

María Florencia Cumsille Rojas

**PERFIL MENSTRUAL EN MUJERES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA: UN ESTUDIO COMPARATIVO**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Supervisado por Dra. Joana Roigé Castellví

Grado en Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2026

Agradecimientos

Quiero agradecer, en primer lugar, a Joana, mi tutora, por su acompañamiento, orientación y apoyo durante este largo proceso.

A mi pareja, Pau, por estar presente en cada paso, por la paciencia, el cariño y el apoyo constante durante los momentos más difíciles de este trabajo. También a mis perros, quienes me acompañaron en muchas noches largas de escritura y cansancio.

A familia, amigos y personas cercanas, por interesarse siempre por mi avance, escucharme y animarme a continuar.

Y, especialmente, a mí misma, por no rendirme. Por enfrentar por primera vez un Trabajo de Fin de Grado con miedo, dudas y cansancio, pero también con ganas de aprender y seguir adelante. Este proceso no solo me permitió desarrollar conocimientos académicos, sino también crecer personal y profesionalmente.

Finalmente, agradezco a todas las mujeres que participaron en este estudio y también a aquellas que, aunque no participaron, viven diariamente experiencias relacionadas con la salud menstrual que muchas veces continúan siendo invisibilizadas. Espero que este trabajo pueda aportar, aunque sea de forma pequeña, a seguir dando visibilidad a la salud menstrual y a la necesidad de continuar investigando desde una perspectiva más integral, humana y feminista.

Resumen

El presente estudio analizó la relación entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y distintas características del ciclo menstrual en una muestra de 66 mujeres. Se evaluó la regularidad menstrual, la intensidad del dolor y la sintomatología asociada al ciclo mediante un cuestionario online y la escala GAD-7.

Los resultados mostraron una mayor sintomatología menstrual en las mujeres con TAG. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la regularidad del ciclo ni en la intensidad del dolor menstrual.

Los hallazgos sugieren que la ansiedad podría relacionarse principalmente con una mayor sintomatología menstrual global.

Palabras clave: ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, ciclo menstrual, salud menstrual.

Abstract

The present study analyzed the relationship between Generalized Anxiety Disorder (GAD) and different characteristics of the menstrual cycle in a sample of 66 women. Menstrual regularity, pain intensity and symptoms associated with the cycle were assessed using an online questionnaire and the GAD-7 scale.

The results showed increased menstrual symptomatology in women with TAG. However, no significant differences were found in the regularity of the cycle or the intensity of menstrual pain.

The findings suggest that anxiety could be primarily related to increased overall menstrual symptoms.

Keywords: anxiety, generalized anxiety disorder, menstrual cycle, menstrual health.

ÍNDICE

1. MARCO TEORICO	6
1.1. Evolución histórica del ciclo menstrual como proceso biopsicosocial.....	6
1.2. Perfil menstrual: intensidad del dolor, regulación del ciclo menstrual y síntomas asociados.	8
1.3. La ansiedad desde una perspectiva clínica y de género.....	10
1.4. Fluctuaciones del ciclo menstrual y variabilidad de la sintomatología ansiosa.....	13
2. CONTEXTO, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	16
2.1. Contexto.....	16
2.2. Objetivos	16
2.3. Hipótesis	17
3. METODOLOGÍA	18
3.1. Diseño del estudio	18
3.2. Muestra	18
3.3. Instrumentos.....	18
3.3.1. Evaluación de la ansiedad (GAD-7)	19
3.3.2. Diagnóstico de TAG	19
3.3.3. Evaluación de otras variables del ciclo menstrual.....	19
3.3.4. Recogida de variables adicionales.....	20
3.4. Procedimiento	20
3.5. Análisis de datos.....	21
4. RESULTADOS.....	22
4.1. Descriptivos.....	22
4.2. Relación entre el diagnóstico de TAG y la regularidad del ciclo menstrual.....	23
4.3. Relación entre el diagnóstico de TAG y el dolor menstrual. ..	24
Tabla 7. Comparación de la intensidad del dolor menstrual según diagnóstico de TAG (U de Mann-Whitney).....	24
4.4. Comparación de la sintomatología menstrual según diagnóstico de TAG.....	26
4.5. Relación entre ansiedad e intensidad de dolor menstrual.....	27
4.6. Variables complementarias relacionadas con los resultados principales	28
4.7. Análisis complementarios: menarquia y TAG	30

5. DISCUSIÓN	32
5.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación.	34
5.2. Conclusiones	35
6. BIBLIOGRAFÍA	36
7. ANEXOS	40

1. MARCO TEORICO

1.1. Evolución histórica del ciclo menstrual como proceso biopsicosocial.

Desde los inicios de la historia de la humanidad, o al menos de aquello que ha podido ser documentado, la menstruación ha sido un fenómeno central en la vida de las mujeres. Según varias definiciones, se trata de un proceso atravesado por interpretaciones biológicas, simbólicas, psicológicas, culturales y sociales, así como por el entorno en el que vive cada mujer, lo que hace que la experiencia menstrual no sea homogénea ni estable a lo largo del tiempo (Gómez-Sánchez et al., 2012).

Ahora sabemos con seguridad que el ciclo menstrual es el proceso fisiológico que prepara al cuerpo para la concepción del embrión a través de una integración compleja entre eventos fisiológicos y segregación de hormonas (Martínez E. et a 2022), pero no siempre fue así. Antiguamente, numerosos pueblos indígenas atribuyeron el origen de la menstruación a causas sobrenaturales o míticas, como la intervención de animales, fuerzas de la naturaleza o castigos simbólicos. Estas interpretaciones reflejan la dificultad histórica para comprender este fenómeno desde una base biológica, así como la necesidad de dotarlo de significado dentro de los sistemas culturales de cada sociedad (Alarcón-Nivia, 2005).

En muchas sociedades antiguas, el sangrado menstrual fue asociado tanto a ideas de fertilidad y poder creador como a nociones de impureza, debilidad o peligro. Estas creencias dieron lugar a normas sociales restrictivas, tales como el aislamiento de las mujeres menstruantes o la prohibición de determinadas actividades. Este tipo de prácticas han sido documentadas en diversas culturas de África, Asia, Oceanía y América Latina (Alarcón-Nivia, 2005). De este modo, la menstruación no fue entendida únicamente como un proceso biológico, sino también como un fenómeno cargado de significado social y emocional, que condicionó la participación de las mujeres en la vida cotidiana.

Con el desarrollo de la medicina y la ciencia, especialmente a partir de los siglos XVIII y XIX, comenzó a consolidarse una explicación fisiológica del ciclo

menstrual, vinculada al funcionamiento del sistema reproductor femenino y a los cambios hormonales. Durante el siglo XX, los estudios médicos y científicos otorgaron mayor relevancia a la menstruación, estableciendo su relación con la sexualidad y desacreditando progresivamente interpretaciones de carácter mágico o espiritual. Asimismo, en el contexto de las Guerras Mundiales, la participación de las mujeres, especialmente de las enfermeras, impulsó avances en el cuidado e higiene menstrual. En este periodo se identificó la celulosa como un material altamente absorbente, lo que permitió el desarrollo de las toallas higiénicas modernas (Figueroa Lozano, 2023).

No obstante, pese a estos avances científicos y tecnológicos, la menstruación continuó siendo un fenómeno ampliamente invisibilizado tanto en el espacio público como en el privado. La dimensión simbólica de la menstruación se ha manifestado históricamente en la escasa educación menstrual, la ausencia de discursos abiertos y la persistencia del tabú social. Esta concepción también se refleja en textos religiosos clásicos. En la tradición judeocristiana, por ejemplo, el libro del Levítico establece que la mujer que presenta flujo de sangre es considerada ritualmente impura durante siete días, y que cualquier objeto o persona que la toque queda también en estado de impureza (Levítico 15:19–23). Esta idea de impureza, profundamente moral y ritual ha influido en la forma en que diversas sociedades han entendido y regulado el cuerpo menstruante, contribuyendo históricamente a su estigmatización y exclusión social.

Bajo esta misma lógica sociocultural, la menstruación fue históricamente silenciada en el ámbito familiar, constituyendo un tema tabú incluso en la comunicación entre madres e hijas. Alteraciones como la dismenorrea, entendida como la menstruación dolorosa, las metrorragias, definidas como el sangrado uterino anormal que ocurre fuera del ciclo menstrual habitual, o los ciclos menstruales irregulares, fueron tradicionalmente interpretadas como consecuencia de una mala aceptación de la menstruación o como signos de debilidad femenina, antes que ser vinculadas a factores endocrinos, nutricionales o al estado general de salud (Valls-Llobet, 2006).

Resulta especialmente llamativo que la menstruación, aun siendo uno de los primeros fenómenos cíclicos observados por las sociedades humanas desde el Neolítico (Valls-Llobet, 2006), haya estado sostenidamente marcada por la

invisibilización y el silencio. Esta carga de simbolismos culturales, religiosos y sociales contribuyó a que fuera vivida como una experiencia privada, vergonzante o incómoda, reforzando la idea de que debía ser ocultada.

Desde una perspectiva de género, la invisibilización de la menstruación puede entenderse como una forma de regulación del cuerpo femenino y de desigualdad simbólica. El cuerpo de las mujeres ha sido históricamente desvalorizado, lo que ha limitado su reconocimiento social y ha perpetuado dinámicas de exclusión y silenciamiento. En este sentido, la menstruación no constituye únicamente un proceso biológico, sino una experiencia corporal atravesada por relaciones de poder, normas sociales y expectativas culturales.

1.2. Perfil menstrual: intensidad del dolor, regulación del ciclo menstrual y síntomas asociados.

Más allá del peso simbólico, la menstruación puede cursarse con una amplia variedad de manifestaciones físicas y emocionales. Alberola Zorrilla y Sánchez Zuriaga (2025) señalan que uno de los síntomas más frecuentes asociados al ciclo menstrual es la dismenorrea primaria, que afecta al 70–90% de las mujeres. Esta se define como el dolor uterino, que puede presentarse con diferentes grados de intensidad, desde molestias leves hasta dolor intenso que interfiere en las actividades cotidianas, de origen menstrual en ausencia de alteraciones pélvicas identificables, como la endometriosis o los fibromas uterinos. Aunque en la actualidad existen discursos desde el ámbito sanitario y divulgativo que cuestionan activamente la normalización del dolor menstrual, este continúa siendo ampliamente aceptado. Algunas profesionales subrayan que, si bien la menstruación implica un proceso fisiológico inflamatorio, el dolor intenso no debería asumirse como algo inevitable ni invalidante, destacando la importancia de visibilizar el malestar menstrual y de acudir a profesionales de la salud para una adecuada valoración (Atienza, 2024).

Asimismo, Alberola Zorrilla y Sánchez Zuriaga (2025) indican que la prevalencia de la dismenorrea es elevada y afecta a un amplio porcentaje de mujeres en edad fértil. El dolor suele localizarse en la región abdominal inferior y pélvica, aunque una proporción significativa de mujeres también

refiere dolor lumbar, fenómeno conocido como dolor referido visceral. Según los autores, este tipo de dolor constituye una de las principales causas de absentismo académico y laboral en mujeres jóvenes. Sin embargo, el dolor menstrual ha sido frecuentemente infravalorado o interpretado como dolor inespecífico, lo que refleja una falta de atención específica a la salud menstrual. Esta situación ha contribuido a la normalización del dolor y de la discapacidad durante la menstruación, tanto por parte de las propias mujeres como de algunos profesionales sanitarios.

Aunque el dolor pélvico y lumbar son los síntomas principales asociados a la dismenorrea, no son los únicos. A estos pueden acompañarlos la expulsión de coágulos o fragmentos endometriales, calambres uterinos y malestar general. Muchas mujeres experimentan cefaleas, náuseas, alteraciones intestinales como estreñimiento o diarrea, cambios en el apetito, irritabilidad, dificultad para concentrarse, polaquiuria e incluso vómitos en los casos más intensos (Clínica Universidad de Navarra, s.f.).

En conjunto, la menstruación no solo afecta al bienestar físico, sino que también puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional y en el funcionamiento cotidiano, interfiriendo en ámbitos como el académico, laboral y social. La experiencia menstrual, junto con las interpretaciones históricas y culturales que la han acompañado, ha condicionado tanto la forma en que se ha entendido socialmente como la manera en que las mujeres han vivido su propio cuerpo (Gómez-Sánchez et al., 2012). Por ello, no puede concebirse como un fenómeno homogéneo, ya que existe una elevada variabilidad interindividual en la intensidad del dolor y en la presencia de sintomatología asociada. Asimismo, otra característica relevante del perfil menstrual es la regularidad del ciclo, ya que los ciclos considerados normales suelen situarse entre los 21 y 35 días, aunque presentan variaciones entre mujeres y entre ciclos individuales (Bull et al., 2019). La evidencia muestra que el ciclo menstrual presenta una notable variabilidad en su duración, regularidad y en la presencia de síntomas asociados, lo que refleja la complejidad de la experiencia menstrual y la diversidad de factores fisiológicos y psicológicos implicados (Li et al., 2020). Esta variabilidad pone de manifiesto la necesidad de considerar factores psicológicos, como la

ansiedad, que pueden actuar como moduladores clave de la experiencia menstrual.

1.3. La ansiedad desde una perspectiva clínica y de género.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 260 millones de personas padecen algún trastorno de ansiedad a nivel mundial, constituyendo el grupo de trastornos mentales más frecuente en países de la Unión Europea, Suiza, Islandia y Noruega, y la segunda patología psiquiátrica más discapacitante en el continente americano (Chacón Delgado et al., 2021).

Desde una perspectiva fisiológica, la ansiedad puede entenderse como un sistema de alarma adaptativo que prepara al organismo para responder ante situaciones percibidas como amenazantes o desventajosas. Esta respuesta se acompaña de un malestar subjetivo y de diversas manifestaciones somáticas, entre las que destacan palpitaciones, sudoración, cefaleas, náuseas, alteraciones gastrointestinales y aumento de la urgencia miccional. Dichas reacciones reflejan la activación del sistema nervioso autónomo y cumplen, en condiciones normales, una función protectora para la supervivencia (Luna et al., 2001).

No obstante, desde un punto de vista patológico, la ansiedad puede adquirir una autonomía relativa, manifestándose en ausencia de un desencadenante claro y con una intensidad, duración y repercusión desproporcionadas. En estos casos, se observa un estado persistente de hiperalerta junto a una activación vegetativa sostenida, mediada principalmente por el sistema nervioso simpático, así como alteraciones a nivel cognitivo, físico, neurológico y conductual. A nivel neurobiológico, se han implicado estructuras como el locus coeruleus, el sistema límbico y los sistemas neurotransmisores noradrenérgico, serotoninérgico y GABAérgico, cuya disfunción se asocia al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad patológica. Asimismo, factores externos como el consumo de estimulantes o la abstinencia de determinadas sustancias pueden actuar como elementos contribuyentes (Luna et al., 2001).

En su forma crónica, la ansiedad implica una activación fisiológica similar, pero sostenida en el tiempo, lo que puede afectar a múltiples sistemas corporales. Esta activación prolongada del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal

genera un estado de vulnerabilidad fisiológica que incrementa la sensibilidad corporal y la reactividad emocional, favoreciendo la persistencia del malestar y la cronificación de los síntomas (Sandi & Haller, 2022).

En este sentido, resulta fundamental diferenciar entre la ansiedad como respuesta emocional adaptativa y los trastornos de ansiedad como condiciones clínicas. Mientras que la primera cumple una función adaptativa, los segundos se caracterizan por la persistencia de síntomas emocionales, cognitivos y somáticos que generan un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento personal, social, académico o laboral.

Dentro de este grupo, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) constituye una entidad clínica cuya definición es relativamente reciente en comparación con otros trastornos mentales. No fue hasta finales de la década de 1980 cuando se alcanzó un consenso diagnóstico más claro, estableciéndose la preocupación excesiva como criterio central dentro de los sistemas clasificatorios de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (Garay et al., 2019). En este proceso, el TAG pasó de ser considerado un diagnóstico residual e impreciso en las primeras versiones del DSM a consolidarse progresivamente como una entidad clínica específica, en paralelo al desarrollo de modelos explicativos más precisos y de intervenciones terapéuticas específicas (Pagés, 2007).

En la actualidad, el DSM-5-TR define el TAG como la presencia de ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y difíciles de controlar, referidas a múltiples acontecimientos o actividades de la vida cotidiana, que se mantienen durante la mayoría de los días por un período mínimo de seis meses (APA, 2013).

Desde el punto de vista clínico, las personas con TAG presentan preocupaciones crónicas e incontrolables que afectan de manera negativa al estado de ánimo y al bienestar general. Estas preocupaciones suelen acompañarse de una amplia sintomatología física y cognitiva, que incluye dificultades de concentración, irritabilidad, alteraciones del sueño, tensión muscular, fatiga persistente, nerviosismo constante, temblores, sudoración, mareos, taquicardia, cefaleas y molestias gastrointestinales, como el síndrome de intestino irritable. Los contenidos de la preocupación suelen

centrarse en ámbitos cotidianos como las relaciones interpersonales, las responsabilidades laborales, la situación económica y la salud propia o de familiares cercanos (Garay et al., 2019; APA, 2013). Asimismo, se ha observado que la ansiedad sostenida puede asociarse a cambios en la percepción y modulación del dolor, contribuyendo a una mayor sensibilidad dolorosa (Craske et al., 2022).

Los estudios epidemiológicos confirman que los trastornos de ansiedad continúan siendo altamente prevalentes, afectando a más de 300 millones de personas en el mundo, con un incremento sostenido en la última década (Santomauro et al., 2021). En particular, la prevalencia del TAG a lo largo de la vida se sitúa en torno al 3,7%, con una mayor afectación en mujeres, en una proporción aproximada de 3:1 respecto a los hombres, especialmente durante la edad reproductiva, lo que sugiere la influencia combinada de factores hormonales, sociales y psicológicos (Altemus et al., 2020).

Asimismo, el TAG se ha asociado con variables sociodemográficas como la soltería, el desempleo y un menor nivel educativo, y se considera el trastorno de ansiedad más frecuente en los dispositivos de atención primaria (Garay et al., 2019; Ruscio et al., 2017; Wittchen, 2002). Sin embargo, a pesar de su elevada prevalencia, continúa siendo un trastorno infradiagnosticado en la práctica clínica. Diversos estudios señalan que la duración media del trastorno antes de recibir tratamiento puede alcanzar los 25 años, lo que favorece su cronificación y se asocia a un deterioro significativo de la calidad de vida y del funcionamiento personal, social y laboral (Garay et al., 2019).

Desde una perspectiva de género, la evidencia científica indica que las mujeres presentan tasas significativamente más elevadas de trastornos de ansiedad en comparación con los hombres. A lo largo de la vida, aproximadamente el 17,5% de las mujeres ha experimentado algún trastorno de ansiedad, frente al 9,5% de los hombres, mientras que las cifras de prevalencia en los 12 meses previos a la evaluación se sitúan en un 8,7% y un 3,8%, respectivamente (Alonso et al., 2004; Carrasco-Galán & Espinar-Fellmann, 2008). Estas diferencias no solo se reflejan en la prevalencia, sino también en la expresión sintomática, en la tendencia a solicitar ayuda profesional, en el curso clínico del trastorno y en la respuesta a los

tratamientos psicológicos y farmacológicos (Phillips & First, 2009; Wisner & Dolan-Sewell, 2009).

Es por ello que, especialmente en el caso de las mujeres, la ansiedad no puede comprenderse ni abordarse como un fenómeno aislado o exclusivamente individual. Su análisis y tratamiento requieren una perspectiva multidisciplinar y con enfoque de género, que integre los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en su desarrollo y mantenimiento. Desde esta mirada, la ansiedad no se concibe únicamente como un trastorno clínico independiente, sino como una experiencia compleja que se articula con otros procesos corporales, emocionales y contextuales, formando parte de un estado de salud integral. En esta línea, organismos internacionales, hace décadas, ya señalaban de manera reiterada la escasa atención prestada históricamente a los determinantes específicos del sexo y el género en la salud mental, subrayando la necesidad de incorporar esta perspectiva en la investigación, la prevención y la atención clínica (OMS, 2022).

1.4. Fluctuaciones del ciclo menstrual y variabilidad de la sintomatología ansiosa.

Diversas investigaciones han señalado que las fluctuaciones hormonales propias del ciclo menstrual pueden influir en la intensidad y variabilidad de la sintomatología emocional en las mujeres. En particular, los cambios en los niveles de estrógenos y progesterona a lo largo del ciclo se han asociado con modificaciones en la regulación emocional, la reactividad al estrés y la sensibilidad a los estímulos negativos, lo que puede favorecer la aparición o intensificación de síntomas ansiosos en determinadas fases del ciclo (Sundström-Poromaa & Gingnell, 2014).

En este sentido, las variaciones hormonales que se producen a lo largo del ciclo menstrual influyen directamente en el sistema nervioso central, modulando distintos sistemas neurobiológicos implicados en la regulación emocional y la respuesta al estrés. Como consecuencia, estos cambios pueden afectar tanto a la intensidad como a la forma de expresión de los síntomas ansiosos, así como a la percepción corporal y a la sensibilidad

emocional a lo largo de las diferentes fases del ciclo (Davydov et al., 2004; Lane & Francis, 2003; Handy et al., 2022).

La evidencia empírica indica que los síntomas de ansiedad tienden a intensificarse durante la fase lútea o premenstrual del ciclo menstrual, periodo caracterizado por descensos hormonales significativos, en el que diversas investigaciones han observado niveles más elevados de ansiedad en comparación con otras fases del ciclo (Martínez et al., 2022). Del mismo modo, investigaciones basadas en diseños prospectivos y en el registro diario de síntomas han confirmado una exacerbación de la ansiedad y de los síntomas de pánico durante la fase premenstrual en mujeres con trastornos de ansiedad, lo que refuerza la hipótesis de una relación consistente entre las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual y el aumento de la sintomatología ansiosa (Epperson et al., 2012; Altemus et al., 2014; Handy et al., 2022).

En esta misma línea, investigaciones previas han mostrado que, además de la ansiedad general, adquieren especial relevancia las respuestas de ansiedad asociadas a las relaciones interpersonales durante la fase premenstrual, entendidas como aquellas reacciones de ansiedad que emergen ante situaciones sociales o relacionales, como conflictos, críticas o interacciones percibidas como evaluativas. Este tipo de respuestas permite explicar aproximadamente el 21,08% de la varianza observada en las respuestas de ansiedad autoinformadas durante dicha fase (Borrás Sansaloni et al., 2001). En este sentido, la literatura distingue diferentes tipos de respuestas de ansiedad en función de las situaciones que las desencadenan, como aquellas vinculadas a contextos interpersonales, a situaciones evaluativas o a demandas de la vida cotidiana. Durante la fase menstrual, en cambio, junto a la ansiedad vinculada a las situaciones de la vida cotidiana, también intervienen de forma significativa las respuestas de ansiedad provocadas por situaciones de evaluación, explicando una proporción considerable de la variabilidad en los niveles de ansiedad experimentados en este periodo (Borrás Sansaloni et al., 2001).

De igual modo, se ha observado que aquellas mujeres con una mayor ansiedad basal muestran una exacerbación más marcada de los síntomas

ansiosos durante la fase premenstrual, lo que sugiere un efecto modulador del ciclo menstrual sobre la vulnerabilidad psicológica preexistente (Handy et al., 2022).

En este contexto, resulta especialmente relevante analizar cómo la interacción entre ansiedad y ciclo menstrual no solo se expresa a nivel emocional, sino también a través de manifestaciones físicas, particularmente el dolor menstrual y otros síntomas somáticos, que pueden verse amplificados por estados de ansiedad persistente. De hecho, diversos autores señalan que, si bien durante el ciclo menstrual las hormonas sexuales fluctúan de manera natural, estas variaciones pueden verse moduladas o alteradas en presencia de niveles elevados de ansiedad o estrés sostenido. En situaciones de ansiedad crónica, el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovario puede verse perturbado, influyendo en distintos aspectos de la fisiología reproductiva, como retrasos menstruales, irregularidades del ciclo, intensificación de los síntomas premenstruales, ausencia de ovulación en algunos casos y un aumento de la intensidad o duración del dolor pélvico (Sánchez, 2025).

Sin embargo, el ciclo menstrual, pese a ser un proceso hormonal habitual en una parte significativa de la población, continúa siendo escasamente considerado tanto en la comprensión teórica como en el abordaje clínico de la ansiedad (Li & Graham, 2017). El análisis de la relación entre ansiedad y ciclo menstrual permite incorporar una perspectiva de género en la investigación en salud mental, contribuyendo a una atención más equitativa y contextualizada. Asimismo, este enfoque favorece una mayor sensibilización social y científica respecto a las fluctuaciones propias del ciclo menstrual, ayudando a reducir las desigualdades de género presentes en el conocimiento y la práctica médica (Mayoral Arranz, 2025).

Desde una perspectiva clínica y de género, parece fundamental reconocer que estas fluctuaciones no responden únicamente a factores biológicos, sino que se encuentran atravesadas por variables psicológicas y sociales. Las exigencias cotidianas, los roles de género, la carga mental y la escasa validación del malestar menstrual contribuyen a que muchas mujeres normalicen o invisibilicen síntomas de ansiedad asociados al ciclo, retrasando la búsqueda de ayuda profesional.

2. CONTEXTO, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Contexto

El presente estudio se enmarca en el ámbito de la psicología de la salud de la mujer, con el objetivo de explorar la relación entre la salud mental y las experiencias asociadas al ciclo menstrual.

A pesar de que muchas mujeres experimentan alteraciones menstruales como dolor intenso, irregularidades o sintomatología asociada, estas experiencias suelen ser infravaloradas o abordadas de manera generalista, sin una exploración en profundidad de sus posibles causas subyacentes.

En este sentido, la literatura científica sobre la relación entre la ansiedad y el ciclo menstrual continúa siendo limitada, especialmente en población joven. Esta falta de investigación pone de manifiesto la necesidad de profundizar en cómo los factores psicológicos pueden influir en la salud menstrual.

Asimismo, este estudio surge de la necesidad de visibilizar estas experiencias y contribuir a un mayor conocimiento sobre esta relación, en un contexto en el que la investigación en salud femenina ha estado históricamente infrarrepresentada.

2.2. Objetivos

Como objetivo general, el presente estudio se plantea comparar las características del ciclo menstrual, concretamente la regularidad, la intensidad del dolor y la sintomatología asociada, entre mujeres con diagnóstico de TAG y mujeres sin dicho diagnóstico.

De manera más específica, se pretende analizar si existen diferencias en la regularidad del ciclo menstrual entre ambos grupos, comparar la intensidad del dolor menstrual, así como identificar posibles diferencias en la sintomatología asociada al ciclo menstrual. Asimismo, se busca examinar la relación entre el nivel de ansiedad y la intensidad del dolor menstrual, independientemente del diagnóstico clínico de TAG.

2.3. Hipótesis

Como hipótesis general se plantea que las mujeres con TAG presentarán mayores alteraciones en las características del ciclo menstrual.

De manera más específica, se plantea que las mujeres con TAG presentarán una mayor frecuencia de ciclos menstruales irregulares en comparación con aquellas sin TAG. Asimismo, se espera que reporten una mayor intensidad de dolor menstrual y una mayor sintomatología asociada al ciclo menstrual, entendida como el conjunto de síntomas físicos y emocionales que aparecen en los días previos o durante la menstruación.

Por último, se plantea que existirá una relación positiva entre los niveles de ansiedad y la intensidad del dolor menstrual, de modo que, a mayor nivel de ansiedad, mayor será el dolor percibido.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

El presente estudio se desarrolló mediante un diseño cuantitativo, de tipo transversal, con carácter descriptivo y comparativo. Este diseño permite analizar la relación entre variables en un momento concreto, sin manipulación experimental, lo que resulta adecuado para explorar asociaciones entre el diagnóstico de TAG y diferentes características del ciclo menstrual.

En concreto, el estudio se centra en analizar si existen diferencias en la regularidad del ciclo menstrual, la intensidad del dolor y la sintomatología asociada entre mujeres con y sin diagnóstico de TAG, así como explorar la relación entre los niveles de ansiedad y dichas variables.

3.2. Muestra

La muestra estuvo compuesta por un total de 66 mujeres en edad reproductiva, entendida como mujeres mayores de 18 años que presentan menstruación.

Las participantes procedían principalmente de España y Chile, siendo en su mayoría estudiantes universitarias.

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y bola de nieve, ya que el cuestionario fue distribuido a través de contactos personales y redes sociales (principalmente WhatsApp e Instagram).

La participación fue voluntaria, anónima y sin compensación económica, respetando los principios éticos básicos de investigación.

3.3. Instrumentos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online autoadministrado, elaborado a través de la plataforma Microsoft Forms. El cuestionario combinó preguntas cerradas, de Likert, dicotómicas y de respuesta múltiple.

3.3.1. Evaluación de la ansiedad (GAD-7)

Para la evaluación de la ansiedad se utilizó la escala *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7; García-Campayo et al., 2010), adaptada y validada en población española. Este instrumento es ampliamente utilizado tanto en población general como clínica, mostrando adecuados niveles de fiabilidad y validez para la detección de síntomas de ansiedad generalizada. Para facilitar la comprensión de las participantes, los ítems fueron presentados en catalán mediante traducción propia a partir de la versión española.

El GAD-7 evalúa la frecuencia de síntomas de ansiedad durante las últimas dos semanas mediante 7 ítems con respuesta tipo Likert. La puntuación total oscila entre 0 y 21, siendo las puntuaciones más altas indicativas de mayor sintomatología ansiosa.

En el presente estudio, el GAD-7 se utilizó como una medida continua del nivel de ansiedad.

3.3.2. Diagnóstico de TAG

Se incluyó una pregunta dicotómica para identificar si las participantes habían sido diagnosticadas previamente de TAG por un profesional de la salud mental. Esta variable permitió diferenciar entre diagnóstico clínico y nivel de sintomatología.

3.3.3. Evaluación de otras variables del ciclo menstrual

Se evaluaron diversas características del ciclo menstrual, incluyendo:

- regularidad del ciclo
- duración del ciclo
- intensidad del dolor menstrual
- duración del dolor
- interferencia en la vida diaria
- sintomatología asociada

Estas variables fueron recogidas mediante un cuestionario elaborado ad hoc para la presente investigación, diseñado específicamente para explorar diferentes aspectos del ciclo menstrual en relación con la ansiedad.

El contenido del cuestionario se elaboró teniendo en cuenta la relevancia de los síntomas comúnmente asociados al ciclo menstrual, tanto físicos como emocionales.

La sintomatología menstrual se evaluó mediante una serie de ítems relativos a síntomas físicos y emocionales (como dolor abdominal, irritabilidad, fatiga o cambios de humor), a partir de los cuales se calculó una puntuación total de síntomas.

3.3.4. Recogida de variables adicionales

Asimismo, se recogieron variables adicionales con el objetivo de explorar posibles factores de influencia sobre los resultados principales, tales como:

- uso de anticonceptivos hormonales
- uso de medicación para el dolor
- atención sanitaria por síntomas menstruales
- tratamiento psicológico o farmacológico para la ansiedad
- edad de la menarquia

Estas fueron analizadas como posibles sesgos o variables de confusión.

3.4. Procedimiento

El cuestionario fue distribuido de forma online mediante redes sociales y contactos personales, facilitando su difusión a través de un muestreo de tipo bola de nieve.

Antes de participar, las personas encuestadas fueron informadas sobre el objetivo del estudio, la voluntariedad de su participación y el carácter anónimo de las respuestas.

Los datos fueron recopilados automáticamente a través de Microsoft Forms y posteriormente exportados a Microsoft Excel, donde se realizó una primera organización y depuración de los datos.

Finalmente, los datos fueron analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics.

3.5. Análisis de datos

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics.

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para caracterizar la muestra. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis inferenciales para contrastar las hipótesis planteadas.

En concreto, se emplearon:

- pruebas de chi-cuadrado para analizar la relación entre variables categóricas
- pruebas t de Student para comparar medias entre grupos independientes
- correlaciones r de Pearson para analizar la relación entre variables continuas

El nivel de significación estadística se estableció en $p < .05$.

4. RESULTADOS

4.1. Descriptivos

La muestra estuvo compuesta por un total de 66 participantes, todas ellas mujeres. De ellas, 37 (56.1%) no presentaban diagnóstico de TAG, mientras que 29 (43.9%) sí habían sido diagnosticadas.

Tabla 1. Distribución del diagnóstico de TAG en la muestra

Diagnóstico	<i>N</i>	%
NO TAG	37	56.1
TAG	29	43.9
<i>Total</i>	<i>66</i>	<i>100</i>

En relación con el nivel de ansiedad, la puntuación media en el GAD-7 fue de 11.09 (DT = 5.11). Por su parte, la puntuación media de sintomatología menstrual total (calculada como la suma de los distintos síntomas físicos y emocionales asociados al ciclo menstrual reportados por las participantes) fue de 32.14 (DT = 9.19).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables principales

Variable	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Ansiedad (GAD-7)	66	11.09	5.11
Sintomatología menstrual	66	32.14	9.19

En cuanto a la regularidad del ciclo menstrual, de los 64 casos válidos, 55 participantes (85.9%) informaron tener un ciclo regular, mientras que 9 (14.1%) señalaron irregularidad menstrual.

Tabla 3. Regularidad del ciclo menstrual

Regularidad	<i>N</i>	%
Sí	55	85.9%
No	9	14.1%
<i>Total</i>	<i>64</i>	<i>100%</i>

Respecto a la intensidad del dolor menstrual, de los 59 casos válidos, la categoría más frecuente fue "molesto" (39.0%), seguida de "insostenible" (30.5%), "extremo" (15.3%), "soportable" (10.2%) y "un poco" (5.1%).

Tabla 4. Intensidad del dolor menstrual (casos válidos)

Intensidad del dolor	N	%
Un poco	3	5.1%
Soportable	6	10.2%
Molesto	23	39.0%
Insoportable	18	30.5%
Extremo	9	15.3%
<i>Total</i>	<i>59</i>	<i>100%</i>

En relación con la sintomatología asociada al ciclo menstrual, se observaron diferencias significativas en función del diagnóstico de TAG. Las mujeres con TAG ($M = 35.48$; $DT = 5.93$) presentaron una mayor sintomatología en comparación con aquellas sin diagnóstico ($M = 29.51$; $DT = 10.44$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa, $t(64) = -2.75$, $p = .008$, con un tamaño del efecto moderado ($d = 0.68$).

A nivel descriptivo, se observó que los síntomas más frecuentemente reportados fueron la inflamación abdominal, presente “frecuentemente” o “siempre” en el 74.2% de las participantes, la fatiga o cansancio (72.7%), el aumento de apetito (66.6%) y el dolor abdominal (68.2%). Asimismo, síntomas de carácter emocional como la irritabilidad (63.6%), la tristeza o bajo estado de ánimo (63.6%), los cambios de humor (59.1%) y la sensación de ansiedad o nerviosismo (53.1%) también mostraron una elevada frecuencia en la muestra.

Por el contrario, otros síntomas como las náuseas o molestias digestivas (27.3% frecuentemente o siempre) y el dolor de cabeza (36.3%) se reportaron con menor frecuencia.

Estos resultados reflejan la presencia de una sintomatología amplia y diversa asociada al ciclo menstrual.

4.2. Relación entre el diagnóstico de TAG y la regularidad del ciclo menstrual.

Con el objetivo de analizar la relación entre el diagnóstico de TAG y la regularidad del ciclo menstrual, se realizó una prueba de chi-cuadrado.

Tabla 5. Regularidad del ciclo menstrual según diagnóstico de TAG

Regularidad	No TAG (n=36)	TAG (n=28)
Regular	32 (88.9%)	23 (82.1%)
Irregular	4 (11.1%)	5 (17.9%)

Los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, $\chi^2 (1) = 0.593$, $p = .441$.

Tabla 6. Resultados de la prueba de chi-cuadrado entre diagnóstico de TAG y regularidad del ciclo menstrual

Prueba	χ^2	gl	p	N
Chi-cuadrado de Pearson	0.593	1	.441	64

A nivel descriptivo, se observa una mayor proporción de irregularidad en el grupo con TAG en comparación con el grupo sin TAG (17.9% frente a 11.1%). No obstante, el tamaño del efecto fue muy pequeño (V de Cramer = .096), lo que indica una asociación débil entre las variables.

Dado que no se cumplió completamente el supuesto de frecuencias esperadas mínimas, se recurrió también a la prueba exacta de Fisher, cuyos resultados ($p = .488$) confirmaron la ausencia de asociación significativa entre las variables.

4.3. Relación entre el diagnóstico de TAG y el dolor menstrual.

Con el objetivo de analizar la relación entre el diagnóstico de TAG y la intensidad del dolor menstrual, se realizó una prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, dado el carácter ordinal de la variable de intensidad del dolor.

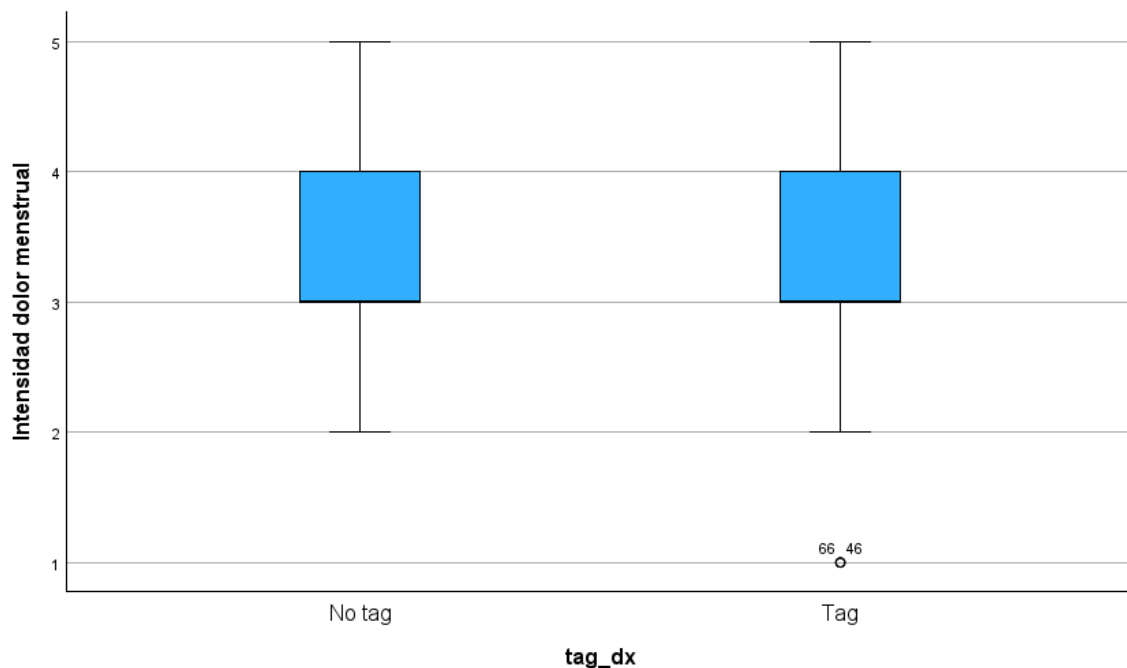
Tabla 7. Comparación de la intensidad del dolor menstrual según diagnóstico de TAG (U de Mann-Whitney)

Grupo	N	Rango promedio
No TAG	31	31.66
TAG	28	28.16

Nota. $U = 382.50$; $Z = -0.82$; $p = .412$

La distribución de la intensidad del dolor menstrual según el diagnóstico de TAG puede observarse en la Figura 1.

Figura 1. Distribución de la intensidad del dolor menstrual según diagnóstico de TAG



Los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, $U = 382.50$, $Z = -0.82$, $p = .412$.

Asimismo, los rangos promedio fueron similares entre los grupos (No TAG = 31.66; TAG = 28.16), lo que refuerza la ausencia de diferencias relevantes en la intensidad del dolor menstrual según el diagnóstico de TAG.

Por ende, la intensidad del dolor menstrual no difiere entre mujeres con y sin diagnóstico de TAG en esta muestra.

Como análisis complementario, se realizó una prueba de chi-cuadrado tras recodificar la variable de intensidad del dolor en tres niveles (bajo, medio y alto), con el fin de explorar la asociación entre ambas variables.

Tabla 6. Distribución de la intensidad del dolor menstrual según diagnóstico de TAG

Diagnóstico	Bajo	Medio	Alto	Total
No TAG	4	12	15	31
TAG	5	11	12	28
<i>Total</i>	<i>9</i>	<i>23</i>	<i>27</i>	<i>59</i>

Los resultados tampoco mostraron una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de TAG y la intensidad del dolor menstrual, $\chi^2 (2) = 0.336$, $p = .845$, con un tamaño del efecto muy pequeño (V de Cramer = .075).

Estos resultados son consistentes con los obtenidos mediante la prueba U de Mann-Whitney.

4.4. Comparación de la sintomatología menstrual según diagnóstico de TAG.

Con el objetivo de analizar las diferencias en la sintomatología menstrual total (entendida como la suma de síntomas físicos y emocionales asociados al ciclo menstrual, como dolor abdominal, inflamación, sensibilidad mamaria, dolor de cabeza, náuseas, fatiga, irritabilidad, ansiedad, tristeza y cambios de humor) entre mujeres con y sin diagnóstico de TAG, se realizó una prueba t de Student para muestras independientes.

Tabla 7. Comparación de la sintomatología menstrual total según diagnóstico de TAG

Diagnóstico	N	M	DT	t (gl) / p / d
No TAG	37	29,51	10,44	
TAG	29	35,48	5,93	t (64) = - 2.75, p = .008, d = 0.68

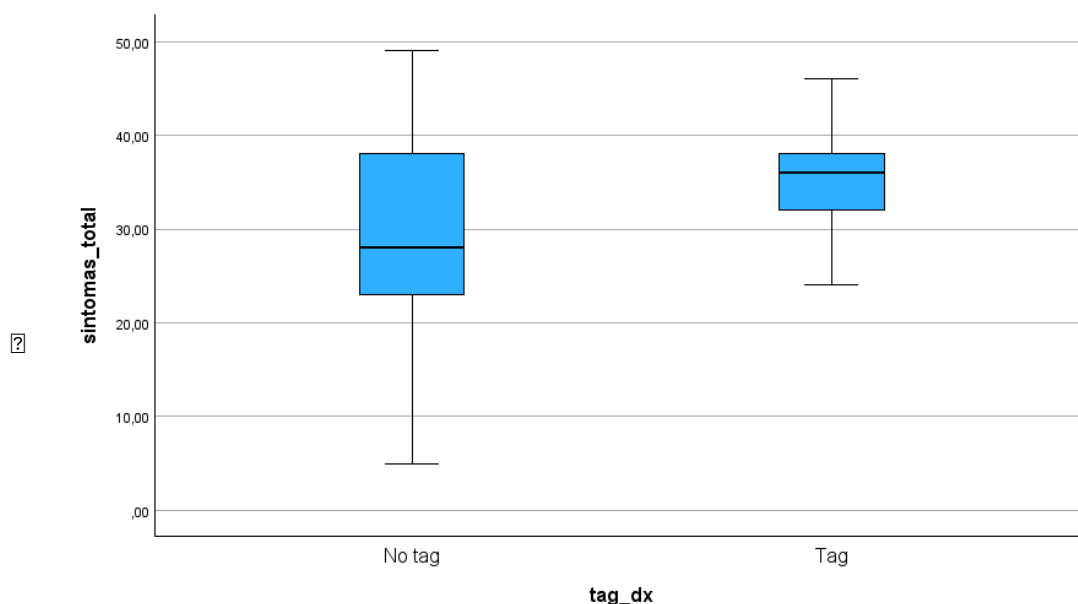
Previamente, se comprobó el cumplimiento de los supuestos de la prueba. La normalidad de la variable dependiente se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, no observándose desviaciones significativas en ninguno de los grupos ($p > .05$). Asimismo, se verificó la homogeneidad de varianzas entre

grupos, sin detectarse incumplimientos relevantes que impidieran la aplicación de la prueba t de Student.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, $t(64) = -2.748$, $p = .008$.

En concreto, las mujeres con TAG presentaron una mayor puntuación media en sintomatología menstrual ($M = 35.48$, $DT = 5.93$) en comparación con aquellas sin diagnóstico ($M = 29.51$, $DT = 10.44$).

Figura 2. Distribución de la sintomatología menstrual total según diagnóstico de TAG.



Asimismo, el tamaño del efecto fue moderado (d de Cohen = 0.68), lo que indica que la diferencia observada presenta relevancia práctica. La dirección negativa del estadístico t se debe al orden de los grupos en el análisis, sin afectar a la interpretación de los resultados.

4.5. Relación entre ansiedad e intensidad de dolor menstrual

Con el objetivo de examinar la relación entre el nivel de ansiedad y la intensidad del dolor menstrual, se realizó un análisis de correlación de Pearson.

Tabla 8. Correlación entre ansiedad e intensidad del dolor menstrual

Variables	N	r de Pearson	p
Ansiedad – Dolor menstrual	66	.132	.317

Los resultados mostraron una correlación positiva débil entre ambas variables, que no resultó estadísticamente significativa, $r = .132$, $p = .317$.

Aunque la correlación fue positiva, la magnitud de la relación fue muy baja, lo que sugiere que la asociación entre ambas variables es débil y podría deberse al azar. Por tanto, no se confirma la hipótesis de que exista una relación significativa entre el nivel de ansiedad y la intensidad del dolor menstrual.

4.6. Variables complementarias relacionadas con los resultados principales

Con el objetivo de explorar la posible relación de variables adicionales con los resultados principales, se realizaron análisis complementarios sobre el uso de anticonceptivos hormonales, el uso de medicación para el dolor menstrual, la atención sanitaria por síntomas menstruales y la edad de la menarquia.

1. Uso de anticonceptivos hormonales y dolor menstrual (mujeres sin TAG): Se analizaron las diferencias en la intensidad del dolor menstrual en función del uso de anticonceptivos hormonales mediante una prueba t de Student. Aunque las mujeres que utilizaban anticonceptivos mostraron una menor intensidad de dolor ($M = 3.08$, $DT = 0.86$) en comparación con aquellas que no los utilizaban ($M = 3.50$, $DT = 1.07$), estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, $t(57) = 1.31$, $p = .196$.

Tabla 9. Intensidad del dolor menstrual según uso de anticonceptivos en mujeres sin TAG

Grupo	<i>M</i>	<i>DT</i>
Usa anticonceptivos	3.08	0.86
No usa anticonceptivos	3.50	1.07

2. Uso de anticonceptivos hormonales y dolor menstrual (mujeres con TAG): Se analizó si el uso de anticonceptivos hormonales se asociaba a diferencias en la intensidad del dolor menstrual dentro del grupo de mujeres con TAG. Los resultados mostraron que no existían diferencias entre quienes utilizaban anticonceptivos y quienes no, $t(26) = 0.00$, $p = 1.000$. Ambos grupos presentaron niveles similares de dolor menstrual ($M = 3.25$).

Tabla 10. Intensidad del dolor menstrual según uso de anticonceptivos en mujeres con TAG

Grupo	<i>M</i>
Usa Anticonceptivos	3.25
No usa Anticonceptivos	3.25

3. Diagnóstico de TAG y uso de medicación para el dolor menstrual: Se examinó la relación entre el diagnóstico de TAG y el uso de medicación para el dolor menstrual mediante una prueba de chi-cuadrado. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $\chi^2(2) = 2.245$, $p = .325$.

Tabla 11. Uso de medicación para el dolor menstrual según diagnóstico de TAG

Uso de medicación	No TAG	TAG
Nunca	16.2%	6.9%
A veces	56.8%	51.7%
Siempre	27.0%	41.4%

Aunque descriptivamente las mujeres con TAG mostraron un mayor porcentaje de uso habitual de medicación (41,4% frente a 27,0%), estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

4. Diagnóstico de TAG y atención sanitaria por síntomas menstruales: Se analizó la relación entre el diagnóstico de TAG y la atención sanitaria por síntomas menstruales mediante una prueba de chi-cuadrado. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $\chi^2 (2) = 2.202$, $p = .333$.

Tabla 12. Atención sanitaria por síntomas menstruales según diagnóstico de TAG

Atención sanitaria	No TAG	TAG
Nunca	75.7%	58.6%
Alguna vez	18.9%	31%
Frecuentemente	5.4%	10.3%

Aunque descriptivamente las mujeres con TAG acudían con mayor frecuencia a atención sanitaria (10,3% frente a 5,4%), estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

4.7. Análisis complementarios: menarquia y TAG

Se analizaron las diferencias en la edad de la menarquia en función del diagnóstico de TAG mediante una prueba t de Student para muestras independientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $t(64) = -0.72$, $p = .474$. Las mujeres con TAG presentaron una edad media de menarquia de 12.21 años (DT = 1.70), mientras que las mujeres sin diagnóstico presentaron una media de 11.95 años (DT = 1.25).

Tabla 13. Diferencias en la edad de la menarquia según diagnóstico de TAG

Grupo	<i>M</i>	<i>DT</i>
No TAG	11.95	1.25
TAG	12.21	1.70

Ansiedad total-menarquia: Se analizó la relación entre el nivel de ansiedad y la edad de la menarquia mediante una correlación de Pearson. No se encontró una relación significativa entre ambas variables, $r = .001$, $p = .992$.

Tabla 14. Correlación entre ansiedad total y edad de la menarquia

Variables	1	2
1. Ansiedad total	-	.001
2. Edad menarquia	.001	-

Nota. *r* de Pearson. $p = .992$

5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre el TAG y diferentes características del ciclo menstrual, incluyendo la regularidad menstrual, la intensidad del dolor y la sintomatología asociada al ciclo. En términos generales, los resultados obtenidos mostraron que las mujeres con diagnóstico de TAG presentaron una mayor sintomatología menstrual total en comparación con aquellas sin diagnóstico. Estos resultados siguen la línea de estudios previos que han descrito una relación entre ansiedad, sintomatología emocional y experiencia menstrual (Handy et al., 2022; Lane & Francis, 2003; Martínez et al., 2022).

Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la regularidad del ciclo menstrual ni en la intensidad del dolor menstrual. Tampoco se encontró una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la intensidad del dolor percibido. Estos resultados difieren parcialmente de investigaciones previas que han encontrado asociaciones entre ansiedad, estrés psicológico y alteraciones menstruales, incluyendo mayor dolor menstrual y mayor irregularidad del ciclo (Altemus et al., 2014; Li & Graham, 2017). Una posible explicación podría relacionarse con el tamaño reducido de la muestra y con la baja frecuencia de casos de irregularidad menstrual observada en este estudio. Además, variables biológicas y contextuales, como factores hormonales, hábitos de vida o uso de anticonceptivos hormonales, podrían influir en estas características menstruales y dificultar la detección de asociaciones más claras.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la existencia de una mayor sintomatología menstrual total en las mujeres con diagnóstico de TAG. En concreto, las participantes con TAG reportaron una mayor presencia de síntomas físicos y emocionales asociados al ciclo menstrual, como irritabilidad, ansiedad, tristeza, fatiga o inflamación abdominal. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que señalan una asociación entre ansiedad y una mayor presencia de síntomas físicos y emocionales relacionados con el ciclo menstrual (Lane & Francis, 2003; Handy et al., 2022).

Asimismo, los síntomas emocionales observados, como la irritabilidad, los cambios de humor o la sensación de ansiedad, parecen relacionarse especialmente con las características propias del TAG, trastorno caracterizado por una preocupación excesiva y persistente, así como por una elevada activación fisiológica. En este sentido, es posible que la interacción entre los cambios hormonales propios del ciclo menstrual y la vulnerabilidad emocional asociada al TAG favorezca una mayor intensidad de los síntomas experimentados durante determinadas fases del ciclo.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre mujeres con y sin TAG en relación con la regularidad del ciclo menstrual. Aunque descriptivamente el grupo con TAG presentó una proporción ligeramente mayor de irregularidad menstrual, esta diferencia no alcanzó significación estadística y el tamaño del efecto fue pequeño. Estos hallazgos no permiten confirmar la hipótesis planteada inicialmente y sugieren que la relación entre TAG y regularidad menstrual podría estar influida por múltiples factores biológicos y contextuales, como alteraciones hormonales, alimentación, ejercicio físico, calidad del sueño o estrés general (Bull et al., 2019; Li et al., 2020).

En relación con la intensidad del dolor menstrual, tampoco se observaron diferencias significativas entre mujeres con y sin diagnóstico de TAG. Aunque inicialmente se esperaba encontrar una mayor intensidad de dolor en las mujeres con ansiedad elevada, los resultados sugieren que la relación entre ansiedad y menstruación podría manifestarse más en una experiencia global de malestar físico y emocional que en la percepción específica del dolor menstrual. Además, el dolor menstrual constituye una experiencia compleja y multifactorial, influida por variables fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Factores como la tolerancia individual al dolor, las estrategias de afrontamiento o las experiencias previas podrían modular la percepción subjetiva del dolor y contribuir a explicar la ausencia de diferencias significativas entre los grupos.

De forma similar, tampoco se encontró una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la intensidad del dolor menstrual al analizar la ansiedad como variable continua. Aunque la correlación observada fue positiva, su

magnitud fue baja y no alcanzó significación estadística. Este resultado sugiere que la ansiedad podría influir más intensamente sobre determinados síntomas emocionales o cognitivos asociados al ciclo menstrual que sobre la percepción específica del dolor físico, tal como sugieren investigaciones previas sobre salud mental y ciclo menstrual (Handy et al., 2022). Asimismo, la intensidad del dolor menstrual podría depender de otros factores no evaluados en este estudio, como variables hormonales, antecedentes ginecológicos, presencia de patologías como endometriosis, calidad del descanso o niveles generales de estrés.

En relación con los análisis complementarios realizados, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el diagnóstico de TAG y variables como el uso de anticonceptivos hormonales, el uso de medicación para el dolor menstrual, la atención sanitaria por síntomas menstruales o la edad de la menarquia. Aunque estos análisis tenían un carácter exploratorio y no formaban parte de las hipótesis principales, permitieron ampliar la comprensión de las variables relacionadas con la experiencia menstrual en la muestra estudiada.

5.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación.

A pesar de los resultados obtenidos, este estudio presenta diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los hallazgos. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue relativamente reducido, lo que puede limitar la potencia estadística de algunos análisis y dificultar la detección de asociaciones pequeñas o moderadas. Asimismo, la muestra estuvo compuesta exclusivamente por mujeres jóvenes y la recogida de datos se realizó mediante autoinformes, lo que podría introducir sesgos relacionados con la percepción subjetiva y la deseabilidad social.

Otra limitación importante corresponde al carácter transversal del estudio, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Por ello, no es posible determinar si la ansiedad contribuye al aumento de la sintomatología menstrual o si, por el contrario, determinadas experiencias menstruales negativas pueden favorecer un mayor malestar psicológico. Además, no se controlaron otras variables potencialmente relevantes, como

el nivel de estrés general, la calidad del sueño, los antecedentes ginecológicos o la presencia de otros trastornos psicológicos, factores que podrían influir en la experiencia menstrual.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio aporta información relevante sobre la relación entre ansiedad y sintomatología menstrual, especialmente en población joven. Los resultados obtenidos destacan la importancia de considerar conjuntamente la salud mental y la salud menstrual, así como de promover una visión más integral del bienestar femenino. En este sentido, futuras investigaciones podrían ampliar el tamaño de la muestra, incluir medidas hormonales o clínicas más específicas y analizar longitudinalmente la evolución de los síntomas menstruales y emocionales a lo largo del tiempo.

5.2. Conclusiones

Para finalizar, los resultados de este estudio sugieren que las mujeres con diagnóstico de TAG presentan una mayor sintomatología menstrual total en comparación con aquellas sin diagnóstico, especialmente en relación con síntomas emocionales y físicos asociados al ciclo menstrual. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la regularidad del ciclo menstrual ni en la intensidad del dolor menstrual. Estos hallazgos contribuyen a ampliar el conocimiento sobre la interacción entre salud mental y salud menstrual, subrayando la necesidad de continuar investigando esta relación desde una perspectiva biopsicosocial e integradora.

6. **BIBLIOGRAFÍA**

- Alarcón-Nivia, M. Á. (2005). Algunas consideraciones antropológicas y religiosas alrededor de la menstruación. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(1), 36–37.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342005000100005&script=sci_arttext
- Alberola Zorrilla, P., & Sánchez Zuriaga, D. (2025). Estudio del dolor durante la menstruación: cómo nos afecta y por qué deberíamos prestarle atención. En R. Roig Vila & F. M. Sirignano (Coords.), *Miradas contemporáneas sobre la educación: investigaciones, experiencias y reflexiones* (pp. 16–24). Editorial Universitat de València.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(Suppl. 420), 21–27.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320–330.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
- Bull, J. R., Rowland, S. P., Scherwitzl, E. B., Scherwitzl, R., Gemzell-Danielsson, K., & Harper, J. (2019). Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. *npj Digital Medicine*, 2, 83. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0152-7>
- Camacho Martín, G. (2024). "No doctor, mi dolor menstrual no es normal" [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna].
- Chacón Delgado, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández Lara, M., & Murillo Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23–36.

- Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). *Dismenorrea*. <https://www.cun.es/chequeos-salud/mujer/dismenorrea>
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2022). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Davydov, D. M., Shapiro, D., & Goldstein, I. B. (2004). Moods in everyday situations: Effects of menstrual cycle, work, and personality. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 27–33.
- Epperson, C. N., Steiner, M., & Hartlage, S. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: Evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 465–475. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11081302>
- Figueroa Lozano, N. L. (2023). *Invisibilización de la menstruación: crítica desde la teoría del reconocimiento de Nancy Fraser y Catherine MacKinnon* [Trabajo académico, Universidad Libre de Colombia]. <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/25979/INVISIBILIZACION%20DE%20LA%20MENSTRUACION%20DESDE%20EL%20RECONOCIMIENTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Gómez-Sánchez, P. I., Pardo-Mora, Y. Y., Hernández-Aguirre, H. P., Jiménez-Robayo, S. P., & Pardo-Lugo, J. C. (2012). La menstruación en la historia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(3), 371–377.
- Handy, A. B., Greenfield, S. F., Yonkers, K. A., & Payne, L. A. (2022). Psychiatric symptoms across the menstrual cycle in adult women: A comprehensive review. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(2), 100–117. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000329>

- Lane, T., & Francis, A. (2003). Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), 127–138. <https://doi.org/10.1007/S00737-003-0165-7>
- Li, K., Urteaga, I., Wiggins, C. H., Druet, A., Shea, A., Vitzthum, V. J., & Elhadad, N. (2020). Characterizing physiological and symptomatic variation in menstrual cycles using self-tracked mobile health data. *npj Digital Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0269-8>
- Li, S. H., & Graham, B. M. (2017). Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 73–82. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30358-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30358-3)
- López Sagastume, J. Y. (2021). *Calidad de vida ansiedad y depresión en etapa del climaterio* [Tesis doctoral, Universidad de San Carlos de Guatemala].
- Luna, M., Hamana, L., Colmenares, Y. C., & Maestre, C. A. (2001). Ansiedad y depresión. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 20(2), 111–122.
- Marcus, D. J., Bedse, G., Gaulden, A. D., Ryan, J. D., Kondev, V., Winters, N. D., et al. (2020). Endocannabinoid signaling collapse mediates stress-induced amygdalo-cortical strengthening. *Neuron*, 105(6), 1062–1076.
- Martínez, E., Romero, S. O., Smijezek, J. P., Scalamogna, P., Grosso, C. S., Soto, J. V., et al. (2022). Asociación de los niveles de ansiedad y depresión con las fases del ciclo menstrual-preliminar. *Discover Medicine*, 6(2).
- Mayoral Arranz, L. (2025). *Las fases del ciclo menstrual y su posible relación con los niveles de ansiedad* [Trabajo de fin de máster, Universidad Europea].

- Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Rafful, C., Cordero, M., Bishai, J., Ferrari, A., et al. (2023). Los trastornos mentales en México 1990–2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta Médica de México*, 159(6), 527–538.
- OMS. (2000). *Women's mental health: An evidence based review*.
- OMS. (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023, septiembre 27). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>
- Phillips, K. A., & First, M. B. (2009). Introducción. En W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 3–6). Elsevier Masson.
- Sánchez, D. (2025, 25 de abril). Ansiedad y ciclo menstrual: ¿cómo se relacionan? *Ginecología.ec*. <https://ginecologia.ec/ansiedad-y-ciclo-menstrual-como-se-relacionan/>
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., et al. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712.
- Valls-Llobet, C. (2006). La menstruación: de la invisibilidad a la abolición. *DUODA. Estudis de la Diferència Sexual*, (31).

7. ANEXOS

1. ¿Has sido diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) por un profesional de la salud mental (psicólogo/a o psiquiatra)?

- Sí
- No

2. Si NO tienes un diagnóstico oficial, ¿has tenido alguna vez problemas importantes de ansiedad o nerviosismo que dificultaran tu vida diaria?

- Sí
- No

3. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te han molestado los siguientes problemas?

Opciones de respuesta:

- Nunca
- Algunos días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Ítems:

- Sentirte nerviosa, ansiosa o inquieta
- No poder dejar de preocuparte o controlar la preocupación
- Preocuparte demasiado por diferentes cosas
- Dificultad para relajarte
- Estar tan inquieta que es difícil permanecer quieta
- Molestarte o irritarte con facilidad
- Sentir miedo, como si pudiera pasar algo horrible

4. Si has marcado algún problema, ¿qué dificultad te han causado estos problemas para hacer tu trabajo, realizar tus tareas o relacionarte con otras personas?

- Ninguna dificultad
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

5. ¿Cuántos años tenías cuando te vino la regla por primera vez?

6. Duración media de tu ciclo menstrual

(Desde el primer día de una menstruación hasta el primer día de la siguiente)

- Menos de 21 días
- 21–24 días
- 25–28 días
- 29–35 días
- Más de 35 días

7. ¿Tu ciclo menstrual suele repetirse aproximadamente con la misma duración?

- Sí
- No
- No lo sé

8. Variación habitual entre ciclos

(La diferencia de días entre una menstruación y la siguiente suele ser de:)

- 0–2 días
- 3–5 días
- Más de 5 días
- No lo sé

9. ¿Sueles tener dolor durante la menstruación?

- Sí
- No

10. Intensidad del dolor menstrual

(Marca la intensidad máxima del dolor que sueles sentir durante la menstruación)

- 0 = ningún dolor
- 1 = poco dolor
- 2 = dolor soportable
- 3 = dolor molesto
- 4 = dolor insoportable
- 5 = dolor extremo

11. ¿Durante cuántos días suele durar el dolor menstrual?

- Menos de 1 día
- 1-2 días
- 3-4 días
- Durante toda la menstruación

12. ¿El dolor menstrual interfiere en tus actividades diarias (estudiar, trabajar, vida social)?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

13. Dolor abdominal

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

14. Hinchazón o sensación de abdomen inflamado

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente

- 4 = Siempre

15. Dolor o sensibilidad en los pechos

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

16. Dolor de cabeza

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

17. Náuseas o molestias digestivas

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

18. Cansancio intenso o fatiga

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

19. Irritabilidad

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

20. Sensación de nerviosismo o ansiedad

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

21. Tristeza o bajada del estado de ánimo

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

22. Cambios bruscos de humor

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

23. Dificultad para concentrarte

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

24. Sensación de angustia o tensión

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

25. Aumento del apetito

- 0 = Nunca
- 1 = Raramente
- 2 = A veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = Siempre

26. En general, ¿los síntomas menstruales interfieren en tu vida diaria?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

27. ¿Has faltado a clase o al trabajo debido a síntomas relacionados con la menstruación?

- Nunca
- Alguna vez
- Frecuentemente

28. ¿Has tenido que acudir a urgencias por dolor o síntomas causados por la menstruación?

- Nunca
- Alguna vez
- Frecuentemente

29. ¿Utilizas actualmente anticonceptivos hormonales (píldora, anillo, parche, implante, etc.)?

- Sí
- No

30. ¿Sueles tomar medicación para aliviar el dolor menstrual (ibuprofeno, paracetamol, etc.)?

- Nunca
- A veces

- Siempre

31. ¿Actualmente estás en tratamiento psicológico o tomando medicación para la ansiedad?

- Sí
- No