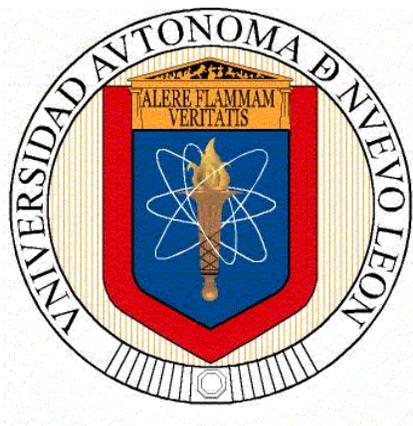


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS**

**ESTRÉS Y PERSONALIDAD EN RELACIÓN  
CON EL SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)**

**PRESENTADA POR  
LIC. IVONNE ELIZABETH BURGOS RIVERA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAestrÍA EN CIENCIAS  
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**MAYO 2025**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**



**ESTRÉS Y PERSONALIDAD EN RELACIÓN CON EL SÍNDROME  
PREMENSTRUAL (SPM)**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**PRESENTA**

**LIC. IVONNE ELIZABETH BURGOS RIVERA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MONICA TERESA GONZALEZ RAMIREZ**

**MONTERREY, N. L., MÉXICO, MAYO DE 2025**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

La tesis titulada “Estrés y Personalidad en relación con el Síndrome Premenstrual (SPM)” que presenta la Lic. Ivonne Elizabeth Burgos Rivera ha sido aprobada por el Comité de Tesis.

---

Dra. Mónica Teresa González Ramírez  
Directora de Tesis

---

Dr. René Landero Hernández  
Revisor de Tesis

---

Dr. José Moral de la Rubia  
Revisor de Tesis

Monterrey, Nuevo León, México, mayo de 2025.

## **DEDICATORIA**

A mis padres que han sido la base de mi camino y por todo su apoyo incondicional. Y a mí misma, porque este trabajo es un pequeño testimonio de que no me rendí.

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo ha sido posible gracias a la participación de personas muy significativas para mí. En mi primer lugar, quiero agradecer a la Dra. Mónica González porque fue la primera en creer en mi tema de investigación, por el tiempo que me dedico, por su acompañamiento, orientación y apoyo a lo largo de este proyecto.

También a mis asesores el Dr. José Moral y al Dr. René Landeros, los cuales también fueron mis docentes y me compartieron sus conocimientos sobre los análisis realizados en este estudio.

A la Dra. Cecilia Meza que me acogió en su equipo de trabajo y de la cual aprendí mucho como persona y profesionista.

A mi compañera y amiga Daniela Roldán, con quien compartí el camino de esta maestría, y sin su ayuda no habría alcanzado esta meta.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo recibido, a través de la beca que me otorgaron.

A mis profesores, compañeros de trabajo y amigos que de alguna manera también contribuyeron a este trabajo.

Y, sobre todo, a mi madre y a mi padre, porque, a pesar de la distancia física, siempre han estado presentes, y han hecho de mi la persona que soy ahora, y han contribuido significativamente en que logré todos mis objetivos.

¡Muchas gracias!

## RESUMEN

La presente investigación evalúa la relación entre el estrés percibido, la personalidad y el Síndrome Premenstrual (SPM) en estudiantes universitarias de psicología en su último año de licenciatura en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Mediante un estudio cuantitativo de tipo no experimental, se aplicaron el Registro Diario de Severidad de Problemas (RDSP), la Escala de Estrés Percibido (PSS) y el Inventario de Personalidad de los Cinco Grandes a una muestra de 14 participantes. Los resultados mostraron una tendencia de mayores puntajes en neuroticismo y escrupulosidad en quienes presentan SPM, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al estrés percibido, no se hallaron diferencias significativas entre las participantes con y sin SPM, aunque los niveles de estrés percibido fueron levemente mayores en aquellas sin SPM. Estos hallazgos contribuyen al entendimiento del rol de la personalidad y el estrés en la aparición y manejo del SPM en población universitaria, planteando la importancia de futuras investigaciones con una mayor muestra.

*Palabras clave:* estrés percibido, personalidad, Síndrome Premenstrual, estudiantes universitarias.

## **ABSTRACT**

*This study evaluates the relationship between perceived stress, personality, and Premenstrual Syndrome (PMS) in senior undergraduate psychology students at the Universidad Autónoma de Nuevo León. Using a quantitative non experimental design, the Daily Record of Severity of Problems (RDSP), Perceived Stress Scale (PSS), and Big Five Personality Inventory were administered to a sample of 14 participants. Results indicated a tendency for higher scores in neuroticism and conscientiousness among those with PMS, although statistical significance was not reached. Regarding perceived stress, no significant differences were found between participants with and without PMS, though stress levels were slightly higher among those without PMS. These findings contribute to understanding the role of personality and stress in the onset and management of PMS among university students, highlighting the importance of further research with larger samples.*

*Key words:* perceived stress, personality, Premenstrual Syndrome, female university students.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	10
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	10
Justificación	12
Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Hipótesis	14
Hipótesis específicas	14
<b>MARCO TEÓRICO</b>	17
Ciclo menstrual	15
Síndrome Premenstrual (SPM)	16
Etiología	17
Criterios diagnósticos del SPM según el DSM-IV	19
Tratamientos	20
Tratamiento no farmacológico	20
Tratamiento farmacológico	21
Diferencias del síndrome premenstrual (SPM) y el trastorno disfórico premenstrual (TDPM)	22
Factores de riesgo	23
Consumo de alcohol, tabaco y drogas	23
Factores psicológicos y de personalidad	23
Dieta	23
Sedentarismo	24
Herencia familiar	24
Estrés	24
Estrés percibido	25
Relación del estrés y las enfermedades	26
Personalidad	27
El modelo de los Cinco Factores de la Personalidad	28
Dimensión de los Cinco Grandes	30
Relación entre personalidad y las enfermedades	32

<b>MÉTODO</b>	36
Diseño	34
Participantes	34
Instrumentos	35
Registro Diario de Severidad de Problemas (RDSP)	35
Escala de Estrés Percibido	36
Inventario de Personalidad de los Cinco Grandes	36
Procedimiento de selección y/o reclutamiento de los participantes	36
Análisis de datos	37
Aspectos éticos	37
<b>RESULTADOS</b>	41
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	49
Recomendaciones para Futuros Estudios	40
Conclusiones	41
<b>REFERENCIAS</b>	53
<b>ANEXOS</b>	<b>51</b>

## **Índice de Tablas**

Tabla 1. Estadísticos de confiabilidad de las escalas para la medición de las variables.

Tabla 2. Pruebas de normalidad.

Tabla 3. Descriptivos para la muestra.

Tabla 4. Comparación entre las variables de estudio: Estrés Percibido y Síndrome Premenstrual.

Tabla 5. Comparación entre las variables de estudio: Personalidad y Síndrome Premenstrual.

Tabla 6. Comparación entre las variables de estudio: Dimensiones de personalidad y Síndrome Premenstrual.

# I. INTRODUCCIÓN

La menstruación ha sido un tema tabú para muchas culturas, en especial en occidente, y por lo mismo, no se llega a hablar de este tema y mucho menos de todo lo que implica el ciclo menstrual de la mujer. Dentro de este ciclo encontramos la semana premenstrual en la que muchas mujeres experimentan el llamado Síndrome Premenstrual.

La presente tesis aborda el tema del Estrés y la Personalidad en relación con el Síndrome Premenstrual en alumnas de nivel licenciatura. En este primer capítulo se encuentran los antecedentes de las investigaciones sobre estas variables, la justificación y objetivos del estudio, y, por último, las hipótesis de investigación que se plantearon con base a las investigaciones científicas previas.

## **Antecedentes**

El ciclo menstrual femenino tiene un promedio de duración de 28 días y la mujer lo vive durante aproximadamente 35 a 40 años, comenzando en la pubertad y terminando en la menopausia (Vázquez et al., 2021). Muchas mujeres relatan presentar molestias relacionadas al ciclo menstrual, con síntomas físicos y emocionales específicos, que ha sido denominado Síndrome Premenstrual (SPM).

El SPM hace referencia a los síntomas y signos de comportamiento relacionados con el ciclo menstrual, que sucede a partir de la fase lútea (día 14) y termina en los primeros días de la menstruación (Velásquez y Vivanco, 2019). La magnitud de esta condición afecta no solo a través de síntomas físicos, sino que estos pueden llegar a convertirse en enfermedades, además de impactar anímicamente, en las relaciones interpersonales, y en lo intrapersonal. La sintomatología del SPM puede ser predominantemente psicológica o física.

Lo que hace característico al SPM es la reaparición de los síntomas siguiendo el mismo patrón en cada ciclo menstrual (Jiménez y Graván, 2022). Houa et al. (2019) muestran cómo las mujeres con síntomas del Síndrome Premenstrual presentan un nivel de cortisol al despertar, significativamente más atenuado que las mujeres sanas, mientras que Aragao y Álvarez (2021) describen cómo las mujeres que hacen

ejercicio de resistencia redujeron los síntomas psicológicos del SPM, debido a que el ejercicio provoca una liberación de endorfinas; estos estudios confirman que el estrés está relacionado con este padecimiento.

En la investigación de Luque y Bernal (2020) se muestra que en algunos programas de intervención donde se realiza yoga y ejercicio aeróbico son aquellos que producen beneficios en los síntomas del SPM en mujeres jóvenes. Otro factor de riesgo asociado al SPM fue descrito por Meng et al. (2022) quienes indican que cuando las mujeres experimentan una presión cognitiva de alta intensidad en el período premenstrual su Sistema Nervioso Autónomo (SNA) muestra retraso en la recuperación, al contrario de las mujeres que no presentan síntomas en su semana premenstrual.

Velarde y Palomino (2022) argumentan que al ser poco tratado este proceso fisiológico natural ocasiona que la calidad de vida de las mujeres se vea disminuida, al carecer de espacios de promoción y conocimiento, así como apoyo para la higiene menstrual. Esta situación se agrava cuando se suma la presencia del síndrome premenstrual por el estrés por situaciones sociales, económicas, laborales y académicas aquejando a un gran sector de la población femenina que no cuentan con medidas de afrontamiento adecuadas ni una educación sobre cómo sobrellevar las situaciones. Incluso, como menciona Tiranini (2022) existe una asociación entre los trastornos menstruales y las enfermedades psicológicas, pero si se orientan intervenciones oportunas y adecuadas se puede mejorar la vida de las mujeres.

La prevención, a largo plazo, de cualquier enfermedad puede agravarse, lo mismo pasa con el SPM, como lo menciona Menassa de Lucía (2020) este padecimiento puede terminar en histerectomía, cirugía para extirpar el útero y el cuello uterino, e incluso riesgo de suicidio, ya que es en esta semana donde se producen ideas suicidas, y entre otros padecimientos a largo plazo como la fibromialgia (Torres Pascual et al., 2019).

Sumado a lo anterior, Garg y Sharma (2020) encontraron que el estrés académico también puede ser responsable del aumento de los síntomas en los estudiantes universitarios y escolares. Otro factor que algunos estudios respaldan como el de Izadi y Amiri (2019) muestran que las mujeres con SPM y el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) tenían puntuaciones significativamente más altas en

la personalidad de Neuroticismo, considerando la teoría de Los 5 grandes, que se explica en el capítulo del Marco Teórico, en comparación con las mujeres que tenían pocos o nulos síntomas. Y las mujeres con la personalidad de Amabilidad tenían puntajes más bajos de síntomas. Esto muestra cómo la personalidad también es un factor que influye y probablemente puede determinar la aparición del SPM.

### **Planteamiento del problema**

Walton et al. (2018) declara que el SPM afecta al 75-90% de las mujeres que menstrúan. Este puede conducir a una disfunción en el bienestar social, mental y físico que afecta directamente la calidad de vida de la mujer, cantidad suficientemente grande para tomar medidas para su disminución y/o solución. Este síndrome es uno de los trastornos más prevalentes en la edad reproductiva y tiene un impacto negativo en las emociones y el rendimiento de las mujeres (Zendehdel y Elyasi, 2018).

En el estudio de Walton et al. (2018) encontraron que el 98.7% de las mujeres de la muestra de su estudio experimentaron algún nivel de malestar asociado con el SPM, lo suficiente para interrumpir sus actividades cotidianas. Garg y Sharma (2020) encontraron una correlación positiva entre el estrés académico y el SPM además que las estudiantes que tienen un nivel severo de estrés académico mostraron un nivel severo de síntomas del síndrome premenstrual mientras que aquellas con un nivel leve de estrés académico no muestran los síntomas del SPM. Todo esto representa grandes pérdidas económicas en el sector laboral y académico, problemas interpersonales e intrapersonales y el aumento de la atención médica.

Esto representa no solo un problema para la mujer que es lo que la padece, sino para todos aquellos, mencionados anteriormente, que también son afectados indirectamente. Sumado a esto, la personalidad de las mujeres también influye en el SPM; en un estudio de Erenoglu y Yaman (2020) mencionan que las mujeres que tienen comunicación interpersonal débil, menor energía y autoconfianza, introvertidas, débiles habilidades de afrontamiento y son propensas a la depresión corren el riesgo de experimentar el SPM.

Sin embargo, un estudio que se realizó durante la pandemia de COVID-19 por Vázquez et al. (2021), época que fue muy estresante, y muchas personas pasaron de

la actividad a la pasividad, no ocasionaron cambios en su ciclo ni trastornos menstruales, en los que va incluido el SPM, solo modificaciones en la hora de la alimentación, sueño, algunas padecen insomnio o haber subido de peso.

Continuando con lo anterior, Vázquez et al. (2021) recomiendan seguir profundizando en el tema, por otros estudios donde se ha demostrado que efectivamente las mujeres están expuestas a estresores, y si esto se agudiza, se puede alterar las dinámicas hormonales de las mujeres y aumentar los efectos negativos, convirtiéndose en un problema de salud pública.

Además, según la investigación de Campagne y Campagne (2006), donde relata que la gravedad de los síntomas puede deberse a las habilidades psicológicas de la persona y su valoración subjetiva, es importante que se verifique que el diagnóstico no se deba a otras causas, ya que la sintomatología premenstrual no tiene una causa única específica, y que se requiere más investigación sobre las intervenciones, en las que ya se ha evidenciado su eficacia, como el tratamiento psicológico.

Asimismo, aunque se ha estudiado el SPM de las mujeres y el estrés, lo cual está en una etapa de conocimiento avanzada, tiene un enfoque limitado. También las interacciones entre los rasgos y estado son muy evidentes en mujeres con SPM y proporcionan un modelo para realizar estudios de estas interacciones (Halbreich, 2003).

Lo anterior plantea la posibilidad de estudiar el estrés y la personalidad como variables predictoras de la aparición del SPM. Respecto a esto, podemos plantear la siguiente pregunta: ¿El estrés y la personalidad tienen una relación con la aparición del SPM específicamente en mujeres que cursan su último año de la licenciatura de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León?

## **Justificación**

Los estudios sobre el estrés en estudiantes y la relación con el SPM resultan relevantes debido a la correlación positiva entre estos, y al mismo tiempo, la correlación negativa entre el estrés leve y el SPM (Garg y Sharma, 2020).

Dicho lo anterior, resultaría interesante trabajar en métodos para reducir el estrés en mujeres con SPM. Como en la investigación de Olia et al. (2019) donde describe cómo el estrés tiene una relación con el SPM y comprueba cómo los síntomas disminuyen al aplicar técnicas de relajación, entonces, considerar trabajar el estrés en las mujeres podría llevar a encontrar una solución a este padecimiento.

También se ha encontrado que la personalidad es un factor protector contra el desarrollo de la sintomatología asociada a la fase lútea (Telek et al., 2010) Por ejemplo, en la investigación de Arslantasl et al. (2018) se encontró que la prevalencia del SPM era mayor en estudiantes que eran menos extrovertidos y escrupulosos. Lo cual nos indica que si existe una relación entre la personalidad y la aparición del SPM.

Y, al mismo tiempo, encontramos como estas dos variables, estrés y rasgos de la personalidad, pueden afectar en la aparición del SPM, como en la investigación de Kappen et al. (2022) donde se encontraron aumentos constantes de estrés y el pensamiento rumiante perseverante relacionado con un aumento de la aparición del SPM.

Haciendo énfasis en lo dicho por Torres Pascual (2019) el SPM tiene repercusiones que impactan negativamente no solo a las mujeres y su calidad de vida, sino que ya se cataloga como un problema de Salud Pública. En conclusión, es vital darles la importancia necesaria a los malestares de la semana premenstrual junto con sus consecuencias negativa en la calidad de vida; la propuesta por las mujeres es: fomentar el autoconocimiento y autocuidados, y considerar los aspectos psicoemocionales y contextuales (Silva et al., 2021).

Lo anterior, demuestra la utilidad de la presente investigación para considerar el estrés y la personalidad como factores que influyen en la aparición del síndrome premenstrual en la vida de las mujeres, además de una repercusión en la calidad de vida y ya es un problema de salud pública.

El aporte de este estudio se enfocó en proporcionar nueva información a las investigaciones sobre el SPM en mujeres estudiantes a nivel licenciatura en la zona de Monterrey. Esto permitirá desarrollar más adelante talleres que impacten positivamente en el SPM, y a su vez en su salud física, mental, social.

Dicho lo anterior, se proponen los siguientes objetivos e hipótesis que se desarrollarán en esta investigación.

### **Objetivos**

Con la información recabada en las investigaciones anteriores, se propone realizar una investigación cuantitativa para examinar los resultados obtenidos anteriormente pero ahora con mujeres estudiantes de último año de licenciatura.

### **Objetivo general**

Evaluar la asociación de la personalidad y el estrés con el Síndrome Premenstrual en alumnas que cursan el último año de su licenciatura de Psicología en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

### **Objetivos específicos**

1. Describir los resultados del estrés percibido, personalidad y aparición del Síndrome Premenstrual
2. Comparar el nivel de estrés entre las mujeres que si tienen el síndrome premenstrual con las que no lo presentan
3. Comparar los puntajes de los diferentes factores de personalidad entre las mujeres que presentan síndrome premenstrual con las que no lo presentan

### **Hipótesis**

Las mujeres con SPM tienen puntajes mayores de estrés percibido; los diferentes factores de personalidad están asociado con la aparición del SPM.

### **Hipótesis específicas**

1. Las mujeres con SPM presentan puntajes mayores de estrés percibido.
2. Las mujeres con SPM presentan puntajes menores de extroversión.
3. Las mujeres con SPM presentan menores puntajes en amabilidad.

4. Las mujeres con SPM presentan puntajes mayores en escrupulosidad.
5. Las mujeres con SPM presentan mayores puntajes en neuroticismo.
6. Las mujeres con SPM presentan puntajes menores en apertura a la experiencia.

## II. MARCO TEÓRICO

Para comprender el hecho del Síndrome Premenstrual (SPM), es necesario primero entender el ciclo menstrual, que se explicará brevemente en este mismo apartado, incluyendo como identificar de forma adecuada cuando sucede la semana premenstrual, y con esto, el SPM. También es importante conocer la diferencia con el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), que suele confundirse cuando existe un SPM intenso, las situaciones de riesgo que desarrollan el SPM, los tratamientos y las variables relacionadas como el estrés y la personalidad, de las que también se habla a continuación.

### **Ciclo menstrual**

El ciclo menstrual es un proceso natural en el sistema reproductivo femenino que se repite mensualmente desde la menarquia (el primer sangrado menstrual desde la pubertad) hasta la menopausia, lo que permite la fertilización y el embarazo. Comenzando con el primer día de la menstruación y terminando con el día anterior al comienzo del sangrado posterior. La duración promedio del ciclo es de 28 días. Sin embargo, los ciclos saludables varían en duración entre 21 días (posible diagnóstico de polimenorrea si es más corto) y 37 días (posible diagnóstico de oligomenorrea si es más largo (Long, 1990, citado por Schmalenberger et al., 2021).

Este tiene por característica dos fases las cuáles son separadas por la ovulación. La primera fase la podemos encontrar llamada como proliferativa, folicular y/o estrogénica, y la segunda fase como secretoria, lútea y/o progestacional (Testa et al., 2020 citado en González, 2022).

La fase folicular deriva su nombre de la maduración de los folículos ováricos que contienen ovocitos. Comienza con el inicio de la menstruación (es decir, el desprendimiento del endometrio proliferado) y dura hasta el día de la ovulación (es decir, la liberación de ovocitos por parte del folículo dominante).

La fase lútea, definida desde el día posterior a la ovulación hasta el día anterior a la menstruación, transforma los restos del folículo dominante en el cuerpo lúteo. El cuerpo lúteo produce progesterona y estradiol; por lo tanto, la fase lútea comienza

con un aumento gradual de los niveles de progesterona y estradiol. La fase lútea media se caracteriza por un pico en progesterona y un pico secundario en estradiol. Si no se produce la fecundación del ovocito, el cuerpo lúteo involucre, provocando una rápida retirada perimenstrual de estradiol y progesterona desencadenando la menstruación. Con este inicio menstrual posterior, el ciclo comienza de nuevo (Schmalenberger et al., 2021). Es en la fase lútea donde encontramos la semana premenstrual, donde sucede el SPM que se explica posteriormente.

Es importante mencionar que, además de este ciclo, a la par existe el ciclo ovárico en la mujer. El ciclo ovárico encontramos los acontecimientos que suceden en el ovario que recibe el influjo de hormonas desde el eje hipotálamo-hipofisario, y que genera una serie de folículos que van madurando para la producción de un óvulo que se libera y este es fecundado o no, y es, digamos, eliminado o reabsorbido en función de que haya pasado (González, 2022).

En cambio, el ciclo menstrual son los cambios que se producen en el endometrio, relacionados al ciclo ovárico, pero que no se trata solo de lo que está pasando en el ovario, sino que a partir de las hormonas que produce el ovario, se producen cambios en otras estructuras corporales. El ciclo menstrual es una consecuencia fisiológica del ciclo ovárico (González, 2022).

### **Síndrome Premenstrual (SPM)**

Actualmente el SPM es identificado fácilmente, dentro y fuera de la medicina, pero no fue así anteriormente. Fue una serie de sucesos para que llegará a llamarse como ahora. El SPM es mencionado por primera vez por Hipócrates, quien describió los cambios de humor de la mujer en los días previos a la regla (Aquino, 2015).

En 1931, un médico, llamado Frank, acuñó el término tensión premenstrual, iniciando así una amplia investigación biomédica sobre la relación entre el ciclo menstrual de la mujer y la aparición de cambios físicos, emocionales y de comportamiento. Sin embargo, a pesar de los años de investigación científica, las preguntas fundamentales siguen sin respuesta (Rodín, 1992).

En esta misma búsqueda sobre una definición, algunos autores concluyen que

tensión premenstrual no es correcto para definir el trastorno premenstrual, porque la tensión premenstrual es un componente más de la misma llegando a establecer, como lo conocemos ahora, el término de Síndrome Premenstrual (Greene y Dalton, 1953, son citados por Jiménez y Lema ,2016).

Entonces, cuando hablamos del SPM estamos hablando del conjunto de síntomas y signos de comportamiento relacionados al ciclo menstrual desde la fase lútea (día 14) hasta los días iniciales de la menstruación (Velásquez y Vivanco, 2019). La sintomatología del SPM puede ser predominantemente psicológica o física. Lo que hace característico al SPM es la reaparición de los síntomas siguiendo el mismo patrón en cada ciclo menstrual (Jiménez y Graván, 2022).

## **Etiología**

La etiología del SPM es desconocida. Existen diversas causas. Una de ellas es una relación con las alteraciones en los niveles de neurotransmisores, patrones de secreción hormonal, prostaglandinas, ritmo circadiano y una desencadenación de la gama de síntomas afectivos (Santisteban, 1997).

El que no exista una causa concreta y objetiva del SPM es una opinión en la que coinciden la mayoría de los autores. Actualmente, aún el SPM no tiene un concreto y válido contenido, ni métodos diagnósticos comprobados, aunque sí se cuenta con recomendaciones a tratamientos científicos y clínicos.

El SPM tiene algunos 70 años donde se han propuesto muchas teorías sobre la causa de sus síntomas. Se ha llegado a la conclusión de que el SPM es un problema multicausal debido a reflexiones como la siguiente: anteriormente se había propuesto que se produce a partir de un desbalance hormonal, pero hay mujeres que, con las mismas condiciones hormonales no lo sufre. Entonces las condiciones biológicas no son la única causa (Campagne y Campagne, 2006).

Existen teorías que hablan sobre una relación de factores psicológicos y el SPM. Por ejemplo, relación el neuroticismo, trastornos afectivos y/o una personalidad anormal con la aparición del SPM, aunque nunca se ha demostrado completamente esta relación (Campagne y Campagne, 2006).

Dentro de la parte fisiológica, en la investigación de Halbreich (2003) se declara que los niveles de hormonas gonadales y sus fluctuaciones pueden ser la causa de síntomas graves en personas sensibles, pero no en todas las mujeres, ya que los niveles anormales de esteroides gonadales es característica del SPM. También las hormonas como el estrógeno y progesterona, los trastornos neuroendocrinos, la diversidad de receptores de estrógenos y la síntesis de prostaglandinas desempeñan un papel en la etiología biológica del SPM (Halbreich, 2003 citado por Zendejdel y Elyasi, 2018).

Una investigación realizada por National Institute of Mental Health estadounidense muestra como la alteración del ciclo menstrual no influye en el tiempo ni en la gravedad del SPM, concluyendo que los fenómenos neuroendocrinos de la fase lútea no son las causas del síndrome (Schmidt et al., 1991 citado por Campagne y Campagne 2006). Una causa más fisiológica es que los niveles de serotonina en sangre, durante la fase lútea media y tardía son más bajos en mujeres con síndrome premenstrual en comparación con mujeres sin SPM (Halbreich, 2003).

Otra causa interesante encontrada es que existe una correlación entre madres e hijas en SPM. La herencia de los síntomas premenstruales es aceptada y juega un papel importante en la expresión del SPM (Dalton et al., 1987 citado por Zendejdel y Forouzan, 2018)

Un factor que no suele tomarse en cuenta, pero en la investigación de Harding (1984) citado por Zendejdel y Forouzan (2018) relata dos situaciones relacionadas. La primera es que la Cultura afecta la probabilidad de desarrollo y prevalencia del Síndrome Premenstrual, ya que la actitud desempeña un papel importante en la aparición de signos y la intensidad de los síntomas. El otro factor como predictor del SPM es la religión. Si la religión tiene una actitud positiva hacia el ciclo menstrual se observan sentimientos positivos y menos ansiedad y estrés, por ejemplo, las mujeres judías que tienen muchos tabúes relacionados con la menstruación sufren una gran cantidad de molestias asociadas a la menstruación.

## **Criterios diagnósticos del SPM según el DSM-IV**

Para una identificación del SPM, en el DSM-IV se da la siguiente propuesta:

Se establecen 4 criterios A, B, C y D:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día de la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales, comienzan a remitir después del 2do día y desaparecen completamente después de la menstruación.

1. Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de desaprobación acusadas.
2. Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar “al límite”.
3. Labilidad emocional evidente.
4. Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente.
5. Pérdida del interés por las actividades cotidianas.
6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
7. Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía.
8. Cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas.
9. Hipersomnia o insomnio.
10. Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control
11. Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso.

B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales.

C. La alteración no representa una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno,

por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad.

D. Los criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos consecutivos.

## **Tratamientos**

Una vez realizado el diagnóstico del SPM, se pueden describir tratamientos de dos tipos: Farmacológico y No Farmacológico. Aunque no hay una solución definitiva para esta condición, y varía de mujer a mujer, los siguientes tratamientos son los que han tenido algún tipo de avance en la solución de los síntomas del SPM.

### **Tratamiento no farmacológico**

#### Suplementos alimenticios

En un estudio de Ventura (2015) donde se trabajó con mujeres con síntomas del SPM y se les suplemento con vitamina B6, A y E se registró la disminución de la presentación de los síntomas y se evidenciaron cambios a nivel de la severidad de estos; el síntoma de cansancio y falta de energía se disminuyó un 25%, el de dolor de cabeza se redujo un 31%, el de hinchazón y/o dolor en las mamas el resultado fue de un 45%. En cuanto a los síntomas psicoemocionales como cambio brusco de ánimo un 30%, tristeza y/o ánimo decaído un 60%, irritabilidad o molestia se redujo un 31% y pérdida de interés por las actividades diarias y problemas de concentración la disminución fue de un 40% y del 60% respectivamente.

#### Actividad física

En un estudio de Costagliola (2014) se concluyó que la actividad física ayuda a disminuir la intensidad o aparición de los síntomas del SPM.

## Dieta

En un estudio realizado por Chapa-González et al. (2018) mostraron cómo por una anomalía en la alimentación de grasas, un 31%, de hidratos de carbono, un 55%, se relaciona con la aparición de síntomas premenstruales, sin embargo, hay otros estudios donde se llega a otra conclusión como el de Costagliola (2014) que muestra que no existe una relación significativa entre el estado nutricional y la adecuación de macro y micronutrientes en relación con el SPM.

## Terapias alternativas

En un estudio por Torres-Pascual (2016) se concluyó que terapias alternativas como la acupuntura, moxibustión, taping, masajes y hasta tratamientos de fisioterapia mostraron beneficio de su aplicación en el tratamiento del SPM. Otras de las terapias alternativas son las Flores de Bach que fueron estudiadas por Okata (2002) y concluyó en su estudio que la Terapia Floral es efectiva en el mejoramiento de la intensidad del dolor y otros síntomas del SPM.

## Aceite de Onagra

Debido al ácido linoleico que contiene el Aceite de Onagra, este promueve la síntesis de prostaglandinas, puede aliviar los síntomas premenstruales. Aunque existen resultados contradictorios en las investigaciones, si existen estudios con efectos beneficiosos sobre la gravedad del SPM (Jiménez y Graván, 2022).

## **Tratamiento Farmacológico**

Los siguientes tratamientos suelen ser indicados para tratar el SPM, sin embargo, no todos tienen porcentajes altos de efectividad:

## Estrógenos

Un estudio realizado por Casamayor (2020) con mujeres sin trastornos psíquicos, se investigó la eficacia de la administración de preparados no

anticonceptivos con estrógenos revelando que existe una efectividad muy baja para aliviar los síntomas del SPM.

### Progesterona

A diferencia de los estrógenos, la progesterona demostró bajar los niveles de los síntomas del SPM, aunque se defiende la eficacia de estos tratamientos aún se precisan más ensayos clínicos para establecer su indicación en el SPM (Casamayor, 2020).

### Quetiapina

En un estudio realizado por Jackson et al. (2015) se observó mayores reducciones en las calificaciones del estado del ánimo de la fase lútea, en síntomas como labilidad del estado del ánimo, ansiedad e irritabilidad, y aunque este tratamiento si puede ser útil en reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida no tiene suficiente potencia.

## **Diferencias del Síndrome Premenstrual (SPM) y el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM)**

El TDPM puede diagnosticarse con solo síntomas psíquicos, dada su condición de trastorno mental según el DSM-IV. El SPM requiere tanto la presencia de un síntoma anímico como de un síntoma somático, según los criterios del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). El SPM no necesariamente lleva a la disfunción, como el TDPM, pero si merma la calidad de vida; por esto mismo el SPM no es versión "light" del TDPM, ambos son definiciones diferentes que afectan la calidad de vida de las mujeres.

El conjunto de molestias premenstruales se puede agrupar en tres categorías:

- 1) Síntomas premenstruales menores que no causan deficiencias funcionales y son mínimamente angustiantes
- 2) SPM que incluye síntomas angustiantes (Sintomatología de moderada a grave)
- 3) TDPM, que es una afección codificada que se adhiere a los criterios diagnósticos descritos en el Manual diagnóstico y estadístico

de los trastornos mentales (DSM-5).

Un dato interesante es que, tanto el SPM como el TDPM podrían aumentar el riesgo de comportamiento suicida. Las proporciones de las mujeres que intentaron fueron del 50% y del 23% respectivamente (Ducasse et al., 2016).

## **Factores de riesgo**

Aunque existen diversos factores que influyen en la aparición del SPM, algunos de ellos son contradictorios, esto quiere decir, que en algunos encontramos resultados donde algunas situaciones si afectan y en otros no son relevantes. Los factores son los siguientes:

### Consumo de alcohol, tabaco y drogas

Se puso de manifiesto una asociación entre el SPM y el alcohol. Esta asociación fue más pronunciada con consumos más altos del alcohol. También las fumadoras actuales presentan mayor riesgo de desarrollo de SPM y/o el recurrir al consumo de drogas incrementan el SPM (Fernández, 2019).

### Factores psicológicos y de personalidad

Los niveles medios y altos de estrés percibidos aumentan el riesgo de padecer SPM. También los niveles medios y altos de neuroticismo incrementan el riesgo de padecer SPM (Fernández, 2019). Más adelante se profundizará más sobre la relación de la personalidad, estrés (factores psicológicos) y la relación con la salud-enfermedad (García, 2022).

### Dieta

Un gran porcentaje de mujeres consume un alto contenido de carbohidratos simples (como golosinas) lo que conlleva a desequilibrios hormonales. Cuando se consumen carbohidratos complejos estos aceleran la creación de serotonina en el

cerebro y mejoran los síntomas premenstruales (García, 2022).

En un estudio cualitativo Ancy et al, (2024) una de las mujeres entrevistadas comparte su experiencia de que cuando no bebe agua los síntomas en su semana premenstrual aumentan.

### Sedentarismo

Si las modificaciones de la dieta se combinan con ejercicio moderado esto significa una disminución en los síntomas premenstruales. La actividad física recomendada es de 3-4 veces por semana durante 45-60 minutos. En especial, los ejercicios que lleven un control de la respiración como el yoga y pilates.

### Herencia familiar

En la investigación de Ancy et al. (2024) se encontró que los antecedentes familiares son uno de los predictores tanto de dismenorrea, SPM y TDPM.

### **Estrés**

El estrés no es un fenómeno nuevo, siempre ha ido de la mano junto con la evolución de los seres vivos. El acto natural del nacimiento ya significa una vivencia estresante para el humano. Fue aproximadamente en 1935 cuando Selye, considerado el padre del estrés, define a este como “La respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él ejerce”. Hasta que lo denominó “Síndrome General de Adaptación”. Menciona que, lo característico del estrés es el esfuerzo adaptativo frente a un problema y la reacción inespecífica.

Selye (1935) describió tres etapas de adaptación al estrés: 1. Alarma de reacción, cuando el cuerpo detecta el estresor. 2. Fase de adaptación, el cuerpo reacciona ante el estresor y 3. Fase de agotamiento, por su duración o intensidad empiezan a agotarse las defensas del cuerpo.

Actualmente, ya existen definiciones del estrés más adecuadas e incluso

diferencias y tipos de estrés. Una de las definiciones modernas es la siguiente: El estrés es definido como una condición que ocurre cuando un individuo percibe las demandas de una situación que excede sus recursos y puede incrementar la vulnerabilidad del organismo (Sánchez et al., 2006). De igual forma, como lo mencionan González y Landero (2007) citando a Lazarus y Folkman (1984) propusieron que el estrés debe ser considerado como una relación particular entre el individuo y el medio ambiente, que es apreciado por el individuo como amenazante o abrumador para sus recursos, y que pone en peligro su bienestar.

Desde la medicina, el estrés es la perturbación de la homeostasis del organismo e incluye cambios fisiológicos, bioquímicos y de comportamiento (Solano y Velásquez, 2012). La psiconeuroinmunología estudia cómo el sistema nervioso y el sistema inmune son los dos principales medios de adaptación del organismo, existiendo una conexión bidireccional entre los sistemas nerviosos, endocrino e inmunológico, los cuales tienen un rol importante en muchas enfermedades, incluyendo los trastornos psiquiátricos (Solano y Velásquez, 2012), tema que hablo a continuación.

### **Estrés percibido**

Existen diversas formas de estrés y también de cómo se genera de múltiples formas de manifestarse, sin embargo, el que más nos interesa en esta investigación es el llamado estrés psicológico, que es el que causa mayor interés en el área clínica por los efectos que tiene sobre la salud física y psicológica, ya que es la base para trastornos psicológicos y enfermedades físicas (Sandín, 2008). Se considera estrés psicológico a la relación entre el individuo y el medio ambiente, donde el individuo ve a este último como amenazante (Lazarus y Folkman, 1984, citado por González y Landero 2007). Solo cuando el individuo ve amenazado algo valorado es cuando se presenta el estrés (Lazarus, 1999, citado por González y Landero, 2007).

El estrés psicológico es visto como una variable de resultado que mide el estrés experimentado en función de eventos estresores, objetivos, procesos de afrontamiento, factores de personalidad (Cohen et al., 1983 citado por Reich, 2016). Este tipo de estrés se puede medir a partir de la Escala de Estrés Percibido (PSS)

que se usó en esta investigación en la semana preovulatoria de las mujeres participantes. En un estudio de Pedrero y Olivar (2010) con adictos a sustancias, donde se usó la Escala de Estrés Percibido, se pudo dar cuenta de la comorbilidad del estrés y la personalidad, lo cual pudo ayudar a sugerir vías de intervención alternativas, en este estudio de carácter farmacológico, psicoterapéutico y educativo, que fue un objetivo similar en esta investigación.

### **Relación del estrés y las enfermedades**

La OMS define el concepto de enfermedad como “Alteración del estado fisiológico o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. En la actualidad se reconoce que muchas enfermedades pueden generarse a partir de ciertas acciones de los seres humanos y, también, de la forma en que llevan su estilo de convivencia, a diferencia de lo que antes podía crear estrés, por ejemplo ir a cazar animales, el miedo a la vulnerabilidad que implicaba estar expuesto en la naturaleza, ahora existen nuevas maneras de vivirlo: creencias, la forma de trabajar, la forma de relacionarse, las creencias y percepciones, el ocio y/o aficiones, incluso la alimentación.

La relación del estrés y la salud ha sido de interés y en las investigaciones se ha demostrado la incapacidad del organismo humano para controlar estresores psicológicos los cuales terminan en problemas de salud física y psicológica (Sandín, 2003, citado por González, 2007).

Existen teorías sobre las interacciones entre el sistema nervioso central (SNC) y el sistema inmune (SI) y como estos contienen una red de vía de comunicación entre ambos, de esto deriva que el cerebro puede modular el sistema inmune, fundamentando la teoría del estrés (Sánchez et al. 2006).

Aunque todavía no es completamente comprendido los mecanismos de interacción entre el SNC, el sistema endocrino y el SI, se reconoce sus efectos sobre la salud y el estrés, a través del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y de la médula adrenal simpática, puede inducir una modulación del SI. Esta teoría es estudiada por la Psiconeuroinmunología (Yang y Glaser, 2002 citado por Sánchez et al., 2006).

Es por eso por lo que ahora los modelos mente-cuerpo están recomendados en la atención a la salud a través de métodos no convencionales como, por ejemplo, meditación, visualización, contacto terapéutico y humor y con esto lograr una mejora en el bienestar de los pacientes (Lorentz, 2006).

Otra manera en que el estrés se relaciona con los problemas de salud física, indirectamente, es que altera comportamientos saludables considerados factores protectores o de riesgo, tales como la práctica de actividad física, elegir tener una dieta balanceada y ser no fumador (Ortiz et al., 2014).

Lorentz (2006) se pensaba que los neurotransmisores solo se encontraban en el cerebro, sin embargo, nuevas investigaciones han encontrado que estas también existen en el sistema inmunológico (SI). Entonces, lo que sucede en el SI también sucede en el cerebro.

Se concluye que se puede modular la respuesta del estrés para mejorar los comportamientos que contribuyen a la salud a través de intervenciones psicológicas, dando herramientas a las mujeres para llevar los desafíos de la vida con respuestas efectivas (Sánchez et al., 2006).

## **Personalidad**

El estudio de la personalidad constituye una de las principales áreas de investigación en psicología. Trabajos bibliométricos realizados sobre la base de 17 revistas de la Asociación Americana de Psicología por más de 40 años han señalado que el área de estudios de la personalidad, junto con la psicología social, concentran la mayor producción del conocimiento psicológico a lo largo de la historia (Yang y Chiu, 2009, citado por Simkin, 2012).

Dentro de las primeras teorías encontramos a Empédocles (495-435 a.C. aproximadamente) quien postuló la teoría de las cuatro raíces, la que más adelante Aristóteles llamó elementos: el aire, el fuego, la tierra y el agua, y sus respectivas características: cálido y húmedo al aire, cálido y seco el fuego, fría y seca la tierra y fría y húmeda el agua.

Después Hipócrates (460-336 a.C.) amplió esta teoría tomando los cuatro

elementos y asimilándose a los cuatro humores que recorren el cuerpo humano. A él se debe la teoría del comportamiento humano de los humores, temperamentos que relaciona la personalidad con el organismo, ya que la preponderancia de un humor dará lugar a un tipo particular de temperamento. Después el médico Claudio Galeno de Pérgamo (130-200 d.C.) avanzó en la teoría de Hipócrates profundizando en la relación entre los humores y los temperamentos estableciendo cuatro personalidades básicas: Personalidad sanguínea, personalidad colérica, personalidad melancólica y personalidad flemática.

Actualmente la personalidad la podemos definir de las siguientes maneras. La personalidad es un patrón de características psicológicas arraigadas que se expresan automáticamente en casi todos los ámbitos del funcionamiento psicológico (Reyes et al., 2014). También se describe como un conjunto de componentes que forman un sistema (Laak, 1996), también se define como el proceso cognitivo, emocional y conductual el cual se modifica continuamente, pero al mismo tiempo, manteniendo una autonomía (Moreno, 2007 citado por Jiménez, 2015).

La creación de teorías de la personalidad que abarquen el mayor porcentaje de rasgos y características de las personas sin tomar en cuenta su cultura o sociedad ha sido una tarea ardua para los psicólogos. La creación de teorías de personalidad, a través de análisis de datos, realizados con herramientas metodológicas se realizan a partir de frases descriptivas de cuestionarios de personalidad (Sánchez y Ledesma, 2007). Dentro de las teorías más completas, dentro de la psicología, está el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad que describo a continuación.

## **El modelo de los Cinco Factores de la Personalidad**

Un rasgo de personalidad es un aspecto característico de la cognición, el afecto o la conducta de un individuo que tiende a ser estable en el tiempo o consistente en situaciones relevantes. El modelo de personalidad de Cinco factores (FFM) es un conjunto de cinco dimensiones de rasgos bipolares amplios, a menudo denominados los cinco grandes. (Soto et al., 2016). Los dominios manejados en El Modelo de los Cinco Factores son los siguientes: 1. Extroversión, 2. Amabilidad, 3. Escrupulosidad, 4. Neuroticismo y 5. Apertura (Trull y Widiger, 2012), los cuales se

describen a detalle más adelante.

McCrae y Costa Jr, (2012) son citados por Genise et al. (2020) como los que construyeron el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad ha sido una de las teorías de la personalidad que ha generado mayor consenso en la literatura científica. Aunque comenzó a ser teorizada como tal hasta en 1980, sus raíces se desmontan desde 1930.

A diferencia de otros modelos de personalidad, el desarrollo de los Cinco Grandes fue estrictamente empírico, a través de estudios del rasgo de diferentes idiomas. Este paradigma léxico se guio por la premisa de que lo que tiene más importancia, interés o significado para las personas será codificado dentro del lenguaje (Trull y Widiger, 2013).

En el Modelo de los Cinco Grandes encontramos los siguientes dominios: Extroversión, Amabilidad, estos dos últimos relacionados al comportamiento social con los demás y cómo se mantienen en las relaciones interpersonales, Escrupulosidad, son individuos muy concienzudos prefieren el orden y la estructura, Neuroticismo, también denominado por su polo socialmente deseable como Estabilidad Emocional, y Apertura, algunos investigadores prefieren denominarlos con otra alternativa como Intelecto y que debería incluirse la curiosidad y los intereses intelectuales (Soto et al., 2016).

Dentro del Modelo de los cinco grandes, se deriva el Inventario de Personalidad de los cinco grandes, que se describe en el apartado de Método. Existen diversos estudios que validan la estructura de esta prueba y uno de ellos es el estudio de Domínguez et al. (2018) donde concluye que el Inventario de Personalidad de los Cinco Grandes muestra propiedades psicométricas satisfactorias, evidencia una estructura factorial coherente, relaciones aceptables entre dimensiones e indicadores de confiabilidad satisfactorios, tanto con puntuaciones observadas como con variables latentes.

## Dimensión de los Cinco Grandes

Definiciones y facetas de las dimensiones de personalidad propuestas por Soto et al. (2016):

Dimensión	Concepto
Extroversión	<p><b>Definición:</b> Se define como el grado en que un individuo es comunicativo y extrovertido en situaciones sociales, toma el control en grupo y expresa emociones positivas.</p> <p><b>Facetas principales:</b> Incluyen sociabilidad (frente a timidez), asertividad (frente a sumisión) y actividad (frente a falta de energía).</p>
Amabilidad	<p><b>Definición:</b> Se refiere al grado en que alguien se comporta socialmente con los demás y mantiene relaciones interpersonales agradables y armoniosas; están más dispuestos a ayudar y perdonar a los demás.</p> <p><b>Facetas principales:</b> Incluyen la compasión (frente a la falta de preocupación por los demás), la cortesía (frente a antagonismo), y confianza (frente a sospecha de los demás).</p>
	<p><b>Definición:</b> Describe la capacidad de un individuo para organizar cosas, completar tareas y trabajar para alcanzar</p>

<p>Escrupulosidad</p>	<p>metas a largo plazo; tienden a seguir orden y reglas, prefieren el orden y la estructura.</p> <p><b>Facetas principales:</b> Incluyen el orden (frente a la desorganización), la autodisciplina (frente a la ineficiencia), y la confiabilidad (frente a la inconsistencia).</p>
<p>Neuroticismo</p>	<p><b>Definición:</b> Se refiere al grado en que alguien es propenso a experimentar emociones y estados de ánimo negativos como miedo, tristeza y frustración.</p> <p><b>Facetas principales:</b> Incluyen ansiedad (frente a calma), depresión (frente a satisfacción) y volatilidad emocional (frente a estabilidad).</p>
<p>Apertura a la experiencia</p>	<p><b>Definición:</b> Se refiere a la profundidad y amplitud generales de la vida intelectual, artística y experiencia de un individuo. Tienden a tener una amplia gama de intereses y disfrutan aprendiendo y probando cosas nuevas.</p> <p><b>Facetas principales:</b> Incluyen sensibilidad estética (frente a la insensibilidad), la imaginación (frente a falta de creatividad) y el intelecto (frente a la falta de curiosidad intelectual).</p>

Desde un punto de vista comportamental, los individuos con alta extraversión tienden a hablar mucho, tomar el control de las situaciones grupales y expresar emociones positivas. Una persona con alta amabilidad va a estar más dispuesta a ayudar y perdonar a los demás y a tratarlos con respeto. Los individuos con alta escrupulosidad son trabajadores, productivos, tienden a seguir normas y reglas, y son capaces de retrasar la gratificación, mientras que los individuos con baja escrupulosidad tienen dificultades para controlar sus impulsos y se distraen fácilmente con las tareas. Un alto grado de neuroticismo se refleja en la experimentación de emociones negativas más frecuentemente e intensas como el miedo, tristeza, frustración y cambios de humor. Y en la dimensión de apertura a la experiencia las personas tienden a tener una amplia gama de intereses y disfrutan aprendiendo y probando cosas nuevas (Soto et al., 2016).

### **Relación entre personalidad y las enfermedades**

El estudio de la relación entre personalidad y salud-enfermedad representa una de las tradiciones más largas dentro de la medicina. Sin embargo, el tema va perdiendo importancia con el desarrollo de la “medicina moderna” y su biologización (modelos fisiopatológicos de enfermedad) hasta los intentos por reducir la medicina a análisis bioquímico que se opera a lo largo de los últimos 100 años (Pelechano, 1997).

Esta relación ha evolucionado en sus definiciones y aproximaciones teóricas, ya que ambos son conceptos dinámicos que se incluyen en los planos individual, social, laboral, y que han sido de apoyo para nuevos programas de prevención y promoción de la salud y ambos reflejan diferentes situaciones (Moreno et al., 2005).

Existen teorías que confirman que la personalidad puede ser un factor causal para la aparición de la enfermedad y la salud. Entre ellos destacan el modelo de *modulación del estrés* y el modelo de *las conductas de riesgo/salud*, también denominado *modelo comportamental* (Jiménez, 2015).

Se afirma que la personalidad y los procesos de salud-enfermedad tienen una relación que se produce a través de mecanismos comportamentales, psicofisiológicos, biológicos, entre otros. Esto ha contribuido de manera significativa a la psicología debido a que podemos ver como la personalidad influye en la etiología

de las enfermedades, y al mismo tiempo cómo será la reacción de los individuos al apoyo de la atención terapéutica, incluyendo la adherencia a los tratamientos médicos, y de esta forma de optimizar la eficiencia de los mismo y, al mismo tiempo, crear programas más asertivos para la prevención de personas en riesgo (Jiménez, 2015).

Para tomar decisiones más acertadas de acuerdo en como atender los procesos de salud-enfermedad en relación con la personalidad es importante entender la personalidad como un proceso, esto permite entender que la interacción de la persona esta en relación con variables como lo social, ambiental, diferentes circunstancias adversas en sus vidas y otras situaciones moduladoras para el individuo (Moreno et al., 2005).

Moreno et al. (2005) en su investigación revisó diversos estudios de literatura clásica donde concluyó que existe una correlación entre la personalidad y los procesos de salud debido a las estrategias de afrontamiento adaptativas, búsqueda de apoyo social y desarrollo de estilos de vida saludables por los que optan los individuos.

El síndrome premenstrual es multicausal y su estudio debería de ser multidisciplinario debido a que no todas las mujeres tienen los mismos síntomas, por ejemplo, anteriormente, se había propuesto que se produce a partir de un desbalance hormonal, pero hay mujeres, con las mismas condiciones hormonales que no lo sufren (Campagne y Campagne, 2006). Otra de las causas investigadas son las alteraciones en los niveles de los neurotransmisores (Santisteban, 1997) y los niveles de serotonina en la sangre, durante la fase lútea son más bajos en las mujeres con SPM (Halbreich, 2003), pero, de la misma manera, no en todas las mujeres aparecen estas causas.

### **III. MÉTODO**

El objetivo de este trabajo fue evaluar la asociación de la personalidad y la intensidad del estrés con la aparición del Síndrome Premenstrual en alumnas que cursan el último año de la Licenciatura de Psicología en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

#### **Diseño**

Para este trabajo de investigación se usó el Muestreo No Probabilístico. Se realizó un estudio observacional prospectivo de tipo transversal. Los estudios correlacionales según Hernández et al. (2000) tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Para lograr la validez interna, aunque la población sólo pertenece a la misma universidad, licenciatura y grado académico, se usó alumnas de varios grupos de la Facultad de Psicología. Hernández et al. (2000) menciona que la validez externa se refiere a que tan generalizables son los resultados de un experimento a situaciones no experimentales y a otros sujetos o poblaciones. En esta investigación se utilizó el muestreo no probabilístico, y por su naturaleza, no es representativo de la población, por lo tanto, la validez externa tiene limitaciones.

#### **Participantes**

En esta investigación, se seleccionaron estudiantes mujeres de último año de su licenciatura en Psicología de la UANL.

**Criterios de Inclusión:** Mujeres con ciclos menstruales regulares, 21 a 35 días, y que estudien el último año de la carrera de Psicología en la UANL.

**Criterios de Exclusión:** Mujeres embarazadas. Mujeres que toman anticonceptivos hormonales y/o medicamentos como ansiolíticos o antidepresivos. Mujeres con ciclos irregulares y/o amenorrea.

Criterios de eliminación de los participantes: Que no completen el *Registro Diario de Severidad de Problemas* y los cuestionarios de *Estrés Percibido* y *Los Cinco Grandes*.

Aceptaron participar en el estudio 44 mujeres de las cuales solo 14 completaron los registros, se describen sus características en el siguiente capítulo.

## **Instrumentos**

### *Registro Diario de Severidad de Problemas (RDSP)*

Para evaluar si las alumnas tienen síntomas en su etapa premenstrual de su ciclo menstrual, se usó el Registro Diario de Severidad de Problemas (RDSP) adaptado al español por Endicott et al. (2006). Aunque originalmente se realizó para el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), algunos doctores, como la psiquiatra Osborne (2023) lo utiliza para el Síndrome premenstrual y hace una diferencia con el TDPM a partir de la intensidad de los síntomas.

El RDSP contiene 25 preguntas sobre síntomas físicos y emocionales, las cuales se contestan, mínimo, durante dos ciclos menstruales. Cada una de estas se responde de acuerdo con la intensidad del síntoma: (1) igual, (2) mínimo, (3) leve, (4) moderado, (5) grave y (6) extremo. Si la puntuación total es inferior a 50 se considera un diagnóstico distinto al síndrome premenstrual. Si la puntuación es mayor a 50, se registran dos ciclos. Si más de tres ítems tienen una puntuación promedio superior a 3 (leve) durante la fase lútea, se suman las puntuaciones de intervalos de cinco días durante la fase lútea y folicular. Una puntuación de la fase lútea que es un 30 por ciento mayor que la puntuación de la fase folicular indica un diagnóstico de síndrome premenstrual.

Endicott et al. (2006) reportaron la fiabilidad del instrumento que se probó en dos estudios. El estudio A incluyó 27 sujetos que iban desde tener pocos o ningún problema premenstrual hasta aquellos que cumplían con los criterios para el TDPM. El estudio B incluyó a 243 sujetos, todos cumplieron con los criterios para el TDPM. Los ítems individuales y las puntuaciones resumidas tuvieron una alta confiabilidad

en ambos estudios. El Alfa Cronbach fue de .95.

### *Escala de Estrés Percibido*

Para medir el estrés de las alumnas se usó la *Escala de Estrés Percibido* (PSS, por sus siglas en inglés) adaptada a México por González y Landero (2007) a partir de la versión original de Cohen et al. (1983). González y Landero (2007) calcularon el coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo .83, lo cual es un indicativo de alta fiabilidad. La correlación de los ítems con el total de la escala fue adecuada, se demostró tener una buena consistencia interna encontrada en esta adaptación para México.

La versión de la Escala de Estrés Percibido utilizada por González y Landero (2007) esta compuesta por 14 ítems y se califica en una escala tipo Likert de 5 puntos, que van de 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente). A mayores puntuaciones corresponde a mayor estrés percibido.

### *Inventario de Personalidad de los Cinco Grandes*

Para medir la personalidad, se usó el Inventario de Personalidad de los cinco grandes. Una de las teorías de la personalidad más investigadas es el Modelo de Los cinco grandes que evalúa las personalidades mediante el Inventario de los 5 grandes. Este inventario es adaptado a la población mexicana por Reyes et al. (2014) diseñado originalmente por Goldberg (1993). En la versión de Reyes et al. (2014) se evaluaron 472 adultos (217 hombres/255 mujeres) de una población de la Ciudad de México. El Alfa de Cronbach es superior a .70. Este contiene 44 ítems tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van desde el total de acuerdo hasta el total desacuerdo, los cuales derivan en los siguientes resultados: Extroversión, Amabilidad, Escrupulosidad, Neuroticismo y Apertura.

## **Procedimiento de selección y/o reclutamiento de los participantes**

Como primer paso, se solicitó autorización a la dirección de la Facultad de Psicología. Posteriormente se invitó a las estudiantes, en sus aulas de clase, momento en que se les presentó el propósito de esta investigación.

Una vez que aceptaron las alumnas se les asignó un número a cada una, para que contestaran las escalas en anonimato y se prosiguió con la aplicación de las pruebas. Se les dio el *Registro Diario de Severidad de Problemas* en físico, se les explicó cómo y cuándo llenarlo y qué deberían contestar las escalas de *Estrés Percibido* y *Los Cinco Grandes* en la semana preovulatoria, a partir del día 7 del ciclo menstrual.

## **Análisis de datos**

Después de la recolección de datos, estos fueron analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 27. Se realizaron análisis de normalidad y, una vez obtenidos los resultados, se utilizaron las pruebas correspondientes. También se determinó, por medio del coeficiente de alfa de Cronbach la fiabilidad por consistencia interna.

Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión para analizar los resultados de intensidad de estrés, personalidad y aparición de SPM.

Para hacer una comparación entre el nivel de estrés y la aparición del SPM, se realizó la prueba de la U de Mann-Whitney. Para hacer una comparación entre los diferentes factores de personalidad y la aparición del SPM se realizó la prueba Chi Cuadrada.

## **Aspectos éticos**

En esta investigación se tomaron en cuenta los principios éticos de la Asociación Americana de Psicología (2010).

Al inicio, se solicitó la aprobación de la Facultad de Psicología para visitar las aulas donde solicitó el apoyo a las alumnas y que ellas otorgarán el consentimiento tras informarle sobre el propósito, duración, beneficios, su derecho a retirarse, y la confidencialidad al ser colaboradoras en el proyecto.

La confidencialidad se realizó al asignarles un número y que sus nombres permanezcan en el anonimato al momento de entregarles en físico, o en línea según ellas eligieron, el formato del *Registro Diario de Severidad de Problemas*.

De acuerdo con lo dictado en National Institutes of Health (1979) se buscó el respeto y beneficio de las participantes siendo los datos obtenidos publicados de forma anónima para la protección de estas mismas.

Los resultados serán publicados de forma honesta, sin manipulación ni interés de terceros, llegando a conclusiones trabajadas y análisis según las recomendaciones de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010).

## IV. RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados correspondientes a los objetivos del estudio. La muestra inicial constó de 44 mujeres con una edad promedio de 22 años, todas contando con un estado civil soltera, cursando el último semestre de la Licenciatura en Psicología. Solo 14 completaron los registros. El 64.3% (n=9) cumplen los criterios para considerar que viven con SPM, mientras que el 35.7% (n=5) viven sin SPM.

### Confiabilidad de las escalas

La *Escala de Estrés Percibido* mostró un coeficiente de confiabilidad de 0.87. La *Escala de los cinco grandes* tuvo que ser modificada para lograr identificar los mejores indicadores para algunas dimensiones, por lo que se eliminaron 5 ítems en la dimensión de Extroversión, 6 ítems en la dimensión de Amabilidad y 6 ítems en la dimensión de Apertura. Con estas modificaciones se lograron valores de consistencia interna adecuados, en la dimensión de *Extroversión*  $\alpha = 0.94$ , en *Amabilidad*  $\alpha = 0.69$ , en *Escrupulosidad*  $\alpha = 0.73$ , en *Neuroticismo*  $\alpha = 0.83$  y *Apertura*  $\alpha = 0.70$  (Tabla 1). En cuanto al *Registro Diario de Severidad de Problemas*, al ser un inventario de síntomas, no se considera relevante la estimación de un coeficiente de confiabilidad. En la Tabla 2 se muestran las pruebas de normalidad de las mismas escalas.

**Tabla 1**

*Estadísticos de confiabilidad de las escalas para la medición de las variables*

Instrumento	Alfa de Cronbach
EEP	.87
Extroversión	.94
Amabilidad	.69
Escrupulosidad	.73
Neuroticismo	.83
Apertura	.70

EEP = Escala de Estrés Percibido; RDSP = Registro Diario de Severidad de Problemas

**Tabla 2***Pruebas de normalidad*

Instrumento	S-W	Sig
Escala de Estrés Percibido	.900	.112
Escala Los Cinco Grandes	.843	.018
Extroversión	.94	.55
Amabilidad	.96	.83
Escrupulosidad	.94	.43
Neuroticismo	.96	.77
Apertura	.90	.15

S-W = Prueba de Shapiro-Wilk; SPM = Síndrome Premenstrual; Sig = significancia estadística

**Descripción de las variables**

En la tabla 3 se muestran los resultados de los análisis descriptivos en donde se circunscriben las medidas de tendencia central: media aritmética, mediana y desviación estándar.

**Tabla 3***Descriptivos para la muestra.*

Variable	Media	Mediana	DE
EP			
Si SPM (n=9)	23.44	26	8.01
No SPM (n=5)	25.20	26	8.78
CG			
Extroversión (n=1)			
Si SPM (n=1)	57.78	56	19.09
No SPM (n=0)	61.60	64	27.79
Amabilidad (n=7)			
Si SPM (n=3)	85	85	10.60
No SPM (n=4)	77.78	80	10.92
Escrupulosidad (n=3)			
Si SPM (n=3)	58	58	10.19
No SPM (n=0)	68.22	66	10.88
Neuroticismo (n=1)			
Si SPM (n=1)	50.40	50	13.95
No SPM (n=0)	60	58	11.53

Apertura (n=2)			
Si SPM (n=1)	73	75	14.83
No SPM (n=1)	72.22	70	12.27

---

Notas. SPM = Síndrome Premenstrual, EP = Estrés Percibido CG = Cinco Grandes; DE = Desviación Estándar

### **Comparación entre las variables de estudio: Estrés Percibido y Síndrome Premenstrual**

Con el objetivo de cumplir el segundo objetivo específico de investigación: comparar el nivel de estrés entre las mujeres que si tienen el síndrome premenstrual con las que no lo presentan, se realizó la comparación entre medias de ambos grupos de estudio a través de la U de Mann-Whitney.

En la tabla 4 se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que presentan síndrome premenstrual y las que no, con valores levemente mayores en el grupo que no presenta SPM (Tabla 5).

**Tabla 4**

*Comparación entre las variables de estudio: Estrés Percibido y Síndrome Premenstrual*

Variable	Sí SPM (n=9)	No SPM (n=5)	Z	U	Sig	D	1- $\beta$
	Rangos promedio						
Estrés	8.20	7.11	-.47	19	.640	0.2	.95

Notas. SPM = Síndrome Premenstrual; d = .20 pequeño, .50 mediano, .80 grande; Sig = significancia estadística; d = tamaño del efecto; 1- $\beta$  = potencia estadística

### **Comparación entre las variables de estudio: Dimensiones de personalidad**

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al tercer objetivo específico de investigación: comparar los puntajes de los diferentes factores de personalidad entre las mujeres que presentan síndrome premenstrual con las que no lo presentan.

Para poder contar con valores comparativos entre los factores de personalidad, los puntajes directos de las subescalas se transformaron a porcentajes, en la tabla 5 se presentan los puntajes comparativos entre quienes presentan SPM y quienes no, puede observarse que en neuroticismo y escrupulosidad los valores más altos son en quienes presentan SPM, sin llegar a ser una diferencia significativa.

**Tabla 5***Comparación entre las variables de estudio: Personalidad y Síndrome Premenstrual*

SPM		Estrés					
		Percibido	Extroversión	Amabilidad	Escrupulosidad	Neuroticismo	Apertura
No	Media	25.2	61.6	85.0	58.0	50.4	73.0
n=5	Mediana	26.0	64.0	85.0	58.0	50.0	75.0
	D.E.	8.8	27.8	10.6	10.2	14.0	14.8
Si	Media	23.4	57.8	77.8	68.2	60.0	72.2
n=9	Mediana	26.0	56.0	80.0	66.0	58.0	70.0
	D.E.	8.0	19.1	10.9	10.9	11.5	12.3
	U de Mann-Whitney	Z = -0.468 p = .640	Z = -0.472 p = .636	Z = -1.013 p = .311	Z = -1.206 p = .160	Z = -1.604 p = .109	Z = -0.135 p = .893

Notas. SPM = Síndrome Premenstrual; D.E. = Desviación Estándar;

Considerando el objetivo general: evaluar la asociación de la personalidad y el estrés con el Síndrome Premenstrual en alumnas que cursan el último año de su licenciatura de Psicología en la Universidad Autónoma de Nuevo León; en la tabla 6 se comparan los tipos de personalidad y la presencia de síndrome premenstrual. El coeficiente de contingencia e interdependencia de los datos mostró un valor de  $\phi = .588$  y una significancia de .360, mostrando que los datos no están relacionados.

**Tabla 6**

*Comparación entre las variables de estudio: Dimensiones de personalidad y Síndrome Premenstrual*

Tipo de personalidad		Presencia de síndrome premenstrual		
		No	Si	Total
Extroversión	Recuento	0	1	1
	% del total	0%	100%	7.1%
Amabilidad	Recuento	4	3	7
	% del total	28.6%	21.4%	50%
Escrupulosidad	Recuento	0	3	3
	% del total	0%	21.4%	21.4%
Neuroticismo	Recuento	0	1	1
	% del total	0%	7.1%	7.1%
Apertura	Recuento	1	1	2
	% del total	7.1%	7.1%	14.3%
Total	Recuento	5	9	14
	% del total	35.7%	64.3%	100%

*Nota.* Chi-cuadrada de Pearson= 4.35, gl= 4, p = .360

## V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio investigó la relación entre el estrés percibido y las dimensiones de personalidad contra el síndrome premenstrual (SPM) en estudiantes universitarias. Los resultados no mostraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de personalidad entre quienes presentan y quienes no presentan SPM, aunque se encontraron puntajes levemente superiores en neuroticismo y escrupulosidad en quienes viven con SPM, investigaciones previas han asociado el neuroticismo con una mayor susceptibilidad a condiciones psicológicas (Izadi & Amiri, 2019), lo que sugiere que los rasgos de personalidad podrían influir en la forma en que las mujeres experimentan y afrontan el SPM, lo cual coincide con estudios como el de Erenoglu y Yaman (2020), quienes encontraron que las mujeres con SPM presentaban puntajes altos en neuroticismo y puntajes bajos en extroversión.

Es importante mencionar que fue necesario ajustar el Inventario de Personalidad de los Cinco Grandes mediante la eliminación de ítems para alcanzar coeficientes de Alfa de Cronbach aceptables en cada dimensión. Aunque la escala de los Cinco Grandes es ampliamente reconocida y validada, algunos estudios señalan que su consistencia puede variar según la población y el contexto cultural (Domínguez & Merino, 2018), lo cual podría haber afectado los resultados en este estudio. Esta modificación puede haber influido en la validez del constructo al eliminar ciertos aspectos de cada dimensión de personalidad, lo que limita la capacidad para hacer comparaciones directas con estudios previos que usaron la escala completa. También que los tipos de variables, categóricas y solo una variable cuantitativa, se utilizaron pruebas no paramétricas porque son las que me permite hacer esos análisis.

De acuerdo a la primera hipótesis: las mujeres con SPM presentan puntajes mayores de estrés percibido, los resultados obtenidos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de estrés percibido y la presencia de SPM, lo cual contrasta con estudios como el de Garg y Sharma (2020), quienes encontraron una correlación positiva entre el estrés académico y los síntomas del SPM. La falta de significancia en este estudio podría deberse a la reducción en el tamaño de la muestra final, lo cual limita la potencia estadística.

En la segunda hipótesis, las mujeres con SPM presentan puntajes menores en

extroversión, no se obtuvo soporte en los resultados, pues no se hallaron diferencias significativas en los niveles de extroversión entre las mujeres que padecen SPM y las que no. Sin embargo, los puntajes de extroversión fueron levemente inferiores en el grupo con SPM, lo que coincide con investigaciones previas que han propuesto que la extroversión está asociada con estrategias de afrontamiento más efectivas y con una menor reactividad emocional (Erenoglu & Yaman, 2020).

En la hipótesis, las mujeres con SPM presentan menores puntajes en amabilidad, se observó una tendencia que apoya la hipótesis, sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Este hallazgo es consistente con el trabajo de Izadi y Amiri (2019), quienes encontraron que la amabilidad podría tener un rol protector contra los síntomas de SPM al facilitar el apoyo social y las relaciones interpersonales. La falta de significancia podría estar vinculada al tamaño de muestra.

En la cuarta hipótesis, las mujeres con SPM presentan puntajes mayores en escrupulosidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque si se muestran puntajes levemente mayores en el grupo con SPM. La escrupulosidad, generalmente asociada con el autocontrol y la organización, podría influir en la forma en que las mujeres gestionan sus síntomas, pero no necesariamente en la presencia o ausencia del SPM. Como indican estudios previos, el rol de la escrupulosidad en el SPM sigue siendo ambiguo (Arslantasl et al., 2018).

Para la hipótesis, las mujeres con SPM presentan puntajes mayores en neuroticismo, nuevamente los resultados no fueron significativos, aunque se encuentran puntajes levemente mayores en el grupo con SPM, lo cual concuerda con investigaciones que sugieren que el neuroticismo está relacionado con una mayor susceptibilidad a experimentar emociones negativas y síntomas psicósomáticos (Izadi & Amiri, 2019). Este hallazgo es consistente con la literatura previa y respalda la idea de que el neuroticismo puede predisponer a las mujeres a presentar síntomas del SPM. No obstante, debido al tamaño de muestra y a la modificación del inventario de personalidad, se recomienda cautela al interpretar estos resultados, ya que la eliminación de ítems podría haber afectado la evaluación de esta dimensión.

En cuanto a los resultados presentados en la última tabla, si bien se realizaron pruebas de asociación para dar respuesta al objetivo general, la cantidad de personas ubicadas en cada casilla hacen que la prueba estadística sea irrelevante para

interpretar resultados de asociación entre las variables.

## **Limitaciones**

Este estudio presenta varias limitaciones. Primero, el uso de una muestra pequeña y de una única institución limita la generalización de los resultados. Además, la falta de consistencia interna en algunos factores del Inventario de Personalidad de los Cinco Grandes con el total de ítems, lo que llevó a la eliminación de ítems para mejorar el Alfa de Cronbach, lo que pudo haber afectado la precisión en la medición de las dimensiones de personalidad, dado que los ítems eliminados podrían haber contenido información relevante para la evaluación de cada factor. Como señala Genise et al. (2020), reducir los ítems de una escala puede llevar a una pérdida de información crucial, lo que limita la precisión del constructo.

Otro aspecto importante es que los resultados se basan en la autopercepción de las participantes, lo cual podría introducir sesgos de respuesta y afectar la precisión en la evaluación tanto del estrés percibido como de los síntomas del SPM. Finalmente, dado que el estudio se enfocó en un grupo específico (mujeres universitarias de último año), los hallazgos podrían no ser aplicables a otras poblaciones, como mujeres de diferentes grupos de edad o contextos culturales.

## **Recomendaciones para futuros estudios**

Para fortalecer la investigación en esta área, se recomienda realizar estudios con muestras más amplias y diversas que incluyan diferentes instituciones y contextos culturales. Esto permitirá explorar si los resultados se mantienen en diferentes poblaciones y, así, aumentar la generalización de los hallazgos.

Es necesario considerar también el uso completo del Inventario de Personalidad de los Cinco Grandes o el desarrollo de adaptaciones culturales específicas que mantengan la consistencia interna sin necesidad de eliminar ítems. Esto ayudaría a mejorar la validez y confiabilidad de los resultados en la evaluación de los factores de personalidad. Asimismo, futuros estudios podrían integrar métodos de evaluación más objetivos y longitudinales, como el seguimiento diario de los

síntomas del SPM y el uso de técnicas psicométricas avanzadas para reducir el sesgo en las respuestas.

## **Conclusiones**

En conclusión, los hallazgos de este estudio contribuyen a la comprensión de la relación entre el estrés percibido, los rasgos de personalidad y el SPM en estudiantes universitarias. Los resultados sugieren que el neuroticismo podría ser un factor relevante en la experiencia del SPM, mientras que otros rasgos de personalidad podrían ofrecer un rol protector, aunque esto requiere mayor investigación.

La modificación de la escala de personalidad utilizada, mediante la eliminación de ítems, refleja la importancia de adaptar y validar instrumentos para contextos específicos, aunque esto puede implicar sacrificios en la consistencia y validez de los resultados. Como indican Soto et al. (2016), el desarrollo de medidas de personalidad culturalmente apropiadas es esencial para lograr evaluaciones precisas y útiles en contextos diversos. En definitiva, esta investigación resalta la importancia de considerar tanto el estrés como la personalidad en la evaluación y manejo del SPM, abriendo la puerta a futuras investigaciones en esta línea para mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

## VI. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psicología. (2014). Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ancy, J., Sabitha, N., Aparna, R., Neetha, K. & Nalini, M. (2024). Predictores del síndrome premenstrual: resultados de un grupo focal de adolescentes tardías en un colegio privado de enfermería en Kerala, India. Un enfoque de método mixto. *Medicina social*, 17(1), 10-19, <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/1701/2807>
- Aquino, M. (2015). *Intervención nutricional para la disminución de síntomas del Síndrome Premenstrual*. Estudio realizado en clínicas privadas de la ciudad de Guatemala. (Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar). <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/15/Aquino-Maria.pdf>
- Aragao, E. & Álvarez, D. (2021) Prevalence of premenstrual syndrome and its psychological effects among university students who participate and do not participate in resistance training. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 43. <https://doi.org/10.1590/rbce.43.e007420>
- Arslantasl, H., Abacigil, F. & Cinakli, S. (2018) Relationship between premenstrual syndrome and basic personality traits: a cross-sectional study. *National Library of Medicine*, 136(4). 339-45. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0061240418>
- Campagne, D. & Campagne, G. (2006). Nuevos parámetros clínicos del síndrome premenstrual. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 49(9), 493-511. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(06\)72643-7](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(06)72643-7)
- Casamayor, L. (2020). *Síndrome de tensión premenstrual* (Grado en medicina, Universidad de Salamanca). <https://gredos.usal.es/handle/10366/143706>
- Chapa-González, L., Carrasco-Legieu, C., Urita-Sánchez, O. & Delgado-Fernández, M. (2018). Síndrome premenstrual e ingesta dietética en estudiantes adolescentes: Premenstrual Syndrome and food ingest in adolescent students. *TECNOCENCIA Chihuahua*, 2(3), 172-180. <https://doi.org/10.54167/tecnociencia.v2i3.81>
- Costagiola, M. (2014). *Estado nutricional, ingesta alimentaria y nivel de actividad física en el Síndrome Premenstrual* (Grado de licenciatura, Universidad Fasta)

- <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/770>
- Domínguez, S. & Merino, C. (2018). Big Five Inventory en Universitarios Peruanos: Resultados Preliminares de su Validación. *Psykhé*, 27(2), 1-12, <https://doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1052>
- Ducasse, D., Jaussent, I., Olié, E., Guillaume, S., López, J. & Courtet, P. (2016). Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLoS ONE*, 11(2), 1-19, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148653>
- Endicott, J., Nee, J. & Harrison, W. (2006). Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 41-49. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0103-y>
- Erenoglu, R. & Yaman, S. (2020) Are premenstrual syndrome and dysmenorrhea related to the personality structure of women? A descriptive relation-seeker type study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4), 979-984. <https://doi.org/10.1111/ppc.12551>
- Fernández, M. (2019). *Estudio epidemiológico de los factores de riesgo del síndrome premenstrual y del trastorno disfórico premenstrual* (Tesis de doctorado, Universidad de Santiago de Compostela). <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/20505>
- García, M. (2002). *Ciclo menstrual y conducta alimentaria*. (Tesis de licenciatura, Universidad FASTA). <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/1545>
- Garg, B & Sharma, S. (2020). Effect of academic stress on premenstrual síndrome. *The International Journal of Indian Psychology*, 8(3), 52-57, <https://doi.org/10.25215/0803.007>
- Genise, G., Ungaretti, J. & Etchezahar, E. (2020). El inventario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad en el contexto argentino: puesta a prueba de los factores de orden superior. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), 325-340. <https://doi.org/10.15332/22563067.6298>
- González, A. (2022) *La enseñanza del ciclo menstrual en el grado de medicina de la UPV/EHU* (Grado en Sociología, Universidad del País Vasco)
- González, M. (2007). *Síntomas psicósomáticos auto-reportados en estudiantes: un modelo explicativo*. [Tesis para obtener el grado de Doctorado]. Departamento de Metodologías de las Ciencias del Comportamiento.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=43201>

- González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from México. *The Spanish Journal of Psychology*. 10(1). 199-206. <https://www.redalyc.org/pdf/172/17210120.pdf>
- González, M. & Landero, R. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres, *Ciencia UANL*, 11(4), 403-410. <https://www.redalyc.org/pdf/402/40211412.pdf>
- Halbreich, U. (2003). The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 55-99, [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00097-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00097-0)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2000). *Metodología de la investigación (segunda edición)*. McGrawHill.
- Hou, L., Huang, Y. & Renlai Z. (2019) Premenstrual syndrome is associated with altered cortisol awakening response. *Stress*, 22(6), 640-646, <https://doi.org/10.1080/10253890.2019.1608943>
- Izadi, M. & Amiri, S. (2019) Personality characteristics in Female Students with Premenstrual Dysphoric Disorder and Premenstrual Syndrome. *Advances in Nursing and Midwifery*. 28(3), 40-45. <https://doi.org/10.29252/anm-280307>
- Jackson, C., Pearson, B., Girdler, S., Johnson, J., Hamer, R., Killenberg, S. & Meltzer-Body, S. (2015). Double-blind, placebo-controlled pilot study of adjunctive quetiapine SR in the treatment of PSM/PMDD. *Human Psychopharmacology*. 30. 425-434. <https://doi.org/10.1016/10.1002/hup.2494>
- Jiménez, M. (2015). Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud y enfermedad. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 7(1), 163-184, <https://doi.org/10.17533/udea.rp.25269>
- Jiménez, S. & Graván, B. (2022). Efecto del aceite de onagra sobre la sintomatología del síndrome premenstrual. *Enfermería cuidándote*. 5(4). 13-20. <https://doi.org/10.51326/ec.5.4.2477363>
- Jiménez, Y. & Lema, J. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas del síndrome premenstrual en estudiantes de enfermería (Proyecto de investigación previa a la obtención de grado de Licenciatura, Universidad de Cuenca). <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28090/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Kappen, M., Raeymakers, S., Weyersc, S. & Vanderhasselt, M. (2022). Stress and

- ruminación in Premenstrual Syndrome (PMS): Identifying stable and menstrual cycle-related differences in PMS symptom severity. *Journal of Affective Disorders*. 319. 580-588. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.052>
- Laak, J. (1996). Las cinco grandes dimensiones de la personalidad. *Revista de psicología de la PUCP*. 14(2). 129-181. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4625401>
- Lorentz, M. (2006). Estrés y psiconeuroinmunología revisados: Utilizar intervenciones mente-cuerpo para reducir el estrés. *Revista alternativa de enfermería*, 11, 1-11.
- Luque, C. & Bernal, A. (2020) .Ejercicio físico y síndrome premenstrual. *e-Motion. Revista de Educación, Motricidad e Investigación*. 15. 102-127. <http://dx.doi.org/10.33776/remo.v0i15.4917>
- Menassa, A. (2020). Ozonoterapia en el abordaje integrativo del síndrome premenstrual. *Ozone Therapy Global Journal*. 10(1), 79-110. <http://www.xn--revistaespaoladeozonoterapia-7xc.es/index.php/reo/article/view/204/177>
- Meng, Y., Chang, L. ,Hou, L. & Renlai, Z. (2022) Menstrual attitude and social cognitive stress influence autonomic nervous system in women with premenstrual síndrome, *Stress*, 25(1), 87-96, <https://doi.org/10.1080/10253890.2021.2024163>
- Moreno, B., Garrosa, E., & Gálvez, M. (2005). Personalidad positiva y Salud. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. 59-76
- National Institute of Health. (1979). *Informe Belmont Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*. [https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.\\_INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf)
- Silva, Y., Justo, M., Davies, A., Gracia, M., Rietti, S. & Preuss, M. (2021). Niveles de resiliencia y estrés percibido en personal Esencial y No Esencial durante la cuarentena por COVID-19. *Psocial*, 7(2), <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/123/1232267016/index.html>
- Okata, M. (2002). Efectividad de las esencias florales de Bach en el tratamiento del Síndrome Premenstrual. [https://sedibac.org/wp-content/uploads/2013/03/tema\\_Sindrome\\_Premenstrual.pdf](https://sedibac.org/wp-content/uploads/2013/03/tema_Sindrome_Premenstrual.pdf)
- Olia, J., Zinalpoor, S., Sakhaei, S., Sadagheyani, H. & Motaarefi, H. (2019). The Influence of Benson Relaxation on Oxidative Stress Marker of Premenstrual Syndrome in Students of Khoy University of Medical Sciences. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 15(23), 4149–4154.

<https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.865>

- Ortiz, M., Willey, J. & Chiang, J. (2014). *How stress gets under the skin* o cómo el estrés psicológico se introduce bajo la piel. *Revista médica Chilena*, 142(6), 767-774, [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014000600011#:~:text=La%20frase%20en%20Ingl%C3%A9s%20%22How,la%20desregulaci%C3%B3n%20de%20sistemas%20fisiol%C3%B3gicos.](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000600011#:~:text=La%20frase%20en%20Ingl%C3%A9s%20%22How,la%20desregulaci%C3%B3n%20de%20sistemas%20fisiol%C3%B3gicos.)
- Pedrero, E. & Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de psicología*, 26(2), 302-309, <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Pelechano, V. (1997). Personalidad y el binomio Salud-Enfermedad: Una revisión conceptual selectiva. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 23(92), 751-795, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071278>
- Reich, M. & Cozzo, G. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1), 1-15, <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=333145838001>
- Reyes, E., Álvarez, C., Peredo, A., Miranda, A. & Rebolledo, I. (2014) Psychometric properties of the big five inventory in a Mexican sample. *Salud Mental*. 37(6), 491-497. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n6/v37n6a7.pdf>
- Rodín, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. *Social Science & Medicine*. 35(1). 49-56. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90118-A](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90118-A).
- Telek, T., Gonda, X., Lazary, J., Benko, A., Pap, D., Vargha, A. & Bagdy, G. (2010) The possible protective role of personality dimensions against premenstrual syndrome. *Psychiatry Research*. 179(1), 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.02.014>
- Tiranini, L. & Nappi, R. (2022). Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual síndrome. *Faculty Opinions*, 11(11), <https://doi.org/10.12703/r/11-11>
- Torres, C., Torrell, S., Mateos, E. & García, J. (2019). Desarrollo y Validación del cuestionario específico de calidad de vida relacionada con la menstruación CVM-22. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 45(1), 48-59. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91419>
- Torres-Pascual, C. (2016). Alternativas al tratamiento farmacológico de las alteraciones

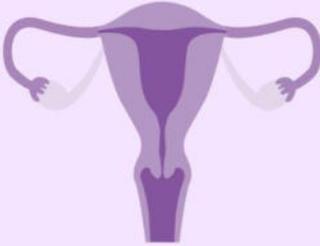
- menstruales en adolescentes y jóvenes adultas. *Medicina naturista*, 10(1), 17-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5302175>
- Trull, T. & Widiger, T. (2013). Dimensional models of personality: the five-factor model and the DMS-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 135-146, <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/ttrull>
- Sánchez, R. & Ledesma, Rubén (2007). Los Cinco Grandes Factores: cómo entender la personalidad y cómo evaluarla. *Investigación y Desarrollo*. 131-160, [https://www.researchgate.net/publication/338111357\\_Los\\_Cinco\\_Grandes\\_Factores\\_como\\_entender\\_la\\_personalidad\\_y\\_como\\_evaluarla](https://www.researchgate.net/publication/338111357_Los_Cinco_Grandes_Factores_como_entender_la_personalidad_y_como_evaluarla)
- Sánchez, M., González, M., Marsán, V. & Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 22(3), 11-26. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892006000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892006000300002&script=sci_arttext)
- Santisteban, J. (1997). Síndrome premenstrual. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 10(2), <https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v10n2/sindrome.htm>
- Schmalenberger, K., Tauseef, H., Barone, J., Owens, S., Lieberman, L., Jarczok, M. & Eisenlohr-Moul, T (2021). How to study the menstrual cycle: Practical tools and recommendations. *Psychoneuroendocrinology*. 123. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104895>.
- Simkin, H. (2012). Personalidad y autoestima desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *Hologramática*, 17(2), 171-193, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5870688>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Solano, L. & Velásquez, E. (2012). Efecto inmunomodulador del estrés psicológico. *Salus*, 16(1), 51-57, Efecto inmunomodulador del estrés psicológico. ([redalyc.org](http://redalyc.org))
- Soto, C., Kronauer, A. & Liang, J. (2016). Five-Factor Model of Personality. *Encyclopedia of adulthood and aging*, 2, 506-510, <https://doi.org/10.1002/9781118521373.wbeaa014>
- Walton, L., Machamre, L., Asumbrado, R. & Behrens, M. (2018). Relationship between Nutrition (REAP), Exercise (VSAQ), and Stress on Premenstrual Syndrome Severity (PSST): Correlation, Cross-Section, Purposive Sample of 75 Females

- Ages 18-55. *Journal of Physiotherapy & Physical Rehabilitation*, 3(2), <https://doi.org/0.4172/2573-0312.1000158>
- Vázquez, B., Yupa, A. & Serdán, D. (2021). Alteración fisiológica del ciclo menstrual ocasionada por las emociones y el estrés derivados del distanciamiento social. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 25, 181-190, <http://doi.org/10.47460/uct.v25i110.490>
- Ventura, L. (2015). *Uso de suplemento nutricional a base de vitaminas B6, A y E en la reducción de los síntomas premenstruales*. (Trabajo final integrador, Universidad UI Salud). <http://repositorio.isalud.edu.ar/jspui/bitstream/1/30/1/TFN612.665%20V568.pdf>
- Velarde, M. & Palomino, R. (2022). *Síndrome premenstrual y prácticas de consumo inadecuado de medicamentos en alumnas del primer ciclo de una universidad en San Juan Lurigancho* (Tesis de licenciatura, Universidad Interamericana). [http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/267/T117\\_45355814\\_T%20T117\\_72756765\\_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/267/T117_45355814_T%20T117_72756765_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Velásquez, L. & Vivanco, J. (2019) *Asociación entre los síntomas del Síndrome Premenstrual, Autopercepción Emocional y productividad laboral en el personal de salud, administrativo y de apoyo en dos hospitales de segundo nivel de la ciudad de Quito* (Grado de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17895>
- Zendejdel, M. & Elyasi, F. (2018). Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 7(2). 346-356. [http://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_336\\_17](http://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_336_17)

## ANEXOS



**Registro Diario de  
Severidad de Problemas**  
Para detectar el Síndrome Premenstrual (SPM)



**Investigación realizada por:**  
Lic. Ivonne Elizabeth Burgos  
Rivera

**Ficha de Identificación**

Nombre y apellido:

Número asignado:

Edad:

**Asentimiento de participación**

De antemano, te agradecemos por tu colaboración en esta investigación sobre el Síndrome Premenstrual. El siguiente formato es el Registro Diario de Severidad de Problemas (DRSP) que sirve para la detección del Síndrome Premenstrual. Este proyecto está coordinado por la Lic. Ivonne Elizabeth Burgos Rivera, actualmente alumna de la Maestría en Ciencias con orientación en Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Los criterios para participar son: Ser una mujer estudiante del último año de la Licenciatura en Psicología en UANL. Tener ciclos menstruales regulares, mínimo 21 días máximo 35 días. No estar tomando anticonceptivos hormonales, ansiolíticos y/o antidepresivos. Mujeres embarazadas, con amenorrea y/o ciclos irregulares no pueden participar.

La duración del Registro Diario de Severidad de Problemas son dos ciclos menstruales.

**IMPORTANTE:** En tu día número 7 (la columna con el corazón) comunícate con la Lic. Ivonne Burgos para realizar los test sobre Estrés Percibido y de Personalidad.

Tu participación es completamente anónima y voluntaria. Si tienes alguna duda puedes enviarle un correo a la investigadora: Lic. Ivonne Elizabeth Burgos Rivera. Email: [ivonne.burgosr@uanl.edu.mx](mailto:ivonne.burgosr@uanl.edu.mx) o mandar un WhatsApp al teléfono: 8126369259.

Acepto participar:

No acepto participar:

¡Muchas gracias por colaborar en esta investigación!

Escala del 1 al 6. 1=Nada 2=Mínimo 3=Leve 4=Moderado 5=Grave 6=Extremo.

Primer Mes

Día 1 es el primer día de tu menstruación

Síntomas - Día	1	2	3	4	5	6	♥	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Me sentí deprimido, triste, melancólico																				
Me sentí desesperado																				
Me sentí ansiosa, tensa																				
Tuve cambios de humor repentinos																				
Era más sensible al rechazo. Fui lastimada más fácilmente																				
Me sentí enojada, irritable																				
Tuve conflictos o problemas con las personas																				
Tenía menos interés en mis actividades cotidianas																				
Tuve dificultad para concentrarme																				
Me sentí cansada, fatigada o carente de energía																				
Tenía mayor apetito, comí en exceso																				
Tenía antojos de alimentos en específico																				
Dormí más, me resultó más difícil levantarme																				
Tuve problemas para conciliar el sueño																				
Me sentí inútil o culpable																				
Me sentí abrumado o que no podía hacer frente																				
Me sentí fuera de control																				
Tenía sensibilidad en los senos																				
Me sentí hinchada o con aumento de peso																				
Tuve dolor de cabeza																				
Tuve dolor en las articulaciones y/o músculos																				
Tuve una reducción de productividad (trabajo, casa, etc.)																				
Uno de los problemas mencionados anteriormente interfirió con mi relación con los demás																				
Uno de los problemas mencionados anteriormente interfirió con mis actividades (Ej. evitó o hizo menos)																				
TOTALES: (NO LLENAR ESTA FILA)																				

¡MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR CON ESTA INVESTIGACIÓN!

Escala del 1 al 6. 1=Nada 2=Mínimo 3=Leve 4=Moderado 5=Grave 6=Extremo.

Día 1 es el primer día de tu menstruación

Primer Mes

Síntomas - Día	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Me sentí deprimido, triste, melancólico															
Me sentí desesperado															
Me sentí ansiosa, tensa															
Tuve cambios de humor repentinos															
Era más sensible al rechazo. Fui lastimada más fácilmente															
Me sentí enojada, irritable															
Tuve conflictos o problemas con las personas															
Tenía menos interés en mis actividades cotidianas															
Tuve dificultad para concentrarme															
Me sentí cansada, fatigada o carente de energía															
Tenía mayor apetito, comí en exceso															
Tenía antojos de alimentos en específico															
Dormí más, me resultó más difícil levantarme															
Tuve problemas para conciliar el sueño															
Me sentí inútil o culpable															
Me sentí abrumado o que no podía hacer frente															
Me sentí fuera de control															
Tenía sensibilidad en los senos															
Me sentí hinchada o con aumento de peso															
Tuve dolor de cabeza															
Tuve dolor en las articulaciones y/o músculos															
Tuve una reducción de productividad (trabajo, casa, etc.)															
Uno de los problemas mencionados anteriormente interfirió con mi relación con los demás															
Uno de los problemas mencionados anteriormente interfirió con mis actividades (Ej. evitó o hizo menos)															
TOTALES: (NO LLENAR ESTA FILA)															

¡MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR CON ESTA INVESTIGACIÓN!

Escala del 1 al 6. 1=Nada 2=Mínimo 3=Leve 4=Moderado 5=Grave 6=Extremo.

Segundo Mes

Día 1 es el primer día de tu menstruación

Síntomas - Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Me sentí deprimido, triste, melancólico																				
Me sentí desesperado																				
Me sentí ansiosa, tensa																				
Tuve cambios de humor repentinos																				
Era más sensible al rechazo. Fui lastimada más fácilmente																				
Me sentí enojada, irritable																				
Tuve conflictos o problemas con las personas																				
Tenía menos interés en mis actividades cotidianas																				
Tuve dificultad para concentrarme																				
Me sentí cansada, fatigada o carente de energía																				
Tenía mayor apetito, comí en exceso																				
Tenía antojos de alimentos en específico																				
Dormí más, me resultó más difícil levantarme																				
Tuve problemas para conciliar el sueño																				
Me sentí inútil o culpable																				
Me sentí abrumado o que no podía hacer frente																				
Me sentí fuera de control																				
Tenía sensibilidad en los senos																				
Me sentí hinchada o con aumento de peso																				
Tuve dolor de cabeza																				
Tuve dolor en las articulaciones y/o músculos																				
Tuve una reducción de productividad (trabajo, casa, etc.)																				
Uno de los problemas mencionados anteriormente interfirió con mi relación con los demás																				
Uno de los problemas mencionados anteriormente interfirió con mis actividades (Ej. evitó o hizo menos)																				
TOTALES: (NO LLENAR ESTA FILA)																				

¡MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR CON ESTA INVESTIGACIÓN!

Escala del 1 al 6. 1=Nada 2=Mínimo 3=Leve 4=Moderado 5=Grave 6=Extremo.

Segundo Mes

Día 1 es el primer día de tu menstruación

Síntomas - Día	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Me sentí deprimido, triste, melancólico															
Me sentí desesperado															
Me sentí ansiosa, tensa															
Tuve cambios de humor repentinos															
Era más sensible al rechazo. Fui lastimada más fácilmente															
Me sentí enojada, irritable															
Tuve conflictos o problemas con las personas															
Tenía menos interés en mis actividades cotidianas															
Tuve dificultad para concentrarme															
Me sentí cansada, fatigada o carente de energía															
Tenía mayor apetito, comí en exceso															
Tenía antojos de alimentos en específico															
Dormí más, me resultó más difícil levantarme															
Tuve problemas para conciliar el sueño															
Me sentí inútil o culpable															
Me sentí abrumado o que no podía hacer frente															
Me sentí fuera de control															
Tenía sensibilidad en los senos															
Me sentí hinchada o con aumento de peso															
Tuve dolor de cabeza															
Tuve dolor en las articulaciones y/o músculos															
Tuve una reducción de productividad (trabajo, casa, etc.)															
Uno de los problemas mencionados anteriormente interfirió con mi relación con los demás															
Uno de los problemas mencionados anteriormente interfirió con mis actividades (Ej. evitó o hizo menos)															
TOTALES: (NO LLENAR ESTA FILA)															

¡MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR CON ESTA INVESTIGACIÓN!

## Estrés percibido / Personalidad

Lea por favor la información básica sobre el estudio en que participará y exprese su acuerdo a los términos especificados.

### Asentimiento de participación

De antemano, te agradecemos por tu colaboración en esta investigación. Los siguientes test son sobre el Estrés Percibido y el cuestionario de Los Cinco Grandes para detectar la personalidad. Este proyecto esta coordinado por la Lic. Ivonne Elizabeth Burgos Rivera, actualmente alumna de la Maestría en Ciencias con orientación en Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Tu participación es completamente anónima y voluntaria. Si tienes alguna duda puedes enviarle un correo a la investigadora: Lic. Ivonne Elizabeth Burgos Rivera. Email: [ivonne.burgosr@uanl.edu.mx](mailto:ivonne.burgosr@uanl.edu.mx) o mandar un WhatsApp al teléfono: 8126369259.

Selecciona la respuesta deseada: \*

- Acepto participar
- No acepto participar

**Ficha de identificación:**

Nombre completo \*

Tu respuesta

---

Número asignado, el que viene en tu hoja del Registro Diario de Severidad de Problemas: \*

Tu respuesta

---

Edad: \*

Tu respuesta

---

¡Muchas gracias por colaborar en esta investigación!

Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.

Durante el último mes:

¿Con qué frecuencia ha estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente? \*

Nada de acuerdo    0    1    2    3    4    Completamente de acuerdo

¿Con qué frecuencia te ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida? \*

Nada de acuerdo    0    1    2    3    4    Completamente de acuerdo

¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/ao estresado/a (lleno de tensión)? \*

0    1    2    3    4

Nada de acuerdo                  Completamente de acuerdo

---

¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? \*

0    1    2    3    4

Nada de acuerdo                  Completamente de acuerdo

---

¿Con qué frecuencia tiene sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida? \*

0    1    2    3    4

Nada de acuerdo                  Completamente de acuerdo

¿Con qué frecuencia ha estado seguro/a sobre su capacidad de manejar sus problemas personales? \*

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

---

¿Con qué frecuencia tiene sentido que las cosas te van bien? \*

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

---

¿Con qué frecuencia tiene sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer? \*

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida? \*

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

---

¿Con qué frecuencia tiene sentido que tienes el control de todo? \*

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

---

¿Con qué frecuencia ha estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido \*  
estaban fuera de tu control?

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que no han terminado (pendientes de hacer)?

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

---

¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

---

¿Con qué frecuencia tiene sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?

0 1 2 3 4

Nada de acuerdo      Completamente de acuerdo

# Escala Los Cinco Grandes

Elija la respuesta del grado de acuerdo a cada oración:

1=Muy desacuerdo 2=Desacuerdo 3=Neutral 4=De acuerdo 5=Muy de acuerdo

---

1. Soy el alma de la fiesta

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

2. Me preocupo por los demás

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

3. Siempre estoy preparada

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

4. Me estreso con facilidad

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

5. Tengo un vocabulario amplio

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

6. No hablo mucho

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

7. Me intereso por la gente

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

8. Dejo mis pertenencias en cualquier lado

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

9. Estoy relajada la mayor parte del tiempo

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

10. Me cuesta entender ideas abstractas

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

11. Me siento cómoda con la gente

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

12. Suelo ofender o insultar a los demás

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

13. Presto atención a los detalles

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

14. Me preocupo por todo

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

15. Tengo mucha imaginación

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

16. Prefiero pasar desapercibida

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

17. Simpatizo con los sentimientos de otras personas

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

18. Soy desordenada

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

19. Pocas veces me siento triste

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

20. No me interesan las ideas abstractas

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

21. Soy quien inicia las conversaciones

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

22. No me interesan los problemas de otras personas

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

23. Realizo mis tareas inmediatamente

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

24. Me molesto fácilmente

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

25. Tengo excelentes ideas

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

26. No tengo mucho que decir

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

27. Tengo un corazón sensible

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

28. A menudo olvido poner las cosas de vuelta en su lugar

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

29. Me disgusto con facilidad

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

30. No tengo buena imaginación

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

31. En las fiestas hablo con muchas personas diferentes

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

32. En realidad no me intereso por los demás

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

33. Me gusta el orden

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

34. Cambio mucho de humor

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

35. Soy rápida para entender las cosas

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

36. No me gusta llamar la atención

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

37. Dedico tiempo a los demás

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

38. Suelo evadir mis deberes

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

39. Tengo cambios frecuentes en mi estado de ánimo

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

40. Utilizo palabras complejas

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

41. No me molesta ser el centro de atención

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

42. Siento las emociones de los demás

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

43. Suelo hacer un programa y seguirlo

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

44. Me irrito fácilmente

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

45. Dedico tiempo a reflexionar

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

46. Me mantengo callada cuando estoy entre desconocidos

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

47. Hago sentir cómoda a la gente

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

48. Soy perfeccionista en el trabajo

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

49. Me siento triste frecuentemente

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

50. Estoy llena de ideas

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				