




Original

**Trastorno disfórico premenstrual y conducta agresiva en
estudiantes de enfermería**

**Premenstrual Dysphoric Disorder and Aggressive
Behavior in Nursing Students**

Margarita Córdova-Delgado¹ 

Olga Curro-Urbano^{1b} 

Marlene Elizabeth Muñoz-Aguirre^{1c} 

Gladys Marcelina Puza-Mendoza^{1d} 

Alfredo Enrique Oyola-García^{2e}  

¹Universidad Nacional San Luis Gonzaga (Ica, Perú)

²Natural and Social Sciences Research, (Ica, Perú)

Recibido: 28/01/2025

Aceptado: 23/03/2025



Resumen

Introducción: La violencia es un problema público de alta prioridad para la sociedad, los formuladores de políticas y los académicos, debido a los considerables daños que ocasionan a las personas y las comunidades.

Objetivo: Determinar la fuerza de asociación entre el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) y la conducta agresiva (CA) en estudiantes de Enfermería.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de nivel básico, observacional, analítico de casos y controles no pareados en una población de 324 estudiantes de la Facultad de Enfermería. La muestra estuvo conformada por 33 casos y 99 controles de 18 a 29 años con antecedente de menarquia. Los casos fueron aquellas que obtuvieron puntaje promedio superior al percentil 75 (33,5 puntos) en dos evaluaciones mediante la escala de valoración de la CA y los controles fueron aquellas con puntaje igual o inferior al percentil 75. La CA se midió con el cuestionario de agresión y el TDPM con los criterios del DSM-V.

Resultados: La mediana de edad fue 22 años en ambos grupos ($p > 0,05$). La CA se asoció individualmente con el TDPM ($p = 0,011$; $OR_c = 2,91$ [IC95% = 1,25–6,79]) y la disfunción familiar (DF) ($p = 0,016$; $OR_c = 3,18$ [IC95% = 1,20–8,40]). En el análisis multivariado, ambas variables redujeron la fuerza de asociación individual ($OR_a = 2,76$ [DF]; $OR_a = 2,50$ [TDPM]). En ausencia de antecedente de violencia familiar (VF), la fuerza de asociación entre la CA y el TDPM aumentó ($OR_a = 3,987$; IC95% = 1,57–10,10; $p = 0,002$)

Conclusión: El TDPM podría ser una variable explicativa de la CA en mujeres en edad fértil.

Palabras clave (DeCS): violencia; conducta; agresión; menstruación

Abstract

Introduction: Violence is a public problem of high priority for society, policymakers and academics because of the considerable damage to people and communities.

Objective: Determine the association between premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and aggressive behavior (AB) in Nursing students.

Materials and methods: An analytical non-paired case-control, observational, basic study was carried out in a population of 324 students from the Faculty of Nursing. The sample was made up of 33 cases and 99 controls aged from 18 to 29 years with a history of menarchy. The case group consisted of students who obtained an average score above the 75th percentile (33.5 points) in two evaluations using the Aggressive Behavior Rating Scale, and the control group was made up of those students who obtained a score equal to or lower than 75th percentile. AB was assessed using the Aggression Questionnaire and PMDD using the DSM-V criteria.

Results: The median age was 22 in both groups ($p > 0.05$). AB was individually associated with PMDD ($p = 0.011$; $cOR = 2.91$ [95% CI = 1.25–6.79]) and family dysfunction (FD) ($p = 0.016$; $cOR = 3.18$ [95% CI = 1.20–8.40]). In the multivariate analysis, both variables reduced the strength of individual association ($ORa = 2.76$ [FD]; $ORa = 2.50$ [PMDD]). In students without a history of family violence (FV), the strength of association between AB and PMDD increased ($aOR = 3.987$; 95% CI = 1.57–10.10; $p = 0.002$).

Conclusion: PMDD could be an explanatory variable for AB in fertile-age women.

Keywords (MeSH): violence; behavior; aggression; menstruation

Introducción

La violencia es un problema público de alta prioridad para la sociedad, los formuladores de políticas y los académicos, debido a los considerables daños que ocasionan a las personas y las comunidades.⁽¹⁾

La conducta agresiva es una característica incluida dentro de los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta, según la clasificación del DSM-V.⁽²⁾ Este tipo de trastorno conductual puede manifestarse tanto en la infancia como en la adolescencia y a menudo se presenta junto con otros trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, puede observarse en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes, en situaciones de violencia doméstica en adultos, e incluso en casos de demencia en adultos mayores.^(3,4) La agresión entre mujeres, aunque menos prevalente, sigue siendo un área importante que requiere mayor investigación. Las investigaciones han mostrado que la conducta agresiva se observa en ambos sexos, aunque la agresión cometida por hombres es más común; ⁽¹⁾ sin embargo, se ha sugerido que las mujeres tienden a manifestar agresividad de manera indirecta, y esta tendencia se incrementa con la edad.^(5,6) Esta menor frecuencia podría estar condicionada por el temor a ser lastimadas que inhibe a las mujeres a agredir directamente. ⁽⁶⁾

El bienestar mental está estrechamente relacionado con el comportamiento y ciertas condiciones de salud mental pueden aumentar la probabilidad de conductas agresivas. El trastorno disfórico premenstrual (TDPM), una forma más intensa de síndrome premenstrual (SPM), es una de esas afecciones de interés. Según los criterios del DSM-5, el TDPM implica una variedad de síntomas emocionales, como aumento de la irritabilidad, ansiedad, mal humor y cambios de humor, que ocurren en los días previos a la menstruación (fase lútea).^(7,8) Este trastorno afecta aproximadamente al 3-8% de las mujeres durante sus años reproductivos y puede alterar significativamente su vida diaria.⁽⁹⁾ Si tenemos en



consideración que en el país se estima que residen más de 17 millones de mujeres en edad fértil, ⁽¹⁰⁾ aproximadamente un millón de ellas podrían cumplir con los criterios del TDPM.

Las causas precisas del TDPM no se comprenden completamente, pero se cree que los cambios en los niveles hormonales y sus efectos sobre la química cerebral son factores importantes.^(7,9) Los esteroides reproductivos ováricos (estradiol y progesterona) son considerados como efectores patogénicos, pero la característica clave podría ser la alteración de la sensibilidad del sistema inhibitor central GABAérgico a la alopregnanolona, un neuroesteroide derivado de la progesterona producida después de la ovulación. Sin embargo, también podría estar implicada la reducción de la disponibilidad de serotonina,⁽⁷⁾ así como la exposición a la violencia durante la infancia.^(11,12)

Si bien investigaciones anteriores han examinado la relación entre el SPM y los cambios de humor, la posible conexión entre el TDPM y el comportamiento agresivo no se ha explorado adecuadamente. Se ha descrito que las mujeres con altos niveles de ira tienen nueve veces más probabilidades de sufrir TDPM que las mujeres con bajos niveles de ira.⁽¹³⁾ Un reciente estudio evidenció que la administración de moduladores selectivos del receptor de progesterona -que conduce a una reducción importante de los síntomas afectivos del TDPM- redujo la conducta agresiva durante su administración⁽⁸⁾. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo determinar la fuerza de asociación entre la conducta agresiva y el trastorno disfórico premenstrual en estudiantes de Enfermería.

Materiales y métodos

Diseño

Se realizó un estudio de nivel básico, observacional, analítico de casos y controles no pareado. La ejecución del estudio se realizó durante el semestre académico 2022-II (septiembre-octubre).

Población

La población accesible estuvo conformada por 324 estudiantes universitarias matriculadas en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 33 casos y 99 controles seleccionados por muestreo aleatorio sistemático. Los casos fueron mujeres de 18 a 29 años, con antecedente de menarquia, que obtuvieron puntaje promedio superior al percentil 75 (33,5 puntos) en dos



evaluaciones mediante la escala de valoración de la conducta agresiva, matriculadas en la Facultad de Enfermería de la UNSLG y que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Los controles fueron mujeres de 18 a 29 años, con antecedente de menarquia, que obtuvieron puntaje igual o inferior al percentil 75 en la escala de valoración de la conducta agresiva, matriculadas en la Facultad de Enfermería de la UNSLG y que aceptaron participar mediante consentimiento informado

Se excluyeron a aquellas estudiantes que estuvieron ausentes por descanso médico u otra condición durante el período de estudio, con diagnóstico de amenorrea, consumidoras de estupefacientes, drogas ilícitas o tratamiento médico en el último año previo a la encuesta, con diagnóstico de enfermedad crónica (p. ej., hipertiroidismo), con reporte de diagnóstico de trastorno de depresión mayor, de pánico, depresivo persistente (distimia) o de la personalidad y/o aquellas que manifestaron su negativa a participar o continuar participando en el estudio.

Variables

- La variable dependiente fue la *conducta agresiva*
- La variable independiente fue el *trastorno disfórico premenstrual*
- Las variables intervinientes fueron la disfunción familiar y el antecedente de violencia familiar.
- La variable de control fue la edad. (Archivo suplementario 1)

Conducta agresiva

La conducta agresiva se valoró mediante el cuestionario de agresión (AQ, por sus siglas en inglés) de Buss y Perry, ⁽¹⁴⁾ validado en mujeres estudiantes universitarias peruanas (Archivo suplementario 2).⁽¹⁵⁾ Incluye 15 afirmaciones basadas en el autocontrol de la conducta agresiva y la percepción de hostilidad externa, valoradas en escala de Lickert :

5 = completamente VERDADERO para mí

4 = bastante VERDADERO para mí.

3= ni VERDADERO ni FALSO para mí.

2 = bastante FALSO para mí;

1 = completamente FALSO para mí) (Archivo suplementario 2).

La escala tiene adecuada confiabilidad (Alfa de Cronbach =0,93). Los puntajes más altos indican mayor autopercepción de conducta agresiva, por lo que se utilizó el percentil 75 como punto de corte.



Trastorno disfórico premenstrual

Se determinó mediante los dos criterios establecidos en el DSM-V⁽²⁾

Primer criterio: establece la evaluación de 11 grupos de síntomas presentes durante la última semana de la fase lútea, que empiezan a remitir dos días después del inicio de la fase folicular y desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación, durante la mayor parte del día y en al menos dos de los ciclos menstruales previos a la evaluación. Asimismo, debían estar presentes al menos cinco síntomas y uno de ellos debería estar entre los primeros cuatro grupos.

Segundo criterio: requirió que los síntomas se asocien a malestares clínicos significativos en su centro laboral, académico, sociales y su “contacto con otras personas (p. ej., que evite actividades sociales; que disminuya la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa)”.⁽¹⁶⁾

Los dos criterios se confirmaron mediante dos evaluaciones prospectivas realizadas con intervalo de un ciclo menstrual. Se categorizó como “presente” cuando el trastorno disfórico premenstrual fue positivo en las dos evaluaciones.

Disfunción familiar

Se determinó mediante el APGAR que evalúa el funcionamiento de la familia a través de cinco funciones básicas: (A) adaptación, (P) participación, (G) gradiente de recurso personal, (A) afecto y (R) recursos.

Utiliza cinco afirmaciones referidas a cada función que son valoradas mediante escala de Lickert (0=Nunca; 1=Casi nunca; 2=Algunas veces; 3=Casi siempre; 4=Siempre) (Archivo suplementario 3). Esta escala tiene adecuada confiabilidad (Alfa de Cronbach =0,84)(17,18). Se categorizó como “presente” cuando el promedio de las dos evaluaciones fue menor de 17 puntos.

Violencia familiar

Se determinó mediante la pregunta: ¿Ha sufrido violencia familiar? con respuestas sí y no.

Edad

Se determinó mediante la resta de la fecha en la que se realizó la primera entrevista y la fecha de nacimiento, calculada en años.



Análisis de datos

Los datos de las variables fueron registrados en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel® para su análisis. La homogeneidad de los grupos -en relación con la variable edad- se determinó mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon con un nivel de significancia de 5%, debido a que los datos presentaban distribución atípica.

El análisis bivariado incluyó la prueba de Chi cuadrado, con una significancia de 5%, y el cálculo del Odds ratio crudo y ajustado con sus intervalos de confianza al 95%, para determinar la fuerza de asociación entre la variable dependiente y las variables independiente e interviniente. La comparación de los modelos se hizo mediante prueba ANOVA. Los cálculos y gráficos se realizaron con los paquetes del programa estadístico R: Rcomander, epiDisplay, stargazer, ggstatsplot, ggplot2 y OddsPlotty.

Aspectos éticos y legales

El estudio fue financiado por la Universidad Nacional San Luis Gonzaga mediante RVN°023-VRI-UNICA-2023 en el marco de la RR N°2929-R-UNICA-2024 y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta universidad (CEI-UNICA-N°007/06-2023), así como por el Comité Institucional de Bioética Vía Libre – Expediente N°9854(2024a).

La ejecución del estudio se realizó durante el semestre académico 2022-II. Primero se solicitó la autorización de la facultad correspondiente. Luego, se estableció coordinación con el docente responsable para definir la fecha y hora de ingreso al aula. En esta etapa, se explicó el propósito del proyecto y se obtuvo el consentimiento informado de las participantes. Posteriormente, se seleccionó la muestra con base en criterios predefinidos. La primera entrevista se programó según la fecha de la última regla y permitió la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Tras esta fase, se estableció la fecha para la segunda entrevista, en la cual se aplicaron nuevamente los instrumentos necesarios para completar la recopilación de información.

Resultados

Al iniciar el estudio se determinó que ambos grupos eran homogéneos, pues no existieron diferencias significativas en relación con la edad. La mediana de edad en los casos y en los controles fue 22 años ($p > 0,05$) (Gráfico 1).



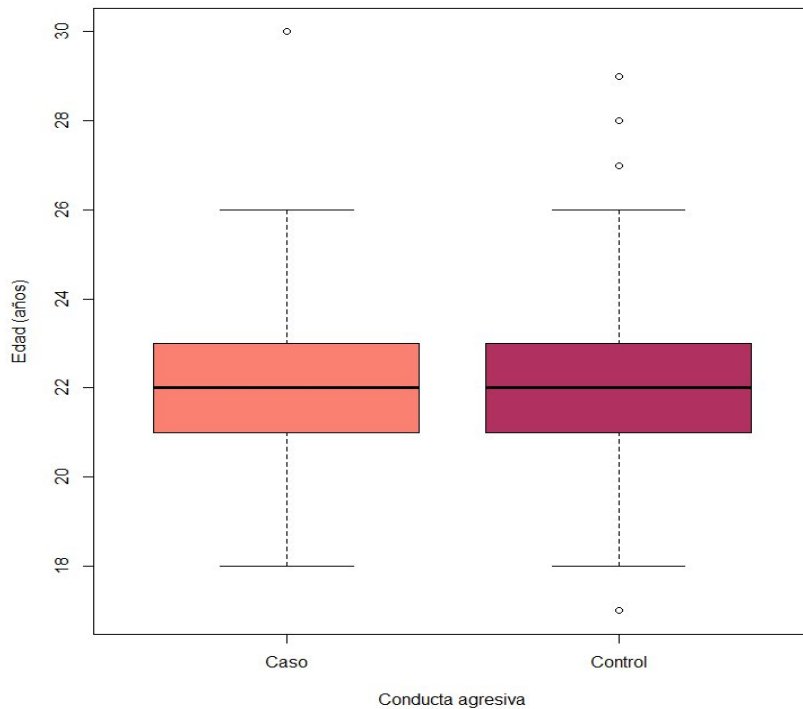


Gráfico 1: Homogeneidad de los grupos de estudio según edad
Wilcoxon = 1654,5; $p > 0,05$

En el gráfico 2, se evidencia la asociación entre la presencia de trastorno disfórico premenstrual y la conducta agresiva. Los resultados indicaron una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6,39$, $p = 0,011$). El cálculo del Odds Ratio (OR) mostró un valor de 2,91, con un IC 95% [1,27 – 6,65], lo que indica que las personas con el trastorno tienen casi tres veces la probabilidad de presentar puntuaciones más altas de conducta agresiva en comparación con aquellas sin el trastorno.

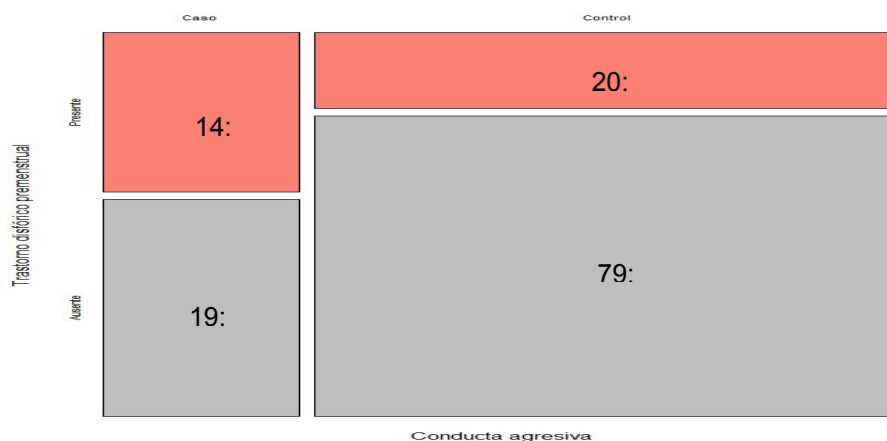


Gráfico 2. Conducta agresiva según trastorno disfórico premenstrual

En el gráfico 3, se observa una asociación significativa entre la presencia de disfunción familiar y la conducta agresiva ($\chi^2 = 5.83$, $p = 0.016$). El Odds Ratio (OR = 3,18, IC 95% = 1,23 – 8,21), indica que las personas que han experimentado disfunción familiar tienen aproximadamente tres veces la probabilidad de mostrar mayores puntuaciones de conducta agresiva en comparación con aquellos que no han experimentado dicho problema.

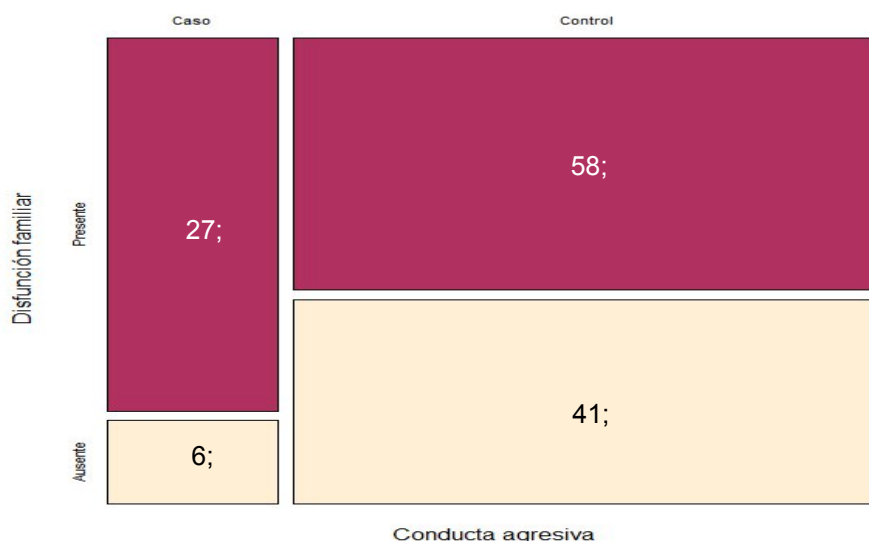


Gráfico 3. Conducta agresiva según disfunción familiar.

Chi cuadrado = 5,83; $p = 0,016$; OR = 3,18; IC 95% = 1,20-8,40

En el análisis multivariado de la conducta agresiva, se observó que la presencia de disfunción familiar (ORa=2,76; IC95%=1.03-7,42) y el trastorno disfórico premenstrual (ORa=2,50; IC95%=1,05-5,95) se asociaron significativamente con mayor predisposición a presentar dicha conducta.

La posibilidad de tener conducta agresiva en quienes reportaron disfunción familiar es 2,76 veces, mientras que, en quienes tuvieron el trastorno disfórico premenstrual fue 2,5 veces, en comparación con sus contrapartes; ambos resultados con un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Estos resultados sugieren que ambos factores son predictores independientes de la conducta agresiva, incluso después de ajustar por otras variables en el análisis.



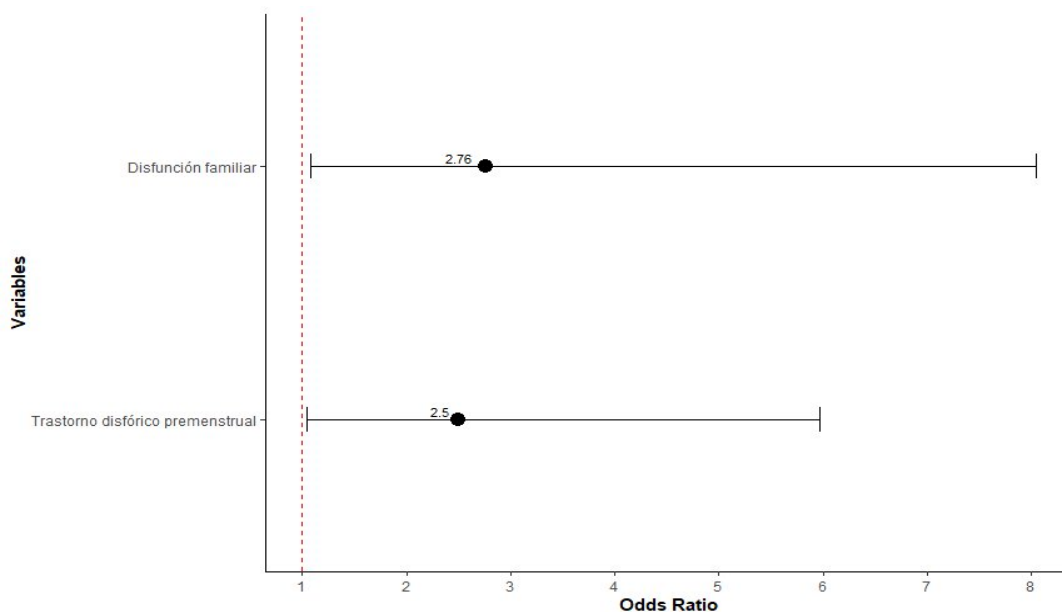


Gráfico 4. Odds Ratio ajustado de las variables significativas del modelo

En el análisis estratificado, se observó una asociación más fuerte entre la conducta agresiva y el trastorno disfórico premenstrual cuando no existía el antecedente de violencia familiar (ORa=3,99; IC95%=1,57-10,10). Mientras que, en presencia del antecedente de violencia familiar, la conducta agresiva no se asoció con el antecedente de violencia familiar (ORa=0,50; IC95%=0,04-5,74). Ver tabla No1

Tabla 1. Asociación entre conducta agresiva y trastorno disfórico premenstrual según antecedente de violencia familiar

Antecedente de violencia familiar	Trastorno disfórico premenstrual	Odds ratio				
		Conducta agresiva		Estadístico	IC 95%	
		Presente	Ausente		Inferior	Superior
Presente	Presente	1	5	0,50	0,04	5,74
	Ausente	4	10			
Ausente	Presente	13	15	3,99	1,57	10,10
	Ausente	15	69			



DISCUSIÓN

Uno de los principales hallazgos fue la asociación independiente y significativa entre el TDPM y la CA, incluso con una DF controlada. Esto sugiere que el TDPM podría contribuir al desarrollo de conductas agresivas en algunas mujeres.

Una de las características del TDPM es el aumento significativo de la impulsividad conductual, la irritabilidad y/o la ira, con mayor dificultad para el control de emociones que, consecuentemente, afecta el funcionamiento social y genera los conflictos frecuentes con los miembros de la familia o del trabajo, ^(19,20) que podría acentuarse en la fase lútea. ⁽²⁰⁾ Mientras que, Ducasse y col.⁽¹³⁾ observaron que el patrón de personalidad impulsivo-agresivo en mujeres que con TDPM era independiente del momento dentro del ciclo menstrual; además, hallaron que el rasgo de la ira, mantuvo su asociación, independientemente de los demás rasgos de personalidad, y se incrementó a medida que se incrementaba el riesgo de TDPM.

La influencia de la DF en la CA observada, coincide con la literatura que destaca el impacto de la dinámica familiar en el comportamiento agresivo, especialmente en el sexo femenino. Las mujeres con problemas de conducta suelen crecer en entornos familiares más conflictivos y disfuncionales, lo que provoca respuestas más severas de los padres que, a su vez, empeora el comportamiento de ellas.⁽²¹⁾ También, se ha evidenciado que las jóvenes que no presentan conductas agresivas provienen de entornos familiares más funcionales, poseen mejores habilidades para gestionar el estrés y un desarrollo personal más saludable.^(22,23) Sin embargo, en el análisis multivariado, tanto el TDPM como la DF vieron reducida su fuerza de asociación, sugiriendo una posible interacción o covariación entre ambas variables.

Asimismo, el aumento en la fuerza de asociación entre el TDPM y la CA en ausencia de antecedentes de VF podría sugerir que, en un contexto libre de VF, la influencia del TDPM sobre la CA se hace más evidente. Es decir, la VF estaría actuando como un factor de confusión o un factor de riesgo más potente que "enmascararía" o diluiría el efecto del TDPM en la CA.

La forma en que aprendemos de los demás, especialmente en la familia, y cómo, nuestros pensamientos y sentimientos influyen en nuestro comportamiento, son claves para comprender, el qué algunos problemas se transmiten de generación en generación. Si bien hay evidencia de que crecer en un ambiente hostil aumenta el riesgo de problemas de salud mental, falta investigar más a fondo qué características específicas hacen que algunos niños repitan patrones de violencia. Estudios a largo plazo sugieren que dificultades para controlar las emociones y conductas, tanto en padres como en hijos, están asociadas con relaciones más conflictivas y agresivas a lo largo de la vida, desde la adolescencia hasta la edad adulta⁽²⁴⁾.

Los hallazgos de este estudio tienen importantes implicaciones para la salud pública y la práctica clínica debido a que la detección temprana del TDPM y la implementación de intervenciones para su manejo podrían contribuir a prevenir la CA en mujeres jóvenes, pero considerando los aspectos biológicos del TDPM, así como los factores psicosociales, entre ellos la DF y el antecedente de VF. Y para lograrlo, es necesaria la capacitación de los recursos humanos en salud, especialmente los vinculados con la atención de las mujeres en edad fértil.

Entre las limitaciones del estudio, encontramos: En primer lugar que los datos transversales no nos permiten concluir que existe una relación causal o directa entre la CA y el TDPM en las mujeres en edad fértil, por lo que se requieren estudios longitudinales para probar esta hipótesis; En segundo lugar, el cuestionario utilizado para evaluar la CA también podría representar limitación en la adecuada identificación de este problema. Además, la identificación del TDPM se realizó a través de la información proporcionada por la entrevistada por lo existe el riesgo de sesgo de recuerdo: En tercer lugar, la muestra corresponde a estudiantes universitarias menores de 30 años, por lo que no es representativa de las mujeres en edad fértil.

Conclusiones

La TDPM podría ser un factor de riesgo para la CA en mujeres jóvenes, especialmente en aquellas sin antecedentes de violencia familiar, en quienes la asociación se intensificó. La disfunción familiar también se identificó como un factor asociado a la CA, aunque su influencia se vio atenuada en presencia del TDPM. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar el TDPM como un factor relevante en la comprensión y el abordaje de la CA en mujeres en edad fértil, particularmente en el contexto universitario.

Referencias bibliográficas

1. van Breen J, Kivivuori J, Nivette A, Kiefte-de Jong J, Liem M, Aarten P, et al. The future of interpersonal violence research: Steps towards interdisciplinary integration. *Humanit Soc Sci Commun*. 30 de septiembre de 2024;11(1):1303.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Impact of the DSM-IV to DSM-5 changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 [citado 24



de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519697/>

3. Liu J, Lewis G, Evans L. Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 4 de marzo de 2013 [citado 14 de agosto de 2024];20(2):156-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22471771/>
4. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B, et al. Conduct disorder. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 27 de junio de 2019 [citado 14 de agosto de 2024];5(1):43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31249310/>
5. Björkqvist K. Gender differences in aggression. *Curr Opin Psychol* [Internet]. febrero de 2018 [citado 20 de febrero de 2024];19:39-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29279220/>
6. Denson TF, O'Dean SM, Blake KR, Beames JR. Aggression in women: Behavior, brain and hormones. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2 de mayo de 2018 [citado 20 de febrero de 2024];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2018.00081/full>
7. Tiranini L, Nappi RE. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Fac Rev*. 28 de abril de 2022;11.
8. Kaltsouni E, Fisher PM, Dubol M, Hustad S, Lanzenberger R, Frokjaer VG, et al. Brain reactivity during aggressive response in women with premenstrual dysphoric disorder treated with a selective progesterone receptor modulator. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 29 de julio de 2021 [citado 14 de agosto de 2024];46(8):1460-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33927343/>
9. Mishra S, Elliott H, Marwaha R. *Premenstrual Dysphoric Disorder*. 2024.
10. Ministerio de Salud del Perú. REUNIS: Repositorio Único Nacional de Información en Salud. 2024 [citado 15 de octubre de 2024]. Estadística poblacional. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=1&niv=5&tbl=1>
11. Islas-Preciado D, Flores-Celis K, González-Olvera J, Estrada-Camarena E. Effect of physical and sexual violence during childhood and/or adolescence on the development of menstrual related mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *Salud mental* [Internet]. 18 de junio de 2021 [citado 14 de agosto de 2024];44(3):145-53. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2021.019



12. Girdler SS, Sherwood A, Hinderliter AL, Leserman J, Costello NL, Straneva PA, et al. Biological correlates of abuse in women with premenstrual dysphoric disorder and healthy controls. *Psychosom Med.* septiembre de 2003;65(5):849-56.
13. Ducasse D, Jaussent I, Olié E, Guillaume S, Lopez-Castroman J, Courtet P. Personality traits of suicidality are associated with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a suicidal women sample. *PLoS One* [Internet]. 10 de febrero de 2016 [citado 26 de diciembre de 2024];11(2):e0148653. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26863007/>
14. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1992 [citado 29 de noviembre de 2023];63(3):452-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1403624/>
15. Córdova-Delgado M, Guevara-Saravia MA, Muñoz-Aguirre M, Puza-Mendoza GM, Oyola-García AE. Consistencia del cuestionario de agresión en mujeres estudiantes de Enfermería. *Revista Información Científica.* 2025;(en prensa).
16. Agostini G. Trastorno disfórico premenstrual (TDPM). *Psiquiatría y Salud Mental* [Internet]. 2018 [citado 24 de septiembre de 2024];35(3/4):238-43. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005047/14-trastorno-disforico-premenstrual-g-agostini.pdf>
17. Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* [Internet]. 1996 [citado 24 de septiembre de 2024];18(6):289-96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>
18. Suarez MA, Alcalá M. APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2014 [citado 24 de septiembre de 2024];20(1):53-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
19. Mishra S, Elliott H, Marwaha R. *Premenstrual dysphoric disorder.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
20. Petersen N, London ED, Liang L, Ghahremani DG, Gerards R, Goldman L, et al. Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 7 de octubre de 2016 [citado 26 de diciembre de 2024];19(5):891-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5024711/>



21. Kroneman LM, Loeber R, Hipwell AE, Koot HM. Girls' disruptive behavior and its relationship to family functioning: A review. *J Child Fam Stud* [Internet]. 5 de junio de 2009 [citado 27 de diciembre de 2024];18(3):259-73. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2743490/>
22. Pérez-Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Barragán Martín AB, Gázquez Linares JJ. Family functioning, emotional intelligence, and values: Analysis of the relationship with aggressive behavior in adolescents. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 6 de febrero de 2019 [citado 27 de diciembre de 2024];16(3):478. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30736326/>
23. Henneberger AK, Varga SM, Moudy A, Tolan PH. Family functioning and high risk adolescents' aggressive behavior: Examining effects by ethnicity. *J Youth Adolesc* [Internet]. 22 de enero de 2016 [citado 27 de diciembre de 2024];45(1):145-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25416227/>
24. Margolin G, Ramos MC, Timmons AC, Miller KF, Han SC. Intergenerational transmission of aggression: Physiological regulatory processes. *Child Dev Perspect* [Internet]. 11 de marzo de 2016 [citado 27 de diciembre de 2024];10(1):15-21. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4767800/>

FINANCIAMIENTO

Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica

CONFLICTOS DE INTERES

Ninguno

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores han participado de manera equitativa en cada etapa del estudio tal como se desglosa a continuación:

Margarita Córdova-Delgado: conceptualización, investigación, redacción del borrador original, curación de datos, revisión y edición.

Olga Curro-Urbano: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición.

Marlene Elizabeth Muñoz-Aguirre: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición.



Gladys Marcelina Puza-Mendoza: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición.

Alfredo Enrique Oyola-García: conceptualización, metodología, análisis formal, redacción del borrador original, revisión y edición.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Mónica Ayne Guevara Saravia por su colaboración en la ejecución del presente estudio.

