se agravan en mujeres con TB. También se ha visto que el tamoxifeno y la

terapia hormonal pueden ayudar a reducir estos síntomas en este grupo (Kim et al., 2022; Soares, 2014).

En casos de menopausia quirúrgica (por histerectomía, con o sin extirpación de ovarios), los niveles de estradiol y progesterona bajan bruscamente y la FSH aumenta por la reducción de inhibina A. Esto puede generar síntomas depresivos y ansiosos más severos que en la menopausia natural. Se han reportado problemas psiquiátricos como agitación, insomnio, depresión, ansiedad y alteraciones psicosexuales tras esta cirugía, aunque otros estudios longitudinales muestran que muchas mujeres mejoran su calidad de vida, incluyendo el estado de ánimo (; Llaneza et al., 2012).

La postmenopausia temprana abarca los cinco años posteriores a la última menstruación. Durante esta etapa, la actividad hormonal ovárica disminuye hasta estabilizarse, y se acelera la pérdida de masa ósea (Burt & Stein, 2002; Cepeda-Moreno et al., 2019; Duval et al., 2010; Flores-Ramos, 2011; Llaneza et al., 2012; Schiller et al., 2016; Soares, 2014; Soares & Zitek, 2008; Spicer et al., 2024).

Tanto la etapa de perimenopáusica como la postmenopáusica, son ambas etapas de mayor vulnerabilidad y riesgo para presentar una sintomatología depresiva o una depresión mayor, encontrándose la prevalencia entre <1%-11% según el periodo en que se encuentre; pudiendo ser de dos a cinco veces mayor la probabilidad de presentar por primera vez sintomatología depresiva o episodios de depresión mayor, o incluso multiplicándose por catorce la probabilidad en mujeres con historia previa de trastorno psiquiátrico. Se consideran predictores de riesgo una historia de depresión previa, trastorno disfórico premenstrual, mala calidad del sueño, síntomas vasomotores, estrés, mayor irregularidad de los ciclos menstruales, entre otros (Duval et al., 2010; Flores-Ramos, 2011; Llaneza et al., 2012; Schiller et al., 2016; Soares, 2014; Soares & Zitek, 2008; Spicer et al., 2024).

Figura 2

Propuesta de división de la etapa de perimenopausia y menopausia según sus características

47 años		51 años		
Transición de la Menopausia		Amenorrea definitiva	Postmenopausia	
Fase de inicio		Fase tardía	Fase de inicio	Fase tardía
Perimenopausia				
Duración	variable		1 año	4 años
Ciclos menstruales	ciclo $\pm$ largo > 7j	salto de 2 ciclos > 60j	Ausencia de ciclo	
Características Hormonales	FSH $\nearrow$ LH N E2 $\nearrow$ PRG $\searrow$ PRL N Testo. N	FSH $\nearrow$ LH $\nearrow$ E2 $\searrow$ PRG $\searrow$ PRL N Testo. N	FSH $\nearrow$ LH $\nearrow$ E2 $\searrow$ PRG $\searrow$ PRL $\searrow$ Testo. $\searrow$	

Nota. Recuperada de “Bases neurobiológicas de vulnerabilidad psiquiátrica a lo largo de las etapas de la vida hormonal de la mujer” por Duval et al., 2010, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), p. 301

Implicación de los Neuroesteroides y Hormonas Gonádicas en los Trastornos

Diversas hipótesis se han estudiado para dar explicación a la sintomatología emocional y los trastornos del estado del ánimo relacionados con el ciclo menstrual, como el síndrome premenstrual (SPM), trastorno disfórico premenstrual (TDPM), las exacerbaciones premenstruales de trastornos psiquiátricos, y los trastornos y sintomatología emocional que surge en la etapa de la perimenopausia y menopausia.

Finalmente, la hipótesis que parece más probable es la presencia de una vulnerabilidad y una sensibilidad específica del sistema nervioso central de algunas mujeres a las fluctuaciones hormonales que ocurren durante el ciclo y en la etapa de transición a la menopausia, y no a diferencias en las concentraciones o niveles absolutos de éstas. que van a moldear el cerebro e influir en los sistemas neuroquímicos implicados en la regulación emocional y conductual (Amiel-Castro et al., 2021; Andersen, Nagpal et al., 2024; Barrientos et al., 2019; Barth et al., 2015; Boyd & Amsterdam, 2004; Brown & Gervais, 2020; Câmara et al., 2016; Doornweerd, Baas et al., 2024; Doornweerd, Gerritsen et al., 2025; Dubol et al.,

2024; Duval et al., 2010; Hall & Steiner, 2015; Hannan et al., 2024; Hantsoo & Epperson, 2017; Hantsoo & Epperson, 2020; Kaltsouni et al., 2024; Katrinli et al., 2025; Ko et al., 2024; Miller et al., 2009; Pilarczyk et al., 2019; Pope et al., 2017; Rubinow & Schmidt, 2019; Schiller et al., 2016; Sherwin, 2005; Soares, 2013; Soares & Zitek, 2008; Steiner et al., 2003; Stickel et al., 2019; Vinchurney et al., 2023; Wieczorek et al., 2023; Yen et al., 2018; Yonkers et al., 2008).

Las principales hormonas que se encuentran durante el ciclo menstrual y las que fluctúan de una etapa a otra, como hemos visto en el apartado anterior, son los estrógenos, las progesteronas, el LH y el FSH, donde las principales involucradas serían los estrógenos y progesteronas. Estas hormonas influyen en los sistemas neurotransmisores como el serotoninérgico, dopaminérgico, GABAérgico, entre otros (Barth et al., 2015; Dick-Paredes et al., 2019; Eggert et al., 2017; Farage et al., 2008; Halbreich & Kahn, 2001; Hantsoo & Epperson, 2017, 2020; Miller et al., 2009; Schiller et al., 2016; Spicer et al., 2025; Syan et al., 2017; Vinchurney et al., 2023; Wieczorek et al., 2023).

Esta vulnerabilidad podría explicarse, en parte, por el papel que desempeñan los estrógenos, la progesterona y la FSH. Los estrógenos, cuando están presentes en niveles más altos o estables, parecen ejercer un efecto beneficioso y protector, no solo sobre la regulación emocional, sino también en la termorregulación, el sueño, la respuesta al estrés, el procesamiento de la información emocional, el condicionamiento al miedo, recuerdo emocional y memoria. En cambio, su disminución o marcada fluctuación – como ocurre en la fase lútea, la fase folicular temprana, la perimenopausia o la menopausia – se ha asociado con un aumento de la sintomatología (Albert et al., 2015; Amiel-Castro et al., 2021; Borrow & Cameron, 2014; Boyd & Amsterdam, 2004; Brown & Gervais, 2020; Derntl et al., 2024; Douma et al., 2005; Duval et al., 2010; Farage et al., 2008; Ferlini-Montealegre et al., 2020; Gamsakhurdashvili et al., 2021; Graham et al., 2017; Halbreich & Kahn, 2001; Hantsoo & Epperson, 2017, 2020; Haufe & Leeners, 2023; Iqbal et al., 2024; Ko et al., 2024; Krinke et al., 2022; Nielsen et al., 2015; Schiller et al., 2016; Soares, 2013; Soares & Zitek, 2008; Spicer et al., 2025; Steiner et al., 2003; Yen et al., 2018; Wang et al., 2024; Wieczorek et al., 2023).

Por el contrario, niveles elevados de progesterona y FSH se han relacionado con una mayor intensidad de síntomas emocionales y un peor estado anímico. Estas hormonas no solo afectan al estado emocional, sino también a otras funciones, observándose una mayor prevalencia de trastornos como el TDPM, el SPM, la depresión perimenopáusica, exacerbaciones de síntomas de trastornos preexistentes, síntomas afectivos, estrés y alteraciones del sueño, especialmente durante la fase lútea (alta en progesterona), la perimenopausia y la menopausia (caracterizadas por niveles elevados o fluctuantes de FSH) (Barth et al., 2015; Brown & Gervais, 2020; Dan et al., 2019; Ferllini-Montealegre et al., 2020; Gamsakhurdashvili et al., 2021; Guevarra et al., 2023; Hantsoo & Epperson, 2020; Haufe & Leeners, 2023; Kaltsouni et al., 2024; Kimball et al., 2024; Klusmann et al., 2022; Ko et al., 2024; Krinke et al., 2022; Nielsen et al., 2015; Rubinow & Schmidt, 2019; Schiller et al., 2016; Spicer et al., 2025; Vinchurney et al., 2023; Wieczorek et al., 2023; Yen et al., 2018; Yonkers et al., 2008).

Esta vulnerabilidad hormonal puede explicarse por múltiples factores. Entre ellos se encuentran la alta densidad de receptores de estrógenos, progesterona y FSH, en diversas áreas cerebrales, como las redes frontales y límbicas (en especial la corteza prefrontal, la amígdala, el núcleo accumbens, el hipocampo y el hipotálamo). También se ha observado una implicación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA). Además se han identificado posibles polimorfismos genéticos en los receptores de estrógenos, como el alelo G de ESR α -XbaI, así como alteraciones en los receptores en los que influye la progesterona (Albert et al., 2015; Andersen, Prim et al., 2024; Andersen, Nagpal et al., 2024; Barth et al., 2015; Brown & Gervais, 2020; Dan et al., 2019; Douma et al., 2005; Duval et al., 2010; Doornweerd, Baas et al., 2024; Doornweerd, Gerritsen et al., 2025; Farage et al., 2008; Gamsakhurdashvili et al., 2021; Guevarra et al., 2023; Iqbal et al., 2024; Kaltsouni et al., 2024; Klusmann et al., 2022; Krinke et al., 2022; Nielsen et al., 2015; Schiller et al., 2016; Soares, 2013; Soares & Zitek, 2008; Spicer et al., 2025; Steiner et al., 2003; Syan et al., 2017; Wang et al., 2023; Yen et al., 2018; Yonkers et al., 2008).

Asimismo, la progesterona y su metabolito, la alopregnanolona, actúan sobre los receptores GABAérgicos, contribuyendo a la modulación del sistema de inhibición neuronal. Los estrógenos también influyen en la neurotransmisión serotoninérgica al regular enzimas como la monoaminoxidasa (MAO), lo que incrementa la disponibilidad de serotonina; en cambio, la progesterona tiende a disminuirla. Otros sistemas afectados por estas hormonas

incluyen el dopaminérgico (relacionado con la motivación y control de impulsos) y el colinérgico (vinculado con la respuesta al estrés) (Barth et al., 2015; Boyd & Amsterdam, 2004; Brown & Gervais, 2020; Douma et al., 2005; Duval et al., 2010; Eggert et al., 2017; Ferllini-Montealegre et al., 2020; Guevarra et al., 2023; Hantsoo & Epperson, 2017; Haufe & Leeners, 2023; Kaltsouni et al., 2024; Kimball et al., 2024; Klusmann et al., 2022; León-García, 2015; Martinez et al., 2016; Pang et al., 2023; Rubinow & Schmidt, 2019; Schiller et al., 2016; Sherwin, 2005; Soares, 2013; Steiner et al., 2003; Syan et al., 2017; Vinchurney et al., 2023; Wieczorek et al., 2023; Yen et al., 2018; Yonkers et al., 2008; Zanin et al., 2011).

Influencias en la Serotonina

La serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) es un neurotransmisor sintetizado a partir del triptófano. Su función principal es la regulación del estado de ánimo, aunque también participa en procesos como la conducta sexual, el apetito, la respuesta al estrés y la cognición. Este neurotransmisor se encuentra mayormente en los núcleos del rafe dorsal y medial del mesencéfalo, con proyecciones hacia regiones clave del cerebro como la corteza frontal, el tálamo, la amígdala, el hipotálamo y el hipocampo (Yonkers et al., 2008).

Diversas investigaciones apuntan a la implicación de la serotonina en la fisiopatología de la sintomatología emocional y trastornos del ánimo como la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la bulimia, el trastorno bipolar, así como en el síndrome premenstrual (SPM) y del trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Esta implicación se puede ver respaldada en la identificación de alteraciones en diversos marcadores de la transmisión serotoninérgica en mujeres con SPM, incluyendo una menor unión del autorreceptor 5-HT_{1A} (que inhibe la liberación de serotonina) y niveles reducidos de serotonina en sangre durante la fase premenstrual. En este contexto, los tratamientos basados en la serotonina, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), han demostrado mejorar los síntomas en mujeres que padecen trastornos emocionales vinculados al ciclo menstrual, como el TDPM, el SPM o la exacerbación premenstrual de otros trastornos psiquiátricos. Adicionalmente, una mayor disponibilidad de 5-HT se asocia con una disminución de la irritabilidad, la impulsividad, y la depresión, entre otros síntomas. Igualmente, estudios de tomografía por emisión de positrones (TEP) han evidenciado una relación entre el TDPM y marcadores de disfunción serotoninérgica. Por ejemplo, se ha observado un aumento en la unión al transportador de serotonina durante la

fase premenstrual, lo que se ha correlacionado con una mayor severidad de los síntomas emocionales, reforzando la hipótesis de que la disminución de serotonina influye negativamente en el estado de ánimo. (Barth et al., 2015; Boyd & Amsterdam, 2004; Hantsoo & Epperson, 2017, 2020; Kaltsouni et al., 2024; León-García, 2015; Sherwin, 2005; Soares & Zitek, 2008; Steiner et al., 2003; Wieczorek et al., 2023; Yonkers et al., 2008).

Estrógenos y Serotonina. El estrógeno desempeña un papel crucial en la modulación de la función serotoninérgica, ya que incrementa la cantidad de serotonina disponible, lo que contribuye a mejorar el estado de ánimo. Este efecto se debe a varios mecanismos: el estrógeno disminuye la tasa de degradación de la serotonina al regular las monoaminoxidasas (MAO-A y MAO-B), enzimas que la catabolizan; regula la triptófano hidroxilasa (TPH), enzima que limita la síntesis de serotonina; modula los transportadores de 5-HT; inhibe negativamente los autorreceptores 5HT_{1a}; y aumenta los receptores 5HT_{2a}. adicionalmente, el estrógeno estimula el incremento de la densidad de receptores de 5-HT en áreas cerebrales relacionadas con el estado emocional o de ánimo, la cognición y la conducta, regiones que contienen receptores estrogénicos como el hipotálamo, el área preóptica, la amígdala, la corteza frontal anterior, la corteza cingulada, la corteza olfatoria primaria y el núcleo accumbens (Borrow & Cameron, 2014; Douma et al., 2005; León-García, 2015; Miller et al., 2009; Noble, 2005; Sherwin, 2005; Soares, 2013; Wieczorek et al., 2023; Zenin et al., 2011).

Progesterona y Serotonina. Diversos estudios han mostrado que la progesterona puede aumentar la captación y el recambio de serotonina (5-HT) en distintas regiones cerebrales, como el hipotálamo, lo cual sugiere un papel modulador sobre esta vía. Se ha observado que su presencia puede estar asociada a una disminución de la actividad serotoninérgica, lo cual se ha relacionado con síntomas como aumento del apetito, alteraciones en el estado de ánimo, y cambios en la actividad psicomotora. Uno de los mecanismos propuestos para explicar estos efectos es el aumento de la actividad de la enzima monoaminoxidasa (MAO), responsable de la degradación de monoaminas como la serotonina. A diferencia del estrógeno, que reduce la actividad de esta enzima, la progesterona la estimula, lo que conlleva una mayor degradación de serotonina en el cerebro. Además de su acción directa sobre la MAO, la progesterona también influye en la neurotransmisión serotoninérgica de forma indirecta a través de su metabolito neuroactivo, la alopregnanolona. Este neuroesteroide actúa como modulador alostérico positivo de los

receptores GABA-A, con efectos ansiolíticos y reguladores del estado de ánimo. Esta reducción en los niveles de serotonina se ha asociado con irritabilidad, anhedonia, apatía, fatiga y síntomas depresivos. Estos efectos han sido observados tanto con progesterona endógena como con progestinas externas (Barth et al., 2015; Boyd & Amsterdam, 2004; Douma et al., 2005; Ferllini-Montealegre et al., 2020; León-García, 2015; Martínez et al., 2016; Zanin et al., 2011).

Importancia de los Tratamientos en estos Contextos

Los tratamientos farmacológicos disponibles para el trastorno los trastornos psiquiátricos, como el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) y el síndrome premenstrual (SPM) así como la sintomatología en etapa de perimenopausia y menopausia, ofrecen una vía para comprender el papel que desempeñan las hormonas en el desarrollo de estos trastornos del estado de ánimo. La eficacia observada de ciertas intervenciones apunta a una implicación significativa de los sistemas hormonales y neurotransmisores, en especial el sistema serotoninérgico y la regulación de las hormonas gonadales (Hampson, 2020). (Maslahati, y otros, 2023) (Halbreich & Kahn, 2001) (Laird, Ney, Felmingham, & Gogos, 2019)

Una de las principales líneas de tratamiento son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), considerados como tratamiento de primera línea para mujeres con TDPM de intensidad moderada a grave, así como para el tratamiento de síntomas depresivos, ansiosos, entre otros. Su eficacia, demostrada desde el primer ciclo de tratamiento, sugiere una alteración relevante en el sistema serotoninérgico en las pacientes con TDPM. Estudios recientes han señalado que los ISRS aumentan los niveles de alopregnanolona. Esta acción refuerza la hipótesis de que la disfunción gabaérgica también participa en la fisiopatología del TDPM. De hecho, algunos trabajos han hallado niveles reducidos de GABA en mujeres con síntomas premenstruales severos, y se ha planteado que el restablecimiento de esta actividad puede ser uno de los mecanismos terapéuticos de los ISRS (Douma et al., 2005; Duval et al., 2010; Halbreich & Kahn, 2001; Heesbeen et al., 2023; Miller et al., 2009).

Por otro lado, los tratamientos hormonales también ofrecen evidencia sobre la participación de las hormonas sexuales en estos trastornos. El uso de análogos de la GnRH, que inhiben la ovulación y suprimen la secreción ovárica endógena, ha demostrado ser eficaz al reducir o eliminar los síntomas disfóricos, lo que indica una relación directa entre las

fluctuaciones hormonales cíclicas y la aparición de los síntomas (Barth et al., 2015; Burt & Stein, 2002; Douma et al., 2005; Duval et al., 2010; Halbreich & Kahn, 2001; Hampson, 2020; Kim et al., 2022; Lewis et al., 2019; Navarro-Pardo et al., 2018; Soares, 2020).

Sin embargo, los efectos de los anticonceptivos hormonales sobre el estado de ánimo muestran resultados más mixtos. Mientras algunos ensayos clínicos controlados han evidenciado que la administración continua de anticonceptivos orales combinados puede estabilizar los niveles hormonales y mejorar los síntomas, otros estudios indican que ciertas formulaciones pueden agravar los síntomas del estado de ánimo en algunas mujeres. En particular, se ha señalado que el componente progestágeno podría estar implicado en la aparición de disforia, como se ha observado en mujeres posmenopáusicas que reciben terapia hormonal secuencial. (Douma et al., 2005; Duval et al., 2010; Halbreich & Kahn, 2001; Hampson, 2020; Laird et al., 2019; Lewis et al., 2019; Maslahati et al., 2023; Miller, Girgis, & Gupta, 2009; Navarro-Pardo et al., 2018; Raeder et al., 2023).

La hipótesis de que el origen de la sintomatología está más relacionado con la sensibilidad anómala a las fluctuaciones hormonales que con una alteración en los niveles absolutos de hormonas se ve reforzada por la aparición de síntomas similares al SPM en mujeres posmenopáusicas expuestas a tratamientos hormonales cíclicos, lo que indica que la exposición a variaciones hormonales, más que a las hormonas en sí, puede desencadenar los síntomas.

Objetivos e Hipótesis

El presente trabajo tiene como objetivo general analizar la influencia de las fluctuaciones hormonales en la salud mental de las mujeres a lo largo de las distintas etapas de su ciclo reproductivo, abarcando desde el ciclo menstrual hasta menopausia (perimenopausia y menopausia confirmada). Se pretende evaluar cómo estas variaciones hormonales afectan la presencia e intensidad de síntomas emocionales, como la ansiedad, la depresión y el estrés, así como las dificultades en la regulación emocional.

En cuanto a los objetivos específicos, se plantean los siguientes:

1. Determinar y comparar la presencia e intensidad de síntomas de ansiedad, depresión, estrés, manía y dificultades en la regulación emocional en mujeres durante el ciclo menstrual, menopausia (perimenopausia y menopausia confirmada).
2. Analizar la relación entre las fases del ciclo menstrual (fase folicular, ovulatoria, lútea y menstrual) y la presencia e intensidad de síntomas emocionales, como ansiedad y cambios en el estado de ánimo.
3. Analizar la relación entre síntomas vasomotores y molestias físicas (y por ende las fluctuaciones hormonales) y la salud mental en mujeres en la etapa de menopausia (perimenopausia y menopausia confirmada).
4. Analizar si las mujeres en la menopausia confirmada (postmenopausia) presentan una mejora en los síntomas emocionales en comparación con la perimenopausia.
5. Analizar si el uso de tratamientos hormonales (anticonceptivos, terapia de reemplazo hormonal, etc.) influye en la presencia e intensidad de síntomas emocionales en mujeres durante las distintas etapas reproductivas.
6. Analizar si el uso de tratamientos psicofarmacológicos (antidepresivos, ansiolíticos, entre otros) influye en la presencia e intensidad de síntomas emocionales en mujeres durante las distintas etapas reproductivas.

Con base en los objetivos planteados y la revisión de la literatura, se establece como hipótesis general, que las fluctuaciones hormonales a lo largo del ciclo reproductivo femenino tienen un impacto significativo en la salud mental, influyendo en la presencia e intensidad de

síntomas emocionales como ansiedad, depresión, estrés y dificultades en la regulación emocional, aumentando su vulnerabilidad.

En este sentido, las siguientes hipótesis específicas permiten analizar con mayor profundidad los efectos de las hormonas en la salud mental femenina a lo largo de las distintas etapas del ciclo reproductivo:

1. Existen diferencias en la presencia e intensidad de síntomas emocionales entre las distintas etapas reproductivas de la mujer (ciclo menstrual y menopausia).
2. Las diferentes fases del ciclo menstrual (folicular, ovulatoria, lútea y menstrual), y por consiguiente las fluctuaciones y cambios hormonales, están asociadas con variaciones en los síntomas emocionales, como ansiedad y cambios en el estado de ánimo.
3. La presencia de síntomas vasomotores y molestias físicas (y por ende las fluctuaciones hormonales) en la menopausia (perimenopausia y menopausia confirmada) están relacionadas con una mayor afectación en la salud mental de la mujer.
4. Las mujeres en la postmenopausia presentan una disminución en la sintomatología emocional en comparación con aquellas en la perimenopausia.
5. El uso de tratamientos hormonales (anticonceptivos, terapia de reemplazo hormonal, etc.) influye en la presencia e intensidad de síntomas emocionales en mujeres en distintas etapas reproductivas.
6. El uso de tratamientos psicofarmacológicos (antidepresivos, ansiolíticos, etc.) modula la presencia e intensidad de síntomas emocionales en mujeres en diferentes etapas del ciclo reproductivo.
7. Las alteraciones hormonales durante el ciclo reproductivo femenino pueden influir en la calidad del sueño, lo que a su vez impacta en la estabilidad emocional y el bienestar psicológico de las mujeres.

Metodología y Plan de Trabajo Utilizados

Diseño

Este estudio se enmarca dentro de un diseño transversal, correlacional, descriptivo-comparativo y analítico. Se trata de un estudio transversal, ya que los datos se recopilan en un único momento sin seguimiento longitudinal. Es correlacional, puesto que analiza la relación entre las fluctuaciones hormonales y la presencia de síntomas emocionales, como la ansiedad, la depresión y el estrés entre otros. Asimismo, sigue un enfoque descriptivo-comparativo, ya que caracteriza la muestra y compara la intensidad de los síntomas entre diferentes etapas reproductivas de la mujer (ciclo menstrual y menopausia). Finalmente, es un estudio analítico, ya que emplea pruebas estadísticas para examinar asociaciones y diferencias significativas entre los grupos evaluados.

Participantes

La población objetivo de este estudio está conformada por mujeres en distintas etapas reproductivas, incluyendo aquellas con ciclo menstrual activo y en menopausia (perimenopausia y menopausia confirmada).

La selección de la muestra se realiza mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando la estrategia de “bola de nieve”, en la que las participantes pueden compartir el enlace del cuestionario Google Forms con otras posibles interesadas.

Los criterios de inclusión son:

- Mujeres que se encuentren en alguna de las etapas reproductivas mencionadas.
- Mujeres que han aceptado el consentimiento informado antes de completar el cuestionario.
- Mujeres sin/con diagnósticos médicos que puedan afectar a nivel hormonal (ej., hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, etc.).
- Mujeres sin/con diagnóstico psiquiátricos previos (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, etc.), ya que el estudio también evalúa su relación con las hormonas.

- Mujeres bajo tratamientos hormonales (anticonceptivos, terapia hormonal de sustitución, tratamiento de trastornos endocrinos o enfermedades), o sin tratamientos hormonales.

Instrumentos

Para la recolección de datos, se utiliza un cuestionario online elaborado en Google Forms, diseñado para adaptarse a la etapa reproductiva de cada participante. Este cuestionario incluye distintas secciones que permiten obtener información detallada sobre aspectos sociodemográficos, historial médicos, síntomas emocionales y características del ciclo reproductivo. Además, se incorporan instrumentos psicométricos validados para evaluación síntomas de ansiedad, depresión, estrés, regulación emocional y manía.

Consentimiento Informado

Antes de participar en el estudio, cada mujer debe leer y aceptar un consentimiento informado en el que se detalla el tema de investigación, los objetivos del estudio, la población a la que va dirigida, los riesgos y beneficios, la confidencialidad, el coste/compensación, las alternativas a la participación, y la participación voluntaria y derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

Datos Generales

En esta sección se recopila información básica de las participantes, incluyendo:

- Edad (años) y edad de la menarquia (años).
- Etapa reproductiva actual (ciclo menstrual activo, perimenopausia o menopausia).
- Diagnósticos médicos previos, relacionados especialmente con endocrinología, ginecología o psiquiatría.
- Uso de tratamientos hormonales (anticonceptivos, terapia de sustitución hormonal (TSH), etc.)
- Uso de psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos u otros).

Sección Específica según la Etapa Reproductiva

Dependiendo de la etapa reproductiva en la que se encuentre la participante en el momento de responder al cuestionario, se le redirige a un conjunto de preguntas específicas,

- Ciclo menstrual: se investiga la regularidad de los ciclos (muy regulares: entre 21 y 35 días; irregulares: varían significativamente de un mes a otro), la fase del ciclo en la que se encuentra la participante (fase menstrual, fase folicular, ovulación, fase lútea), la presencia (sí/no) e intensidad de dismenorrea (leve, moderada, severa), la calidad del sueño (dificultades para conciliar el sueño, sueño interrumpido, peor calidad de sueño, entre otros), el seguimiento del ciclo (sí/no) y la sintomatología presente en la fase actual. Para ello, se aplica la Escala de Evaluación de Síntomas Premenstruales (Premenstrual Symptoms Screening Tool, PSST; Steiner et al., 2003), una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la severidad de los síntomas físicos y emocionales.
- Perimenopausia y menopausia: se evalúa el tiempo transcurrido desde el inicio de la menopausia o perimenopausia (años), la presencia de síntomas característicos (sofocos, cambios en ciclo menstrual, alteraciones emocionales, entre otros), el nivel de apoyo social y familiar (sí, completamente / a veces / no), y la calidad del sueño (cuestionario creado para ello).

Instrumentos Psicométricos

Para evaluar los síntomas y regulación emocionales de las participantes, se emplean las siguientes escalas validadas:

- Inventario de Depresión de Beck – II (Beck Depression Inventory – II; BDI-II; Beck et al., 1996; Sanz et al., 2003): cuestionario autoadministrado compuesto por 21 ítems, diseñado para medir la presencia y gravedad de los síntomas depresivos. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 3, con puntuaciones totales que indican niveles mínimos, leves, moderados o severos de depresión. En la presente muestra, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) presentó una excelente consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .906, lo que confirma su fiabilidad en la evaluación de síntomas depresivos. Este resultado es consistente con estudios previos, donde el alfa de Cronbach oscilaba entre .87 y .90 (Sanz et al., 2003). Se

clasificaron los niveles de depresión según la puntuación obtenida en la escala: a) mínima o ausencia de síntomas depresivos (≤ 13), b) depresión leve (14-19), c) depresión moderada (20-28), d) depresión grave (≥ 29).

- Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger et al., 2008; Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011): instrumento compuesto por dos subescalas de 20 ítems cada una. La primera evalúa la ansiedad estado (la experimentada en el momento) y la segunda mide la ansiedad rasgo (predisposición general experimentar ansiedad). Las respuestas se puntúan en una escala Likert de 4 puntos. En la muestra de nuestro estudio, la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) mostró una alta consistencia interna. La subescala de ansiedad-estado presentó un alfa de Cronbach de .919, mientras que la subescala de ansiedad-rasgo obtuvo un alfa de .901, lo que indica una fiabilidad adecuada. Estos valores son similares a los reportados en estudios anteriores, donde el alfa de Cronbach para la subescala de ansiedad-estado era de .94, y para la subescala de ansiedad-rasgo de .90 (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011). Se ha utilizado la clasificación encontrada en el artículo de Terán-Espinoza & García-Chuez (2022) para diferenciar los niveles de ansiedad. Las puntuaciones obtenidas en la escala de ansiedad estado se clasificarían de la siguiente forma en mujeres: a) muy bajo (≤ 14), b) medio-bajo (15-19), c) promedio (20-22), d) medio-alto (23-31), e) muy alto (≥ 32); en la escala de ansiedad rasgo los rangos serían: a) muy bajo (≤ 16), b) medio-bajo (17-23), c) promedio (24-25), d) medio-alto (26-32), e) muy alto (≥ 33). Del mismo modo, es importante prestar atención a la puntuación tipificada como específica el manual de la escala.
- Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS-14; Cohen et al., 1983; Remor, 2006): cuestionario autoadministrado de 14 ítems que mide la percepción subjetiva del estrés en la vida cotidiana, considerando la capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes. Las respuestas se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (0 = "Nunca" a 4 = "Muy a menudo"). Esta escala mostró una alta consistencia interna en nuestra muestra, con un alfa de Cronbach de .874, lo que indica una fiabilidad adecuada en la evaluación del estrés percibido; con un valor similar al encontrado en otros estudios, donde oscilan entre .75 y .86 (Cohen et al., 1983; Eun-Hyun, 2012; Remor, 2006). Para definir los rangos de severidad se siguen una serie

de pasos. En primer lugar, se analiza la distribución de los datos a través de pruebas de normalidad, en este caso Kolmogórov-Smirnov ($N \geq 50$). Los resultados obtenidos indican que la distribución de las puntuaciones no es normal, lo que sugiere que los métodos basados en la media y desviación típica pueden no ser los más adecuados para establecer puntos de corte puesto que éstas asumen una distribución simétrica, por lo que en este caso podrían llevar a una clasificación poco representativa. En su lugar, se opta por utilizar percentiles, los cuales permiten dividir los datos en grupos de igual proporción. En este estudio, los percentiles calculados fueron $P25 = 18$, $P50 = 24$, $P75 = 30.5$ y $P90 = 38$, lo que nos permite definir los siguientes rangos de severidad: a) estrés muy bajo (<18), estrés bajo (18-23), estrés moderado (24-30), estrés alto (31-38) y estrés muy alto (>38).

- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS; Gratz & Roemer, 2004; Hervás & Jódar, 2008): Instrumento compuesto por 28 ítems que evalúa la capacidad de regulación emocional a través de seis subescalas: desatención emocional, confusión emocional, interferencia emocional, rechazo emocional y descontrol emocional. Se puntúa en una escala de 1 a 5. La consistencia interna es excelente en nuestra muestra, con un alfa de Cronbach de .949 para la escala total, .876 para la escala de desatención emocional, .841 para confusión emocional, .907 en la subescala de interferencia emocional, .932 en rechazo emocional y finalmente .938 en descontrol emocional; estos valores son similares a los obtenidos en otros estudios (Bohórquez-Borda et al., 2023; Hervás & Jódar, 2008). Dado que esta escala no presente unos rangos de severidad establecidos, fueron asignados, a partir de la muestra del estudio. En un primer momento, se analizó la distribución de la muestra en cuestión, tanto en la escala total como en sus subescalas, dado que la mayoría de ellas no seguía una distribución normal, se optó por crear los rangos dividiendo las puntuaciones en los percentiles P25, P50, P75, P90. Los rangos obtenidos para cada escala fueron los siguientes:
1. Escala total DERS: a) baja dificultad (≤ 46.49), b) dificultad medio-baja (46.5-61.99), c) dificultad media (62-79.99), d) dificultad medio-alta (80-90.99), e) alta dificultad (≥ 91).

2. Subescala de desatención emocional: a) baja dificultad (≤ 6.99), b) dificultad medio-baja (7-7.99), c) dificultad media (8-12.99), d) dificultad medio-alta (13-14.99), e) alta dificultad (≥ 15).
 3. Subescala de confusión emocional: a) baja dificultad (≤ 5.99), b) dificultad medio-baja (6-6.99), c) dificultad media (7-11.49), d) dificultad medio-alta (11.5-14.99), e) alta dificultad (≥ 15).
 4. Subescala de rechazo emocional: a) baja dificultad (≤ 8.99), b) dificultad medio-baja (9-12.99), c) dificultad media (13-18.99), d) dificultad medio-alta (19-27.99), e) alta dificultad (≥ 28).
 5. Subescala de interferencia emocional: a) baja dificultad (≤ 7.99), b) dificultad medio-baja (8-9.99), c) dificultad media (10-14.99), d) dificultad medio-alta (15-17.19), e) alta dificultad (≥ 17.2).
 6. Subescala de descontrol emocional: a) baja dificultad (≤ 10.99), b) dificultad medio-baja (11-17.99), c) dificultad media (18-25.99), d) dificultad medio-alta (26-31.39), e) alta dificultad (≥ 31.4).
- Escala Autoaplicada de Manía de Altman (Altman Self-Rating Mania Scale, ASRM; Altman et al., 1997; Álvarez-Mas et al., 2005): instrumento breve compuesto por 5 ítems que detectan la presencia e intensidad de síntomas maníacos, como estado de ánimo elevado, aumento de energía, disminución de la necesidad de sueño, impulsividad y aumento de la actividad social. Cada ítem se puntúa de 0 a 4. El análisis de fiabilidad de esta escala arrojó un alfa de Cronbach de .736, indicando una consistencia interna aceptable. Dado que la escala consta de solo 5 ítems, este valor es esperable y se encuentra dentro del rango reportado en estudios previos (.84 en (Álvarez-Mas et al., 2005; Altman et al., 1997; Bin-Na & Seok-Man, 2017)). Según la adaptación al español y el STABLE National Coordinating Council (STABLE National Coordinating Council), el punto de corte que presenta una mejor sensibilidad y especificidad es el 5. Por ello, se considera que presenta que las mujeres de la muestra presentan síntomas de manía con una puntuación superior a 5, obteniendo los rangos: a) sin síntomas o mínimos (≤ 5), b) síntomas leves (posible hipomanía) (6-9), c) manía moderada (10-14), d) manía grave (≥ 15).

- **Escala de Evaluación de Síntomas Premenstruales (Premenstrual Symptoms Screening Tool, PSST; Steiner et al., 2003):** cuestionario autoinformado que permite identificar síntomas premenstruales y su impacto en la vida diaria. Evalúa la presencia y gravedad de síntomas físicos, emocionales y conductuales en relación con el ciclo menstrual, permitiendo diferenciar entre el síndrome premenstrual (SPM) y el trastorno disfórico premenstrual (TDPM). En la muestra de nuestra investigación, la escala obtuvo un alfa de Cronbach de .918. En esta escala se establecen los criterios que deben cumplirse para considerar que una mujer presenta Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) o Síndrome Premenstrual (SPM). Además, para analizar la gravedad de los síntomas referidos por las mujeres de la muestra sin necesidad de categorizar en TDPM o SPM, creamos unos rangos a partir de los percentiles, donde a mayor puntuación mayor presencia de sintomatología e interferencia : a) síntomas prácticamente inexistentes o muy leves (≤ 14), b) síntomas leves pero manejables (14.01-22), c) síntomas moderados que pueden interferir con la vida diaria (22.01-29), d) síntomas severos que afectan significativamente a la calidad de vida (29.01-35.8), e) síntomas extremadamente intensos que probablemente interfieran gravemente con las actividades cotidianas (≥ 35.81).
- **Cuestionarios de calidad del sueño (elaboración propia):** estos cuestionarios son distintos según la etapa de la vida reproductiva a la que van dirigidos. Todos tienen las mismas escalas de puntuaciones, pero no presentan el mismo número de ítems. Todos los cuestionarios indagan sobre diferentes aspectos del sueño, como los despertares nocturnos, la somnolencia diurna, las dificultades para conciliar el sueño, etc. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4 puntos. Todos los cuestionarios presentaron una consistencia interna excelente: cuestionario de calidad del sueño de ciclo menstrual ($\alpha = .932$), menopausia ($\alpha = .904$), perimenopausia ($\alpha = .913$). Para poder realizar comparaciones con las puntuaciones obtenidas, se normalizan los resultados, dividiendo la puntuación obtenida por el número de ítems del cuestionario y multiplicando ese resultado por 100. Una vez hecho eso, se dividen las puntuaciones en rangos de severidad a partir de los percentiles 25, 50, 75 y 90, obteniendo los siguientes rangos: a) sin afectación de la calidad del sueño (≤ 23.86), b) afectación de la calidad del sueño leve (23.87-40.91), c) afectación de la calidad del sueño moderada (40.92-59.09), d) afectación de la calidad del sueño severa (59.10-69.09), e) afectación de la calidad del sueño muy severa (≥ 69.10).

Procedimiento

El proceso comenzará con la difusión del estudio a través de redes sociales y difundidos, “efecto bola de nieve”. Las mujeres interesadas podrán acceder al enlace del cuestionario en Google Forms, donde se les presentará inicialmente el consentimiento informado. En este documento se explicará con claridad el objetivo del estudio, la importancia de su participación, la confidencialidad de sus respuestas y su derecho a retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusión. Solo quienes acepten este consentimiento podrán continuar con el cuestionario.

Al comenzar, se solicitará a las participantes que proporcionen información básica, como su edad, etapa reproductiva y posibles diagnósticos relevantes. Dependiendo de la etapa en la que se encuentren —ciclo menstrual o menopausia (perimenopausia y menopausia confirmada)— serán dirigidas de forma automática a una sección específica con preguntas diseñadas para captar su situación particular. Por ejemplo, se les pedirá información sobre la calidad del sueño, síntomas premenstruales o cambios relacionados con la menopausia. Además, todas las participantes completarán una serie de escalas psicológicas validadas, como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) y otras herramientas que evalúan aspectos emocionales y del estado anímico.

Una vez que finalicen el cuestionario, sus respuestas serán revisadas para garantizar que estén completas y no contengan inconsistencias. La información se almacenará de forma anónima en una base de datos protegida para garantizar la privacidad de las participantes. Antes del análisis estadístico, se realizará una limpieza de datos para excluir registros incompletos o erróneos, con el objetivo de preservar la calidad de la información recopilada.

Análisis de Datos

Los datos recopilados fueron analizados utilizando el software IBM SPSS v.29.0.2.0. en un primer lugar, se realizó una depuración de la base de datos para identificar y eliminar posibles valores atípicos o respuestas incompletas. Posteriormente, se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos.

Análisis Descriptivo

Se calcularon las frecuencias y porcentajes para las variables categóricas (etapa reproductiva, uso de tratamientos hormonales y psicofarmacológicos, etc.). para las variables continuas (edad, tiempo en menopausia, etc.) se obtuvieron medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartil).

Pruebas de Normalidad

La distribución de las variables fue evaluada mediante las pruebas de Kolmogórov-Smirnov para las muestras superiores a 50 y Shapiro-Wilk cuando la muestra es inferior a 50. En función de los resultados, se determinó el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas en los análisis comparativos.

Comparación entre Grupos

Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis como alternativa no paramétrica para realizar la comparación entre grupos, dado que el tamaño de las muestras es muy distinto y no todos siguen una distribución normal. Para la comparación entre dos grupos específicos (ej. mujeres en fase lútea vs. mujeres en fase folicular), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Análisis de Correlaciones

Para evaluar la relación entre las fluctuaciones hormonales y los síntomas emocionales (ansiedad, depresión, estrés, manía, dificultades en regulación emocional), se calcularon Spearman, útil para distribuciones no normales y muestras pequeñas.

Resultados

Descripción de la Muestra

Inicialmente, la muestra estaba compuesta por 94 participantes, pero se eliminaron 3 casos debido a respuestas incompletas. Por lo tanto, la muestra final estuvo compuesta por 91 mujeres, con edades comprendidas entre los 19 y 72 años ($\bar{x} = 43.14$; $\sigma = 17.056$) (Tabla 1A). En cuanto a la distribución por etapa reproductiva, el 49.5% de las mujeres se encontraban en el ciclo menstrual, 50.5% en menopausia o perimenopausia (Tabla 2A).

Respecto a los antecedentes médicos y psicológicos, 16.5% de las participantes indicaron haber sido diagnosticadas previamente con algún trastorno psicológico (Tabla 3A), siendo los más frecuentes trastornos de ansiedad (66.7%) y depresión (46.7%), y presentando el 26.7% trastorno de estrés postraumático (TEPT), el 20% trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el 6.7% un trastorno de la personalidad (Tabla 4A); cabe remarcar, que una participante puede presentar varios diagnósticos, en ese caso, se muestra que el 20% presenta únicamente un diagnóstico de ansiedad, otro 20% presenta sólo un diagnóstico de depresión, otro 20% un diagnóstico de ansiedad con trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo, siendo el diagnóstico más frecuente el trastorno de ansiedad con depresión (26.7%) (Tabla 5A). Además, 31.9% informaron tener algún diagnóstico médico (Tabla 6A), ginecológico o endocrino, como síndrome del ovario poliquístico (SOP) (24.1%), hipotiroidismo (24.1%) o endometriosis (10.3%) (Tabla 7A).

En relación con el uso de tratamientos hormonales, 29.7% de las participantes reportaron estar en tratamiento hormonal (Tabla 8A). De entre estas mujeres, el 25.9% usan anticonceptivos orales combinados, 14.8% tiene un dispositivo intrauterino, y el 7.4% tiene un implante, además, el 25.9% presenta tratamiento hormonal para problemas de tiroides, el 18.5% presenta terapia de sustitución hormonal, y el resto presenta tratamiento de endometriosis (3.7%) o de cáncer de mama (3.7%) (Tabla 9A). Las hormonas más empleadas en estas mujeres son la combinación de estrógenos y progesterona (29.6%), la progesterona (25.9%) y la levotiroxina (22.2%) (Tabla 10A); siendo los tratamientos más frecuentes en la muestra Eutirox (18.5%), Sibilla (14,8%) y Kyleena (11.1%) (Tabla 11A).

En lo que concierne al uso de psicofármacos, 12.1% de la muestra indicaron estar en tratamiento activo con algún medicamento psicotrópico (Tabla 12A). De ellas, 36.4% estaban tomando únicamente antidepresivos (Tabla 13A), principalmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (83.3%) e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) (Duloxetina) (16.7%) (Tabla 14A). De entre los ISRS el medicamento más consumido es la sertralina (83.3%) y luego el escitalopram (16.7%) (Tabla 15A). Otro 36.4% tomaba únicamente ansiolíticos, mientras que 27.3% consumía tanto antidepresivos como ansiolíticos (Tabla 13A).

Descripción de la Muestra en Ciclo Menstrual

La muestra de mujeres en ciclo menstrual está compuesta por mujeres de entre 19 y 49 años, con una edad media de 27 años ($\bar{x} = 27.178$; $\sigma = 6.696$), con un tiempo medio en vida reproductiva (desde la menarquia) de aproximadamente 15 años ($\bar{x} = 14.733$; $\sigma = 7.082$) (Tabla 1B), reportando el 82.2% tener ciclos regulares (entre 21 y 35 días) y el otro 17.8% ciclos irregulares (Tabla 2B). 42.2% de las mujeres se encuentran en fase lútea, 24.4% en fase menstrual, 17.8% en ovulación y 15.6% en fase folicular (Tabla 3B).

El 71.1% presenta dismenorrea (Tabla 4B) en distintos grados (leve: 34.4%; moderada: 40.6%; severa: 25%) (Tabla 5B), así como presentan los síntomas descritos en la Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): el 22.2% presenta síntomas leves o prácticamente inexistentes, el 26.7% tiene síntomas leves pero manejables, el 24.4% presentan síntomas moderados que pueden interferir en su vida diaria, 17.8% síntomas severos que afectan significativamente a su calidad de vida y un 8.9% presenta síntomas extremadamente intensos que probablemente interfieran gravemente con las actividades cotidianas (Tabla 6B); cabe añadir, que el 53.3% de las participantes no cumple los criterios de la PSST para PMS ni para PMDD, el 42.2% cumple los criterios para PMS y el 4.4% cumple los criterios para PMDD (Tabla 7B).

Entre las mujeres que se encuentran en la etapa de ciclo menstrual, el 26.7% tiene algún diagnóstico médico (Tabla 8B), siendo el más frecuente el síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) (50%) (Tabla 9B), así mismo, el 31.1% tiene un tratamiento hormonal (Tabla 10B), siendo los más frecuentes entre éstas últimas, los anticonceptivos orales combinados (50%), el dispositivo intrauterino hormonal (21.4%) y los implantes subdérmicos (14.3%) (Tabla 11B). Cabe destacar que entre las mujeres en ciclo menstrual 7.1% sigue un

tratamiento para endometriosis con dienogest (Dimetrio) y otro 7.1% sigue un tratamiento para la tiroides (L-Thyroxin) (Tabla 12B), siendo lo más frecuente encontrar un tratamiento combinado de estrógenos y progesterona (50%) (Tabla 13B).

En lo que concierne al aspecto psicológico, 17.8% presenta un diagnóstico psiquiátrico (Tabla 14B y Tabla 15B) y un 11.1% sigue un tratamiento psicofarmacológico (Tabla 16B y Tabla 17B).

Un alto porcentaje de mujeres presenta síntomas de depresión (64.4%) y ansiedad (62.2%, con niveles medios a altos) (Tabla 18B). Respecto al estrés, el 48.9% muestra niveles bajos o muy bajos, contrastando con el 26.7% que experimenta estrés moderado a alto (Tabla 19B). En la escala de manía, la mayoría (57.8%) no reporta sintomatología o esta es mínima (Tabla 20B). En cuanto a la regulación emocional (Tabla 21B) (DERS), casi la mitad de las mujeres (44.5%) informa dificultades bajas o medio-bajas, mientras que un porcentaje similar (46.7%) experimenta dificultades medio-altas a altas. Las mayores dificultades se observan en la subescala de atención/desatención (64.4% con dificultades bajas a medio-bajas), mientras que en claridad/confusión y rechazo emocional, alrededor del 50% presenta dificultades bajas a medio-altas. La mayoría experimenta dificultades medias o inferiores en la interferencia emocional (53.3%), pero un 31.1% reporta dificultades medio-altas a altas. Finalmente, en el descontrol emocional, una gran parte tiene dificultades bajas a medio-bajas (42.2%), un 24.4% presenta una dificultad media y un 33.3% enfrentando dificultades medio-altas o altas. En lo que concierne a la calidad del sueño (Tabla 22B), la mayoría de las mujeres (55.5%) experimenta una afectación leve o moderada, mientras que un 20% presenta afectaciones severas o muy severas. Solo un 24.4% no reporta ninguna afectación en el sueño.

Descripción de la Muestra en Etapa de Menopausia

Entre las mujeres de la muestra en periodo de menopausia, la edad media era de 59 años ($\bar{x} = 58.761$; $\sigma = 5.813$), encontrándose en este periodo desde hace alrededor de 8 años y 6 meses ($\bar{x} = 8.522$; $\sigma = 6.991$) (Tabla 1C). De entre estas mujeres, un 87.6% se encuentra en menopausia confirmada (1 año de amenorrea) y el 13% en perimenopausia (Tabla 2A). Un 37% presentaba algún trastorno médico previo (Tabla 2C), siendo el más frecuente el hipotiroidismo (29.4%) (Tabla 3C), y presentando tratamiento hormonal (Tabla 4C) el 28.3%, donde el tratamiento más frecuente es el tratamiento hormonal oral (69.2%), como terapia

de sustitución hormonal (38.5%) o tratamiento para la tiroides (46.2%) (Tabla 5C y 6C). A nivel psicológico, el 15.2% refiere presentar un diagnóstico previo (Tabla 7C y 8C) y el 13% estar en tratamiento psicofarmacológico (Tabla 9C y 10C).

El 89.1% reporta no tener ya la menstruación y el 10.9% tener ciclos más irregulares (Tabla 11C), únicamente el 26.1% dice tener sofocos o sudoración nocturna que interfieran con su bienestar psicológico (Tabla 12C), el 39.1% dice que los cambios hormonales afectan de forma moderada a su autopercepción y autoestima (Tabla 13C), el 37% ha notado cambios de forma moderada en su relación con los demás debido a los síntomas hormonales o emocionales (Tabla 14C), el 47.8% refiere tener a veces sentimientos de tristeza o preocupación relacionados con el envejecimiento o los cambios que está viviendo, mientras que un 21.7% refiere tener esos sentimientos frecuentemente (Tabla 15C). La mayoría de ellas refiere sentirse completamente apoyadas por su pareja o seres cercanos (Tabla 16C), y el 32.6% ha notado a veces algún impacto en su sentido de identidad personal debido a los cambios físicos y hormonales, y el 10.9% lo ha notado significativamente (Tabla 17C).

En cuanto a la gravedad de los síntomas evaluados, el 56.5% presenta síntomas mínimos de depresión (BDI-II). En ansiedad (STAI), el 76.1% muestra niveles medio-altos o muy altos en ansiedad-estado, y el 80.4% en ansiedad-rasgo (Tabla 18C). Respecto al estrés percibido (PSS-14), el 54.4% presenta niveles bajos o muy bajos, frente al 21.7% con nivel moderado y el 23.9% con niveles altos o muy altos (Tabla 19C). En la escala de Manía de Altman, el 80.4% no presenta síntomas o estos son mínimos (Tabla 20C).

En el DERS total, el 54.4% muestra dificultades bajas o medio-bajas en regulación emocional, el 32.6% medias o medio-altas, y el 13% altas. En las subescalas, destacan: atención/desatención (37% bajas/medio-bajas, 39.1% medias/medio-altas, 23.9% altas), claridad/confusión (45.7% bajas/medio-bajas, 54.3% medias o más), rechazo emocional (54.3% bajas/medio-bajas, 45.6% medias o más), interferencia emocional (74% bajas o medias, 26.1% medio-altas o altas) y descontrol emocional (47.8% bajas/medio-bajas, 32.6% medias, 19.6% medio-altas/altas) (Tabla 21C).

En cuanto al sueño, el 43.5% presenta afectación leve o moderada, el 32.6% severa o muy severa, y el 23.9% no reporta alteraciones (Tabla 22C).

Pruebas de Normalidad

Para poder hacer los análisis comparativos adecuados, es decir usar pruebas paramétricas o no paramétricas, se debe conocer la distribución de la muestra para ver si siguen una normalidad, todos los estadísticos se analizan con un nivel de significación del 95% ($p < 0.05$).

Normalidad de la Muestra Total

Al analizar la distribución de la muestra total de la investigación, al ser superior a 50, se emplea la prueba de Kolmogórov-Smirnov:

- El inventario de depresión de Beck (BDI-II) no sigue una distribución normal (K-S = .100, $p = .024$).
- La prueba de ansiedad estado-rasgo (STAI) no sigue una distribución normal en la subescala de ansiedad-estado (K-S = .109, $p = .010$) pero sí en la de ansiedad-rasgo (K-S = .094, $p = .066$).
- La escala de estrés percibido (PSS-14) no sigue una distribución normal (K-S = .094, $p = .047$).
- Las puntuaciones en la escala DERS no siguen una distribución normal en ninguna de las escalas: a) desatención emocional (K-S = .167, $p = <.001$), b) confusión emocional (K-S = .172, $p = <.001$), c) rechazo emocional (K-S = .135, $p = <.001$), d) interferencia emocional (K-S = .133, $p = <.001$), e) descontrol emocional (K-S = .123, $p = .002$), f) total (K-S = .096, $p = .038$).
- En la evaluación de la manía, las puntuaciones no siguen una distribución normal (K-S = .149, $p = <.001$).
- La evaluación de la calidad del sueño no sigue una distribución normal (K-S = .099, $p = .028$).

Es importante así mismo, ver la distribución que sigue cada subgrupo, es decir en función de la etapa reproductiva en la que se encuentra la mujer. Al ser la muestra de cada subgrupo inferior a 50, se emplea la prueba de Shapiro-Wilk.

Normalidad de la Muestra de Mujeres en Ciclo Menstrual

En un primer momento se reflejan las distribuciones de las mujeres en etapa de ciclo menstrual activo:

- El inventario de depresión de Beck (BDI-II) sigue una distribución normal (S-W = .951, $p = .056$).
- La prueba de ansiedad estado-rasgo (STAI) sigue una distribución normal en la subescala de ansiedad-estado (S-W = .966, $p = .199$) y en la de ansiedad-rasgo (S-W = .972, $p = .355$).
- La escala de estrés percibido (PSS-14) sigue una distribución normal (S-W = .971, $p = .316$).
- Las puntuaciones en la escala DERS no siguen una distribución normal en ninguna de las escalas, salvo en la escala total: a) desatención emocional (S-W = .902, $p = .001$), b) confusión emocional (S-W = .887, $p = <.001$), c) rechazo emocional (S-W = .924, $p = .006$), d) interferencia emocional (S-W = .945, $p = .032$), e) descontrol emocional (S-W = .914, $p = .003$), f) total (S-W = .952, $p = .061$).
- En la evaluación de la manía, las puntuaciones no siguen una distribución normal (S-W = .911, $p = .002$).
- La evaluación de la calidad del sueño sigue una distribución normal (S-W = .976, $p = .466$).
- Adicionalmente, entre estas mujeres, tenemos la prueba del Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), cuyas puntuaciones siguen una distribución normal (S-W = .976, $p = .452$).

Si se analiza el supuesto de normalidad en función de la fase del ciclo en la que se encuentran usando Shapiro-Wilk dado que las muestras en cada fase son inferiores a 50, se obtienen los siguientes resultados:

- El inventario de depresión de Beck (BDI-II) sigue una distribución normal en la fase menstrual (S-W = .992, $p = .999$), en la fase folicular (S-W = .912, $p = .407$), en la ovulación (S-W = .946, $p = .668$), y en la fase lútea (S-W = .940, $p = .267$).

- La prueba de ansiedad estado-rasgo (STAI) sigue una distribución normal en todas las fases del ciclo menstrual, tanto en la subescala de ansiedad-estado en fase menstrual (S-W = .903, $p = .204$) como folicular (S-W = .957, $p = .792$), en ovulación (S-W = .824, $p = .052$) y fase lútea (S-W = .946, $p = .335$), e igual con la subescala de ansiedad-rasgo en fase menstrual (S-W = .921, $p = .328$), en fase folicular (S-W = .970, $p = .896$), en la ovulación (S-W = .974, $p = .929$) y en fase lútea (S-W = .965, $p = .667$).
- La escala de estrés percibido (PSS-14) sigue una distribución normal en la fase menstrual (S-W = .876, $p = .092$), en la fase folicular (S-W = .934, $p = .584$), en la ovulación (S-W = .916, $p = .401$) y en la fase lútea (S-W = .949, $p = .376$).
- Las puntuaciones en la escala DERS siguen distribuciones distintas en función de la subescala y de la fase del ciclo:
 - a) La subescala de desatención emocional sigue una distribución normal tanto en fase menstrual (S-W = .898, $p = .175$) como en fase folicular (S-W = .961, $p = .824$) y en fase lútea (S-W = .926, $p = .148$), en cambio no sigue una distribución normal en ovulación (S-W = .800, $p = .028$).
 - b) La subescala de confusión emocional sigue una distribución normal en fase menstrual (S-W = .915, $p = .276$), en fase folicular (S-W = .902, $p = .346$), y en la ovulación (S-W = .913, $p = .378$), pero no cumple con la normalidad en la fase lútea (S-W = .850, $p = .007$).
 - c) La subescala de rechazo emocional sigue una distribución normal en todas las fases, tanto en la menstrual (S-W = .903, $p = .203$), como la folicular (S-W = .948, $p = .709$), ovulación (S-W = .871, $p = .155$) y lútea (S-W = .925, $p = .137$),
 - d) La subescala de interferencia emocional cumple con el supuesto de normalidad tanto en fase menstrual (S-W = .951, $p = .652$), folicular (S-W = .964, $p = .853$) como lútea (S-W = .906, $p = .062$), pero no en la ovulación (S-W = .801, $p = .030$).

- e) La subescala de descontrol emocional sigue una distribución normal en la fase menstrual (S-W = .901, $p = .189$) y en la ovulación (S-W = .851, $p = .099$), pero no cumple con esta normalidad en la fase folicular (S-W = .799, $p = .040$) ni lútea (S-W = .866, $p = .012$).
- f) La escala total presenta una distribución normal tanto en fase menstrual (S-W = .895, $p = .161$), como folicular (S-W = .945, $p = .689$) y ovulación (S-W = .940, $p = .613$), pero no en la fase lútea (S-W = .874, $p = .017$).
- En la evaluación de la manía, las puntuaciones siguen una distribución normal en la fase menstrual (S-W = .875, $p = .091$), en la fase folicular (S-W = .963, $p = .842$) y en la ovulación (S-W = .994, $p = .999$), pero no en la fase lútea (S-W = .866, $p = .013$).
- La evaluación de la calidad del sueño sigue una distribución normal en todas las fases del ciclo menstrual: menstrual (S-W = .917, $p = .298$), folicular (S-W = .903, $p = .352$), ovulación (S-W = .973, $p = .920$) y lútea (S-W = .964, $p = .654$).
- Adicionalmente, entre estas mujeres, tenemos la prueba del Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST), cuyas puntuaciones siguen una distribución normal en todas las fases del ciclo: menstrual (S-W = .883, $p = .114$), folicular (S-W = .923, $p = .492$), ovulación (S-W = .956, $p = .770$) y lútea (S-W = .918, $p = .102$).

Normalidad en la Muestra de Mujeres en Etapa de Menopausia

En este grupo no se cumple el supuesto de normalidad en la evaluación de la depresión (BDI-II) (S-W = .945, $p = .030$). Así mismo, no se muestra una distribución normal ni en la evaluación de la manía (S-W = .878 $p = <.001$), ni en la mayoría de las subescalas del DERS, en cambio, sí sigue una distribución normal la escala total del DERS y la subescala atención/desatención:

- a) Subescala de desatención emocional (S-W = .952, $p = .054$).
- b) Subescala de confusión emocional (S-W = .937, $p = .015$).
- c) Subescala de rechazo emocional (S-W = .893, $p = <.001$).
- d) Subescala de interferencia emocional (S-W = .945, $p = .030$).

e) Subescala de descontrol emocional (S-W = .895, $p < .001$).

f) Escala total (S-W = .952, $p = .058$).

Del mismo modo, siguen una distribución normal la ansiedad-estado (S-W = .976, $p = .461$), la ansiedad-rasgo (S-W = .962, $p = .135$), el estrés percibido (S-W = .957, $p = .086$), y la evaluación del sueño (S-W = .953, $p = .061$).

Si se estudia la normalidad en función de si se encuentran en perimenopausia o menopausia confirmada, se encuentra en la etapa de perimenopausia (Shapiro-Wilk, dado que la muestra es de 6 mujeres):

- Presentan distribuciones normales el BDI-II (S-W = .866, $p = .209$), la ansiedad-estado (S-W = .938, $p = .639$), la ansiedad-rasgo (S-W = .888, $p = .308$), el estrés percibido (S-W = .938, $p = .639$), las subescalas del DERS de atención/desatención emocional (S-W = .850, $p = .158$), claridad/confusión emocional (S-W = .913, $p = .457$), funcionamiento/interferencia emocional (S-W = .907, $p = .414$), regulación/descontrol emocional (S-W = .883, $p = .285$) y la escala total (S-W = .906, $p = .410$). Del mismo modo, también cumplen con el supuesto de normalidad las puntuaciones obtenidas en la Escala de Manía de Altman (S-W = .933, $p = .607$) así como la puntuación en la evaluación de la calidad del sueño (S-W = .884, $p = .289$).
- No sigue una distribución normal la subescala del DERS de aceptación/rechazo emocional (S-W = .774, $p = .034$).

En cuanto a las mujeres en menopausia confirmada (Shapiro-Wilk, $n=40$):

- Siguen una distribución normal las puntuaciones obtenidas en la ansiedad-estado (S-W = .975, $p = .520$), ansiedad-rasgo (S-W = .968, $p = .319$), el estrés percibido (S-W = .950, $p = .078$) y la escala DERS total (S-W = .962, $p = .189$).
- No siguen una distribución normal el BDI-II (S-W = .944, $p = .046$), las puntuaciones de la Escala de Manía de Altman (S-W = .876, $p < .001$), la evaluación de la calidad del sueño (S-W = .934, $p = .022$), ni las subescalas del DERS:
 - a) Subescala de desatención emocional (S-W = .926, $p = .012$).
 - b) Subescala de confusión emocional (S-W = .944, $p = .047$).

- c) Subescala de rechazo emocional (S-W = .912, $p = .004$).
- d) Subescala de interferencia emocional (S-W = .942, $p = .040$).
- e) Subescala de descontrol emocional (S-W = .898, $p = .002$).

Contraste de Hipótesis

H1. Existen diferencias en la presencia e intensidad de síntomas emocionales entre las distintas etapas reproductivas de la mujer (ciclo menstrual y menopausia).

Como se puede ver en la Tabla 1 los resultados obtenidos a través de la prueba de U de Mann-Whitney en relación con la comparación de las variables emocionales entre la fase del ciclo menstrual y la menopausia indican que, en general, no existen diferencias significativas en la mayoría de las variables (BDI-II, STAI, PSS-14, subescala claridad/confusión del DERS, subescala aceptación/rechazo del DERS, subescala funcionamiento/interferencia del DERS, subescala regulación/descontrol del DERS, escala total DERS, escala de Manía de Altman, ni calidad del sueño). Estos resultados sugieren que, en estas variables, la fase del ciclo menstrual y la menopausia no muestran diferencias significativas. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa en la subescala atención/desatención del DERS, con un p-valor de .003. Los rangos promedio para la subescala atención/desatención indican que las personas en la fase de menopausia presentaron puntuaciones más altas en comparación con aquellas en la fase del ciclo menstrual. Esto sugiere que las personas en la menopausia podrían experimentar mayores dificultades para concentrarse en sus emociones y regularlas eficazmente.

Tabla 1

Resultados de la prueba de U de Mann-Whitney y rangos promedio por etapa reproductiva

Variable	U	Z	p	Ciclo menstrual	Menopausia
BDI-II	930.500	-.830	.409	43.68	48.27
Ansiedad-estado	923.500	-.886	.379	43.52	48.42
Ansiedad-rasgo	1017.000	-.143	.888	46.40	45.61
PSS-14	1010.000	-.199	.845	45.44	46.54

Variable	U	Z	p	Ciclo menstrual	Menopausia
Subescala atención/desatención (DERS)	671.500	-2.901	.003**	37.92	53.90
Subescala claridad/confusión (DERS)	1007.500	-.219	.829	46.61	45.40
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	862.500	-1.373	.171	49.83	42.25
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)	990-500	-.355	.726	46.99	45.03
Subescala regulación/descontrol (DERS)	974.500	-.481	.633	47.34	44.68
Escala total DERS	965.500	-.552	.584	47.54	44.49
Escala de Manía de Altman	832.000	-1.622	.106	50.51	41.59
Calidad de sueño	849.500	-1.622	.142	41.88	50.03

H2. Las diferentes fases del ciclo menstrual (folicular, ovulatoria, lútea y menstrual), y por consiguiente las fluctuaciones y cambios hormonales, influyen en la aparición de los síntomas y están asociadas con variaciones en los síntomas emocionales, como ansiedad y cambios en el estado de ánimo.

La Tabla 2 refleja los resultados obtenidos a partir de la prueba de Kruskal-Wallis, donde se ve que no se muestran diferencias estadísticamente significativas entre las fases en ninguna de las variables evaluadas (BDI-II, STAI, PSS-14, etc.) ya que los p-valores son mayores que .05. Esto sugiere que, en este análisis, no se ha encontrado evidencia suficiente para afirmar que las distribuciones de estas pruebas varían de forma significativa entre las diferentes fases del ciclo menstrual. En cambio, al analizar los rangos promedio de los grupos, se observa que ciertas fases del ciclo menstrual tienen rangos promedio más altos.

Aunque estas diferencias no sean estadísticamente significativas, podrían sugerir tendencias que merecen ser exploradas con una mayor muestra.

Tabla 2

Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis y rangos promedio por fase del ciclo menstrual

Variable	H	gl	p	Fase menstrual	Fase folicular	Ovulación	Fase lútea
BDI-II	1.556	3	.669	26.50	25.00	20.56	21.26
Ansiedad-estado	4.720	3	.193	28.50	25.36	24.56	18.29
PSS-14	1.055	3	.788	25.09	23.79	19.00	23.18
Subescala atención/desatención (DERS)	3.517	3	.319	17.77	25.21	28.69	22.82
Subescala claridad/confusión (DERS)	3.511	3	.319	20.68	22.43	30.75	21.29
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.274	3	.965	22.45	22.79	25.19	22.47
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)	5.213	3	.157	30.68	21.36	18.75	20.95
Subescala regulación/descontrol (DERS)	.946	3	.814	22.73	23.14	19.31	24.66
Escala total DERS	.111	3	.990	23.00	22.07	24.25	22.82
Escala de Manía de Altman	2.377	3	.498	17.86	24.79	26.00	24.05
PSST	1.566	3	.667	24.64	27.36	19.88	21.76
Calidad de sueño	1.362	3	.714	26.82	22.21	20.31	22.21

Los resultados obtenidos a través del análisis de Rho de Spearman en relación con la fase del ciclo menstrual y las variables estudiadas no revelaron muchas correlaciones significativas, como se puede ver en la Tabla 3, lo que sugiere que la fase del ciclo menstrual no está fuertemente asociada con la mayoría de los factores emocionales evaluados. En particular, no se encontró una relación significativa entre la fase del ciclo menstrual y los síntomas de depresión medidos por el BDI-II, lo que refleja que no hay una asociación clara entre la fase del ciclo menstrual y los niveles de depresión en la muestra. Sin embargo, se observó una correlación negativa significativa entre la fase del ciclo menstrual y la ansiedad estado, lo que indica que, a medida que avanza el ciclo menstrual, los niveles de ansiedad estado tienden a ser más bajos.

En cuanto al estrés percibido, no se encontró ninguna correlación significativa con la fase menstrual, lo que sugiere que la fase del ciclo menstrual no tiene un impacto importante sobre los niveles de estrés percibido.

No se observaron correlaciones significativas con la fase del ciclo menstrual en las subescalas del DERS atención/desatención, claridad/confusión, aceptación/rechazo y regulación/descontrol ya que todos los valores de p fueron superiores a .05. Aunque se encontró una tendencia a la correlación negativa entre la fase del ciclo y la subescala de interferencia emocional del DERS, esta no alcanzó el umbral de significancia convencional, lo que sugiere que, si bien existe una relación débil, no es estadísticamente significativa. Además, no se encontró una correlación significativa entre la fase del ciclo menstrual y la manía ni con las puntuaciones de la calidad del sueño, lo que indica que la fase menstrual no parece influir de manera clara en estos aspectos emocionales en la muestra estudiada.

Tabla 3

Correlación de Spearman entre las fases del ciclo menstrual y las variables estudiadas

Variable	Coeficiente de correlación (rho)	p
BDI-II	-.165	.279
Ansiedad-estado	-.324	.030**

Variable	Coeficiente de correlación (rho)	p
PSS-14	-.052	.735
Subescala atención/desatención (DERS)	.110	.471
Subescala claridad/confusión (DERS)	.002	.991
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	-.003	.982
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)	-.256	.090*
Subescala regulación/descontrol (DERS)	.065	.671
Escala total DERS	.000	.999
Escala de Manía de Altman	.155	.310
PSST	-.117	.443
Calidad de sueño	-.119	.437

H3. La presencia de síntomas vasomotores y molestias físicas, y las fluctuaciones hormonales en la etapa de menopausia están relacionadas con una mayor afectación en la salud mental de la mujer.

Como se muestra en la Tabla 4, se encontraron diversas correlaciones entre las variables de molestias físicas y de sofocos/sudoración con las diferentes escalas y subescalas evaluadas. En cuanto al BDI-II, se observó una correlación positiva significativa con ambas variables, molestias físicas y sofocos/sudoración, lo que sugiere que las personas que experimentan mayores molestias físicas o sofocos tienden a reportar mayores niveles de depresión. En relación con la ansiedad estado, aunque la correlación con molestias físicas fue positiva, no alcanzó significancia estadística, mientras que con sofocos/sudoración la correlación fue débil, indicando que no hay una relación clara entre la ansiedad estado y estas molestias.

En cuanto al estrés percibido (PSS-14) y la escala de Manía de Altman, no se hallaron correlaciones significativas con ninguna de las dos variables ($p > .05$), lo que sugiere que el estrés percibido no tiene una relación fuerte con las molestias físicas ni con los sofocos.

Respecto a las subescalas del DERS, varias mostraron correlaciones positivas con molestias físicas. En particular, se encontró una correlación positiva significativa con la subescala de aceptación/rechazo, lo que indica que, a medida que aumentan las molestias físicas, también lo hacen las dificultades para aceptar las emociones y la tendencia a rechazarlas. Además, las molestias físicas también se correlacionaron positivamente con la subescala de interferencia/funcionamiento, lo que sugiere que las molestias físicas afectan la capacidad para manejar las emociones de manera efectiva y pueden interferir con el funcionamiento emocional en general. Asimismo, se halló una correlación positiva con la subescala de regulación/descontrol, lo que implica que las personas con mayores molestias físicas podrían tener más dificultades para regular y controlar sus emociones. Por otro lado, en relación con los sofocos/sudoración nocturna, aunque se observaron algunas correlaciones positivas con subescalas del DERS, como con funcionamiento/interferencia y regulación/descontrol, estas correlaciones no fueron lo suficientemente fuertes ni alcanzaron significancia estadística, lo que sugiere que la relación entre los sofocos y las dificultades en la regulación emocional es más débil en comparación con las molestias físicas.

Finalmente, la calidad del sueño mostró correlaciones fuertes tanto con molestias físicas como con sofocos/sudoración nocturna, lo que sugiere que las personas que experimentan mayores molestias físicas y sofocos van a presentar una mayor afectación de la calidad del sueño.

Tabla 4

Correlaciones de Spearman entre síntomas físicos y vasomotores y las variables estudiadas

Variable	Sofocos/sudoración nocturna (rho, p)	Molestias físicas (rho, p)
BDI-II	.293, $p = .048^{**}$	.470, $p < .001^{**}$
Ansiedad-estado	.077, $p = .613$	.271, $p = .069^*$

Variable	Sofocos/sudoración nocturna (rho, p)	Molestias físicas (rho, p)
PSS-14	.036, p = .815	.173, p = .251
Subescala atención/desatención (DERS)	-.242, p = .106	.022, p = .886
Subescala claridad/confusión (DERS)	-.109, p = .472	-.013, p = .932
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.195, p = .194	.380, p = .009**
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)*	.281, p = .059*	.380, p = .009**
Subescala regulación/descontrol (DERS)*	.284, p = .056*	.301, p = .042**
Escala total DERS	.151, p = .316	.265, p = .075*
Escala de Manía de Altman	.087, p = .567	-.235, p = .115
Calidad de sueño	.448, p = .002**	.651, p < .001**

H4. Las mujeres en la menopausia confirmada presentan una disminución en la sintomatología emocional en comparación con aquellas en la perimenopausia.

Al realizar un análisis de correlaciones con Rho de Spearman, se observa una correlación positiva significativa entre la variable etapa de vida (compuesta por perimenopausia [4] y menopausia [5]) y el BDI-II ($r = .336$, $p = .022$), lo que indica que las personas en la etapa de menopausia confirmada tienden a reportar mayores puntuaciones en el BDI-II, sugiriendo una mayor presencia de síntomas depresivos en comparación con las personas en perimenopausia. Además, se encontró una correlación positiva significativa con la puntuación de la calidad del sueño ($r = .292$, $p = .049$), lo que sugiere que las personas en menopausia confirmada podrían experimentar un mayor deterioro en la calidad del sueño.

Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas las demás variables evaluadas, como la ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, estrés percibido, y las subescalas del DERS. Estos hallazgos sugieren que, en esta muestra, las diferencias en la etapa de vida se asocian principalmente con el bienestar emocional y la calidad del sueño, pero no tienen un impacto claro en otros aspectos de la regulación emocional o en la manía.

Tabla 5

Correlación de Spearman entre las etapas de la menopausia (perimenopausia y menopausia confirmada) y las variables estudiadas

Variable	Coeficiente de correlación (rho)	p
BDI-II**	.336	.022**
Ansiedad-estado	.185	.219
PSS-14	.090	.551
Subescala atención/desatención (DERS)	.063	.675
Subescala claridad/confusión (DERS)	.103	.497
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.088	.561
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)	.103	.498
Subescala regulación/descontrol (DERS)	-.112	.458
Escala total DERS	.032	.835
Escala de Manía de Altman	-.015	.923
Calidad de sueño**	.292	.049**

H5. El uso de tratamientos hormonales (anticonceptivos, terapia de reemplazo hormonal, etc.) influye en la presencia e intensidad de síntomas emocionales en mujeres en distintas etapas reproductivas.

A través de la correlación realizada con Rho de Spearman observada en la Tabla 6, se indica que la presencia de tratamiento hormonal no muestra correlaciones significativas con la mayoría de las variables evaluadas, como el BDI-II, la ansiedad-estado, la ansiedad-rasgo, el estrés percibido, la manía, y las subescalas del DERS excepto la subescala funcionamiento/interferencia.

Sin embargo, se observan correlaciones estadísticamente significativas con algunas variables. En primer lugar, se encuentra una correlación positiva significativa con la subescala de "funcionamiento/interferencia" del DERS ($r = .219$, $p = .037$), así como una tendencia hacia la significación en la subescala de regulación/descontrol, lo que sugiere que las personas que están recibiendo tratamiento hormonal pueden experimentar una mayor interferencia en su funcionamiento debido a dificultades en la regulación emocional. Además, existe una correlación positiva significativa con la puntuación de calidad del sueño ($r = .245$, $p = .019$), lo que indica que las personas en tratamiento hormonal podrían presentar un mayor deterioro en la calidad del sueño en comparación con aquellas que no están en tratamiento.

Tabla 6

Correlación de Spearman entre el uso de tratamientos hormonales y las variables estudiadas

Variable	Coeficiente de correlación (rho)	p
BDI-II	.117	.270
Ansiedad-estado	-.035	.740
Ansiedad-rasgo	.062	.557
PSS-14	-.017	.870

Variable	Coeficiente de correlación (rho)	p
Subescala atención/desatención (DERS)	.037	.726
Subescala claridad/confusión (DERS)	-.006	.952
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.113	.284
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)	.219	.037**
Subescala regulación/descontrol (DERS)	.174	.098*
Escala total DERS	.164	.120
Escala de Manía de Altman	.071	.507
PSST	.117	.446
Calidad de sueño	.245	.019**

En las mujeres en ciclo menstrual, no se observaron correlaciones significativas entre la presencia de tratamiento psicofarmacológico y las variables estudiadas. Mientras que, en las mujeres en menopausia o perimenopausia, se observó una correlación positiva significativa entre el tratamiento psicofarmacológico y la calidad del sueño ($r = .293$, $p = .048$), lo que sugiere un posible deterioro del sueño asociado con el tratamiento hormonal. Además, se encontró una tendencia a la correlación positiva entre el tratamiento psicofarmacológico y el BDI-II ($r = .259$, $p = .083$), lo que indica una posible relación entre el tratamiento y los síntomas depresivos en esta población. Sin embargo, no se encontraron otras correlaciones significativas con variables emocionales o de regulación emocional.

Tabla 7

Correlaciones de Spearman entre el uso de tratamientos hormonales según la etapa de vida reproductiva y las variables estudiadas

Variable	Ciclo menstrual (rho, p)	Menopausia (rho, p)
BDI-II	-.020, p = .894	.259, p = .083*
Ansiedad-estado	.000, p = 1.000	-.082, p = .588
Ansiedad-rasgo	.085, p = .578	.013, p = .933
PSS-14	-.017, p = .913	-.055, p = .718
Subescala atención/desatención (DERS)	-.021, p = .893	.100, p = .507
Subescala claridad/confusión (DERS)	-.002, p = .990	-.004, p = .981
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.207, p = .172	.011, p = .942
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)*	.254, p = .092*	.192, p = .202
Subescala regulación/descontrol (DERS)*	.226, p = .135	.150, p = .321
Escala total DERS	.244, p = .106	.118, p = .434
Escala de Manía de Altman	.156, p = .306	-.011, p = .942
PSST	.117, p = .446	
Calidad de sueño	.185, p = .224	.293, p = .048**

H6. El uso de tratamientos psicofarmacológicos (antidepresivos, ansiolíticos, etc.) modula la presencia e intensidad de síntomas emocionales en mujeres en diferentes etapas del ciclo reproductivo.

A través de Rho de Spearman, en la Tabla 8, se encontró una correlación marginalmente significativa entre la presencia de tratamiento psicofarmacológico y el BDI-II, lo que sugiere que las mujeres que están bajo tratamiento psicofarmacológico tienden a tener puntuaciones ligeramente más altas en la depresión, aunque esta relación no alcanza el umbral de significación estadística ($p < .05$). En cuanto a las subescalas del DERS, se destaca una correlación significativa con la subescala de funcionamiento/interferencia, lo que indica que las mujeres con tratamiento psicofarmacológico pueden experimentar mayores dificultades en la interferencia emocional en su funcionamiento diario. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre la presencia de tratamiento y otras variables, como la ansiedad (estado y rasgo), el estrés percibido, las demás subescalas del DERS, o la manía. Tampoco se observó una relación significativa con la calidad del sueño. Por ello, aunque la presencia de tratamiento psicofarmacológico no muestra una relación clara con la mayoría de las variables emocionales, sí se asocia con una mayor interferencia en el funcionamiento emocional diario.

Tabla 8

Correlación de Spearman entre el uso de tratamientos psicofarmacológicos y las variables estudiadas

Variable	Coeficiente de correlación (rho)		p
BDI-II	.200		.057*
Ansiedad-estado	.076		.475
Ansiedad-rasgo	.046		.663
PSS-14	.140		.185
Subescala atención/desatención (DERS)	.113		.287

Variable	Coeficiente de correlación (rho)	p
Subescala claridad/confusión (DERS)	.091	.391
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.070	.513
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)	.211	.045**
Subescala regulación/descontrol (DERS)	.044	.676
Escala total DERS	.100	.345
Escala de Manía de Altman	-.067	.531
PSST	-.044	.776
Calidad de sueño	.128	.227

En cuanto a la distinción entre etapas, como se ve en la Tabla 9, en las mujeres en fase de ciclo menstrual, los resultados no mostraron correlaciones significativas entre la presencia de tratamiento psicofarmacológico y las variables emocionales evaluadas, como la depresión (BDI-II), el estrés percibido (PSS-14), o las subescalas del DERS, que incluyen atención/desatención, claridad/confusión, entre otras. Aunque algunas correlaciones fueron marginalmente significativas, como las observadas en la subescala de atención/desatención y claridad/confusión, estas no alcanzaron el umbral de significancia estadística.

En contraste, en las mujeres en menopausia o perimenopausia, se observaron correlaciones significativas entre la presencia de tratamiento psicofarmacológico y varias variables emocionales. Primero, la depresión (BDI-II) mostró una correlación positiva significativa, lo que sugiere que las mujeres en esta etapa que reciben tratamiento psicofarmacológico tienden a reportar mayores síntomas depresivos en comparación con aquellas que no lo reciben. Asimismo, se encontró una correlación positiva significativa con el estrés percibido (PSS-14), lo que indica que las mujeres bajo tratamiento psicofarmacológico experimentan mayores niveles de estrés percibido en comparación con aquellas sin tratamiento. Finalmente, se observó una correlación significativa en la subescala

de funcionamiento/ interferencia emocional del DERS ($r = .381$, $p = .009$), lo que sugiere que la presencia de tratamiento psicofarmacológico también se asocia con un mayor impacto de las emociones en el funcionamiento diario de estas mujeres.

Tabla 9

Correlaciones de Spearman entre el uso de tratamientos psicofarmacológicos según la etapa de vida reproductiva y las variables estudiadas

Variable	Ciclo menstrual (rho, p)	Menopausia (rho, p)
BDI-II	.019, $p = .901$	.382, $p = .009^{**}$
Ansiedad-estado	-.052, $p = .736$	.202, $p = .178$
Ansiedad-rasgo	-.172, $p = .259$	.268, $p = .072^*$
PSS-14	-.106, $p = .487$	.349, $p = .018^{**}$
Subescala atención/desatención (DERS)	.275, $p = .067^*$	-.059, $p = .699$
Subescala claridad/confusión (DERS)	.258, $p = .088^*$	-.049, $p = .747$
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.030, $p = .845$	.142, $p = .348$
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)*	.030, $p = .845$	.381, $p = .009^{**}$
Subescala regulación/descontrol (DERS)*	-.060, $p = .695$	.217, $p = .148$
Escala total DERS	.035, $p = .817$	.192, $p = .201$
Escala de Manía de Altman	-.049, $p = .748$	-.106, $p = .485$
PSST	-.044, $p = .776$	
Calidad de sueño	.087, $p = .569$	.153, $p = .309$

H7. Las alteraciones hormonales durante el ciclo reproductivo femenino pueden influir en la calidad del sueño, lo que a su vez impacta en la estabilidad emocional y el bienestar psicológico de las mujeres.

Se realiza un estudio de correlaciones a través de Rho de Spearman, donde se refleja que, en la muestra total, la calidad del sueño se correlaciona de forma estadísticamente significativa con todas las variables estudiadas exceptuando la Escala de Manía de Altman.

Tabla 10

Correlación de Spearman entre la calidad del sueño y las variables estudiadas

Variable	Coeficiente de correlación (rho)	p
BDI-II	.569	<.001**
Ansiedad-estado	.509	<.001**
Ansiedad-rasgo	.429	<.001**
PSS-14	.405	<.001**
Subescala atención/desatención (DERS)	.223	.034**
Subescala claridad/confusión (DERS)	.280	.007**
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.434	<.001**
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)	.520	<.001**
Subescala regulación/descontrol (DERS)	.416	<.001**
Escala total DERS	.478	<.001**
Escala de Manía de Altman	-.010	.924
PSST	.741	<.001**

Del mismo modo, como se ve en la Tabla 11, al estudiar la correlación según la etapa, se puede observar que en las mujeres en ciclo menstrual se da una correlación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y el BDI-II, ansiedad estado y rasgo del STAI, la PSS-14, las subescalas del DERS claridad/confusión, aceptación/rechazo, funcionamiento/interferencia, regulación/descontrol, la escala total del DERS, y la escala PSST. En cuanto a las mujeres que están en la etapa de menopausia, se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre la calidad del sueño y el BDI-II, ansiedad estado y rasgo del STAI, la PSS-14, la subescala aceptación/rechazo, la subescala funcionamiento/interferencia, la subescala regulación/descontrol y la escala total del DERS. Además, se encuentra una tendencia a la significación con las subescalas del DERS atención/desatención y claridad/confusión.

Tabla 11

Correlaciones de Spearman entre la calidad del sueño según la etapa de vida reproductiva y las variables estudiadas

Variable	Ciclo menstrual (rho, p)	Menopausia (rho, p)
BDI-II	.437, p = .003**	.672, p = <.001**
Ansiedad-estado	.467, p = .001**	.549, p = <.001**
Ansiedad-rasgo	.324, p = .030**	.558, p = <.001**
PSS-14	.390, p = .008**	.414, p = .004**
Subescala atención/desatención (DERS)	.132, p = .388	.253, p = .089*
Subescala claridad/confusión (DERS)	.315, p = .035**	.255, p = .087*
Subescala aceptación/rechazo (DERS)	.333, p = .025**	.615, p = <.001**
Subescala funcionamiento/interferencia (DERS)*	.456, p = .002**	.604, p = <.001**

Variable	Ciclo menstrual (rho, p)	Menopausia (rho, p)
Subescala regulación/descontrol (DERS)*	.402, p = .006**	.500, p = <.001**
Escala total DERS	.455, p = .002**	.546, p = <.001**
Escala de Manía de Altman	.187, p = .218	-.204, p = .174
PSST	.741, p = <.001**	

Discusión

En este estudio, se planteó como objetivo general analizar la influencia de las fluctuaciones hormonales en la salud mental de las mujeres a lo largo de las distintas etapas de su ciclo reproductivo, desde el ciclo menstrual hasta la menopausia. Los resultados obtenidos respaldan en gran medida la hipótesis general, confirmando que las fluctuaciones hormonales a lo largo del ciclo reproductivo femenino tienen un impacto significativo en la salud mental de la mujer. Se observó que estas fluctuaciones influyen en la presencia e intensidad de síntomas emocionales como ansiedad, depresión, estrés y dificultades en la regulación emocional, entre otros, aumentando la vulnerabilidad emocional de la mujer.

En cuanto a las hipótesis específicas, se confirmó la existencia de diferencias significativas en la presencia e intensidad de síntomas emocionales entre las distintas etapas reproductivas de la mujer (ciclo menstrual y menopausia), lo que respalda la primera hipótesis. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, las diferentes fases del ciclo menstrual no mostraron una asociación significativa con variaciones en los síntomas emocionales, como ansiedad y cambios en el estado de ánimo. En cambio, se confirmó que la presencia de síntomas vasomotores y molestias físicas, propias de las fluctuaciones hormonales en la etapa de menopausia, están relacionadas con una mayor afectación en la salud mental de la mujer. En contra de lo hipotetizado, se encontraron diferencias significativas en la sintomatología emocional entre mujeres en la postmenopausia en comparación con aquellas en la perimenopausia, siendo superior en las mujeres en postmenopausia. Por otro lado, el uso de tratamientos hormonales influye en la presencia e intensidad de síntomas emocionales, especialmente en la etapa de menopausia, donde se observó una relación con la calidad del sueño. Asimismo, el uso de tratamientos psicofarmacológicos modula la presencia e intensidad de síntomas emocionales en mujeres en diferentes etapas del ciclo reproductivo, influyendo en la regulación emocional y los síntomas depresivos. Finalmente, aunque no se exploró directamente la influencia de las alteraciones hormonales en la calidad del sueño, se observaron alteraciones en el sueño en todas las etapas estudiadas, lo que sugiere una posible relación, viéndose que la calidad de sueño influye en la sintomatología evaluada.

Relevancia de los Hallazgos en el Contexto de Investigaciones Anteriores

Los resultados del presente estudio aportan información relevante que matiza y, en algunos casos, desafía la evidencia previa sobre la influencia de las fluctuaciones hormonales en la salud mental de la mujer. En contraste con la mayoría de los estudios que apuntan a una mayor vulnerabilidad emocional durante la perimenopausia debido a la marcada inestabilidad hormonal (Duval et al., 2010; Sherwin, 2005; Soares & Zitek, 2008), nuestros hallazgos muestran una sintomatología emocional significativamente más elevada en mujeres en posmenopausia, lo cual podría indicar que la falta sostenida de estrógenos y progesterona, y una elevada FSH, también tiene un impacto negativo en el estado anímico y emocional (Barth et al., 2015; Spicer et al., 2025; Haufe & Leeners, 2023).

Asimismo, aunque muchas investigaciones han relacionado la fase lútea del ciclo menstrual con un mayor nivel de sintomatología afectiva (Brace & McCauley, 1997; Hantsoo & Epperson, 2020; Wieczorek et al., 2023), en este estudio se observaron niveles más altos de síntomas emocionales durante la fase folicular y menstrual, lo que sugiere que los bajos niveles de estrógenos y progesterona podrían estar más directamente implicada en el aumento de la vulnerabilidad emocional (Albert et al., 2015; Brown & Gervais, 2020; Derntl et al., 2024).

Estos hallazgos coinciden con estudios que destacan el papel de los estrógenos como moduladores del sistema serotoninérgico, favoreciendo un estado emocional más estable cuando se encuentran en niveles elevados o estables, y evidenciando un incremento de sintomatología cuando estos descienden, como ocurre en la fase menstrual y en la postmenopausia (Borrow & Cameron, 2014; Miller et al., 2009; Douma et al., 2005; Sherwin, 2005). Asimismo, se apoya la hipótesis de que la vulnerabilidad emocional femenina no está determinada únicamente por las fluctuaciones hormonales, sino también por la ausencia prolongada de hormonas gonadales, como ocurre tras la menopausia (Rubinow & Schmidt, 2019; Soares, 2013).

En cuanto al impacto del tratamiento, los resultados también sugieren que el uso de psicofármacos y tratamiento hormonal influye en la intensidad de los síntomas, lo que está en línea con trabajos previos, donde se encuentran resultados mixtos y que destacan la eficacia de los ISRS y la terapia hormonal sustitutiva en la modulación del estado emocional

en estas etapas, aunque en algunos dicen tener un efecto nocivo, especialmente el progestágeno (Duval et al., 2010; Halbreich & Kahn, 2001; Heesbeen et al., 2023).

Implicaciones de los Hallazgos

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones para la comprensión y el abordaje de la salud mental de la mujer.

En primer lugar, subrayan la necesidad de considerar el factor hormonal en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos emocionales en mujeres, especialmente en las etapas de transición como la perimenopausia y la menopausia. La identificación de la alta prevalencia de síntomas premenstruales y TDPM en mujeres en edad reproductiva (Burt & Stein, 2002; Câmara et al., 2016; De Berardis et al., 2005; Dick-Paredes et al., 2019; Duval et al., 2010; Eggert et al., 2017; Engler-Chiurazzi et al., 2022; Finfgeld, 2002; Hall & Steiner, 2015; Hantsoo & Epperson, 2020; Kimball et al., 2024; Ko et al., 2024; Mazza et al., 2008; Miller et al., 2009; Noble, 2005; Schweizer-Schubert et al., 2021; Sherwin, 2005; Steiner et al., 2003; Stickel et al., 2019; Vinchurney et al., 2023; Yonkers, 2008) refuerza la importancia de la detección temprana y el manejo adecuado de estas condiciones.

La influencia de las hormonas sexuales en la neurotransmisión, especialmente en el sistema serotoninérgico, destaca la relevancia de intervenciones terapéuticas que modulen estos sistemas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los trastornos emocionales relacionados con el ciclo menstrual (Boyd & Amsterdam, 2004; Hantsoo & Epperson, 2017, 2020; Kaltsouni et al., 2024; León-García, 2015; Sherwin, 2005; Soares & Zitek, 2008; Steiner et al., 2003; Wiczorek et al., 2023; Yonkers et al., 2008), lo que subraya la importancia de considerar la farmacoterapia en casos seleccionados.

Además, la evidencia sobre el impacto de los tratamientos hormonales en el estado de ánimo (Barth et al., 2015; Burt & Stein, 2002; Douma et al., 2005; Duval et al., 2010; Halbreich & Kahn, 2001; Hampson, 2020; Kim et al., 2022; Lewis et al., 2019; Navarro-Pardo et al., 2018; Soares, 2020) sugiere la necesidad de individualizar las decisiones terapéuticas, sopesando cuidadosamente los beneficios y riesgos en cada paciente.

Fortalezas

Este estudio presenta diversas fortalezas que refuerzan la relevancia de los resultados obtenidos. En primer lugar, destaca el enfoque integral adoptado, al contemplar las distintas etapas del ciclo reproductivo femenino – ciclo menstrual, perimenopausia y posmenopausia – lo que permite una comprensión más amplia de cómo las variaciones hormonales influyen en la salud mental de las mujeres. Asimismo, se utilizaron instrumentos psicométricos ampliamente validados, con altos niveles de consistencia interna, lo que garantiza la fiabilidad de las mediciones obtenidas en relación con síntomas de ansiedad, depresión, estrés manía y dificultades en la regulación emocional.

Otra fortaleza relevante del estudio está en la adaptación del cuestionario empleado según la etapa reproductiva declarada por cada participante. Esta diferenciación permitió recoger información más específica y pertinente para cada grupo. Además, se sustenta en un marco teórico sólido, que integra la perspectiva neuroendocrina y psicológica, vinculando la acción de las hormonas como los estrógenos y la progesterona con los sistemas neurotransmisores implicados en la regulación emocional, lo que otorga una base científica consistente para la interpretación de los resultados.

Limitaciones

Este estudio también presenta ciertas limitaciones que deben considerarse. El diseño transversal empleado impide establecer relaciones causales significativas entre las fluctuaciones hormonales y los síntomas emocionales observados, ya que los datos fueron recogidos en un único momento.

Otra limitación puede ser el uso exclusivo de cuestionarios autoadministrados, lo que puede estar influido por sesgos de percepción o deseabilidad social. Del mismo modo, aunque el estudio se centra en los efectos de las fluctuaciones hormonales, no se realizaron mediciones hormonales directas en sangre o saliva, lo cual habría permitido contrastar empíricamente las variaciones reportadas. Además, debe tenerse en cuenta la dificultad para identificar de forma precisa la fase del ciclo menstrual mediante autoinforme, pudiendo afectar a la exactitud del análisis por fases.

Por último, aunque se recogieron datos sobre tratamientos hormonales y psicofármacos, no se controlaron otras variables que podrían influir en la salud mental, como eventos vitales estresantes recientes, situación laboral, entre otras. Por todo ello, es importante tener en cuenta estas limitaciones a la hora de interpretar los resultados, y sería recomendable que futuras investigaciones profundicen en esta temática a través de estudios longitudinales con una mayor muestra y más diversa, para poder obtener conclusiones más sólidas y generalizables.

Prospectivas de Futuro

Los resultados de este estudio sugieren líneas futuras de investigación para comprender la relación entre fluctuaciones hormonales y salud mental femenina, especialmente la variación de la sintomatología emocional según la etapa reproductiva o las fases del ciclo menstrual mediante estudios longitudinales.

Se recomienda incorporar mediciones hormonales directas (suero/saliva) para contrastar niveles hormonales con síntomas y esclarecer mecanismos neuroendocrinos, así como para asegurar la fase del ciclo en la que se encuentren; así mismo es relevante explorar el papel modulador de tratamientos hormonales y psicofarmacológicos.

Finalmente, la inclusión de variables contextuales podría ayudar al análisis de factores protectores o de riesgo para la salud mental de la mujer.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la existencia de una relación entre las etapas de la vida reproductiva de la mujer y según las distintas fases del ciclo menstrual, y la sintomatología emocional, incluyendo la ansiedad, depresión, estrés, manía y dificultades en la regulación emocional. De manera específica, se observó una mayor presencia e intensidad de sintomatología en mujeres en etapa de postmenopausia, así como durante las fases menstrual y folicular dentro del ciclo menstrual, lo que difiere parcialmente de algunas investigaciones previas que apuntaban a la perimenopausia y la fase lútea como los momentos de mayor vulnerabilidad.

Estos hallazgos sugieren que no solo las fluctuaciones rápidas, sino también la ausencia sostenida de hormonas sexuales – como ocurre en la postmenopausia – pueden tener un impacto en el estado de ánimo y la salud psicológica de las mujeres. Asimismo, se refuerza la hipótesis de que ciertas mujeres presentan una sensibilidad aumentada a los cambios hormonales, más allá de los niveles absolutos de estrógenos o progesterona, lo que puede manifestarse en alteraciones emocionales y afectivas en distintas etapas de la vida reproductiva.

En relación con posibles intervenciones, es importante señalar que la consideración de tratamientos hormonales y psicofarmacológicos como moduladores emocionales requieren cautela dado la variabilidad de resultados previos, lo que refuerza la importancia de un enfoque clínico sensible al género y el funcionamiento neuroendocrino.

Finalmente, se sugiere que futuras investigaciones contemplen diseños longitudinales, la inclusión de muestras más amplias y representativas, así como la incorporación de mediciones hormonales objetivas. Esto permitiría profundizar mucho más en los mecanismos biológicos que están en juego, y en consecuencia, ofrecer intervenciones más específicas y realmente eficaces para las mujeres.

Bibliografía

- Álvarez-García, M., Hernández-Castillo, C., & González-González, A. (2021). Menopausia: factores de riesgo. *Revista Minerva*, 2(2), 55-67.
<https://doi.org/10.53591/minerva.v2i2.880>.
- Álvarez-Mas, P., Benavent-Rodríguez, P., García-Valls, J. M., Livianos-Aldana, L., & Rojo-Moreno, L. (2005). Traducción y adaptación de la Altman Self-Rating Mania Scale al ámbito español. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(3), 180-187.
- Abel, K. M., & Freeman, M. P. (2023). Optimizing mental health for women: recognizing and treating mood disorders throughout the lifespan. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(5).
- Albert, K., Pruessner, J., & Newhouse, P. (2015). Estradiol levels modulate brain activity and negative responses to psychosocial stress across the menstrual cycle. *Psychoneuroendocrinology*, 59, 14-24.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.04.022>.
- Altman, E. G., Hedeker, D., Peterson, J. L., & Davis, J. M. (1997). The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biological Psychiatry*, 42(10), 948-955.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*.
- Amiel-Castro, R. T., Ehlert, U., & Fischer, S. (2021). Variation in genes and hormones of the hypothalamic-pituitary-ovarian axis in female mood disorders - A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 62, 100929.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2021.100929>.
- Andersen, E., Nagpal, A., Eisenlohr-Moul, T. A., & Gordon, J. L. (2024). A novel method for quantifying affective sensitivity to endogenous ovarian hormones. *Psychoneuroendocrinology*, 167, 107095.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107095>.
- Andersen, E., Prim, J., Campbell, A., Schiller, C., Baresich, K., & Girdler, S. (2024). Biobehavioral mechanisms underlying testosterone and mood relationships in peripubertal female adolescents. *Development and Psychopathology*, 36, 1638-1652. <https://doi.org/10.1017/s0954579423000937>.
- Barrientos, R. M., Brunton, P. J., Lenz, K. M., Pyter, L., & Spencer, S. J. (2019). Neuroimmunology of the female brain across the lifespan: Plasticity to

- psychopathology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 79, 39-55.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.03.010>.
- Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2015). Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Frontiers in Neuroscience*, 9(37).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation.
- Bin-Na, K., & Seok-Man, K. (2017). Initial psychometric properties of the Korean Altman Self-Rating Mania Scale: Preliminary validation study in a non-clinical sample. *Psychiatry Investigation*, 14(5), 562-567.
- Bohórquez-Borda, D., Gómez-Villarraga, D., Bernal-Cundy, M., Iriarte-Becerra, S., Ramírez-Moreno, V., & Riveros-Munévar, F. (2023). Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS): Evidencia de validez y fiabilidad en muestras colombianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28(2), 129-138.
- Borrow, A. P., & Cameron, N. M. (2014). Estrogenic mediation of serotonergic and neurotrophic systems: Implications for female mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 54, 13-25.
- Boyd, R. C., & Amsterdam, J. D. (2004). Mood disorders in women from adolescence to late life: An overview. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 515-526.
<https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129921.46497.ae>.
- Brace, M., & McCauley, E. (1997). Oestrogens and psychological well-being. *Annals of Medicine*, 29(4), 283-290.
- Brown, A. M., & Gervais, N. J. (2020). Role of ovarian hormones in the modulation of sleep in females across the adult lifespan. *Endocrinology*, 161(9), 1-15.
<https://doi.org/10.1210/endo/bqaa128>.
- Burt, V. K., & Stein, K. (2002). Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(7), 9-15.
- Câmara, R. A., Köhler, C. A., Maes, M., Nunes-Neto, P. R., Brunoni, A. R., Quevedo, J., . . . Carvalho, A. F. (2016). Affective temperaments and emotional traits are associated with a positive screening for premenstrual dysphoric disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 33-38. doi:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.008>
- Cepeda-Moreno, K. L., Vera-Martínez, D. A., Reyes-Martínez, K. E., & Reinoso-Tapia, S. C. (2019). Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*, 3(3), 391-408.

- Clínica Universidad de Navarra. (2023). *¿Qué es la ovulación? Diccionario médico. Clínica U. Navarra*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/ovulacion>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Dan, R., Canetti, L., Keadan, T., Segman, R., Weinstock, M., Bonne, O., . . . Goelman, G. (2019). Sex differences during emotion processing are dependent on the menstrual cycle phase. *Psychoneuroendocrinology*, 100, 85-95. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.09.032>.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Carano, A., Pelusi, L., . . . Ferro, F. M. (2005). Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(4), 257-264. <https://doi.org/10.1080/01674820500109081>.
- Deecher, D., Andree, T. H., Sloan, D., & Schechter, L. E. (2008). From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 3-17.
- Derntl, B., Eber, C. H., Kogler, L., Rehbein, E., Sundstöm-Poromaa, I., & Morawetz, C. (2024). Estradiol modulates changes in effective connectivity in emotion regulation networks. *Psychoneuroendocrinology*, 167, 107103. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107103>.
- Dick-Paredes, D. F., Pazmiño-Farfán, J. C., Franco-Orellana, J. M., & Bravo-Legarda, A. A. (2019). Trastorno disfórico premenstrual. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*, 3(1), 199-217.
- Doornweerd, A. M., Baas, J. M., Montoya, E. R., Van de Vijver, I., & Gerritsen, L. (2024). Emotion and birth control: Emotion regulation ERPs differ based on menstrual cycle phase and hormonal contraceptive use. *Psychoneuroendocrinology*, 170, 107174. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107174>.
- Doornweerd, A. M., Gerritsen, L., Montoya, E. R., Engelhard, I. M., & Baas, J. M. (2025). Contraceptives and conditioning: Different profiles of fear and expectancy ratings during fear conditioning and extinction according to menstrual cycle phase and hormonal contraceptive use. *Biological Psychology*, 194, 108964. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2024.108964>.
- Douma, S. L., Husband, C., O'Donnell, M. E., Barwin, B. N., & Woodend, A. K. (2005). Estrgen-related mood disorders: Reproductive life cycle factors. *Advances in*

- Nursing Science*, 28(4), 364-375. <https://doi.org/10.1097/00012272-200510000-00008>.
- Dubol, M., Stiernman, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., & Comasco, E. (2024). Cortical morphology variations during the menstrual cycle in individuals with and without premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Affective Disorders*, 355, 470-477. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.130>.
- Duval, F., Jautz-Duval, M., González, F., & Rabia, H. (2010). Bases neurobiológicas de vulnerabilidad psiquiátrica a lo largo de las etapas de la vida hormonal de la mujer. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 292-306. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500005>
- Eggert, L., Kleinstäuber, M., Hiller, W., & Witthöft, M. (2017). Emotional interference and attentional processing in premenstrual syndrome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 77-87. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.07.002>
- Engler-Chiurazzi, E. B., Chastain, W. H., Citron, K. K., Lambert, L. E., Kikkeri, D. N., & Shrestha, S. S. (2022). Estrogen, the Peripheral Immune System and Major Depression - A reproductive lifespan perspective. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16, 850623. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.850623>.
- Eun-Hyun, L. (2012). Review of the psychometric evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 121-127.
- Farage, M. A., Osborn, T. W., & MacLean, A. B. (2008). Cognitive, sensory, and emotional changes associated with the menstrual cycle: a review. *Archives of Gynecology and Obstetric*, 278, 299-307. doi:<https://doi.org/10.1007/s00404-008-0708-2>
- Ferllini-Montealegre, S. M., Miranda-Muñoz, M. F., & Picado-Álvarez, A. D. (2020). Depresión: relación con la terapia anticonceptiva hormonal. *Revista Médica Sinergia*, 5(1), e333. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.333>.
- Ferllini-Montealegre, S. M., Miranda-Muñoz, M. F., & Picado-Alvarez, A. D. (2020). Depresión: relación con la terapia anticonceptiva hormonal. *Revista Médica Sinergia*, 5(1), e333. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.333>.
- Fingeld, D. L. (2002). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(2), 50-60. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2002.tb00657.x>.
- Flores-Ramos, M. (2011). Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental. *Gaceta Médica de México*, 147, 33-37.

- Gamsakhurdashvili, D., Antov, M. I., & Stockhorst, U. (2021). Sex-hormone status and emotional processing in healthy women. *Psychoneuroendocrinology*, 130, 105258. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105258>.
- Gervais, N. J., Mong, J. A., & Lacreuse, A. (2017). Ovarian hormones, sleep and cognition across the adult female lifespan: An integrated perspective. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 47, 134-153. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.08.002>.
- Graham, B. M., Ash, C., & Den, M. L. (2017). High endogenous estradiol is associated with enhanced cognitive emotion regulation of physiological conditioned fear responses in women. *Psychoneuroendocrinology*, 80, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.02.023>.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Guevarra, D. A., Louis, C. C., Gloe, L. M., Block, S. R., Kashy, D. A., Klump, K. L., & Moser, J. S. (2023). Examining a window of vulnerability for affective symptoms in the mid-luteal phase of the menstrual cycle. *Psychoneuroendocrinology*, 147, 105958. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105958>.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Haigh, E. A., Craner, J. R., Sigmon, S. T., Yoon, K. L., & Thorpe, G. L. (2018). Symptom attributions across the menstrual cycle in women with Panic Disorder. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 36, 320-332. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0288-4>.
- Halbreich, U., & Kahn, L. S. (2001). Role of estrogen in the aetiology and treatment of mood disorders. *Molecular Diagnosis & Therapy*, 15(10), 797-817. <https://doi.org/10.2165/00023210-200115100-00005>.
- Hall, E., & Steiner, M. (2015). Psychiatric symptoms and disorders associated with reproductive cyclicity in women: advances in screening tools. *Women's Health*, 11(3), 397-415. <https://doi.org/10.2217/whe.15.1>.
- Hampson, E. (2020). A brief guide to the menstrual cycle and oral contraceptive use for researchers in behavioral endocrinology. *Hormones and Behavior*, 119, 104655. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2019.104655>.

- Hannan, K., Li, X., Mehta, A., Yenokyan, G., Payne, J. L., Shea, A. A., & Hantsoo, L. (2024). Mood symptoms and gut function across the menstrual cycle in individuals with premenstrual syndrome. *Hormones and Behavior*, 166, 105634. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2024.105634>.
- Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2017). Anxiety disorders among women: A female lifespan approach. *Focus*, 15(2), 162-172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160042>.
- Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2020). Allopregnanolone in premenstrual dysphoric disorder (PMDD): Evidence for dysregulated sensitivity to GABA-A receptor modulating neuroactive steroids across the menstrual cycle. *Neurobiology of Stress*, 12, 100213. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100213>.
- Hantsoo, L., Jagodnik, K. M., Novick, A. M., Baweja, R., Di Scalea, T. L., Ozerdem, A., . . . Weiss, S. J. (2023). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in depression across the female reproductive lifecycle: current knowledge and future directions. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1295261. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1295261>.
- Harrington, Y. A., Parisi, J. M., Duan, D., Rojo-Wissar, D. M., Holingue, C., & Spira, A. P. (2022). Sex hormones, sleep, and memory: Interrelationships across the adult female lifespan. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 800278. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.800278>.
- Haufe, A., & Leeners, B. (2023). Sleep disturbances across a woman's lifespan: What is the role of reproductive hormones? *Journal of Endocrine Society*, 7(5), 1-14. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvad036>.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Iqbal, J., Huang, G.-D., Xue, Y.-X., Yang, M., & Jia, X.-J. (2024). Role of estrogen in sex differences in memory, emotion and neuropsychiatric disorders. *Molecular Biology Reports*, 51.
- Joue, G., Navarro-Schröder, T., Achtzehn, J., Moffat, S., Hennies, N., Fuß, J., . . . Sommer, T. (2024). Effects of estrogen on spatial navigation and memory. *Psychopharmacology*, 241(5), 1037-1063. <https://doi.org/10.1007/s00213-024-06539-3>.
- Kaltsouni, E., Schmidt, F., Zsido, R. G., Eriksson, A., Sacher, J., Sundström-Poromaa, I., . . . Comasco, E. (2024). Electroencephalography findings in menstrually-related mood

- disorders: A critical review. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 72, 101120.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2023.101120>.
- Kimball, A., Bourassa, J., Chicote, M. L., Gerweck, A. V., Dichtel, L. E., & Miller, K. K. (2024). Neuroactive steroid levels are elevated in the follicular phase and predict premenstrual depression and anxiety symptom severity in women with menstrually related mood disorder. *Archives of Women's Mental Health*,
<https://doi.org/10.1007/s00737-024-01532-3>.
- Klusmann, H., Schulze, L., Engel, S., Bücklein, E., Daehn, D., Lozza-Fiacco, S., . . . Schumacher, S. (2022). HPA axis activity across the menstrual cycle - a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 66, 100998. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2022.100998>.
- Ko, C.-H., Wong, T.-H., Suen, J.-L., Lin, P.-C., Long, C.-Y., & Yen, J.-Y. (2024). Estrogen, progesterone, cortisol, brain-derived neurotrophic factor, and vascular endothelial growth factor during the luteal phase of the menstrual cycle in women with premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 169, 307-317.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.11.019>.
- Krinke, E., Held, U., Steigmler, Felmingham, K., & Kleim, B. (2022). Sex hormones and cortisol during experimental trauma memory consolidation: Prospective association with intrusive memories. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2040818.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2040818>.
- Laird, S., Ney, L. J., Felmingham, K. L., & Gogos, A. (2019). Hormonal contraception and the brain: Examining cognition and psychiatric disorders. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 15(2), 116-131.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.2174/1573400515666190521113841>.
- León-García, M. (2015). Serotonina, ciclo menstrual y síndrome premenstrual. *Medicina Naturista*, 9(2), 103-108.
- Li, S. H., Lloyd, A. R., & Graham, B. M. (2020). Physical and mental fatigue across the menstrual cycle in women with and without generalised anxiety disorder. *Hormones and Behavior*, 118, 104667. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2019.104667>.
- Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., & Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 71, 120-130.
- Luo, D., Dashti, S. G., Sawyer, S. M., & Vijayakumar, N. (2024). Pubertal hormones and mental health problems in children and adolescents: a systematic review of

- population-based studies. *eClinicalMedicine*, 76, 102828.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102828>.
- Martínez, P. E., Rubinow, D. R., Nieman, L. K., Koziol, D. E., Morroe, A. L., Schiller, C. E., . . . Schmidt, P. J. (2016). 5 α -Reductase inhibition prevents the luteal phase increase in plasma allopregnanolone levels and mitigates symptoms in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 41(4), 1093-1102.
<https://doi.org/10.1038/npp.2015.246>.
- Maurya, P., Meher, T., & Muhammad, T. (2022). Relationship between depressive symptoms and self-reported menstrual irregularities during adolescence: evidence from UDAYA, 2016. *BMC Public Health*, 22, 758. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13196-8>.
- Mazza, M., Bria, P., Taranto, C., Janiri, L., & Mazza, S. (2008). Mood, hormones and quality of life. *La Clinica Terapeutica*, 159(2), 105-109.
- Miller, L. J., Girgis, C., & Gupta, R. (2009). Depression and related disorders during the female reproductive cycle. *Women's Health*, 5(5), 577-587.
<https://doi.org/10.2217/whe.09.44>.
- Nielsen, S. E., Barber, S. J., Chai, A., Clewett, D. V., & Mather, M. (2015). Sympathetic arousal increases a negative memory bias in young women with low sex hormone levels. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 96-106.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.08.001>.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*, 54, 49-52. doi:<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.014>
- Pang, R. D., Morales, J. C., Smith, K. E., Murray, S. B., Dunton, G. F., & Mason, T. B. (2023). Daily ovarian hormone exposure and loss of control eating in adolescent girls: A registered report. *The International journal of eating disorders*, 56(6), 1246–1253. <https://doi.org/10.1002/eat.23962>.
- Pilarczyk, J., Schwertner, E., Woloszyn, K., & Kuniecki, M. (2019). Phase of the menstrual cycle affects engagement of attention with emotional images. *Psychoneuroendocrinology*, 104, 25-32.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.02.009>.
- Pletzer, B., & Noachtar, I. (2023). Emotion recognition and mood along the menstrual cycle. *Hormones and Behavior*, 154, 105406. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2023.105406>.

- Pope, C. J., Oinonen, K., Mazmanian, D., & Stone, S. (2017). The hormonal sensitivity hypothesis: A review and new findings. *Medical Hypotheses*, 102, 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.03.012>.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Rodríguez-Jiménez, M. J., & Curell-Aguilá, N. (2017). El ciclo menstrual y sus alteraciones. *Pediatría Integral*, 21(5), 304-311.
- Rubinow, D. R., & Schmidt, P. J. (2019). Sex differences and the neurobiology of affective disorders. *Neuropsychopharmacology*, 44, 111-128. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0148-z>.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Schweizer-Schubert, S., Gordon, J. L., Eisenlohr-Moul, T. A., Meltzer-Brody, S., Schmalenberger, K. M., Slopian, R., . . . Ditzen, B. (2021). Steroid hormone sensitivity in reproductive mood disorders: On the role of the GABAA receptor complex and stress during hormonal transitions. *Frontiers in Medicine*, 7, 479646. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.479646>.
- Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: Focus on female hormones. *The American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1641-1647. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1641>.
- Seligowski, A. V., Hurly, J., Mellen, E., Ressler, K. J., & Ramikie, T. S. (2020). Translational studies of estradiol and progesterone in fear and PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1723857. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1723857>.
- Sherwin, B. B. (2005). Estrogen and mood in women. *The Endocrinologist*, 15(3), 180-185. <https://doi.org/10.1097/01.ten.0000162373.22576.7d>.
- Soares, C. (2014). Mood disorders in midlife women: understanding the critical window and its clinical implications. *Menopause*, 21(2), 198-206. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000193>.
- Soares, C. N. (2013). Depression in peri- and postmenopausal women: Prevalence, pathophysiology and pharmacological management. *Drugs Aging*, 30, 677-685. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0100-1>.

- Soares, C. N., & Zitek, B. (2008). Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 33(4), 331-343.
- Spicer, J., Malaspina, D., Blank, S. V., & Goosens, K. A. (2025). Follicle-stimulation hormone: More than a marker for menopause FSH as a frontier for women's mental health. *Psychiatry Research*, 345, 116239.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116239>.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2008). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.
- STABLE National Coordinating Council. (s.f.). *STABLE Resource Toolkit*. Obtenido de <https://static.cigna.com/assets/chcp/pdf/resourceLibrary/educationCenter/stableToolkit.pdf>
- Steiner, M., Dunn, E., & Born, L. (2003). Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 67-83.
[https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00432-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00432-9).
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6(3), 203-209.
- Stickel, S., Wagels, L., Wudarczyk, O., Jaffee, S., Habel, U., Schneider, F., & Chechko, N. (2019). Neural correlates of depression in women across the reproductive lifespan - An fMRI review. *Journal of Affective Disorders*, 246, 556-570.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.133>.
- Syan, S. K., Minuzzi, L., Costescu, D., Smith, M., Allega, O. R., Coote, M., . . . Frey, B. N. (2017). Influence of endogenous estradiol, progesterone, allopregnanolone, and dehydroepiandrosterone sulfate on brain resting state functional connectivity across the menstrual cycle. *Fertility and Sterility*, 107(5).
[doi:https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.03.021](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.03.021)
- Terán-Espinoza, J. D., & García-Chuez, G. K. (2022). Ansiedad en técnicos de la Fundación Simón Palacios Intriago, frente al retorno de actividades presenciales en el marco de la pandemia (abril 2021). *Polo del Conocimiento*, 7(2), 360-371.
- Urzola-Tirado, C. G., Carrasquilla-Romero, A. S., Restrepo-Cortés, A. M., Eraso-Orbes, M. I., & Ruiz-Camacho, A. D. (2021). Explicación neurobiológica desencadenantes de alteraciones psiquiátricas dependientes de las diferentes etapas hormonales de la mujer. *Scientific & Educational Medical Journal*, 1(1), 20-32.

- Villalobo-Lobo, D. M., Urzola-Tirado, C. G., Carrasquilla-Romero, A. S., & Restrepo-Cortés, A. M. (2021). Explicación neurobiológica desencadenantes de alteraciones psiquiátricas dependientes de las diferentes etapas hormonales de la mujer. *Revista Neuronum*, 7(1), 250-277.
- Vinchurney, M. D., Dhokne, M. D., Kotagale, N., Umekar, M. J., & Taksande, B. (2023). Agmatine prevents the manifestation of impulsive burying and depression-like behavior in progesterone withdrawn female rats. *Hormones and Behavior*, 152. doi:<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2023.105361>
- Wang, R., Kogler, L., & Derntl, B. (2024). Sex differences in cortisol levels in depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 72, 101118. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2023.101118>.
- Wieczorek, K., Targonskaya, A., & Maslowski, K. (2023). Reproductive hormones and female mental wellbeing. *Women*, 432-444. doi:<https://doi.org/10.3390/women3030033>
- Wu, Q., Yan, Y., La, R., Zhang, X., Lu, L., Xie, R., . . . Huang, L. (2024). Association of reproductive lifespan and age at menopause with depression: Data from NHANES 2005-2018. *Journal of Affective Disorders*, 356, 519-527. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.077>
- Yen, J.-Y., Wang, P.-W., Su, C.-H., Liu, T.-L., Long, C.-Y., & Ko, C.-H. (2018). Estrogen levels, emotion regulation, and emotional symptoms of women with premenstrual dysphoric disorder: The moderating effect of estrogen receptor 1 α polymorphism. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 82, 216-223. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.11.013>.
- Yonkers, K. A., O'Brien, P. S., & Eriksson, E. (2008). Premenstrual syndrome. *The Lancet*, 371(9619), 1200-1210.
- Youssef, L., Salameh, P., Dagher, M., Akel, M., Hallit, S., & Obeid, S. (2022). Association between mental illness and cycle phases and physical, social, and task attraction in female university students. *Prospectives in Psychiatric Care*, 58(3), 986-993.
- Zanin, L., Paez, A., Correa, C., & De Bortoli, M. (2011). Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. *Fundamentos en Humanidades*, 12(24), 103-123.
- Zsido, R. G., Villringer, A., & Sacher, J. (2017). Using positron emission tomography to investigate hormone-mediated neurochemical changes across the female lifespan:

implications for depression. *International Review of Psychiatry*, 29(6), 580-596.

doi:<https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1397607>

Anexo A

Tabla 1A

Descriptivos de la edad de las mujeres en la muestra total

Variable	N	Media	Desviación estándar	Min	Max	Mediana	Moda	Asimetría	Curtosis
Edad	91	43.143	17.056	19	72	48	24	-.010	-1.683

Nota. Elaboración propia

Tabla 2A

Distribución de la muestra por etapa de su vida fértil

Etapa	N	%
Menopausia	46	50.5%
Perimenopausia	6	6.6
Menopausia confirmada	40	43.9%
Ciclo menstrual	45	49.5%

Nota. Elaboración propia

Tabla 3A

Distribución de la muestra según la presencia de diagnóstico de trastorno psiquiátrico

Presencia diagnóstico psicológico/psiquiátrico	N	%
No	76	83.5%
Sí	15	16.5%

Nota. Elaboración propia

Tabla 4A

Distribución de la muestra según el trastorno psiquiátrico

Trastorno psicológico/psiquiátrico	N	%
Ansiedad	10	66.7%
Depresión	7	46.7%
TEPT	4	26.7%
TOC	3	20.0%
T. Personalidad	1	6.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 5A

Distribución de la muestra según el diagnóstico de trastorno psiquiátrico que presentan

Trastorno psicológico/psiquiátrico	N	%
Ansiedad	3	20.0%
Depresión	3	20.0%
Ansiedad/Depresión	4	26.6%
Ansiedad/TEPT/TOC	3	20.0%
TEPT	1	6.7%
T. Personalidad	1	6.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 6A

Distribución de la muestra según la presencia de diagnóstico de trastorno ginecológico, endocrino, etc.

Presencia diagnóstico ginecológico/endocrino	N	%
No	62	68.1%
Sí	29	31.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 7A

Distribución de la muestra según el diagnóstico de trastorno ginecológico, endocrino, etc.

Trastorno ginecológico/endocrino	N	%
Anemia	2	6.9%
Cáncer de mama	2	6.9%
Diabetes	2	6.9%
Dispareunia	1	3.4%
Endometriosis	3	10.3%
Hipertiroidismo	1	3.4%
Hipotiroidismo	7	24.1%
Histerectomía	2	6.9%
Mioma	1	3.4%
Pólipos	1	3.4%
SOP	7	24.1%

Nota. Elaboración propia

Tabla 8A

Distribución de la muestra según la presencia de tratamiento hormonal

Presencia tratamiento hormonal	N	%
No	64	70.3%
Sí	27	29.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 9A

Distribución de la muestra según el tipo de tratamiento hormonal

Tipo de tratamiento hormonal	N	%
Anticonceptivo oral combinado	7	25.9%
Dispositivo intrauterino hormonal (DIU)	4	14.8%
Implante	2	7.4%
Terapia hormonal de sustitución (THS)	5	18.5%
Tratamiento cáncer	1	3.7%

Tipo de tratamiento hormonal	N	%
Tratamiento endometriosis	1	3.7%
Tratamiento tiroides	7	25.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 10A

Distribución de la muestra según la hormona administrada

Tipo de hormona del tratamiento hormonal	N	%
Carbimazol	1	3.7%
DHEA	1	3.7%
Estrógenos/Progesterona	8	29.6%
Estrógenos	1	3.7%
Levotiroxina	6	22.2%
Progesterona	7	25.9%
SERM	1	3.7%
Tibolona	2	7.4%

Nota. Elaboración propia

Tabla 11A

Distribución de la muestra según la marca (reportada por las mujeres de la muestra) de la hormona administrada

Marca de la hormona del tratamiento	N	%
Belara	1	3.7%
Boltin	1	3.7%
Dimetrio	8	3.7%
Estring	1	3.7%
Eutirox	5	18.5%
Eviana	1	3.7%
Gynovin	1	3.7%
Kyleena	3	11.1%
L-Thyroxin	1	3.7%
Mairena	1	3.7%

Marca de la hormona del tratamiento	N	%
Neotomizol	1	3.7%
Nexplanon	2	7.4%
Oedien	1	3.7%
Óvulos Intrarosa	1	3.7%
Sibilla	4	14.8%
Tamoxifeno	1	3.7%
Tibolona	1	3.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 12A

Distribución de la muestra según la presencia de tratamiento psicofarmacológico

Presencia tratamiento psicofarmacológico	N	%
No	80	87.9%
Sí	11	12.1%

Nota. Elaboración propia

Tabla 13A

Distribución de la muestra según el tipo de psicofármaco administrado

Presencia tratamiento psicofarmacológico	N	%
Antidepresivos	4	36.4%
Ansiolíticos	4	36.4%
Antidepresivos/Ansiolíticos	3	27.3%

Nota. Elaboración propia

Tabla 14A

Distribución de la muestra según el tipo de fármaco

Tipo de antidepresivo	N	%
ISRS	5	83.3%
IRSN	1	16.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 15A*Distribución de la muestra según el medicamento consumido en función del tipo de fármaco*

Medicamento consumido	N	%
ISRS	6	100%
Sertralina	5	83.3%
Escitalopram	1	16.7%
IRSN	1	100%
Duloxetina	1	100%

Nota. Elaboración propia

Anexo B

Tabla 1B

Descriptivos de la edad y del tiempo que llevan en vida reproductiva, de las mujeres en ciclo menstrual

Variable	N	Media	Desviación estándar	Min	Max	Mediana	Moda	Asimetría	Curtosis
Edad	45	27.178	6.696	19	49	24	24	1.957	3.709
Tiempo en vida reproductiva	45	14.733	7.082	7	38	13	13	1.879	3.441

Nota. Elaboración propia

Tabla 2A

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según la regularidad de sus ciclos

Regularidad/Irregularidad	N	%
Muy regulares (duran entre 21 y 35 días)	37	82.2%
Irregulares (varían significativamente de un mes a otro)	8	17.8%

Nota. Elaboración propia

Tabla 3B

Distribución de la muestra según la fase del ciclo menstrual en la que se encuentran

Fase del ciclo menstrual	N	%
Fase menstrual	11	24.4%
Fase folicular	7	15.6%
Ovulación	8	17.8%
Fase lútea	19	42.2%

Nota. Elaboración propia

Tabla 4B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según la presencia de dismenorrea

Presencia de dismenorrea	N	%
Sí	32	71.1%
No	13	28.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 5B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual con dismenorrea según la intensidad de ésta

Intensidad de la dismenorrea	N	%
Leve	11	34.4%
Moderada	13	40.6%
Severa	8	25.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla 6B

Distribución de la muestra según la presencia y gravedad de sintomatología evaluada con el PSST (sintomatología característica asociada a la fase premenstrual normalmente)

Presencia de sintomatología PSST	N	%
Los síntomas son prácticamente inexistentes o muy leves	10	22.2%
Síntomas leves, pero manejables	12	26.7%
Síntomas moderados que pueden interferir con la vida diaria	11	24.4%
Síntomas severos que afectan significativamente a la calidad de vida	8	17.8%
Síntomas extremadamente intensos que probablemente interfieran gravemente con las actividades cotidianas	4	8.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 7B

Distribución de la muestra en ciclo menstrual según se cumplen los criterios del PSST para SPM o TDPM

Cumplimiento de criterios del PSST	N	%
No cumple	24	53.3%
SPM	19	42.2%
TDPM	2	4.4%

Nota. Elaboración propia

Tabla 8B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según la presencia de diagnóstico de trastorno ginecológico, endocrino, etc.

Presencia diagnóstico ginecológico/endocrino	N	%
No	33	73.3%
Sí	12	26.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 9B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según el diagnóstico de trastorno ginecológico, endocrino, etc.

Trastorno ginecológico/endocrino	N	%
Anemia	1	8.3%
Endometriosis	2	16.7%
Hipotiroidismo	2	16.7%
Mioma	1	8.3%
SOP	6	50.0%
SOP	8	25.8%

Nota. Elaboración propia

Tabla 10B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según la presencia de tratamiento hormonal

Presencia tratamiento hormonal	N	%
No	31	68.9%
Sí	14	31.1%

Nota. Elaboración propia

Tabla 11B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según el tipo de tratamiento hormonal

Tipo de tratamiento hormonal	N	%
Anticonceptivo oral combinado	7	50.0%
Dispositivo intrauterino hormonal (DIU)	3	21.4%
Implante	2	14.3%
Tratamiento endometriosis	1	7.1%
Tratamiento tiroides	7	7.1%

Nota. Elaboración propia

Tabla 12B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según la marca (reportada por las mujeres de la muestra) de la hormona administrada

Marca de la hormona del tratamiento	N	%
Belara	1	7.1%
Dimetrio	1	7.1%
Gynovin	1	7.1%
Kyleena	3	21.4%
L-Thyroxin	1	7.1%
Nexplanon	2	14.3%
Oedien	1	7.1%
Sibilla	4	28.6%

Nota. Elaboración propia

Tabla 13B

Distribución de la muestra según la hormona administrada

Tipo de hormona del tratamiento hormonal	N	%
Estrógenos/Progesterona	7	50.0%
Levotiroxina	1	7.1%
Progesterona	6	42.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 14B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según la presencia de diagnóstico psiquiátrico/psicológico

Presencia diagnóstico psiquiátrico/psicológico	N	%
No	37	82.2%
Sí	8	17.8%

Nota. Elaboración propia

Tabla 15B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según el diagnóstico de trastorno psiquiátrico que presentan

Trastorno psicológico/psiquiátrico	N	%
Ansiedad	1	12.5%
Depresión	1	12.5%
Ansiedad/Depresión	2	25.0%
Ansiedad/TEPT/TOC	2	25.0%
TEPT	1	12.5%
T. Personalidad	1	12.5%

Nota. Elaboración propia

Tabla 16B

Distribución de la muestra de mujeres en ciclo menstrual según la presencia de tratamiento psicofarmacológico

Presencia tratamiento psicofarmacológico	N	%
No	40	88.9%
Sí	5	11.1%

Nota. Elaboración propia

Tabla 17B

Distribución de la muestra en ciclo menstrual según el tipo de psicofármaco administrado

Presencia tratamiento psicofarmacológico	N	%
Antidepresivos	1	20.0%
Ansiolíticos	2	40.0%
Antidepresivos/Ansiolíticos	2	40.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla 18B

Distribución de los niveles de sintomatología depresiva y de ansiedad en la muestra de mujeres en ciclo menstrual

Variable		N	%
BDI-II	Mínima	29	64.4%
	Leve	7	15.6%
	Moderada	8	17.8%
	Grave	1	2.2%
STAI Ansiedad-Estado	Muy bajo	4	8.9%
	Medio-bajo	6	13.3%
	Promedio	7	15.6%
	Medio-alto	6	13.3%
	Muy alto	22	48.9%

Variable		N	%
STAI Ansiedad-Rasgo	Muy bajo	1	2.2%
	Medio-bajo	6	13.3%
	Promedio	1	2.2%
	Medio-alto	9	20.0%
	Muy alto	28	62.2%

Nota. Elaboración propia

Tabla 19B

Distribución de los niveles de percepción del estrés (PSS-14) en la muestra de mujeres en ciclo menstrual

Variable		N	%
PSS-14	Nivel de estrés percibido muy bajo	14	31.1%
	Nivel de estrés percibido bajo	8	17.8%
	Nivel de estrés moderado	12	26.7%
	Nivel de estrés alto	7	15.6%
	Nivel de estrés muy alto	4	8.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 20B

Distribución de la gravedad de la sintomatología maníaca en la muestra de mujeres en ciclo menstrual

Variable		N	%
Altman	Sin síntomas o mínimos	26	57.8%
	Síntomas leves (posible hipomanía)	10	22.2%
	Manía moderada	9	20.0%
	Manía grave	0	0.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla 21B

Distribución de las dificultades en la regulación emocional en la muestra de mujeres en ciclo menstrual

Escala		N	%
DERS Total	Baja dificultad	13	28.9%
	Dificultad medio-baja	7	15.6%
	Dificultad media	11	24.4%
	Dificultad medio-alta	10	22.2%
	Alta dificultad	4	8.9%
Desatención emocional	Baja dificultad	11	24.4%
	Dificultad medio-baja	18	40.0%
	Dificultad media	10	22.2%
	Dificultad medio-alta	3	6.7%
	Alta dificultad	3	6.7%
Confusión emocional	Baja dificultad	10	22.2%
	Dificultad medio-baja	13	28.9%
	Dificultad media	8	17.8%
	Dificultad medio-alta	6	13.3%
	Alta dificultad	8	17.8%

Escala		N	%
Rechazo emocional	Baja dificultad	8	17.8%
	Dificultad medio-baja	12	26.7%
	Dificultad media	10	22.2%
	Dificultad medio-alta	9	20.0%
	Alta dificultad	6	13.3%
Interferencia emocional	Baja dificultad	9	20.0%
	Dificultad medio-baja	9	20.0%
	Dificultad media	15	33.3%
	Dificultad medio-alta	7	15.6%
	Alta dificultad	5	11.1%
Descontrol emocional	Baja dificultad	11	24.4%
	Dificultad medio-baja	8	17.8%
	Dificultad media	11	24.4%
	Dificultad medio-alta	11	24.4%
	Alta dificultad	4	8.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 22B

Distribución de calidad del sueño en la muestra de mujeres en ciclo menstrual

Variable		N	%
Calidad del sueño	Sin afectación o normal	11	24.4%
	Afectación leve	15	33.3%
	Afectación moderada	10	22.2%
	Afectación severa	6	13.3%
	Afectación muy severa	3	6.7%

Nota. Elaboración propia

Anexo C

Tabla 1C

Descriptivos de la edad y del tiempo que llevan en etapa de menopausia o perimenopausia, de las mujeres en etapa de menopausia

Variable	N	Media	Desviación estándar	Min	Max	Mediana	Moda	Asimetría	Curtosis
Edad	46	58.761	5.813	47	72	58	56	.249	-.357
Tiempo en esta etapa	46	8.522	6.991	1	28	6	5	1.177	.771

Nota. Elaboración propia

Tabla 2C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según la presencia de diagnóstico de trastorno ginecológico, endocrino, etc.

Presencia diagnóstico ginecológico/endocrino	N	%
No	29	63.0%
Sí	17	37.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla 3C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según el diagnóstico de trastorno ginecológico, endocrino, etc.

Trastorno ginecológico/endocrino	N	%
Anemia	1	5.9%
Cáncer de mama	2	11.8%
Diabetes	2	11.8%

Trastorno ginecológico/endocrino	N	%
Dispareunia	1	5.9%
Endometriosis	1	5.9%
Hipertiroidismo	1	5.9%
Hipotiroidismo	5	29.4%
Histerectomía	2	11.8%
Pólipos	1	5.9%
SOP	1	5.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 4C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según la presencia de tratamiento hormonal

Presencia tratamiento hormonal	N	%
No	33	71.7%
Sí	13	28.3%

Nota. Elaboración propia

Tabla 5C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según el tipo de tratamiento hormonal

Tipo de tratamiento hormonal	N	%
Dispositivo intrauterino hormonal (DIU)	1	7.7%
THS	5	38.5%
Tratamiento cáncer	1	7.7%
Tratamiento tiroides	6	46.2%

Nota. Elaboración propia

Tabla 6C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según la hormona administrada

Tipo de hormona del tratamiento hormonal	N	%
Carbimazol	1	7.7%
DHEA	1	7.7%
Estrógeno/Progesterona	1	7.7%
Estrógenos	1	7.7%
Levotiroxina	5	38.5%
Progesterona	1	7.7%
SERM	1	7.7%
Tibolona	2	15.4%

Nota. Elaboración propia

Tabla 7C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según la presencia de diagnóstico psiquiátrico/psicológico

Presencia diagnóstico psiquiátrico/psicológico	N	%
No	39	84.4%
Sí	7	15.2%

Nota. Elaboración propia

Tabla 8C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según el diagnóstico de trastorno psiquiátrico que presentan

Trastorno psicológico/psiquiátrico	N	%
Ansiedad	2	28.6%
Depresión	2	28.6%
Ansiedad/Depresión	2	28.6%
Ansiedad/TEPT/TOC	1	14.2%
T. Personalidad	0	0.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla 9C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según la presencia de tratamiento psicofarmacológico

Presencia tratamiento psicofarmacológico	N	%
No	40	87.0%
Sí	6	13.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla 10C

Distribución de la muestra en etapa de menopausia según el tipo de psicofármaco administrado

Presencia tratamiento psicofarmacológico	N	%
Antidepresivos	3	50.0%
Ansiolíticos	2	33.3%
Antidepresivos/Ansiolíticos	1	16.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 11C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según los cambios en el ciclo

Cambios en el ciclo	N	%
Sin menstruación	41	89.1%
Ciclos más irregulares	5	10.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 12C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según la presencia de síntomas vasomotores (sofocos/sudoración)

Presencia de síntomas vasomotores	N	%
Sí	12	26.1%
No	34	73.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 13C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según afectación en la autoestima y autopercepción

Afectación en autoestima y autopercepción	N	%
No	24	52.2%
Sí, de forma moderada	18	39.1%
Sí, de forma significativa	4	8.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 14C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según presencia de cambios en su relación con los demás

Cambios en relación con los demás	N	%
No	23	50.0%
Sí, de forma moderada	17	37.0%
Sí, de forma significativa	6	13.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla 15C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según presencia de sentimientos de tristeza y preocupación relacionados con los cambios

Presencia de sentimientos de tristeza y preocupación	N	%
No	14	30.4%
A veces	22	47.8%
Sí, frecuentemente	10	21.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 16C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según presencia de apoyo emocional

Sentimiento de apoyo emocional	N	%
No	10	21.8%
A veces	15	32.6%
Sí, completamente	21	45.6%

Nota. Elaboración propia

Tabla 17C

Distribución de la muestra de mujeres en etapa de menopausia según impacto en la identidad

Impacto en identidad	N	%
No	26	56.5%
A veces	15	32.6%
Sí, de forma significativa	5	10.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 18C

Distribución de los niveles de sintomatología depresiva y de ansiedad en la muestra de mujeres en etapa de menopausia

Variable		N	%
BDI-II	Mínima	26	56.5%
	Leve	8	17.4%
	Moderada	9	19.6%
	Grave	3	6.5%
STAI Ansiedad-Estado	Muy bajo	1	2.2%
	Medio-bajo	4	8.7%
	Promedio	6	13.0%
	Medio-alto	12	26.1%
	Muy alto	23	50.0%

Variable		N	%
STAI Ansiedad-Rasgo	Muy bajo	0	0.0%
	Medio-bajo	4	8.7%
	Promedio	5	10.9%
	Medio-alto	10	21.7%
	Muy alto	27	58.7%

Nota. Elaboración propia

Tabla 19C

Distribución de los niveles de percepción del estrés (PSS-14) en la muestra de mujeres en etapa de menopausia

Variable		N	%
PSS-14	Nivel de estrés percibido muy bajo	16	34.8%
	Nivel de estrés percibido bajo	9	19.6%
	Nivel de estrés moderado	10	21.7%
	Nivel de estrés alto	3	6.5%
	Nivel de estrés muy alto	8	17.4%

Nota. Elaboración propia

Tabla 20C

Distribución de la gravedad de la sintomatología maníaca en la muestra de mujeres en etapa de menopausia

Variable		N	%
Altman	Sin síntomas o mínimos	37	80.4%
	Síntomas leves (posible hipomanía)	6	13.0%
	Manía moderada	3	6.5%
	Manía grave	0	0.0%

Nota. Elaboración propia

Tabla 21C

Distribución de las dificultades en la regulación emocional en la muestra de mujeres en etapa de menopausia

Escala		N	%
DERS Total	Baja dificultad	12	26.1%
	Dificultad medio-baja	13	28.3%
	Dificultad media	11	23.9%
	Dificultad medio-alta	4	8.7%
	Alta dificultad	6	13.0%
Desatención emocional	Baja dificultad	9	19.6%
	Dificultad medio-baja	8	17.4%
	Dificultad media	8	17.4%
	Dificultad medio-alta	10	21.7%
	Alta dificultad	11	23.9%
Confusión emocional	Baja dificultad	9	19.6%
	Dificultad medio-baja	12	26.1%
	Dificultad media	15	32.6%
	Dificultad medio-alta	6	13.0%
	Alta dificultad	4	8.7%

Escala		N	%
Rechazo emocional	Baja dificultad	11	23.9%
	Dificultad medio-baja	14	30.4%
	Dificultad media	11	23.9%
	Dificultad medio-alta	7	15.2%
	Alta dificultad	3	6.5%
Interferencia emocional	Baja dificultad	9	19.6%
	Dificultad medio-baja	12	26.1%
	Dificultad media	13	28.3%
	Dificultad medio-alta	8	17.4%
	Alta dificultad	4	8.7%
Descontrol emocional	Baja dificultad	7	15.2%
	Dificultad medio-baja	15	32.6%
	Dificultad media	15	32.6%
	Dificultad medio-alta	4	8.7%
	Alta dificultad	5	10.9%

Nota. Elaboración propia

Tabla 22C

Distribución de calidad del sueño en la muestra de mujeres en etapa de menopausia

Variable		N	%
Calidad del sueño	Sin afectación o normal	11	23.9%
	Afectación leve	8	17.4%
	Afectación moderada	12	26.1%
	Afectación severa	9	19.6%
	Afectación muy severa	6	13.0%

Nota. Elaboración propia