



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UN ESTUDIO COMPARATIVO DE FRECUENCIA E INTENSIDAD  
DEL SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL EN MUJERES  
DE DIFERENTES NIVELES ACADEMICOS EN LAS AREAS DE  
QUIMICO - BIOLÓGICAS, ECONOMICO - ADMINISTRATIVAS  
BELLAS ARTES Y CIENCIAS EXACTAS DE LA UNAM.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MARIA DEL SOCORRO LANDEROS JAIME

MARIA DE LOURDES NEQUIZ SANCHEZ

Directora de Tesis: RUTH L. GONZALEZ SERRATOS

Asesora Estadística: MIRTA M. FLORES GALAZ



1990



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION. ....	1
CAPITULO I. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA MENSTRUACION. ....	6
CAPITULO II. CICLO HORMONAL FEMENINO. ....	17
1. Función Hipofisiaria. ....	18
2. Función Ovárica. ....	24
3. Función Endometrial. ....	33
CAPITULO III. SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL. ....	45
ETIOLOGÍA. ....	55
1. Teorías Biológicas. ....	56
1.1. Hormonales. ....	56
1.1.1. Estrógenos. ....	57
1.1.2. Progesterona. ....	58
1.1.3. Desequilibrio Estrógenos-Progesterona. .	59
1.1.4. Andrógenos. ....	61
1.1.5. Mineralocorticoides. ....	62
1.1.6. Aldosterona. ....	62
1.1.7. Endorfinas. ....	64
1.1.8. Neurotransmisores. ....	66
1.1.9. Prolactina. ....	68
1.1.10. Prostaglandinas. ....	69
1.2. Vitaminas. ....	71
1.2.1. Be, Piridoxina. ....	71
1.3. Hipoglucemia. ....	72
1.4. Infección. ....	73

1.5.	Reacciones Ovaricas.....	73
1.6.	Hipotiroidismo.....	74
1.7.	Desequilibrio Homeostático.....	75
2.	Teorias Psicosociales.....	76
SINTOMATOLOGIA.....		87
1.	Sintomas Fisiológicos.....	93
1.1.	Alteraciones Metabólicas.....	93
1.1.1.	Retención de Líquidos.....	93
1.1.1.1.	Aumento de Peso.....	93
1.1.1.2.	Alteraciones Mamarías.....	94
1.1.1.3.	Otros Sintomas.....	94
1.1.2.	Trastornos del Apetito.....	95
1.2.	Sintomas Neurológicos.....	96
1.2.1.	Dolor de Cabeza.....	96
1.2.2.	Ataques Convulsivos.....	96
1.2.3.	Vertigo.....	96
1.2.4.	Sincope.....	96
1.2.5.	Parestesias.....	97
1.3.	Sintomas del Aparato Respiratorio.....	97
1.3.1.	Obstrucción de la Mucosa Nasal.....	97
1.3.2.	Rinitis.....	97
1.3.3.	Pérdida del Olfato.....	97
1.3.4.	Asma.....	97
1.3.5.	Engrosamiento de la Voz.....	98
1.4.	Sintomas Gastrointestinales.....	98
1.4.1.	Nauseas y Vomito.....	98
1.4.2.	Constipación.....	98
1.4.3.	Hemorroides.....	98
1.4.4.	Dolor cólico.....	99
1.4.5.	Hinchazón Abdominal.....	99
1.5.	Sintomas Urinarios.....	99
1.5.1.	Oliguria.....	99
1.5.2.	Enuresis.....	99
1.5.3.	Retención Urinaria.....	99
1.5.4.	Cistitis y Uretritis.....	99
1.6.	Sintomas del Sistema Musculo- Esqueletico.....	100

1.6.1.	Dolores Articulares y Musculares.....	100
1.6.2.	Metatarsalgia.....	100
1.7.	Síntomas del Aparato Cardiovascular.....	100
1.7.1.	Incremento de Palpitaciones.....	100
1.7.2.	Venas Varicosas.....	101
1.7.3.	Fragilidad Capilar.....	101
1.8.	Lesiones Dermatológicas.....	101
1.8.1.	Acné.....	101
1.8.2.	Pigmentación Facial.....	102
1.9.	Síntomas Oculares.....	102
1.9.1.	Conjuntivitis.....	102
1.9.2.	Hemorragias Oculares.....	102
1.9.3.	Orzuelos.....	102
1.9.4.	Síndrome de Behcet.....	103
1.9.5.	Glaucoma.....	103
1.10.	Reacciones Autonómicas.....	103
2.	Alteraciones Psíquicas y del Comportamiento.....	103
2.1.	Depresión.....	104
2.2.	Irritabilidad.....	106
2.3.	Tensión.....	109
2.4.	Fatiga.....	110
2.5.	Cambios en la Conducta Sexual.....	112
2.6.	Perturbación del Sueño.....	113

**CAPITULO IV. DIAGNOSTICO.....116**

1.	Instrumentos que Miden el STPM de una Manera General.....	116
1.1.	PAF.....	116
1.2.	MDQ.....	120
1.3.	IBG.....	121
1.4.	Diarios.....	121
1.5.	Cuestionario de Peck Abraham.....	121
2.	Instrumentos que se Utilizan para al STPM de una Manera Parcial.....	121

2.1.	Lista de Adjetivos de Estado de Animo de Green-Nowlis. ....	121
2.2.	PCMS. ....	122
2.3.	Escalas Visuales Análogas del Estado Animo. ....	122
2.4.	MAACL. ....	123
2.5.	LSI. ....	123
3.	Instrumentos que Miden Síntomas Específicos del STPM. ....	123
3.1.	Escala de Ansiedad de Spielberg. ....	123
3.2.	Escala de Manifestación de Ansiedad Taylor. ....	123
3.3.	Rango de Estado del inventario de Ansiedad. ....	124
3.4.	Escala de Depresión de Carroll. ....	124
3.5.	BDI. ....	124
3.6.	PTQ. ....	124
3.7.	MAS. ....	125
3.8.	Rangos Diarios. ....	125
3.9.	Registros de Comidas y Eventos. ....	125
4.	Instrumentos que Miden Actitudes hacia la Menstruación. ....	125
4.1.	MAQ. ....	125
5.	Otros Instrumentos. ....	126
5.1.	MMPI. ....	126
5.2.	Programa para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia. ....	126
5.3.	Diagnóstico del Lapso de Vida Psiquiátrica. ....	126
5.4.	BPRS. ....	126

CAPITULO V.	TRATAMIENTO. ....	129
1.	Tratamientos en desuso. ....	133
1.1.	Cirugía. ....	133
1.2.	Rayos X. ....	134
2.	Tratamientos Nutricionales. ....	134

2.1.	Vitaminas. ....	134
2.2.	Acetate de Primula. ....	135
2.3.	Dieta. ....	135
3.	Diuréticos. ....	140
4.	Antiinflamatorios no esteroides. ....	142
5.	Fármacos que Afectan Directamente al Sistema Nervioso. ....	143
5.1.	Carbonato de Litio. ....	143
5.2.	Clonidina. ....	144
5.3.	Endorfinas. ....	145
5.4.	Tranquilizantes y Sedantes. ....	145
5.5.	Alprazolam. ....	146
5.6.	Monoaminoxidasa. ....	146
6.	Tratamientos Hormonales. ....	146
6.1.	Progesterona. ....	147
6.1.1.	Progestágenos Sintéticos. ....	150
6.2.	Estrogénos. ....	151
6.3.	Andrógenos. ....	152
6.4.	Anticonceptivos Orales. ....	152
6.5.	Implantes Hormonales. ....	154
6.6.	Extracto de Tiroides. ....	154
6.7.	Gonadotropinas Coriónicas. ....	155
6.8.	Cortisona. ....	155
6.9.	Levotiroxina. ....	155
7.	Antagonistas Hormonales. ....	155
7.1.	Bromocriptina. ....	155
7.2.	Danazol. ....	156
8.	Análogos de la LHRH. ....	157
9.	Psicoterapia. ....	158
9.1.	Adaptación al STPM. ....	159
9.2.	Tratamiento Conductual. ....	160
10.	Relajación y Ejercicios. ....	160
11.	Otros. ....	162
11.1.	Deprivación del Sueño. ....	162
11.2.	Diarios. ....	162
11.3.	Edema. ....	162
	Busqueda de Tratamiento. ....	163

<b>CAPITULO VI. METODOLOGIA.</b>	167
1. Planteamiento del Problema.	167
2. Hipótesis.	167
3. Variables.	168
3.1. Definiciones Conceptuales de Variables.	168
3.1.1. Variables Independientes.	168
3.1.2. Variables Dependientes.	168
3.1.3. Variables Extrañas.	169
3.2. Definición Operacional de Variables.	169
3.2.1. Variable Independiente.	169
3.2.2. Variables Dependientes.	169
3.2.3. Variable Extraña.	170
4. Sujetos.	170
5. Muestreo.	171
6. Descripción del Escenario.	172
7. Tipo de Estudio.	172
8. Diseño.	172
9. Instrumento.	173
9.1. Piloteo.	176
10. Procedimiento.	180

<b>CAPITULO VII. RESULTADOS.</b>	182
1. Análisis de Frecuencias.	183
2. Análisis Psicométrico del Instrumento.	204
2.1. Análisis Factorial PAz.	204
2.2. Alfa de Cronbach.	212
3. Análisis de Diferencias entre las Variables Sociodemográficas y la Escala de Frecuencia e Intensidad del STPM.	212
3.1. Análisis de Varianza para cada uno de los Factores del STPM por cada una de Variables.	213
3.2. Prueba T.	223
4. Correlación Producto-Momento de Pearson.	226

5.	Frecuencia de la Presencia de los Factores de la Escala del STPM. ....	231
6.	Intensidad de los Factores del STPM. ...	231
7.	Prueba de Mc Nemar. ....	235
	CONCLUSIONES Y DISCUSION DE RESULTADOS. ....	236
	APORTACIONES. ....	249
	LIMITACIONES. ....	251
	SUGERENCIAS. ....	254
	BIBLIOGRAFIA. ....	256
	APENDICE A. ....	275
	APENDICE B. ....	283
	APENDICE C. ....	290

## INTRODUCCION

En las sociedades primitivas, cuando el hombre no podía comprender el por qué de ciertos fenómenos, intentó explicarlos por medio de una relación mítica y supersticiosa, formando algunos tabúes. Dentro de estos fenómenos se encuentra la menstruación, al rededor de la cual se formaron muchas ideas erróneas, que incluso persisten en sociedades actuales. Prueba de ello es que en nuestros días se tiene una actitud negativa hacia este hecho biológico que es como cualquier otro, sin embargo, se le considera como algo molesto y difícil de asumir.

Por lo tanto, no es de extrañar que exista una manifiesta incomprensión respecto a la mayoría de los síntomas que están relacionados con el ciclo menstrual. Entre los cuales se encuentran agrupados una serie de malestares que se presentan en forma cíclica, días antes de la menstruación y que se engloban en un *Síndrome de Tensión Premenstrual*.

Este síndrome conlleva trastornos físicos, psicológicos y sociales. La mujer que los sufre experimenta cambios bruscos en la conducta, éstos, no sólo la afectan a ella sino también a la gente que la rodea, pues no comprenden el motivo de dichos cambios.

Este tipo de trastornos repercuten en los ámbitos afectivo, social y laboral de las mujeres que los presentan. Sin embargo, el nivel de conocimiento que se tiene sobre el *Síndrome de Tensión Premenstrual* y el ciclo menstrual en general, en la actualidad es todavía bastante incompleto.

La idea fundamental de llevar a cabo el presente estudio, fue la de investigar con qué frecuencia e intensidad se presenta este trastorno en una muestra de mujeres mexicanas y en qué medida puede influir el nivel académico de ellas en la percepción de los síntomas premenstruales.

Otro objetivo fue el hacer una revisión exhaustiva de la bibliografía existente en México, sobre el *Síndrome de Tensión Premenstrual*. Principalmente de 1980 a 1989 (fecha en que se terminó la revisión bibliográfica), con el fin de hacer una recopilación sobre los avances encontrados alrededor de este síndrome.

Al respecto cabe aclarar que aproximadamente el 95% de la información obtenida es extranjera ya que en México es casi nula la investigación sobre el fenómeno tratado aquí, a excepción de dos trabajos citados por Brand, C., (1983) y algunos otros realizados sobre el ciclo menstrual que mencionan al *Síndrome de Tensión Premenstrual* como alguna variable.

Se intenta realizar una pequeña aportación al estudio y la comprensión del *Síndrome de Tensión Premenstrual*, mediante la revisión de trabajos bibliográficos sobre el ciclo menstrual, en los cuales se analizaron las funciones hipofisarias, ováricas y endometriales, que se llevan a cabo durante un ciclo; y muy particularmente sobre el *Síndrome de Tensión Premenstrual*. Revisando diversos estudios los cuales señalan que han encontrado una prevalencia que oscila desde 20 a 97% de mujeres que presentan síntomas premenstruales y de 2 a 40% los sufren de manera severa. De igual manera se analizó como han ido evolucionando las definiciones y la nomenclatura, desde que se habla por primera vez de una Tensión Premenstrual, pasando por diversidad de nombres y definiciones, hasta la actual controversia de que si es un solo *Síndrome de Tensión Premenstrual* o grupos de síndromes agrupados. Así como diversas investigaciones que señalan como causa principal a las variaciones biológicas que van desde hormonales hasta un desequilibrio homeostático; e las que afirman que el origen es

psicosocial, señalando como causa aspectos de inconformidad o rechazo del rol femenino, la relación de la madre con la hija durante la menarca; o la carga cultural, que presenta a la menstruación como algo negativo.

Se mencionan los factores que pueden contribuir a la aparición o incremento del *Síndrome de Tensión Premenstrual*, tales como la edad, número de hijos, características del ciclo menstrual, de personalidad, etc.

Con respecto a los síntomas se hace una descripción de todas las alteraciones fisiológicas y psicosociales que se presentan, por ejemplo: metabólicas, neurológicas, articulares y musculares, depresiones, irritabilidad, perturbaciones del sueño, etc.

A través de la revisión bibliográfica se encontró que el *Síndrome de Tensión Premenstrual* ha sido medido de diversas maneras, con una multiplicidad de instrumentos, cuyos objetivos de medición difieren significativamente, por lo cual se decidió hacer una clasificación de ellas.

Se revisaron algunos instrumentos que miden al *Síndrome de Tensión Premenstrual*:

a. En forma general, en donde el más importante es el PAF (*Premenstrual Assessment Form*), es retrospectivo y autoaplicable.

b. En forma parcial, en donde la mayoría miden estados de ánimo.

c. En síntomas particulares, se encontraron algunos para ansiedad, depresión, tolerancia, registros de comida y diarios.

d. A través de una escala de actitudes hacia la menstruación.

e. Mediante instrumentos como el MMPI, que a pesar de no haber sido diseñados para medir el *Síndrome de Tensión Premenstrual* se han utilizado para diagnosticar cambios a través del ciclo menstrual.

Con respecto a las estrategias que hay para el alivio de la sintomatología premenstrual, se hizo una recopilación de los diferentes tratamientos; se clasificaron de la siguiente manera: en desuso, nutricionales, diuréticos, antiinflamatorios no esteroides, fármacos que afectan directamente al Sistema Nervioso, hormonales y psicológicos. En cada tratamiento se menciona su nivel de efectividad, justificaciones para su uso y los efectos colaterales.

Se utilizó un cuestionario estadísticamente analizado y depurado que permitió el diagnóstico del *Síndrome de Tensión Premenstrual* en mujeres mexicanas, cuyo análisis estadístico se realizó mediante las siguientes pruebas del Statistical Package for the Sciences: Análisis factorial PA2 de Rotación Oblicua, Alfa de Cronbach y Mc Nemar; con el objeto de obtener las correlaciones entre factores, los coeficientes de consistencia interna de las escalas y la diferenciación entre los apartados del instrumento, respectivamente.

Dicho cuestionario se aplicó a 483 mujeres que pertenecían a la UNAM, ya sea estudiantes, académicas o personal administrativo; cuya edad osciló entre 18 y 45 años, el nivel académico fue de primaria a posgrado.

Los resultados fueron analizados mediante los programas: Análisis de Varianza, Prueba T, Correlación Producto-Momento de Pearson y Frecuencias; los dos primeros se utilizaron para el análisis de diferencias entre las variables sociodemográficas y los factores del *Síndrome de Tensión Premenstrual*, y el último para ver la frecuencia e intensidad de los síntomas. Encontrando que los factores del síndrome se presentaron de un 7.2% (Edema 2) a un 32.8% (Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético), al

presentarse en porcentajes tan bajos se concluyó que la presencia del síndrome no es significativa dentro de la muestra, por lo que se rechazó la  $H_{11}$ , que dice: "Existen trastornos psicofisiológicos y sociales que se presentan durante el periodo premenstrual en mujeres mexicanas."

De igual manera se rechazó la  $H_{12}$  que dice: " Los trastornos premenstruales se presentan en forma intensa en las mujeres mexicanas", debido a que los factores del Síndrome de Tensión Premenstrual o no se presentaron o casi nunca lo hicieron, pues sus  $\bar{X}$ s oscilaron entre 1.16 (Cefaleas) y 2.22 (Alteraciones del Sistema Músculo- Esquelético).

A pesar de que la presencia del Síndrome de Tensión Premenstrual en la población mexicana no fue estadísticamente significativa, en aquellas mujeres de la muestra en las que se detectó la presencia de sintomatología se encontró una relación inversamente proporcional entre el síndrome y el nivel académico, edad, edad de la primera relación sexual, número de relaciones sexuales al mes y presencia de orgasmos, tanto al tener relaciones sexuales como al masturbarse. De igual manera se encontró que las mujeres con más *STPH* eran las que vivían en pareja, trabajaban, usaban la píldora o cualquier otro anticonceptivo y las que tenían menstruaciones irregulares en el momento de la investigación.

Se desea que la presente investigación resulte de utilidad, en particular a las mujeres que padecen este trastorno, a sus familiares y amigos; y en general a todas las mujeres que por el simple hecho de serlo deberían estar informadas de algo que les atañe. Asimismo, se espera que los profesionales de la salud que revisen este trabajo, se sientan motivados para continuar investigando y así encontrar soluciones a este fenómeno, que aunque en este estudio no se presenta en forma estadísticamente significativa, hay mujeres severamente afectadas por él.

## CAPITULO I

### ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA MENSTRUACION

En la actualidad todavía tenemos un conocimiento muy limitado sobre los cambios cíclicos que experimentan las mujeres. Sin embargo, se han realizado diversas investigaciones que han abierto una nueva etapa en el conocimiento del ciclo menstrual y en el tratamiento de su problemática. En el marco de estas investigaciones, cada vez existe una mayor evidencia en apoyo a la opinión de que los factores psicológicos y comportamentales, así como el entorno ambiental, tienen una notable influencia sobre los procesos neuroendócrinos y por lo tanto, sobre el ciclo menstrual, de igual manera estos procesos influyen sobre los factores antes mencionados. (Iglesias, X., et al., 1987).

En el presente capítulo se exponen algunos aspectos socioculturales y psicológicos que ayudarán a situar al *Síndrome de Tensión Premenstrual*, dentro de un marco concreto que condiciona su aparición y su mantenimiento, marco que a su vez, es condicionado y mantenido por la existencia de este mismo síndrome.

Todavía están vigentes muchos mitos, supersticiones y tabúes que en tiempos pasados y en diferentes culturas relacionaban la sangre menstrual con efectos de magia o de fuerzas malignas, dichas creencias se intentan destruir a medida que se van encontrando explicaciones científicas.

El más remoto de los pasados vio al hombre primitivo luchar por su propia existencia contra los elementos de la naturaleza y algunas de sus experiencias hicieron una profunda impresión en él. La aparición de la sangre, por ejemplo, se asociaba con las heridas mortales que inflingía a los animales de caza, o con las lesiones que él mismo recibía. (Fluhmann, F., 1958). Debido a esto, la sangre y su color rojo tienen en todas las culturas, fuertes connotaciones emocionales que se asocian a dos conceptos fundamentales y ambivalentes; simbolizan la vida y la muerte. (Frazer, J., 1956). Al rojo sangre del horizonte en el día que nace, corresponde el mismo rojo del día que muere (tan roja es la aurora como el ocaso). En el nacimiento de un nuevo ser hay pérdida de sangre en el cuerpo de la madre, así mismo su derramamiento ocasionado por una herida equivale a debilitamiento, agotamiento total o muerte. (Tibón, G., 1984).

La sangre ha sido un componente importante en muchos ritos; desde los más primitivos, en los cuales los hombres se pintaban con ella, para conseguir determinados fines, hasta los más recientes, en los que el honor ofendido se limpiaba con sangre. La sangre menstrual tiene además características propias que hacen que su impacto emocional sea más fuerte todavía: es humana, se pierde sin la intervención de agentes externos y está relacionada con la procreación. (Sau, V., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 160). Dicho impacto surgió cuando el ser humano se dio cuenta que del cuerpo de la mujer fluía sangre mes con mes, sin que estuviera herida.<sup>1</sup> Ante este hecho misterioso el hombre se encontró angustiado y desconcertado, por lo que buscó una explicación al fenómeno de la menstruación, encontrando justificaciones de tipo mágico-misterioso-siniestro, atribuyéndole a este fenómeno cualidades sobrenaturales buenas o malas. (Tibón, G., 1984).

Y al no encontrar una explicación sobre la causa de la menstruación, se crearon alrededor de ella muchas hipótesis

---

1. De hecho, incluso en la actualidad, muchos hombres no entienden cómo las mujeres pueden soportar esta pérdida menstrual.

fantasmas, en ellas se culpaba a dioses, espíritus malignos o animales. Una de ellas era que se debía a los reptiles. (Dalton, K., 1967; y Fluhmann, F., 1958). Entre los indios bolivianos se creía que la menstruación resultaba de una mordedura de serpiente, de ahí que a continuación de la primera menstruación de una mujer, se procediera a un rompimiento general de los utensilios domésticos, con objeto de matar a la serpiente que había causado daño a la jovencita. (Dalton, K., 1971).

Por otro lado, debido a su aparición regular con intervalos aproximados de unas cuatro semanas, era inevitable la sospecha de que la luna era un poder oculto que albergaba hacia el género femenino designios siniestros. Entre las tribus de Nueva Guinea Británica existió la leyenda de que en la antigüedad la luna, adoptando la forma de un joven apuesto de preciosos cabellos vivió en la tierra, después de intentar infructuosamente seducir a varias doncellas, logró los favores de una matrona joven. Mientras llevaban a la práctica el adulterio apareció el compañero de la mujer y lleno de cólera, los acorraló encendiendo un gran fuego a la casa, de esta manera cayó el joven en la trampa y al tratar de escapar, fue muerto. Su sangre brotó en un gran torrente hacia el cielo, donde se convirtió en la luna. En desagravio de este crimen las doncellas y matronas jóvenes estaban destinadas a padecer hemorragia siempre que apareciera la luna; el castigo no alcanzaba a las mujeres de edad avanzada ni a las embarazadas, por cuyo estado el joven asumía la responsabilidad sin castigo. (Fluhmann, F., 1958). Aristóteles, (Crawford, R., citado por Fluhmann, F., 1958), sostuvo que la luna debía considerarse hembra, por que el "flujo menstrual y el menguante de la luna ocurren hacia el final del mes, y después de menguante y la evacuación vuelven a su estado de plenitud".

En la época en la que las tribus primitivas vivían aisladas, podía suceder que en un momento determinado, una mujer estuviera menstruando, lo cual facilitó que se asociaran determinados cambios ambientales con la menstruación, de tal manera que se atribuyeron ciertos poderes a las mujeres que estaban

menstruando. (Dalton, K., 1971).

En cuanto a los tabues,<sup>2</sup> desde el principio de la historia de la humanidad, se creía que la presencia de una mujer menstruando podía ser causante de muchas desgracias.<sup>3</sup> En un principio las supersticiones y los tabues estaban relacionados con las necesidades básicas de los pueblos. Con el paso del tiempo y a medida que las formas de vida cambiaban, se fueron añadiendo otras creencias. (Dalton, K., 1971).

Se tienen noticias de mitos, supersticiones y tabues referentes a la menstruación desde los tiempos de los griegos hasta nuestros días. Los griegos comparaban la impureza de una mujer que tenía la menstruación con la de un cadáver en estado de descomposición. Plinio, C., (23-79 d.c.), (citado por Fluhmann, F., 1958, pag. 10), en su "Historia Natural" dice que: "al acercarse una mujer en tal estado, el vino nuevo se agria, las semillas que toda se tornan estériles, se agosta el césped, se secan las plantas de los jardines y caerán los frutos del árbol a cuya sombra se sienta"; y que si la menstruación coincidía con el eclipse solar o lunar daba origen a males irremediables.

En Francia estaba prohibido que las mujeres que se hallaban en el periodo menstrual penetraran a las refineras de azúcar, pues con su presencia haría que el azúcar se volviera negra. En México tampoco se permitía que entraran en las minas de plata, pues podrían hacer que desapareciera el mineral. En Saigón, Indochina, no se empleaba a ninguna mujer en la industria del opio, por el temor de que éste se volviera amargo. (Fluhmann, F., 1958).

2. Entendiéndose por tabú la prohibición religiosa o mágica de las mujeres menstruantes por su influencia "maligna o venenosa".
3. Cabe aclarar que algunos pueblos primitivos creían que la sangre menstrual tenía determinadas propiedades protectoras muy valiosas. Pensaban que podía apagar fuego, detener tormentas, templar metales o que protegía a los hombres de las heridas de guerra, algunos incluso consideraban que un hilo empapado con sangre menstrual podía curar ciertas enfermedades o servir de amuleto. Estas creencias influyen en las costumbres de los pueblos. (Dalton, K., 1971).

En algunas comunidades, las mujeres menstruantes eran apartadas de la comunidad, principalmente de las miradas de los hombres, durante estos días vivían en lugares separados donde tomaban los alimentos con utensilios que posteriormente debían destruir o purificar. En algunos pueblos de Japón, las mujeres que estaban menstruando tenían que vivir en una casa aislada del resto de la comunidad. En otros, debían cocinar su comida en un fuego aparte. (Makita, S., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 20).

En la mayoría de las tribus americanas, difícilmente se encontraba un ser que produjera tanto miedo como una mujer menstruante; tan pronto como los signos de la menstruación se manifestaban en una jovencita, la separaban de toda compañía, salvo la de otras mujeres y tenían que vivir segregadas del resto del poblado, en una pequeña choza apartada. Debía abstenerse de tocar objetos de cacería, o cualquier objeto perteneciente a un hombre, por temor a infectarlos y condenar a los cazadores al fracaso. Su dieta era de pescado fresco y agua fría. Como sólo vería constituía un peligro para la sociedad, tenía que llevar un gorro especial que le cubriera la cara. En tribus norteamericanas las mujeres menstruantes vivían totalmente apartadas, comiendo y viviendo solas, sobre todo absteniéndose estrictamente de toda comunicación con los hombres que a su vez las eludían como si estuvieran apesadas. (Frazer, J., 1980).

Aún en nuestro siglo siguen existiendo "tabúes" para algunas actividades, por ejemplo en México los tamales no se cocen o quedan pintos, la carne de puerco queda muy dura, el romope se agria, etc.; si los prepara una mujer que está menstruando. (Fluhmann, F., 1988). Las mujeres australianas nativas, durante sus menstruaciones tienen prohibido bajo pena de muerte tocar objetos de un hombre. En Uganda, la vajilla que una mujer menstruante toca debe ser destruida porque su "impureza" está con ella. Según el Talmud, si alguna mujer al principio de su periodo pasa entre dos hombres, uno de ellos morirá. Las lanzas o escudos tocados por ellas no se destruirán y solamente se purificarán.

Entre los indios Bribi de Costa Rica, una mujer casada solo usa hojas de plátano como plato durante la menstruación y los tira en un sitio apartado al terminar de usarlos, pues si una vaca los encontrara y comiera, el animal se extenuaría y moriría. También bebe exclusivamente de una vasija especial por que cualquier persona que beba en la misma vasija se debilitará irremediamente hasta perecer. (Frazer, J., 1956).

Antes de la segunda guerra mundial en Japón, se decía que si las mujeres se lavaban la cabeza durante la menstruación, el pelo se les volvería rojo.<sup>4</sup> Todavía hoy se comenta que durante la menstruación las mujeres no pueden comer caquis, sandias, berenjenas, ni helados, por que enfrían el cuerpo. (Iglesias, X., et al., 1987). En otras regiones son obligadas a pintarse la cara de colores vivos y a gritar: ¡impura!, ¡impura!, cuando alguien se les acercase. (Fluhmann, F., 1958).

El motivo de las restricciones con tanta frecuencia impuestas a las jóvenes al llegar a la pubertad, es el temor intensamente inculcado que por la sangre menstrual abrigan casi todos los pueblos primitivos. Le temen en todo tiempo pero especialmente en su primera aparición; por eso las restricciones son más rígidas en la menarca que en cualquier periodo subsecuente. (Frazer, J., 1956).<sup>5</sup> En muchos países se imponían reglas especiales a las jovencitas, en la época de su primera menstruación; dos de las más rigurosas es que no debían pisar el suelo ni recibir la luz del sol. Frazer, J., (1956), indica que antes del imperio romano estas reglas eran observadas estrictamente por las sacerdotizas de Diana, en su santuario. En México los grandes sacerdotes aztecas y mayas hacían cumplir las mismas normas, igual que el Mikado en el Japón en el siglo XVI. A las muchachas no les estaba permitido exponer su cuerpo al sol y caminaban sobre tapetes o eran llevadas

4. Antiguamente en Japón, el pelo largo y negro era muy apreciado entre las mujeres.

5. En algunos pueblos la primera menstruación era considerada como un acontecimiento que se debía celebrar a pesar de que la menstruación fuera rechazada. (Iglesias, X., et al., 1987).

en hombros de sus servidores. (Iglesias, X., et al., 1987).

Todavía existen pueblos, en los cuales se considera que la sangre femenina contamina la tierra y el sol. Motivo por el cual al acercarse la pubertad las niñas son aisladas por varios años (de cuatro a siete) en minúsculas jaulas, siendo objeto de crueles castigos (purificaciones) por ejemplo, se les deja sin comer por varios días, en completa obscuridad, e incluso se les ha practicado la clitoridectomía. (Tibón, G., 1984); en particular en la Guyana Francesa se les arranca brutalmente el cabello. En la tribu Awan-Konde es regla que después de la primera menstruación una muchacha debe quedar apartada con alguna de sus compañeras en una casa cerrada y oscura. El suelo se cubre de hojas de plátano secas y ningún fuego podrá alumbrar la casa, a la que llaman "la casa de Awasungu" o sea "de la doncellas que no tienen corazón". En Nueva Irlanda, las muchachas son confinadas durante cuatro o cinco años en pequeñas jaulas, en la obscuridad y no se les permite poner los pies en el suelo; a las muchachas solo se les permite salir una vez al día, para bañarse en un tazón grande colocado cerca de su jaula. En Kabadi, con frecuencia su confinamiento dura siete años. (Frazer, J., 1950).

En suma, el objeto de recluir a las mujeres durante la menstruación es neutralizar las influencias peligrosas que se supone emanan de ellas en esos momentos. Que el peligro que se cree sea especialmente grande en la menarca, se deduce de las precauciones extraordinarias tomadas en el aislamiento de las jóvenes en esta situación. Dos de estas precauciones han sido ya relatadas, las prohibiciones de tocar el suelo y de ver el sol. El efecto general de estas leyes es mantenerlas en suspensión "entre el cielo y la tierra". Ya sea envueltas en su hamaca y suspendidas lo más cerca posible del techo o elevadas sobre el suelo en una jaula oscura y estrecha, puede considerarseles como apartadas de la posibilidad de hacer daño, puesto que hallándose alejadas de la tierra y del sol, no pueden perjudicar ninguna de las dos grandes fuentes de vida. A la joven se le considera como si estuviera cargada de poderosa energía que de no sujetarse puede destruiría a

ella y destruir todo lo que se ponga en contacto con ella. Represar y destruir esta energía dentro de los límites necesarios a la seguridad de todos aquellos a quienes atañe, es el fin que se proponen estos tabues. (Frazer, J., 1956).

En Ford Apache, Arizona, las adolescentes son obligadas a bailar seis horas consecutivas llevando en hombros piedras pesadas, dos horas de descanso y el tormento continúa durante seis horas más. "Así aprenderá lo que es sufrimiento", explica el jefe apache. (Tibón, G., 1984).

Otro suplicio al que se somete a las niñas en el rito de la pubertad es el del las hormigas bravas, de dolorosa picadura. Entre los Wallana es la propia abuela la que somete a la joven a la picadura de las hormigas negras. (Tibón, G., 1984).

Se puede observar que muchos de los tabues y supersticiones que se tienen en la actualidad sobre la menstruación están relacionados con las antiguas creencias de las diferentes religiones que existen, con la magia y con la brujería.

En la cultura Judeo-Cristiana en la Edad Media se creía que la menstruación demostraba la esencial pecaminosidad e inferioridad de las mujeres, por lo que cuando tenían la menstruación, tenían prohibido asistir a las ceremonias religiosas. (Dalton, K., 1967). En el Concilio de Nicea de 325 d.c., se proclamó un edicto especial prohibiendo que las mujeres menstruantes entraran en las iglesias. (Fluhmann, J., 1958). Costumbre que todavía se mantiene hoy en día en la iglesia ortodoxa rusa, en la que las mujeres no pueden besar el crucifijo ni comulgar mientras estén menstruando. (Dalton, K., 1967). Las familias japonesas tienen un pequeño altar en el que sirven sake y sal. Lo acostumban limpiar el día de año nuevo. Las mujeres menstruantes no pueden hacerlo, ya que son consideradas impuras para tal menester. El primer día de enero los japoneses celebran la fiesta de año nuevo en el templo, nuevamente las mujeres menstruantes tienen prohibido asistir, pero si llevan una heja

verde cerca del cuerpo pueden entrar al templo. En los templos sintoístas trabajan las miko (siervas de Dios); sus tareas son diversas, pero cuando tienen la menstruación ni siquiera pueden ir al templo. (Iglesias, X., et al., 1987). En la Biblia, dentro del Antiguo Testamento en Levítico se puede leer lo siguiente: "cuando una mujer tiene flujo de sangre, es decir cuando fluye sangre de su cuerpo, permanecerá durante siete días en su impureza menstrual. El que la toque será impuro hasta la tarde. Todo aquello sobre lo que duerma o se siente durante su impureza será impuro. Quien tocara su lecho, lavará sus vestidos, se bañará con agua y será impuro hasta la tarde. Quien tocara un mueble cualquiera sobre el cual se haya sentado ella, lavará sus vestidos, se bañará con agua y será impuro hasta la tarde. Quien tocara lo que esté sobre su lecho o sobre su asiento será impuro hasta la tarde. Si un hombre se acuesta con ella, contrae la impureza de su menstruación y será impuro durante siete días; todo lecho sobre el que el duerma será impuro... Cuando se sienta curada de su flujo, contará siete días, pasados los cuales será pura. Al octavo día tomará dos tórtolas o dos pichones y los presentará al sacerdote a la entrada de la tienda de reunión. Este los ofrecerá, uno en sacrificio expiatorio y otro en holocausto. De esta manera, hará sobre ella, delante de Yavé, el rito de la expiación por la impureza de su flujo". Mahoma también dió un precepto para sus seguidores: la menstruación es un mal; "manteneros apartados de las mujeres hasta que vuelvan a ser puras". (Iglesias, X., et al., 1987; y Fluhmann, F., 1958).

En muchos lugares ha existido la prohibición de mantener relaciones sexuales con las mujeres que están menstruando. Este criterio también se dió en casi todos los pueblos primitivos por que se creía que la mujer era sexualmente más oritable durante este periodo. Y dado que en el mundo patriarcal la actividad sexual está dominada por los hombres, una mayor actividad sexual no les está permitida a las mujeres. (Sau, V., citado por Iglesias, X., et al., 1987., pag. 22). Ford, S., (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pag. 23), afirma que las relaciones sexuales durante la menstruación pueden perjudicar a las mujeres, por que alteran sus funciones menstruales y porque aumentan la probabilidad de

infección en la zona pelviana. También afirma que el flujo menstrual puede causar inflamación del tracto urinario masculino.

Otro de los tabues más extendidos y que han contribuido a considerar la menstruación como una cosa sucia y repugnante ha sido la prohibición de que las mujeres se laven durante el periodo menstrual. Este tabú continúa vigente en algunos lugares, durante el periodo menstrual no pueden bañarse, ni lavarse la cabeza, ni los pies, etc. (Sau, V., citado por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 22 y 23).

Después de haber hecho una revisión de los factores socioculturales que rodean a la menstruación, se podrá entender por que en nuestra sociedad este fenómeno biológico, es considerado como algo engorroso que diferencia a las mujeres en forma negativa. Y, a pesar de ser un hecho natural, que experimentan todas las mujeres durante un periodo largo de sus vidas y que incluso, los hombres de una u otra manera están en contacto con ella, resulta muy difícil de asumir la menstruación con una actitud positiva.

Al considerarse como algo molesto, se pretende que su funcionamiento sea correcto, moleste lo menos posible, se presente en la cantidad justa, no duela, no dure demasiado, sea regular y venga cuando toca.

Por otro lado, aunque han sido los hombres los que han mostrado un miedo reverencial ante la menstruación, lo que ha provocado que la mayoría de los mitos, supersticiones y tabues menstruales hayan tenido un origen masculino, son las mujeres las que han sufrido las consecuencias. Así mismo, la falta de información y la actitud negativa de los adultos perpetúan el miedo, la vergüenza y el asco ante este hecho biológico.

Si los mitos, supersticiones y tabues surgieron como una necesidad de explicación al fenómeno de la menstruación, sería lógico pensar que en la medida que se fuera entendiendo como es el proceso, estos deberían desaparecer. Sin embargo, hoy en día, la

mayoría de la gente desconoce el funcionamiento del ciclo menstrual, y lo que es peor la información existente es tergiversada y llena de actitudes negativas.

Por todo esto, no es de extrañar que exista una manifiesta incomprensión respecto a la mayoría de los trastornos que están relacionados con el ciclo menstrual. Entre estos trastornos encontramos al *Síndrome de Tensión Premenstrual*, el cual engloba una serie de síntomas que afectan de un 20 a un 97% de las mujeres, según el *New York Times* y Pederson, C., et al., (Citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 62) repercuten en los ámbitos afectivo, social y laboral de sus vidas. A pesar de la enorme frecuencia con que se presenta este trastorno, el nivel actual de conocimientos sobre él, es aún menor que el del ciclo menstrual.

Por último, es claro que los prejuicios que se vienen arrastrando por siglos, no van a desaparecer de la noche a la mañana; sin embargo, es importante que mediante una información verídica concorde a una actitud positiva se vayan cambiando dichos prejuicios por una visión natural del fenómeno, como pudiera verse cualquier otro.

## CAPITULO II

### CICLO HORMONAL FEMENINO

En las hembras de los mamíferos inferiores existe una actividad sexual cíclica que se manifiesta por un fenómeno periódico denominado estro o celo, asociado a definidos cambios del aparato genital, principalmente del folículo ovárico y cuya consecuencia es la ovulación. En la mujer la ovulación se produce en periodos regulares de unas cuatro semanas aproximadamente, pero todas las transformaciones que le preceden y le siguen, tanto del aparato genital como de la intensidad de secreción de hormonas femeninas y del resto del organismo se coordinan, aparecen y desaparecen en forma periódica y constituyen el ciclo femenino, se presentan desde la pubertad hasta la menopausia. En la mujer, así como en las hembras de algunos primates, existe una característica exclusiva que constituye una manifestación externa de todo el proceso que señala el final y al mismo tiempo el principio de este ciclo en tanto no haya fecundación, el fenómeno al cual nos referimos es la menstruación. (Botella, J., et al., 1982; Dexeus, S., et al., 1970; Gagnon, J., 1980; Katchadourian, H., et al., 1985; y Robert, H., et al., 1976).

Para explicar el ciclo menstrual es necesario hacer una división funcional, diversos autores, entre los cuales se encuentran Dexeus, S., et al., (1970); y Robert, H., et al., (1976), lo han hecho de la siguiente manera:

1. Una función directriz: función hipofisiaria.
2. Una función secretante hormonal: función ovárica.
3. Una función de preparación para la anidación: función endometrial.

#### 1. Función Hipofisiaria.

Las transformaciones que acompañan a los diversos periodos del ciclo menstrual indican que en principio es una función endocrina, que interacciona con el Sistema Nervioso Central (SNC). (Fluhmann, F., 1958). El lóbulo anterior de la hipófisis (adenohipófisis) controla el sistema nervioso endocrino por medio de la secreción de sus hormonas tróficas, está situado estratégicamente en la proximidad del diencéfalo, donde recibe influencias o estímulos nerviosos que a su vez transmite a sus glándulas subordinadas. El hipotálamo, Área del diencéfalo con la cual la glándula está directamente conectada, representa a su vez el eslabón neural en esta interrelación neuroendocrina. (Nikitovich-Winer, M., 1970).

El hipotálamo controla al mismo tiempo, las funciones neurovegetativas y un gran número de funciones endocrinas. Es muy sensible a las hormonas circulantes y además, recibe estímulos procedentes de centros nerviosos inferiores y de centros corticales. Interpreta e integra todos estos factores y luego conduce hasta la hipófisis el estímulo adecuado para liberar una u otra hormona. (Botella, J., et al., 1982; y Robert, H., et al., 1976).

En la ovulación se correlacionan íntimamente el hipotálamo, la hipófisis y el ovario. De la perfecta sincronización en tiempo e intensidad de todos y cada uno de los estímulos que se originan en las diversas partes del sistema, depende la aparición del fenómeno ovulatorio. (Jeffcoate, N., 1979; y Robert, H., et al., 1976). (Fig. 1).

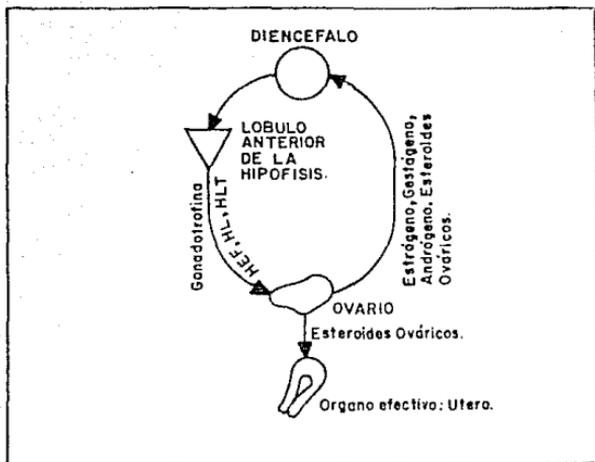


Fig. 1. Esquema del circuito endocrino funcional cerrado diencéfalo-lóbulo anterior de la hipófisis-ovarios.  
De Pachyrembel, W., Ginecología Práctica.  
(Barcelona: Alhambra, 1970), págs. 446 y 490.

La función ovárica está regulada por el hipotálamo, cuya función a su vez se encuentra bajo influencias psíquicas. Es en el tuber cinereum, el llamado centro sexual, donde tiene lugar la producción de los denominados "Releasing Factors" (factores liberadores) que actúan sobre la hipófisis estimulando la secreción de las gonadotropinas (HEF-RF, HL-RF, HLT-RF).<sup>6</sup> éstas neuro-hormonas llegan a la adenohipófisis por medio del sistema portal hipofisiario. Aquí cada gonadotropina es liberada por su correspondiente factor de liberación. (Fernández, R., 1962; Kaiser, R., 1969; Kern, G., 1976; y Pachyrembel, W., 1977). (Fig. 2). En el hipotálamo existen dos tipos de secreción de hormonas liberadoras.

d. **Releasing Factors**, en español son los factores liberadores de gonadotropinas:

- Factor Liberador de la Hormona Foliculo-Estimulante (HEF-RF)
- Factor Liberador de la Hormona Luteinizante (HL-RF)
- Factor Liberador de la Hormona Luteotrófica (HLT-RF)

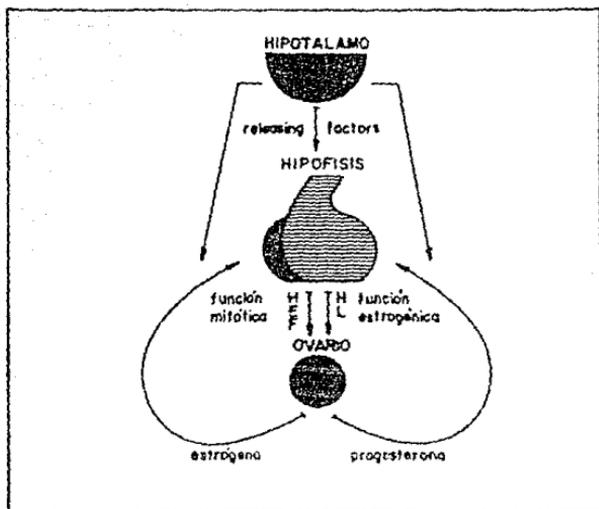


Fig. 2. Fisiología de la ovulación.  
De Robert, H., et al., Tratado de Ginecología. (Barcelona Toray-Masson, 1976), pág. 202.

el patrón tónico y el cíclico; las estructuras responsables de la secreción tónica se encuentran localizadas en la eminencia media y el núcleo arqueado, y son las responsables de la secreción de gonadotrofinas en niveles basales. El área responsable del patrón cíclico se encuentra en el área pre-óptica y es encargada de la descarga brusca que ocurre a la mitad del ciclo y que ocasiona la ovulación. Los neurotransmisores que participan en la producción de los factores de liberación, son la serotonina, dopamina y norepinefrina. (Fernández, E., 1980).

En la adenohipófisis tiene lugar la producción de gonadotrofinas. El sistema central y los ovarios están ligados entre sí por múltiples regulaciones efectuadas por vía endocrina; sus hormonas dirigen el proceso del ciclo y se denominan hormonas del ciclo. (Pschyrembel, W., 1977).

Estas hormonas gonadotróficas son:

a. La Hormona Foliculo Estimulante (HEF o FSH).<sup>7</sup> También ha sido designada como hormona del folículo o gonadotropina del epitelio. La HEF es una glucoproteína hidrosoluble, responsable de la formación y maduración del folículo de Von Graaf y de estimularlo para que segregue estrógenos, aunque en estas funciones necesita colaboración de la Hormona Luteinizante; si misma no puede inducir la ovulación. El nivel de HEF en plasma y orina muestra cambios cíclicos, con picos cuando se inicia la maduración folicular e inmediatamente después de la ovulación. El primer pico es pequeño; el segundo podría resultar de una caída de la producción de estrógenos en ese momento. (Dexeus, S., et al., 1970; Fernández, R., 1982; Jeffcoate, N., 1979; y Kern, G., 1976).

b. La Hormona Luteinizante (HL o LH).<sup>8</sup> También la HL es una glucoproteína hidrosoluble que asiste a la HEF con la promoción de la maduración folicular y provoca con la HEF presente en cantidades adecuadas, la rotura del folículo. Después de una liberación constante de HL en el plasma durante la fase folicular, hay una descarga súbita, de 24 a 48 horas antes de la ovulación. La HL también es responsable de la luteinización de las células de la granulosa y la teca, formación del cuerpo amarillo y secreción de progesterona. La descarga de HL siempre precede al pico de progesterona. Esta hormona también podría estimular la maduración del óvulo. Una vez formado el cuerpo amarillo, parece requerir HL para mantenerse y actuar, pero tiene cierto grado de independencia en lo que a su vida cíclica se refiere. (Dexeus, S., et al., 1970; Fernández, R., 1982; Jeffcoate, N., 1979; y Kern, G., 1976).

c. Hormona Luteotrófica o Prolactina (HLT o LTH).<sup>9</sup> Esta hormona promueve la producción de progesterona al tejido luteínico, cuida de la conservación del cuerpo amarillo. La prolactina es una

---

7. Hormona Foliculo Estimulante (HEF) = Follicle Stimulating Hormone (FSH).

8. Hormona Luteinizante (HL) = Luteinizing Hormone (LH).

9. Hormona Luteotrófica (HLT) = Luteotrophic Hormone (LTH).

proteína soluble en alcohol sin fracción hidrocabonada. (Botella, J., et al., 1982; Jeffcoate, N., 1979; y Kern, G., 1976).

Estas tres gonadotrofinas estimulan en el ovario la producción de hormonas esteroideas: estrógenos, gestágenos (progesterona) y andrógenos. (Kern, G., 1976).

Estas hormonas no se secretan en cantidades constantes a lo largo del ciclo, sino con ritmos diferentes según las etapas del ciclo menstrual, estas variaciones provocan cambios cíclicos en las hormonas ováricas, es decir en los estrógenos y progesterona. (Marvan, G., 1984).

Al principio de cada ciclo menstrual, al iniciarse la menstruación se presenta un aumento pequeño pero constante de la concentración de HEF en la sangre, el cual persiste durante los cuatro o cinco días de sangrado. El aumento de concentración de HEF estimula varios folículos de Von Graaf lo que va seguido por el desarrollo de capas adicionales de células granulosas alrededor de cada óvulo, que a su vez están rodeadas de varias capas de la célula de la teca, los cuales secretan estrógenos y en menor cantidad progesterona. Las células granulosas y de la teca también secretan un líquido folicular muy rico en estrógenos. La acumulación de este líquido en el folículo de Von Graaf provoca la aparición de un "antro" en la masa de las células de la teca y granulosa. (Marvan, G., 1984).

Como componentes de un sistema endocrino, los estrógenos se interrelacionan con otras hormonas y glándulas, por lo que es necesario enfatizar que, las propias hormonas ováricas manifiestan una acción recíproca sobre la hipófisis, de forma que una elevación en la producción de estrógenos produce una disminución de la HEF, mientras que por el contrario, una disminución de los estrógenos produce un aumento en la secreción de HEF (acción de rebote). (Dexeus, S., et al., 1970; y Fluhmann, F., 1958).

En la mujer, la hormona estrogénica se halla en el líquido folicular, en las paredes del folículo, en el cuerpo amarillo y en todas las formaciones foliculares predecesoras o residuales del folículo maduro; y durante el embarazo en la placenta. (Dexeus, S., et al., 1970; y Robert, H., et al., 1976).

La hormona estrogénica determina todos los cambios característicos de la fase preovulatoria en el aparato genital: cornificación del epitelio vaginal, hipertrofia e hiperemia del útero, aumento en la secreción de moco en el cuello uterino y los cambios endometriales de la fase de proliferación. El aumento de la movilidad tubárica y la acidez vaginal fisiológica depende de igual manera de ésta acción hormonal. (Dexeus, S., et al., 1970).

En relación con las hormonas restantes, una secreción discreta de estrógeno estimula la elaboración de ganadotrofinas, principalmente HL, pero al elevarse su producción se establece una inhibición hipofisaria. Su acción es indispensable para que la progesterona produzca su efecto completo, por lo tanto debe precederla y preparar a los tejidos para que la reacción sea máxima durante la fase postovulatoria. Sin embargo hay cierto antagonismo entre ambas hormonas, de manera que la cantidad excesiva de una de ellas puede disminuir el efecto de la otra.<sup>10</sup> (Dexeus, S., et al., 1970; y Jeffcoate, H., 1979).

La progesterona es la segunda hormona ovárica, producida por el cuerpo lúteo, su actividad se manifiesta en la segunda quincena del ciclo y está destinada a proteger al huevo fecundado. Es secretada por el cuerpo amarillo. (Dexeus, S., et al., 1970; Jeffcoate, H., 1979; y Robert, H., et al., 1976).

La progesterona está relacionada con la reproducción y tiene por misión principal preparar el útero para la implantación del huevo y sostén del mismo, en tanto la placenta sostiene

---

<sup>10</sup>. Por tal motivo, el desequilibrio en los niveles de éstas hormonas, es el causante del Síndrome de Tensión Premenstrual, fenómeno que será expuesto en el Capítulo III.

hormonal y físicamente al producto. En el ovario impide la formación de nuevos folículos. En las trompas se produce una fase de secreción que proporciona medios nutritivos al huevo fecundado antes de su anidación y se modifica la movilidad para adaptarla a las necesidades de progresión de dicho huevo. En el útero se determinan los cambios típicos secretorios, la reacción decidual del estroma y una disminución de la contractibilidad del miometrio con descenso del tono uterino; al mismo tiempo produce un cierre del istmo. (Dexeus, S., et al., 1970; Jeffcoate, N., 1979; y Robert, H., et al., 1976).

En la hipófisis la progesterona ejerce una acción, de forma tal que si la secreción es discreta inhibe solo la formación de HL y estimula la de HEF. Los gestágenos bloquean la ovulación al inhibir la función gonadotrófica hipofisiaria. (Dexeus, S., et al., 1970; y Jeffcoate, N., 1979). (Fig. 3).

Una de las reacciones metabólicas de la progesterona es que estimula la retención de sodio y agua, así como la pérdida de potasio; provocando un ligero catabolismo proteico. Los efectos de ésta hormona sobre el SNC han sido poco discutidos lo que ha originado resultados contradictorios. Por una parte se sostiene una acción de la progesterona como hipnótico o anestésico y por la otra se ha descrito que la progesterona facilita la conducta emocional.<sup>11</sup> (García, C.; y Selye, H., citados por Marvan, G., 1984, pág. 20).

## 2. Función Ovárica.

Los ovarios, en número de dos, están situados en ambos

---

11. Un modelo hipotético para explicar los diferentes resultados sobre la acción de esta hormona podría atribuirse a las dosis empleadas, dosis relativamente pequeñas equivalen al nivel normal de concentración de progesterona en la fase lútea del ciclo menstrual o al nivel existente durante el embarazo. Estas dosis pueden tener efectos estimulantes sobre algunas estructuras límbicas y sobre la formación reticular. Sin embargo, utilizando una dosis más elevada podría actuar como anestésico disociativo, es decir, hiperpolarizando la formación reticular. (Goodman, L., et al., citados por Marvan, G., 1984, pág. 20).

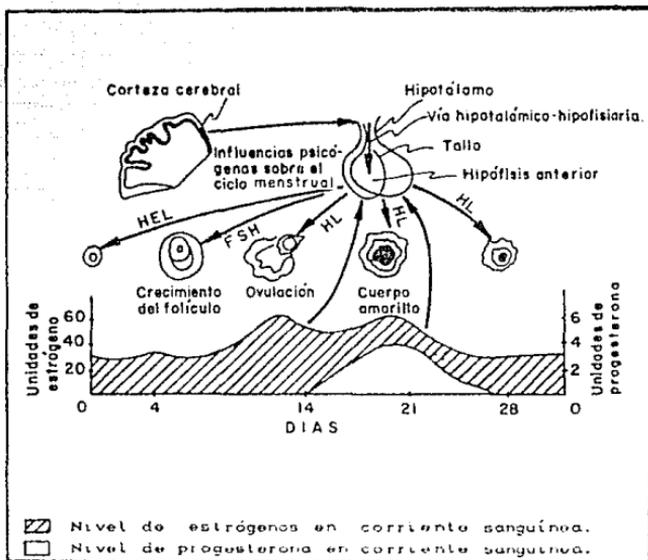


Fig. 3. La ovulación durante el ciclo menstrual.  
De Katchadurian, H., et al. Las Bases de  
de la Sexualidad Humana. (México: Edit.  
Continental, 1965), pág. 123.

lados del útero en los ligamentos anchos dentro de la cavidad pelviana, no están recubiertos por el peritoneo y poseen una forma ovoidea. En la mujer en período fértil, la superficie es grisácea o bláncorrosada, irregular y abollonada debido a las cicatrices de los folículos rotos y a los cuerpos amarillos. Las dimensiones aproximadas de los ovarios, en la mujer adulta son de un diámetro longitudinal máximo de tres a cinco cm.; otro, transversal de dos a tres cm., y un tercer diámetro, que es la medida de su espesor, tiene de uno a dos cm. (Botella, J., et al., 1962; Diccionario Terminológico en Ciencias Médicas, 1974; y Robert, H., et al., 1976).

La capa cortical del ovario, que en la época de la madurez sexual ocupa más de la mitad del espesor de este órgano, posee

abundante tejido conjuntivo denso en el que se hallan diseminados diversos elementos foliculares. La parte periférica, que está inmediatamente por debajo de la albugínea, contiene los folículos primordiales. Estos folículos son óvulos inmaduros rodeados de células elípticas de estirpe mesenquimatosas; la mayoría degeneran sin mayor diferenciación. Pero, en la parte más interna existen los folículos primarios, francamente diferenciados, y sus derivados: folículo de Von Graaf, cuerpos amarillos, corpus albicans y folículos atrésicos. Estos son los elementos que intervienen en el ciclo ovárico. Al nacer existe preformado todo el capital genético de la mujer, representado por unas 250 000 a 400 000 ovogonias, de las cuales la mayor parte degenerará. De ahí que en la vida adulta se cuenta únicamente con unas 8 000. (Figs. 4 y 5) (Botella, J., et al., 1982; Dexeus, S., et al., 1970; Fernández, R., 1982; y Jeffcoate, N., 1979).

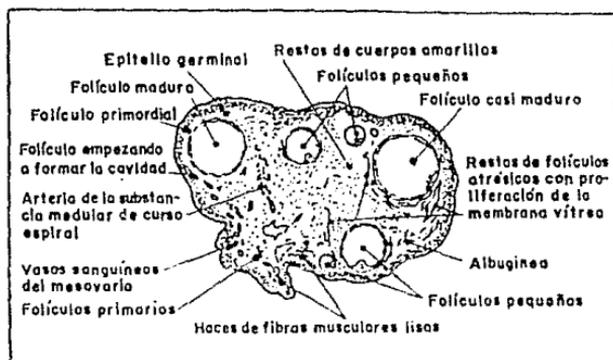


Fig. 4. Sección horizontal de un ovario en la que se observan, en esquema la diversas fases del desarrollo, regresión del folículo y el cuerpo amarillo. De Dexeus, S., et al., Tratado de Ginecología. (Barcelona: Salvat, 1970), pág. 62.

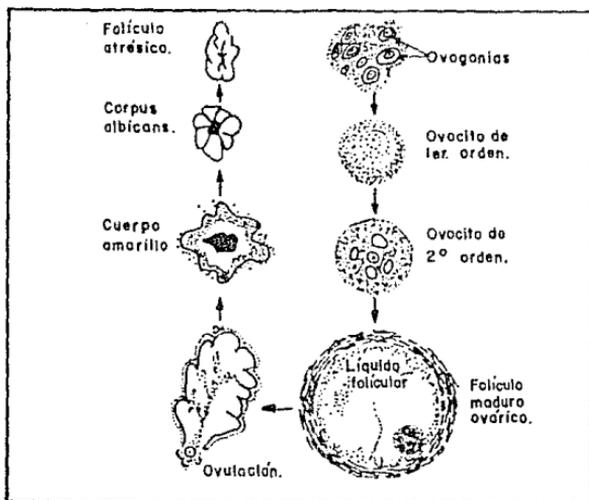


Fig. 5. Divisiones de maduración de los folículos ováricos. De Rubio, E. La Educación de la Sexualidad Humana, Vol. 2. (México: CONAPO, 1986), pág. 145.

En el ciclo ovárico se consideran tres periodos:

- a. Periodo preovulatorio.
- b. Periodo ovulatorio.
- c. Periodo postovulatorio.

a. Periodo Preovulatorio.

Fase folicular.

Durante este periodo se produce la maduración del folículo de Von Graaf y se extiende desde el primer día hasta el quinceavo día del ciclo medio de 28 días.<sup>12</sup> Se caracteriza por la evolución de

12. Cabe aclarar que el ciclo de 28 días se toma como la media y no como muchos autores que lo han tomado como un ciclo típico, ya que los ciclos menstruales que varían de 21 a 40 días están dentro de los límites fisiológicos. (Philipp, E., et al., 1972).

cierto número de folículos primordiales que se calculan en unas ocho por ovario. La ovogonia aumenta de tamaño y su núcleo y protoplasma se transforman; externamente se rodea de una o dos capas de células cuboideas, que constituyen la membrana granulosa, y el tejido conjuntivo se dispone en forma concéntrica, a modo de una especie de envoltorio, llamado teca. Sigue la proliferación de las células granulosas, se acumula líquido en una zona y en la teca se insinúa una diferenciación en dos capas. Cuando estos cambios han llegado a su fin, el folículo de Von Graaf está constituido. Sin embargo, solo un folículo a lo más dos, evolucionan así, los restantes experimentan una atresia en diversos periodos de evolución. (Botella, J., et al., 1982; Dexeus, S., et al., 1970; Jeffcoate, N., 1979).

El folículo de Von Graaf es redondo u ovalado y mide de 10 a 15 mm. de diámetro. Su cavidad contiene el líquido folicular y está revestida por varias capas de células que constituyen la membrana granulosa; en un punto se apilan estas células y forman una saliente, el cúmulo prolifero, el cual contiene al óvulo. La cubierta externa del óvulo, llamada membrana vitelina, tiene por fuera un espacio inmediato a una zona transparente, la zona pelúcida, provista de un anillo de células granulosas y la corona radiada. (Fig. 6). (Dexeus, S., et al., 1970; y Robert, H., et al., 1972).

El folículo de Von Graaf está rodeado por las dos tecas. La teca externa formada por elementos conjuntivos y la teca interna provista por varias capas de células que han aumentado de volumen y adquirido forma poligonal, además posee abundante vascularización. (Fig. 7). (Dexeus, S., et al., 1970; y Robert, H., et al., 1975).

El folículo ovárico alcanza la madurez antes de la ovulación; las últimas fases del proceso son rápidas y ocurren en el curso de los tres o cuatro días anteriores. El óvulo varía poco de tamaño; el aumento de volumen del folículo es debido a la distensión progresiva por el líquido acumulado y la proliferación de las células de la capa granulosa, que llegan a disponerse en

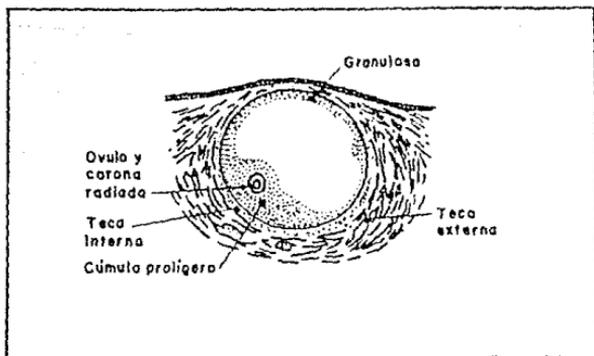


Fig. 6. Folículo de Von Graaf en el ovario adulto (esquema).  
De *Dexsus, S., et al., Tratado de Ginecología*. (Barcelona: Salvat, 1970), pág. 58.



Fig. 7. Esquema de la pared de un folículo: sus distintas capas.  
De *Dexsus, S., et al., Tratado de Ginecología*. (Barcelona: Salvat, 1970), pág. 59.

pliegues laxos. En esta última capa celular se observan también los llamados cuerpos de Call-Exner, espacios circulares pequeños, de

significación ignorada. La hipertrofia, e hiperplasia de las células de la teca interna se acompañan del aumento de la red capilar, que se detiene en el límite de la granulosa, sin traspasarla. El líquido folicular, inicialmente transparente, se torna viscoso y el folículo crece hacia la periferia del ovario, gracias a una especie de cono tecal, constituido por la proliferación de las células de la teca interna. (Dexeus, S., et al., 1970; Jeffcoate, n., 1979; y Robert, H., et al., 1976).

b. Período Ovulatorio: Ovulación.

Por término medio, la ovulación ocurre entre el décimo cuarto o décimo quinto día del ciclo<sup>13</sup> y se supone que es debida al aumento de la presión intrafolicular como resultado final de las modificaciones de crecimiento producidas en la pared del folículo de Von Graaf por el estímulo hipofisiario. (Dexeus, S., et al., 1970; y Jeffcoate, N., 1979).

Un óvulo empieza a madurar mientras todavía se encuentra en el ovario, dentro de una estructura más grande llamada folículo de Von Graaf. Las células sexuales femeninas u ovogonias primero se multiplican, luego crecen hasta llegar a ser un ovocito. Durante el crecimiento del ovocito se desarrollan importantes cambios en el núcleo. El óvulo se divide cuando se halla aún en el folículo produciendo un ovocito de segundo orden y un primer corpúsculo polar, conteniendo cada uno 46 cromosomas; esta división es la primera maduración o reducción. La postura ovular se efectúa precisamente en este momento, lo cual quiere decir que el óvulo no sale totalmente maduro sino en la fase de ovocito de segundo orden. El paso final es la transformación de aquel ovocito en el óvulo maduro, ocurre en el interior de la trompa de falopio cuando se da la división del material genético dentro de la célula, lo que resulta en un óvulo que contiene 23 cromosomas. El último es expulsado y se desintegra. Así, el óvulo contiene la mitad de los

---

13. Cuando la duración del ciclo es más corta o más larga a la media señalada (de 28 días), la fase preovulatoria se ve que sufre modificaciones: se acorta o se alarga, debido a que la ovulación siempre ocurre 14 o 15 días antes de la menstruación.

cromosomas que podrían ser parte de un nuevo organismo. (Fig. 8) (Dexeus, S., et al., 1970; Botella, J., et al., 1983; Jeffcoate, N., 1979; y Robert, H., et al., 1976).

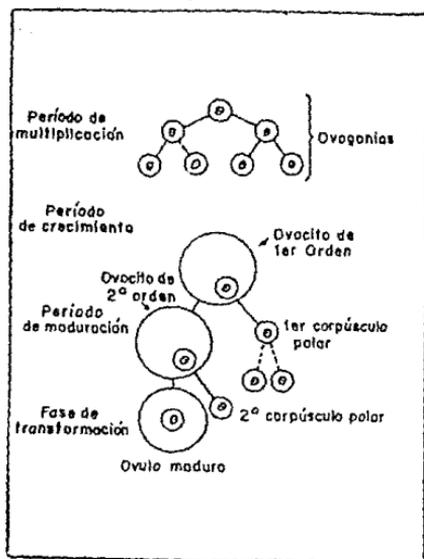


Fig. 8. Esquema de la ovogénesis.  
De Dexeus, S., et al., Tratado de Ginecología. (Barcelona: Salvat, 1970), pág. 60.

No todos los folículos que maduran en cada ciclo evolucionan en el mismo tiempo. El hecho que se seleccione uno determinado depende de su posición o del azar pues la irrigación vascular que produce la hiperemia ovárica característica se distribuye por igual a todos los folículos en vías de maduración. (Dexeus, S., et al., 1970; y Robert, H., et al., 1976).

En el momento de la ovulación el folículo de Von Graaf ha alcanzado de 10 a 15 mm. de diámetro y sobresale de la superficie

del ovario. Está lleno de líquido folicular y su pared se ha vuelto muy delgada. El óvulo se ha despegado dentro del folículo y flota libremente en el líquido. La rotura folicular no constituye un acontecimiento súbito sino que se efectúa lentamente. en la superficie del ovario aparece una abertura y por ella se derrama el líquido folicular hacia la cavidad peritoneal, arrastrando consigo el óvulo y su corona radiada, que se han separado de las restantes células granulosas. (Botella, J., et al., 1982; Dexeus, S., et al., 1970; y Robert, H., et al., 1976).

c. Período Postovulatorio.

Fase Luteínica.

Después de la rotura folicular y de expulsar al óvulo y al líquido que contenía, se producen en la cavidad del folículo un plegamiento y una pequeña hemorragia. A partir de este momento se inicia la formación del cuerpo lúteo, órgano de cavidad endocrina peculiar y vida efímera, en el ciclo femenino medio (14 a 15 días) (Fig. 9). En caso de gestación aumenta de tamaño, por lo tanto su actividad es mayor. (Dexeus, S., et al., 1970; Jeffcoate, N., 1979; y Robert, H., et al., 1976).

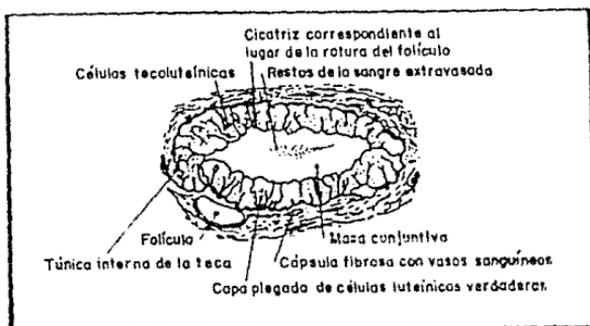


Fig. 9. Esquema de un cuerpo lúteo completo (sección).

De Dexeus, S., et al., Tratado de Ginecología. (Barcelona: Salvat, 1970), pág. 60.

Esta fase se considera que dura de ocho a 10 días, después

de la ovulación y que representa el periodo de máxima actividad del cuerpo lúteo. Si no ha ocurrido la gestación, se inicia un proceso de regresión y destrucción. (Dexeus, S., et al., 1970).

En el momento de su desarrollo máximo el cuerpo lúteo mide de uno a dos cm. de diámetro, puede sobresalir ligeramente de la superficie ovárica y presenta un intenso color amarillo debido a un pigmento carotinoide. (Dexeus, S., et al., 1970).

Aunque la actividad hormonal del cuerpo lúteo desaparece en los últimos días del ciclo y se acentúa la hialización y la fibrosis, la desaparición completa puede requerir varios meses. En esta fase de regresión funcional e histológica en la cual se produce la degeneración de elementos nobles, recibe el nombre de cuerpo albicante (corpus albicans). (Botella, J., et al., 1982; Dexeus, S., et al., 1970; Jeffcoate, N., 1979; y Robert, H., et al., 1976).

En el curso de cada ciclo ovárico maduran diversos folículos, pero uno solo es seleccionado azarosamente, para la ovulación; los restantes degenerarán, junto con el ovocito. Este fenómeno puede suceder en cualquier etapa del desarrollo folicular, incluso en las más atrasadas y conduce a la formación en el ovario de los llamados cuerpos atrésicos. (Figs. 4 y 10). (Botella, J., et al., 1982; Dexeus, S., et al., 1970; Jeffcoate, N., 1979; y Robert, H., et al., 1976).

### 3. Función Endometrial.

Las manifestaciones que caracterizan al ciclo uterino, están dominadas por una de ellas, llamada menstruación, episodio cíclico que durante mucho tiempo ha servido para denominar incluso al ciclo femenino con el nombre de ciclo menstrual. La menstruación produce cambios característicos del endometrio. (Dexeus, S., et al., 1970).

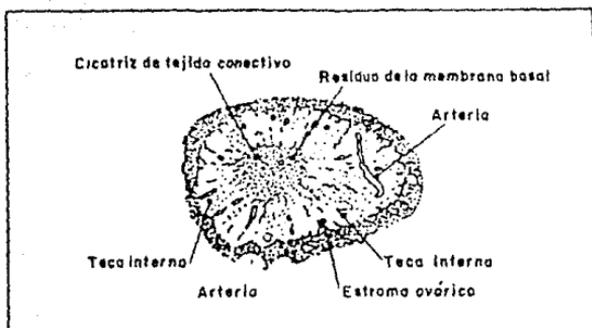


Fig. 10. Esquema de un cuerpo atresico.

De Dexeus, S., et al., Tratado de Ginecología. (Barcelona: Salvat, 1970), pág. 62.

La mucosa uterina es la parte del aparato genital que traduce más visiblemente los diversos cambios de la secreción gonadal. Ello tiene una explicación: la gran importancia que el endometrio reviste para la implantación del huevo, por un lado y en el caso de que no exista gestación, para que esta zona del útero se mantenga en actividad para reiniciar el ciclo. Los cambios que a continuación se describen, se efectúan en la parte superior del endometrio conocida como capa funcional. La basal, de 1 mm. de espesor, no sufre transformación alguna y representa una reserva estable que la naturaleza guarda para la regeneración de la capa superior destinada a la desintegración. (Dexeus, S., et al., 1970; Jeffcote, M., 1979; y Robert, H., et al., 1976).

En general el endometrio contiene: glándulas que abocan al exterior, pero cuyo fondo se halla en la basal; estroma, formada por tejido conjuntivo con células de aspecto variable; vasos linfáticos y sanguíneos. (Dexeus, S., et al., 1970; y Jeffcote, M., 1979).

Si partimos del momento cero del ciclo uterino, que

corresponde al comienzo de la hemorragia menstrual<sup>14</sup> y coincide con el desmoronamiento absoluto de la capa funcional, podemos resumir el conjunto de fenómenos endometriales que ocurren durante el ciclo en tres fases concretas (Botella, J., et al., 1982):

- a. Fase de menstruación o de descamación.
  - b. Fase proliferativa o estrogenica o preovulatoria.
  - c. Fase secretoria o progesterónica o postovulatoria.
- 
- a. Fase de menstruación.

La fase menstrual del ciclo se caracteriza por la desintegración y exfoliación de las capas funcionales del endometrio, la compacta y la esponjosa, que abarcan aproximadamente tres cuartas partes del revestimiento uterino. Solo la capa basal funcional, a partir de la cual se produce la regeneración y renovación del endometrio permanece intacta. (Phillipp, E., et al., 1972).

La menstruación es una hemorragia por privación hormonal. Se produce por un brusco descenso de los estrógenos. En tanto el nivel de estrógenos se mantiene elevado y fijo la hemorragia no aparece. En el ciclo, los estrógenos van aumentando poco a poco en sangre. Al romperse el folículo, la tasa estrogenica disminuye ligeramente, pero como el cuerpo amarillo también es productor de esta hormona, el nivel hormonal sigue elevado, y la menstruación no aparece. Al finalizar la fase premenstrual, se establece un descenso brusco de los estrógenos y este descenso es el que da origen a la menstruación. (Botella, J., et al., 1982).

El proceso de descamación es iniciado unos dos días antes de la verdadera aparición de la hemorragia menstrual, en el momento

---

14. Como el principio de la menstruación se reconoce fácilmente por ser la única fase visible, se acostumbra contar los días del ciclo considerando el primer día de la menstruación como el "día 1" del ciclo. Esto es equivocado desde el punto de vista biológico, pues la menstruación en realidad es la terminación del ciclo, pero resulta el método más práctico y aceptable. (Flörken, E., 1958).

de suprimir el estímulo de crecimiento procedente del cuerpo lúteo. Por lo tanto, el fenómeno menstrual externo no es más que la exageración o consecuencia de todas las alteraciones endometriales. Se inicia mediante la disminución del flujo de sangre, pérdida de la secreción granular, picnosis de las células epiteliales y desaparición del edema estromal. El mayor rizado de las arteriolas espirales que resulta del encogimiento del endometrio crea una congestión circulatoria, que conduce a una mayor hipoxemia de los tejidos. Esto va seguido de una vasoconstricción de las arteriolas espirales que origina la necrosis focal de sus paredes y hemorragia. La sangre menstrual no se coagula fácilmente a menos que permanezca en la vagina durante largo tiempo. Esto puede tener dos explicaciones, por un lado se supone que la sangre eliminada en la descarga menstrual carece de protombina y de fibrinógeno, que son los ingredientes esenciales para la coagulación. Por otro lado se propone que la sangre menstrual ha sido coagulada y los coágulos son disueltos en la cavidad endometrial por un agente lítico no identificado. (Pepper, H., et al., citados por Phillip, E., et al., 1972, pág. 150). De la mitad a las tres cuartas partes de la descarga menstrual están constituidos por sangre; el resto contiene elementos no hemáticos, tales como moco, fragmentos de tejido endometrial con macrófagos, histiocitos, células cebadas y epitelio vaginal descamado. La secreción menstrual contiene también colesterol, estrógeno, una variedad de lípidos y una euglobulina. No todas las porciones del endometrio en descamación sangran de forma simultánea. La reaparición y regeneración del endometrio a partir de las células que revisten los restos de las glándulas existentes en la zona basal (capa no afectada por la pérdida de sangre a partir de las arteriolas espirales a causa de que la arteria que las nutre es recta), son microscópicamente evidentes en algunas de las zonas denudadas mientras que otras zonas del endometrio permanecen aún sangrantes. (Phillip, E., et al., 1972).

La menstruación dura en promedio unos cuatro días, su flujo no es igual todos los días. En general se inicia el primer día con una ligera pérdida que se intensifica el segundo y el tercero. El cuarto día cesa la hemorragia. La duración de la

menstruación es distinta en cada mujer. La intensidad de la hemorragia es también muy variable, lo normal oscila entre 50-150 ml. durante toda la menstruación, después de varios partos las mujeres sangran más que las que no tienen hijos. A partir de los 40 años de edad la pérdida menstrual tiende a disminuir. (Kern, G., 1978).

b. Fase proliferativa.

Esta fase se produce durante el periodo de crecimiento folicular, desde el final de la menstruación hasta el momento de la ovulación. Esta es la fase de reconstrucción y crecimiento endometrial, respuesta al estrógeno segregado por la teca interna de los folículos en desarrollo; el endometrio alcanza durante este tiempo un grosor de más de tres mm. Al comienzo de esta fase las glándulas endometriales, revestidas por células cilíndricas moderadamente bajas con núcleos irregularmente localizados, son estrechamente tubulares y muy separados entre sí. Las figuras mitóticas se hacen numerosas, y los vasos sanguíneos empiezan a correr hacia arriba desde la capa basal hacia la zona superficial del endometrio donde se desarrolla un retículo capilar. A medida que la ovulación se aproxima y se alcanza la porción terminal de esta fase del ciclo endometrial, las glándulas se hacen más numerosas y quedan revestidas por células de tipo cilíndrico con núcleos centralmente colocados; existe un aumento de la fosfatasa alcalina y de la ribonucleoproteína en el endometrio, en especial en las células superficiales y glandulares. (Phillipp, E., et al., 1972).

Durante la fase proliferativa del ciclo, se producen en el ovario dos procesos separados: el cuerpo luteo del ciclo precedente continúa desintegrándose y crecen nuevos folículos. Uno de estos últimos llega al estadio del folículo de Von Graaf preparatorio de la ovulación; los otros funcionan activamente segregando estrógeno y se pierden más tarde mediante atresia. (Phillipp, E., et al., 1972).

### c. Fase secretoria.

El cambio en el endometrio es gradual durante el curso de una semana. Las glándulas se hacen cada vez más tortuosas y se llenan de secreción; su mayor tamaño las aproxima más. Durante la fase secretoria se produce en el endometrio un aumento progresivo en la vascularización. La intensa influencia del estrógeno sobre las glándulas cervicales productoras de moco y sobre el epitelio escamoso de la vagina es modificada durante la fase secretoria por la progesterona. La cantidad de moco cervical disminuye. El epitelio vaginal presenta una alteración del proceso de cornificación. Las células descamadas contienen ahora núcleos vesiculosos relativamente grandes y un citoplasma granuloso. (Phillipp, E., et al., 1972).

La duración del ciclo varía con la edad, entre los 13 y los 17 años de edad se observa una duración promedio de  $37.4 \pm 9.4$  días, mientras que en las mujeres entre los 40 y los 52 años de edad el intervalo es de  $28.4 \pm 4$  días. Existen diferencias individuales, también en la misma mujer pueden sucederse ciclos de distinta duración. (Katchadurian, H., et al., 1985; y Kern, G., 1976).

Dada la descripción particular de los diferentes fenómenos del ciclo menstrual conviene agruparlas en forma global y cronológica con lo que podrá comprenderse mejor su interdependencia y regulación. (Kern, G., 1976).

La semana biológica, sirve para medir el ciclo femenino a base de cuatro unidades, son cuatro semanas, es decir, 28 días. Aunque se corre el riesgo de caer en un excesivo esquematismo, se intentará resumir en cada una de las semanas, todo lo que acontece en el ciclo. (Kern, G., 1976).

La intervención de los distintos órganos en los fenómenos cíclicos es desigual. Unos participan activamente como promotores (ovarios, hipófisis); algunos son efectores sensibles de ambas

hormonas gonadales (útero y vagina); otros, finalmente, responden únicamente a uno u otro de los estímulos hormonales (estrógenos y progesterona). (Kern, G., 1976).

Se agruparán inicialmente las dos primeras semanas en la primera fase, denominada ovulatoria, por ser éste su fin; las dos semanas restantes constituirán la segunda fase, llamada progestacional. Con esto queda bien establecido el esquema normal, que por esta razón se califica de bifásico. (Dexeus, S., et al., 1970; y Kern, G., 1976). En la Fig. 11 se expresa gráficamente la totalidad del proceso menstrual.

#### Primera fase.

Primera semana. Desaparecida la acción inhibitoria de las hormonas gonadales sobre el sistema hipotálamo-hipofisario se libera el impulso nervioso central y, a través del hipotálamo, efectúa una estimulación neurohormonal sobre la adenohipófisis. Esta secreta HEF y progresivamente HL, hormona que por vía sanguínea actúan sobre el ovario y determinan el desarrollo y secreción foliculares. (Dexeus, S., et al., 1970).

El aumento de la actividad estrogénica del ovario repercute sobre toda el área genital. El endometrio en plena actividad menstrual muestra pronto un impulso proliferativo a expensas de la basal intacta. El miometrio que independiente de la acción hormonal, se contrae para dar paso a la sangre y detritos menstruales, sufre a los pocos días una retracción inicial. A nivel del istmo se inicia una relación que se acentuará hasta el final de la segunda semana. La vagina manifiesta en las extensiones una progresiva disminución del moco, leucocitos y células vasófilas intermedias. La vulva, a la luz fluorescente, presenta una luminiscencia púrpura. (Dexeus, S., et al., 1970).

En la mama se insinúa una proliferación de los conductillos menores y la curva de la temperatura basal se mantiene baja después del brusco descenso menstrual. Es notable una estabilidad psicosexual. (Dexeus, S., et al., 1970).

**CICLO MENSTRUAL**

OVARIO		ENDOMETRIO	
Día :	ETAPAS	Día :	ETAPAS
1-15	 Preovulatoria Follicular	1-4	 Descamación (menstrual)
		3-5	 Regeneración (Postmenstrual, reparación, reposo).
		5-14	 Proliferación (Intervalo, estrógeno).
14-15	 Ovulación		
15-23	 Postovulatoria Funcional Cuerpo amarillo	14-20	 Secreción (premenstrual, luteínico; progestacional)
23-28	 Postovulatoria En regresión Cuerpo		

EVENTOS  
EN:

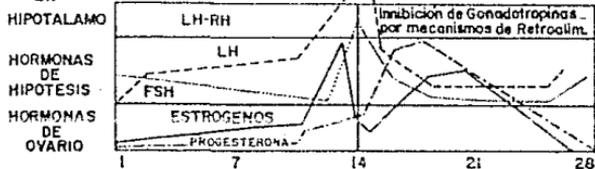


Fig. 11. Ciclo Menstrual.  
 De Fluhman, F., Tratamiento de los Trastornos Menstruales. (México: Interamericana, 1958), pág. 103.

Segunda semana. Con la secreción estrógena aumentada se reduce progresivamente la presencia de HEF, pero aumenta la actividad estrogénica, el folículo madura y al final de esta semana se produce la ovulación. (Dexeus, S., et al., 1970).

Con el auge estrogénico el endometrio completa su proliferación y aumenta de espesor. El miometrio adquiere mayor poder contráctil y el istmo se relaja para favorecer el ascenso espermático. El moco cervical se torna filante, transparente y cristaliza totalmente. La vagina descama células aisladas grandes, aplanadas, de núcleo pignótico y predominantemente acidófilas. La proliferación mamaria continúa y persiste el descenso de la temperatura basal, aunque en algún caso se observa una pequeña oscilación ovulatoria. También se ha señalado un aumento del deseo sexual. (Dexeus, S., et al., 1970).

#### Segunda fase.

Tercera semana. La formación del cuerpo amarillo muestra el predominio de la HL. La renovada producción estrogénica contribuye al descenso de la HEF pero el hecho nuevo y característico es el inicio de la producción de progesterona por parte del cuerpo amarillo, gracias a la aparición de la prolactina. A medida que la producción progesterónica aumenta es notable una progresiva inhibición de la HL. (Dexeus, S., et al., 1970).

La progesterona modifica profundamente el aparato genital. El endometrio termina de proliferar y se transforma en secretorio; el miometrio disminuye su contractibilidad; el istmo se cierra y el moco cervical va perdiendo progresivamente fluidez y transparencia. En la vagina, disminuyen las células cariopignóticas. Se pliegan las superficiales y aparecen las intermedias. La temperatura basal es característica; se produce un ascenso brusco postovulatorio y la gráfica térmica permanece relativamente elevada. El estado psicosexual se orienta hacia una mayor concentración de la mujer sobre sí misma, con una disminución del deseo sexual. (Dexeus, S., et al., 1970).

Cuarta semana. Después de unos días de notable plenitud del cuerpo lúteo se produce su decadencia, y con ello disminuye la secreción progesterónica y la estrogénica. La luteólisis ocurre por ausencia de una concepción y se origina por inhibición de la prolactina por un mecanismo neural de simultánea estimulación hipofisiaria de HEF-HL que será necesaria para organizar el nuevo ciclo. La influencia progesterónica acentúa al máximo las manifestaciones secretorias del endometrio, el brusco descenso hormonal determina los cambios que caracterizan al desmoronamiento premenstrual, con su importante participación vascular. El miometrio se contraerá al final para un vaciado menstrual, al mismo tiempo que cesa la contracción ístmica. La vagina que descamaba células plegadas y cada vez más elementos celulares intermedios, ahora elimina moco y leucocitos. (Dexvus, S., et al., 1970).

La actividad hormonal de signo gestacional persiste y aparece una disminución de la tolerancia de la glucosa. El metabolismo basal es más elevado y existe una retención de agua y de sodio,<sup>15</sup> con tendencia a los fenómenos de fragilidad vascular. La temperatura basal permanece alta, desciende bruscamente horas antes de comenzar la menstruación. Desde el punto de vista psíquico hay un aumento del deseo sexual, una hiperafectividad y a menudo depresión, con irritabilidad y ansiedad.<sup>16</sup> (Dexvus, S., et al., 1970).

El ciclo menstrual forma parte de nuestra vida, puesto que con él convivimos desde la adolescencia hasta la menopausia. Y como parte integral de nuestro cuerpo deberíamos responsabilizarnos por investigar como funciona. Sin embargo, durante varias generaciones se nos han transmitido ideas falsas con respecto a la menstruación, esto tiene que ver con un total desconocimiento del fenómeno menstrual. Muchas de nosotras apenas nos informamos sobre "eso" que nos pasaba en consultas a otras amigas un poco mayores. De pronto

---

15. Por la acción metabólica de la progesterona.

16. Características sintomáticas del Síndrome de Tensión Premenstrual, descritos en el capítulo III.

alguna madre progresista se animaba a enfrentar a su hija con las verdades de la vida y sentándose a su diestra intentaba una ambigua explicación.

La menstruación es un hecho que hace sentir a las mujeres "diferentes" de los varones. Lo popular y la superstición rodearon de mitos a una función tan normal como lo es la menstruación. De los mitos nacieron los tabúes, provocando vergüenza y autorrepulsión con relación a la menstruación. De todas estas imposiciones, se dedujo que la menstruación tenía algo de sucio y bastante de vergonzoso. En cambio, no se les enseñó claramente, todo lo que era y representaba la menstruación. No se les dijo que cada mes el útero se preparaba para la función de la reproducción, que bajo la influencia de hormonas la mucosa interna de ese órgano se modifica con vistas a un posible embarazo y que si esos preparativos resultan innecesarios, el huevo es liberado junto con la mucosa enriquecida.

A través de este capítulo se ha podido observar como es que se presenta la menstruación, ahora que se conoce cual es la causa fisiológica, se debe luchar por derribar todos los mitos que la rodean. La menstruación debe ser vivida con naturalidad y seguridad; debe cambiar la actitud mental hacia esta manifestación fisiológica y esperar su llegada con buena disposición. Sin embargo, desafortunadamente el grueso de la población femenina desconoce totalmente como funciona su genitalidad, y por ende carece de información sobre su ciclo menstrual. Esto ocasiona que los mitos, a pesar de lo absurdo que parezcan sigan subsistiendo a través del tiempo. Así mismo, con el hecho de no aceptar la presencia de la menstruación se ha llegado al extremo de ignorar algunos trastornos vinculados con ella, como lo es el *Síndrome de Tensión Premenstrual*, los cuales pueden ser controlados con una adecuada consulta médica.

Por lo tanto se considera que una educación sexual, sin sexismos durante la primaria,<sup>17</sup> ayudaría a que la población cambiara su actitud, hacia la sexualidad y específicamente hacia la menstruación, por una actitud positiva que permita el libre ejercicio de la sexualidad humana.

---

17. Porque el nivel escolar de la población mexicana es de primaria.

## CAPITULO III

### SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL

Durante mucho tiempo los estudios hechos sobre el ciclo hormonal femenino fueron enfocados únicamente a cuestiones endocrinas, se creía que los cambios hormonales solamente traían consigo alteraciones fisiológicas. En la actualidad existen estudios tanto conductuales como electrográficos, que han demostrado que las hormonas ováricas (estrógenos y progesterona) no actúan exclusivamente en el endometrio, sino que tienen efectos estimulantes sobre el Sistema Nervioso y sobre la conducta. Se ha encontrado que las fluctuaciones cíclicas de las hormonas gonadales femeninas se asocian con la vida emocional de la mujer. La mayoría experimentan una serie de alteraciones psicológicas y somáticas menores, durante unos pocos días antes de iniciarse la menstruación.<sup>18</sup> Una vez que se produce la menstruación, estas alteraciones suelen desaparecer por completo en algunas mujeres, mientras que en otras, los síntomas pueden persistir hasta finalizar la menstruación e incluso, uno o dos días después.

Cuando estas modificaciones son lo suficientemente importantes como para alterar el estado normal de la mujer, pueden tener un impacto social importante en ella misma, en sus relaciones y el trabajo. (Sanders, D., et al., 1983; y Keyer, W., 1987).

---

18. Dilton, K., (1967), considera que el STPM ocasionalmente puede presentarse durante la ovulación.

Dichas modificaciones constituyen el *Síndrome de Tensión Premenstrual (STPM)*. (Altman, M., et al., Dalton, K., Fertin, J., et al., y Pees, L., citados por Steiner, M., et al., 1989 Aug, pag. 177; y Frank, R., 1931).

Durante muchos años se ha estudiado al *STPM*, pero hasta la fecha no se han podido establecer con exactitud las causas que lo determinan. Desde 1847, Dewees, W., (citado por Fluhmann, F., 1958, pág. 126), dijo que la menstruación "excepcionalmente deja de ser anunciada por una variedad de síntomas, de mayor o menor gravedad y peligro". Este hecho no se advirtió hasta 1931, cuando Frank, R., hizo notar estos trastornos y los denominó Tensión Premenstrual. Laws, E., (1983) (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 45), indica que las actitudes hacia este síndrome parecen haber cambiado, ya que en 1938 se trataba de ninfómanas a las pacientes con *STPM*, idea que actualmente nadie sostiene. Posteriormente, entre los 40s y 50s cuando el término ya formaba parte del vocabulario médico pero no se le prestaba mucha atención, se manifestó un interés general en estudiar al *STPM* en relación con mujeres encarceladas o en tratamiento psiquiátrico. Probablemente este hecho coincidió con el periodo de expansión de la industria farmacéutica, por lo cual la idea de que *STPM*, se pudiera tratar con fármacos pudo resultar atractiva.

Sin embargo, es en 1954 cuando Green, R., y Dalton, K., (citados por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 45 y 46) inauguran el comienzo de la era moderna del *STPM*. Desde entonces, Dalton ha publicado numerosos artículos y libros de divulgación que contienen sus teorías sobre el *STPM*, en los cuales se atribuyen innumerables problemas que incluyen el suicidio. Así mismo, Dalton se convirtió en la primera defensora del tratamiento del *STPM* con progesterona o progestágenos sintéticos. En los años 70s proliferaron todo tipo de publicaciones sobre el tema y se difundieron, principalmente los trabajos de Dalton. Pero ha sido apenas en los últimos años cuando el *STPM* ha llamado la atención de gran parte de la población y cuando se ha desarrollado una verdadera polémica entre los distintos planteamientos del problema. Quizás gran parte del auge que se le

ha dado a la investigación del *STPM* se debe a su incidencia, ya que a través de diversos estudios se ha encontrado que un buen número de mujeres padecen este síndrome en distintas proporciones. Ya en 1934, Sweeney, J., (citado por Dalton, K., 1987, pág. 55), encontró una incidencia del 30% en mujeres sanas. Israel, S., (1938) (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 61), mencionó que los síntomas del *STPM* afectaban al 40% de las mujeres que poseían buena salud. Fluhmann, F., (1945) (citado por Dalton, K., 1987, pág. 55) calculó una incidencia del 80%. Stieglitz, E., et al., (1949) (citados por Dalton, K., 1987, pág. 55), encontraron una prevalencia del 66% en 67 mujeres. Morton, J., (1950) (citado por Johnson, S., 1987, pág. 350) y Sanchez, C., (1986) mencionan que las molestias premenstruales leves las sufren casi el 50% de las mujeres, en cambio el *STPM* severo se presenta de un 5 a un 10% y suele causar un deterioro en el bienestar físico y psíquico de la mujer que lo padece. En 1951, Bickers, B., et al., (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 61), estudiaron el *STPM* y dedujeron que lo padecían el 36% de las mujeres que trabajaban en la fábrica Richmond en Virginia. Rees, L., en 1958 (citado por Dalton, K., 1987, pág. 55), encontró una incidencia del 79% entre 51 mujeres normales.

Actualmente, los datos del número de mujeres afectadas por el *STPM* son muy variados. Sampson, G., et al., (1977) (citados por Sampson, G., et al., 1980, pág. 227), realizaron un estudio control en donde el 71% de su muestra informó tener síntomas premenstruales. Van Keep, P., et al., (1981) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 61), indican que el *STPM* es un trastorno que afecta al 25-50% de las mujeres que están en edad reproductiva; también indican que el 65% de las mujeres han padecido alguno de los síntomas del *STPM* en alguna ocasión. Pedersen, C., et al., (1981) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 62), encontraron que el 97% de las mujeres estudiadas informaron que al menos padecían un síntoma en el periodo premenstrual; mientras que sólo el 19% solicitó tratamiento para estos síntomas. Por su parte, Hargrove, J., (1982) (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 62), indica que la mitad de las mujeres en edad reproductiva padecen alguno de los síntomas del

*STPM* y que el 10% de estas están severamente incapacitadas por estos síntomas. Como indican Lauersen, N., et al., (1983) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 62), el New York Times publicó un artículo en el que se dice que entre el 20 y el 95% de las mujeres están afectadas por el *STPM*. Ylöstato, P., (1984) (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 62), indican que la incidencia media de este síndrome es del 40%, pero debido a que incluye una gran variedad de síntomas, hay grandes diferencias entre la incidencia de estos, así como en su severidad. Rauch, J., (1982) (citado por Blume, E., 1983, pág. 2865), estima que del 70 al 90% de las mujeres que menstrúan, experimentan algunas molestias premenstruales, mientras que del 20 al 40% sufren síntomas más graves.

Se han efectuado pocos estudios fuera de las naciones industrializadas de occidente, o en países no industrializados. En una entrevista realizada en una pequeña muestra de mujeres israelíes, Most, A., et al., (1981) (citados por Johnson, S., 1987, pág. 352), hallaron que solo el 30% tenían síntomas premenstruales; concluyeron que esos resultados apoyaban la idea de que las expectativas culturales afectan la manifestación de los síntomas. No obstante, señalan que el idioma hebreo no registra un equivalente de "*STPM*" y que esto puede afectar la manera como las mujeres informan los síntomas o incluso determinar que no lo hagan. Janiger, O., et al., (1972) (citados por Johnson, S., 1987, pág. 352), en un estudio piloto de culturas muy divergentes, incluyeron mujeres turcas, nigerianas, estadounidenses, indias apaches, griegas y japonesas. Las mujeres de todos los grupos informaron cambios premenstruales típicos, como irritabilidad, fatiga, depresión y retención de líquidos. Los síntomas individuales variaron en frecuencia e intensidad entre los grupos; las turcas y las nigerianas señalaron la frecuencia más alta y las japonesas la más baja. Los autores concluyeron que los síntomas del *STPM*, si bien variables son universales. (Magos, L., et al., 1983 Dec).

Así mismo, han habido estudios sobre diferencias raciales en relación con molestias premenstruales. Ferguson, J., et al.,

(1957) (citados por Stout, A., et al., 1986 Nov, pág. 1436), compararon los síntomas físicos y emocionales de 75 blancas y 75 negras empleadas de un hospital; un alto porcentaje de ambos grupos (blancas=92% y negras=91%) reportaron síntomas del *STPM*. Stout, A., et al., (1986 Nov), evaluaron los síntomas premenstruales en una muestra representativa de mujeres blancas y negras para observar si hay diferencias entre ellas. No hallaron diferencia en la prevalencia o severidad de los síntomas premenstruales reportados por las mujeres blancas y negras, excepto por una mayor prevalencia de deseo de comida entre negras.

Al resumir los estudios anteriores podemos llegar a la conclusión que la proporción de mujeres menstruantes, identificadas con cambios premenstruales, lo suficientemente severos como para que sean consideradas como *STPM*, continúa cayendo pues se creía que era del 70% y ahora se ha encontrado que es de 2 a 8%. (Clare, A., 1985).

Aún después de 50 años de estudio no se ha encontrado un nombre apropiado al síndrome, ya que varios términos han sido empleados para describir los síntomas físicos y psicológicos que han sido observados, (Marriott, A., et al., 1986), por ejemplo: Síndrome Cíclico, Sutherland, H., et al., (1965) (citados por Bernsted, L., et al., 1984, pág. 456), proponían este término, cuando más de dos molimina<sup>10</sup> ocurren ciclicamente. El término "Estado de Tensión Cíclica" fue sugerido por la condición irregular, cuyos rasgos dominantes incluyen los de la tensión cíclica, física y emocional. Ambos términos nunca ganaron aceptación general.

"Síndrome Premenstrual" y "Tensión Premenstrual". (Marriott, A., et al., 1986). Por un lado el término "Premenstrual" tiende a ignorar los síntomas similares que parecen tener la misma

---

10. Molimina: trastornos que acompañan al flujo sanguíneo menstrual.  
Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1974.

etiología y que se dan durante la menstruación y la ovulación. Por otro lado el término "Tensión Premenstrual" enfatiza la tensión, siendo que es solo un síntoma del síndrome y su empleo hace confuso el diagnóstico cuando no existe o no es tan intensa y es opacada por otros síntomas más evidentes. Además, cuando se subrayan los síntomas psicológicos resulta fácil insinuar una etiología psicológica (Dalton, K., 1967). Sin embargo, Lloyd, T., (1963) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 11) y Pasqualini, R., et al., (1984) consideran que el nombre de *Síndrome de Tensión Premenstrual* es altamente descriptivo pues define tanto la tensión emocional como la tisular (el edema intracelular) en la fase premenstrual.

En 1950 Morton, J., (citado por Johnson, S., 1987, pág. 350), hace una diferenciación entre Síndrome Premenstrual o *STPM* y los casi omnipresentes cambios premenstruales más leves. El término "Cambio Premenstrual" se ha usado genéricamente para referirse a síntomas físicos o emocionales recurrentes, característicos de la fase progestacional, los cambios premenstruales específicos pueden ser positivos o negativos (Halbreich, U., et al., 1982 Jan). Los positivos suelen pasar inadvertidos, por ejemplo: algunas mujeres experimentan un incremento en la energía, que origina mejor productividad laboral. Los síntomas premenstruales se han descrito como parte de los ciclos ovulatorios normales y se han denominado "moliminas", en la mayoría de la mujeres son leves y breves, y sólo son un aviso de que va a empezar la menstruación (Johnson, S., 1987). Todas la formas de incomodidad relacionadas con la fase premenstrual no son necesariamente consideradas como síntomas de enfermedad que deben ser tratados. La mayoría de la mujeres experimentan los cambios en el ánimo como naturales (Hallman, J., 1986).

Los cambios premenstruales no deben catalogarse como *STPM* a menos que sean lo suficientemente intensos. Dicha intensidad puede valorarse al conocer que tanto afectan los síntomas la vida diaria de la mujer. Son cambios premenstruales importantes los que afectan la eficiencia laboral o las interacciones en la familia, intentos suicidas, uso de alcohol o drogas, aislamiento social y

otras conductas disfuncionales, así como antecedentes de búsqueda de tratamiento. (Johnson, S., 1987).

Existe una gran dificultad para definir este síndrome, ya que a la fecha no hay un consenso entre investigadores y clínicos en relación al número, duración, combinación y/o variedad de los síntomas. Se han hecho esfuerzos para delinear las diferentes dimensiones del cambio premenstrual y para estudiar la correlación de sus diversos tipos y modelos. (Aplanaip, J., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 51; y Halbreich, U., et al., 1982 Jan). Todo ello provoca la falta de consenso ante la determinación de la existencia de diversos *STPH* versus un único *STPH*. En este sentido, Moos, R., (1988) (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 51) identificó ocho grupos de síntomas: dolor, concentración, cambios en el comportamiento, reacciones autonómicas, retención de agua, afectividad negativa, estimulación y control. Halbreich, U., et al., (1982 Jan), utilizando el Premenstrual Assessment Form (PAF), indicaron la siguiente clasificación que incluye: síndromes depresivos mayores y menores, ansiedad, impulsividad, estado mental "orgánico", retención de agua, dolor general, reacciones autonómicas, fatiga, funcionamiento social deteriorado y bienestar disminuido.

Por su parte Abraham, G., et al., (1987 Jun), consideran que el *STPH* se puede dividir en cuatro subgrupos: TMP-A, TMP-H, TMP-C y TMP-D. El primero, que es el más común comprende ansiedad premenstrual, irritabilidad y tensión nerviosa que en ocasiones se expresa en patrones de conducta que van en detrimento de la propia mujer, de su familia y de la sociedad. El segundo grupo está asociado con retención de agua y de sal, hinchazón abdominal, dolor de mamas y aumento de peso. El tercer grupo está caracterizado por ansiar dulces, aumento del apetito y una ingestión desenfrenada de azúcar que provoca palpitaciones, fatiga, debilidad, dolor de cabeza y a veces temblores. Por último el cuarto grupo que es el menos común pero el más peligroso porque el suicidio es más frecuente en este grupo, comprende síntomas de depresión, abandono, insomnio, falta de memoria y confusión.

Por último, Van Keep, P., et al., (1987) (citados por Johnson, S., 1987, pág. 351), hicieron un intento de subcategorización. Identificaron y clasificaron tres categorías mutuamente excluyentes: grupo A: síntomas primarios por retención de líquidos y secundarios, que incluyen malestar general y fatiga; grupo B: los síntomas primarios fueron "nerviosos" y los secundarios incluyen retención de líquidos y dolor; grupo C: los síntomas primarios de dolores con síntomas "nerviosos" mucho menos importantes. A pesar de que la tendencia actual está en la línea de considerar al *STPH* como diversos síndromes, no está claro como indican Bancroft, J., et al., (1985) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 52), como deben categorizarse: o bien reflejen tipos diferentes de un proceso cíclico o diferentes sensibilidades o reacciones psicológicas al mismo patrón cíclico básico o unitario. Además, ninguno de los procedimientos utilizados tienen criterios específicos de inclusión y exclusión con puntos separados que ayuden en la diferenciación de los subtipos de cambio en el humor, en el comportamiento o en las condiciones físicas. (Aplanalp, J., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 51).

A pesar de que se reconoce la diversidad de los aspectos premenstruales han habido esfuerzos para derivar definiciones más específicas de un *STPH* único que combine las diversas dimensiones del cambio premenstrual. (Aplanalp, J., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 51). Por ejemplo, Morton, J., (1950) (citado por Johnson, S., 1987, pág. 350), define a la Tensión Premenstrual como un complejo sintomático que empieza de 10 a 14 días antes de la menstruación, alcanza su máximo poco antes de la misma y desaparece con gran rapidez después de iniciado el flujo menstrual.

Graber, E., (1963), propone que la Tensión Premenstrual es un conjunto de disturbios emocionales que se ponen de manifiesto de 10 a 14 días antes del comienzo de la menstruación. Los síntomas parecen empeorar progresivamente en la semana que precede inmediatamente a la menstruación y son aliviados con el comienzo del flujo menstrual.

En 1965, Sutherland, H., et al., (citados en Lancet, 1981, pág. 1393), definieron al *STPM* como cualquier combinación de características físicas o emocionales que ocurren cíclicamente en una mujer antes de la menstruación y que regresa o desaparece durante ésta.

En 1975, Smith, S., definió al Síndrome Premenstrual como una recurrencia episódica del ánimo irritable, ansiedad, tristeza, dolores, enfermedades y retención de líquidos, todos los síntomas complejos son delimitados a cinco días antes o precediendo inmediatamente a la menstruación o mínimamente después de ella.<sup>20</sup>

Psycherembel, W., (1977), lo define como determinadas molestias con características generales y locales que aparecen durante la segunda mitad del ciclo, generalmente durante los últimos 10 días antes de presentarse la hemorragia menstrual, esto es desde el décimo octavo hasta el vigésimo octavo día del ciclo.

Dalton, K., (1980 Jul, Aug y Oct), define al *STPM* como la presencia de síntomas recurrentes en la ovulación o después de ella, que se incrementan durante el premenstruo y persisten en la menstruación, con completa ausencia de síntomas en la fase postmenstrual, por un lapso mínimo de siete días o hasta la ovulación.

Sampson, G., (1981), definió al síndrome como cualquier combinación de características emocionales o físicas, que toman lugar clínicamente en las mujeres antes de la menstruación y que sufren una regresión o desaparición hasta el final de la menstruación.

En el Instituto Nacional para la Higiene Mental (INHM) en Rockville, en 1983, (citado por Blume, E., 1983, pág. 2856), un grupo de investigadores definió operacionalmente al *STPM* como

---

20. Smith no especifica cuántos días después de la menstruación se pueden presentar los síntomas premenstruales.

cambios marcados en intensidad de síntomas medibles (diariamente) de un ciclo de cinco a diez días, que se intensifican durante los seis días anteriores a la menstruación cuando menos en dos ciclos anteriores consecutivos.

Freinhar, J., (1984) define al *STPM* como un desorden psicológico que aflige a la mujer por cuatro o cinco días antes de iniciarse la menstruación y que continúa durante dos o tres días después de haber terminado ésta.

Stout, A., et al., (1986) lo definen como una constelación de cambios premenstruales, incluyendo los síntomas cognitivos, afectivos, de comportamiento y somáticos que regularmente ocurren durante la fase lútea (aproximadamente 14 días antes de la llegada de la menstruación) del ciclo menstrual.

Rubinow, D., et al., (1984) definen al *STPM* como la ocurrencia cíclica de síntomas que son tan severos que interfieren con algunos aspectos en la vida de quien los presenta, los cuales aparecen en forma consistente, prediciendo la menstruación.

Price, W., et al., (1985), definen al síndrome como una colección compleja de síntomas conductuales, psicológicos y físicos que ocurren en forma repetida, aproximadamente cada 28 días, durante el periodo premenstrual (cuatro días antes de la menstruación).

Strickler, R., (1987), por su parte señala que los síntomas del *STPM* ocurren en la fase progestacional del ciclo, con un aumento premenstrual y un receso postmenstrual libre de síntomas, que dura más de siete días.

Mientras las definiciones varían ampliamente, el *STPM* es típicamente caracterizado por:

- a. Una agrupación específica o agrupaciones.
- b. La severidad de la experiencia.
- c. La naturaleza del tiempo limitado.

d. La repetida ocurrencia de estos síntomas debilitantes durante ciclos (Reid, R., citado por Brooks-Gunn, J., 1986, pág. 505; y Steiner, M., 1980).

Casi todas las definiciones del *STPN* subrayan que los síntomas encontrados en la fase progestacional deben estar ausentes en la semana siguiente a la menstruación. No obstante, debe recordarse que el *STPN* puede superponerse a otros trastornos, tanto físicos como mentales. (Berlin, F., et al., 1982; y Johnson, S., 1987).

Por nuestra parte y para los fines de la presente investigación definiremos al *STPN* como una presentación cíclica de malestares psicofisiológicos, que se manifiestan después de la ovulación, 14 días antes de la menstruación;<sup>21</sup> estos malestares decrecen con la aparición de la menstruación y desaparecen aproximadamente dos días después de finalizar esta.<sup>22</sup>

#### ETIOLOGIA.

La compleja interacción entre factores culturales, biológicos y psicológicos, que se relacionan con el ciclo menstrual, por años han intrigado y confundido aquellos estudios sobre el fenómeno. La fascinación surge en parte porque el ciclo reproductivo femenino ocurre mensualmente; exhibe variaciones hormonales en un modelo regular que tiene diferencias entre individuos y aún dentro de ciclos individuales; y han penetrado creencias culturales asociadas con el ciclo.

Existe una gran preocupación porque mientras conocemos un gran tratado sobre variación hormonal y creencias culturales, no

---

21. En un ciclo menstrual típico, en este período debería haber un aumento de producción hormonal (de luteína y progesterona), y en el *STPN* no se produce la suficiente progesterona, lo cual provoca los malestares.

22. Como consecuencia de la producción hormonal.

sabemos que tan extensos sean estos factores para influir a cada mujer en su experiencia menstrual. (Brooks-Gunn, J., 1986; Friedman, R., et al., Janowsky, D., et al., Logue, C., et al., World, H., et al., citados por Brooks-Gunn, J., 1986, pág. 507).

La etiología del *STPM* es desconocida, se ha ofrecido una amplia variedad de explicaciones etiológicas pero al tratar de confirmarlas mediante estudios de laboratorio y tratamiento, éstas han fracasado. (Brooks-Gunn, J., 1986).

La etiología del *STPM* no se puede explicar únicamente como factores orgánicos o psicológicos,<sup>23</sup> es necesario buscar la relación entre muchos otros factores, tales como antropológicos, culturales, sociales y religiosos, ya que es influido por el medio ambiente, aprendizaje social, condiciones hormonales, constitución y personalidad de cada mujer. (Foresti, G., et al., 1981). Las numerosas teorías etiológicas que han surgido para explicar las causas del *STPM* son variadas y extensas pero contradictorias en muchos aspectos. Estas pueden ser ampliamente clasificadas en dos grandes categorías: biológicas y psicosociales. El hecho de clasificar las teorías etiológicas no quiere decir que la división sea tajante y no haya relación alguna entre ellas, por el contrario están estrechamente interrelacionadas.

#### 1. Teorías Biológicas.

Dentro de estas teorías las que han tenido mayor auge, difusión y aceptación, son las hormonales.

##### 1.1. Hormonales.

Puesto que el ciclo menstrual depende del flujo de hormonas gonadotróficas, es lógico que se relacionen con el *STPM* y se crea que lo originan. En la etiología del *STPM* se ha implicado

---

23. Incluso entre ambos factores se discute si los cambios cíclicos subjetivos son psicológicos u hormonalmente determinados. (Sanders, D., et al., 1983).

un desbalance entre la progesterona y el estrógeno o una producción excesiva o deficiente de una o ambas hormonas, pero los resultados de diversas investigaciones son contradictorios. (Collins, A., et al., 1985).

#### 1.1.1. Estrógenos.

Frank, R., (1931) (citado por Gold, J., et al., 1970, pág. 211; Mayer, M., en Meins, J., et al., en 1958, pág. 247; y Novak, E., et al., 1964), que fue el primero en descubrir el síndrome, postuló que era causado por un elevado nivel de estrógenos en la sangre, a consecuencia de una defectuosa eliminación renal de esa hormona. Afirmó que la sangre de la paciente tenía el doble de la proporción normal de la hormona ovárica y después del alivio de los síntomas por irradiación de los ovarios, el nivel de las hormonas ováricas volvía a su proporción normal. Morton, J., (1946) (citado por Dalton, K., 1957, pag. 45), respaldó dicha hipótesis al demostrar que el dolor de los senos se debe a un elevado nivel de estrógenos. Más tarde en 1950, pudo provocar artificialmente el síndrome, administrando grandes dosis de estrógenos.

Sin embargo, los efectos de los estrógenos son comprobados posteriormente por informes de casos y estudios que sugieren que tienen efectos antidepressivos. (Kaiber, E., citado por Price, W., 1986, pag. 416). El estrógeno induce un incremento en la biodisponibilidad de la norepinefrina del Sistema Nervioso Central e induce cambios en receptores noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos. (Oppenheim, G., et al., citados por Price, W., et al., 1986 pag. 416). Durante el ciclo menstrual normal, el nivel de estrógenos llega a su máximo en la ovulación, luego cae abruptamente justo antes de la menstruación. (Kaiber, E., et al., y Oppenheim, G., et al., citados por Price, W., et al., 1986 pag. 416). Los niveles bajos de estrógenos son conocidos por coincidir con los niveles altos de monoaminoxidasa, la cual puede transformarse en depleción de catecolaminas. De acuerdo con la hipótesis de Schildkraut, J., (1971), tal depleción puede precipitar un episodio de depresión para personas predispuestas.

(Schildkraut, J., citado por Abramowitz, E., et al., 1982, pág. 478). Ahora bien, si tomamos en cuenta que el *STPM* se presenta desde la ovulación hasta aproximadamente dos días después de la menstruación, esta teoría que señala como etiología el exceso de estrógenos queda desechada.

#### 1.1.2. Progesterona.

Israel, S., (1938) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 45), encontró un elevado umbral renal para los estrógenos, en menos de la mitad de sus pacientes, esto lo llevó a sugerir que la causa del *STPM* no era tanto el alto nivel de estrógenos en la sangre como la falta de progesterona, que actúa como antagonista. La concentración de suero de progesterona varía durante las diferentes fases del ciclo menstrual. Algunos investigadores hallaron baja concentración premenstrual de progesterona en suero en algunas de sus pacientes con *STPM*. (Backström, T., et al., citados en The Med Lett Drucksther; 1984 pág. 101). Dalton, K., (1982), considera que el *STPM* es causado por una deficiencia de progesterona, debido a que los síntomas están presentes en la fase lútea (desde la ovulación hasta la menstruación), cuando la progesterona está presente en la sangre periférica, pero los síntomas están ausentes en la fase folicular (desde la menstruación hasta la ovulación), cuando la progesterona también está ausente en la sangre periférica. Además, las pacientes que padecen *STPM* están libres de síntomas durante el embarazo, cuando la progesterona alcanza niveles muy altos. Esto junto con la observación de que el tratamiento con progesterona elimina los síntomas del *STPM*, sugiere que ésta juega un papel muy importante en la etiología de este síndrome. Sin embargo, no se conoce con exactitud si el problema se genera en los ovarios, en la hipófisis, en los centros que controlan la menstruación, en el hipotálamo o en la producción anormal de las hormonas ováricas o hipofisarias.

Los síntomas emocionales han sido relacionados al decremento de los niveles de progesterona en los que los síntomas afectivos negativos parecen comenzar en la fase lútea y aumentan en

intensidad mientras, la progesterona desciende desde su pico lúteo hasta su nivel más bajo premenstrual. (Clare, A., 1985; Backström, T., et al., citados por Rausch, J., et al., 1982, págs. 26 y 27; y Rasch, J., et al., 1982).

Algunos estudios han encontrado que las pacientes aquejadas del *STPM* no siempre tienen niveles bajos de progesterona y que algunas mujeres que al parecer tienen niveles relativamente bajos de progesterona no padecen en absoluto de síntomas del *STPM*. Por lo que sugieren que los síntomas afectivos premenstruales se pueden entender mejor no en términos de deficiencia absoluta de progesterona sino de la absorción de la hormona (Clare, A., 1985; Dalton, K., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 60; y Munday, M., citado en Lancet, 1981, pag. 1394).

O'Brien, P., et al., (1979), informaron de niveles significativos altos de progesterona 10 días antes de la menstruación en mujeres sintomáticas, comparadas con el grupo control.

Lauersen, N., et al., (1983) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 55 y 56), comentan que la progesterona puede cambiar en la mujer la tolerancia al azúcar, de manera que el nivel de ésta en la sangre es tal que le puede producir un fuerte apetito. Estos cambios de apetito pueden estar inducidos por el SNC y producen cambios metabólicos como resultado de una ingesta anormal de carbohidratos. (Bancroft, J., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 56). Se ha postulado que estos cambios centrales pueden reflejar una relación psicológica con los cambios de humor negativo, motivo por el cual las mujeres comen para controlarse, lo que produce una disminución aún mayor de su autoestima.

### 1.1.3. Desequilibrio Estrógenos-Progesterona.

Green, R., et al., (1953) (citados por Dalton, K., 1987, pág. 45) y Dalton, K., (1982) (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 60), señalan una marcada relación

estrógenos-progesterona. Afirman que la hipótesis no depende de la demostración de un nivel de estrógenos constantemente elevado, ni de niveles bajos de progesterona, sino de la relación entre ambos. Diversos autores (Bäckström, T., et al., citados por Strickler, R., 1985, pág. 359; Berlin, F., et al., 1982; Dennerstein, L., et al., 1985; Graber, E., 1986; Kaiser, R., 1989., Mayer, M., 1958., Rasche, G., 1981; y Sánchez, C., 1986), han encontrado un desbalance entre la progesterona y los estrógenos, en mujeres con *STPM*. Sánchez, C., (1986), piensa que el desequilibrio hormonal podría ser causa del síndrome, dado que mientras el estrógeno ayuda al cuerpo a retener agua, la progesterona le ayuda a eliminarla.

Otros autores (O'Brien, P., et al., 1980; y Sampson, G., 1980), por el contrario no han encontrado en sus investigaciones, anomalías en los niveles de progesterona y estrógenos. Por ejemplo, Bäckström, T., et al., (1981) (citados por Strickler, R., 1987, págs. 359 y 360), no encontraron diferencias entre la concentración de progesterona en la fase pregestacional entre mujeres del grupo control y mujeres con *STPM*. De hecho, afirman que quienes padecen *STPM* intenso bien comprobado pueden tener concentraciones relativamente altas de progesterona y normales de estrógenos. Las opiniones actuales basadas en las mediciones efectuadas por muchos investigadores, van en contra de una anomalía en la concentración de esteroides sexuales en plasma, como origen de los síntomas del *STPM*. (Strickler, R., 1987).

Si bien, observaciones bioquímicas y estudios de tratamientos plantean fuertes controversias respecto a una base de hormonas sexuales para el *STPM* y todas las mujeres experimentan "hormona no opuesta" y "supresión hormonal" resulta atractiva la idea de una etiología hormonal ovárica, por las razones siguientes (Strickler, R., 1987):

a. Las concentraciones periféricas de hormonas pueden no reflejar con exactitud las concentraciones en el SNC.

b. Hay receptores para estrógenos y progesterona en el cerebro.

c. Hay hormonas sexuales medibles en el líquido cefalorraquídeo.

d. El cerebro metaboliza las hormonas sexuales.

e. Los estrógenos y la progesterona modifican la actividad eléctrica, enzimas (como monoaminooxidasa) y neurotransmisores (serotonina), del SNC.

f. Exacerbaciones de síntomas depresivos y trastornos afectivos se relacionan con el ciclo menstrual.

g. El tratamiento reconstitutivo con estrógenos/progestinas y los anticonceptivos bucales pueden desenmascarar o exagerar síntomas parecidos al *STPM*.

Al mismo tiempo, las propiedades farmacológicas de la progesterona parecen adecuadas para tratar la agitación, ansiedad, insomnio, ira y retención de líquidos; entre sus propiedades benéficas están un efecto sedante/anestésico, retardo del EEG, mayor tiempo de ensueño al dormir, incremento del umbral de convulsiones, retraso del despertar y mayor excreción de sodio. Hoy muchos investigadores conceptúan a los esteroides sexuales no como agentes causales sino permisivos, que deben acoplarse con otros factores agravantes para desencadenar al *STPM*. (Strickler, R., 1987).

#### 1.1.4. Andrógenos.

Las manifestaciones del *STPM* pueden ser relacionadas a las fluctuaciones de andrógenos. Persiste un gran interés porque se sugirió la asociación entre andrógenos, conducta sexual y agresión, aunque las bases son difíciles de establecer. No han reportado diferencias en los niveles de androstenedione entre mujeres con

diferentes grados de cambios cíclicos en el ánimo, aunque hay alguna evidencia de que mujeres con un marcado cambio en el ánimo, informan un patrón cíclico asociado con sentimientos sexuales. La manifestación común de acné que ocurre en algunas mujeres que presentan otros signos del *STPM*, también sugiere un posible papel causal para los esteroides androgénicos. (Clare, A., 1985).

#### 1.1.5. Mineralocorticoides.

Geiringier, E. (1951) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 45), hizo observar, que las hormonas que fluctúan con periodicidad durante el ciclo menstrual regular no sólo ováricas, sino también las de la corteza renal exhiben una actividad cíclica que aumenta a la semana anterior a la menstruación. Sugirió que una ruptura en el equilibrio entre los mineralocorticoides por una parte y la progesterona y los glucocorticoides por la otra, explica muchas cosas con respecto a la totalidad del síndrome. Pellanda, E., (1954) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 45), cree que el *STPM* aparece cuando hay aumento de los mineralocorticoides y los glucocorticoides en relación con esteroides ováricos.

#### 1.1.6. Aldosterona.

La aldosterona fue aislada por primera vez por Simpson, T., et al., en 1952 y desde entonces se ha visto que es el principal esteroide que influye sobre el metabolismo de los electrolitos. (Simpson, T., citado por Dalton, K., 1967, pág. 45). Regula el volumen del fluido extravascular y del intravascular por medio de la secreción renal de sodio, para lo cual actúa sobre los segmentos distales de los tubos renales, aumentando la reabsorción del sodio y también en forma concomitante, la eliminación de potasio. (Fine, D., citado por Dalton, K., 1967, pág. 45).

En mujeres normales se ha reportado una pequeña excreción de aldosterona urinaria en la mitad del ciclo seguida por un incremento lúteo que alcanza su punto máximo durante la fase premenstrual y cae justamente antes o tan pronto como comienza la

menstruación. (Clare, A., 1985; y Simmons, K., 1983).

Dalton, K., en 1987, se refiere a la etiología del *STPM* comentando la posibilidad de que si durante el premenstruo el ovario produce insuficiente progesterona para las necesidades del útero, ésta se obtiene de la otra forma de suministro, las glándulas suprarrenales, dejándolas entonces con insuficiente material básico para la producción de corticoesteroides. El equilibrio de los corticoesteroides se altera temporalmente y puede originar retención de agua, alteración del balance de sodio y potasio, incapacidad para controlar reacciones alérgicas, alteraciones de nivel de glucosa en sangre y disminución de la resistencia contra la infección. Todos estos mecanismos podrían ser la causa de distintos síntomas premenstruales y también justificaría la aparición del *STPM*. Si los tejidos del cerebro se encuentran saturados de agua, pueden presentarse migrañas, cambios de humor y depresión. (Sánchez, C., 1986).

Lauersen, N., et al., (1983) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 59), indican que estudios recientes han relacionado la aldosterona con el *STPM*. Una elevada tasa de estrógenos aumenta el nivel de las hormonas suprarrenales presentes en la sangre y el aumento de la aldosterona inhibe la excreción normal de sodio a través de los riñones, con lo cual se produce una retención hídrica. Por el contrario, la progesterona disminuye estas hormonas acelerando de este modo el proceso de eliminación de sodio, por lo que actúa como diurético. Si las tasas de estrógeno y de progesterona están equilibradas, la mujer no sufre la retención de líquidos ni de *STPM*. Ocasionalmente, se ha descubierto que las mujeres afectadas por el *STPM* tienen una tasa elevada de aldosterona en la orina, pero el nivel de aldosterona en la sangre no es elevado.

No está completamente claro porque la aldosterona sube en la fase lútea, pero han sugerido el efecto del desgaste de sodio ejercido por la progesterona, podría ser el estímulo. (Clare, A., 1985; y Simmons, K., 1983). Se ha descubierto que tiene efectos en la actividad central colinérgica y endonérgica, que en periodos

puede afectar la conducta. (Simmons, K., 1983).

Janowsky, D., et al., (1973) (citados por Rausch, T., 1982, pág. 28), y O'Brien, P., et al., (1980), reportaron alteraciones en la excreción de sodio y potasio durante el premenstruo, sugirieron que los síntomas afectivos premenstruales podrían estar más relacionados a la variación cíclica de los electrolitos y de los fluidos, que a cambios en estrógenos y progesterona.

A partir de este descubrimiento se ha teorizado que una tasa alta de aldosterona en la orina puede estar relacionada con fluctuaciones de las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona o puede ser el resultado de una situación de estrés debido a la interrelación que existe entre el sistema nervioso y el sistema endocrino. Pero, hasta la fecha no se ha encontrado una relación clara entre los niveles de aldosterona en circulación y los síntomas de *STPM*. (Janowsky, D., et al., Rausch, J., y Reid, R., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 59).

#### 1.1.7. Endorfinas.

El descubrimiento de los opiáceos endógenos,  $\beta$ -endorfina y encefalina y la similitud de sus efectos con los de la morfina, ha provocado un aumento del interés en su posible papel como estimulantes y analgésicos. (Bancroft, J., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 58). Se ha identificado una variedad de efectos fisiológicos de los opiáceos, incluyendo un aumento de la sed asociado con un efecto antidiurético, (Lightman, S., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 58), un aumento en el apetito asociado a una alteración del metabolismo de los carbohidratos, el cual con uso crónico conduce a hiperinsulinismo reactivo e hipoglucemia, (Reed, J., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 58), y la inhibición de la PGE<sub>1</sub> (Prostaglandina E<sub>1</sub>). (Coupal, I., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 58). Por consiguiente, no es sorprendente que los cambios en los opiáceos endógenos se hallan postulado como

una causa del *STPM*. (Halbreich, U., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 58).

Reid, R., et al., (1981) y Halbreich, U., et al., (1981) (citados por Strickler, R., 1987, pág. 360), postularon independientemente un modelo bifásico del efecto opiáceo que combina el efecto inhibitorio del aumento de opiáceos en la fase lútea media. Produciendo ciertos síntomas, seguido por el efecto depresor que acompaña a la caída de los opiáceos en la fase premenstrual. También han sugerido que la interrelación entre los opiáceos y otros péptidos (tales como la  $\alpha$ -MSH y la vasopresina) puede ser el estímulo desencadenante del cuadro clínico que conduce a una cascada de cambios endocrinos y fisiológicas más periféricos que producen la gran variedad de síntomas premenstruales.

Varios fragmentos de información construyeron un fundamento para apoyar la idea de que el sistema de opiáceos endógenos era el causante (Strickler, R., 1987):

a. Se parecían al *STPM*, los síntomas de aumento de endorfinas, agitación y ansiedad, así como las características de supresión de opiáceos, disforia, labilidad emocional, letargo, actividad motora reducida y aumento de la libido.

b. La concentración plasmática de estrógenos y endorfinas presenta covarianza.

c. Las endorfinas se relacionan con dopamina, noradrenalina y serotonina, neurotransmisores cuya actividad se creía declinaba antes de la menstruación.

d. Los opiáceos endógenos tenían un efecto inhibitorio crónico sobre la secreción de gonadotropina hipofisiaria y en el antagonista de los opiáceos, la naloxona luteinizante, en la fase progestacional más que en la folicular.

e. Los opioides, algunos de ellos derivados de la misma

prohormona de la adrenocorticotrofina, regulaban las ganadotrofinas, hormona del crecimiento, prolactina, vasopresina, insulina y glucagón.

Diversos autores, (Giannini, A., Halbreich, U., et al., Kumar, M., et al., citados por Price, W., et al., 1986, pág. 416; Merriam, J., citado por Blume, E., 1983, pág. 2865; Peck, S., citado por Strickler, R., 1987, pág. 361; y Price, W., et al., 1984), han encontrado variaciones en los niveles de endorfinas a través del ciclo menstrual con mayores niveles en la fase premenstrual en mujeres que sufrían de *STPM*.

Choung, C., et al., (1985) (citados por Strickler, R., 1987, pág. 361), midieron las concentraciones de  $\beta$ -endorfinas en plasma en los días siete y veinticinco del ciclo, en mujeres asintomáticas y mujeres afectadas por *STPM*. El aumento de  $\beta$ -endorfina en la fase progestacional, que ocurrió en el grupo control, fue significativamente distinto de la disminución pronunciada en las concentraciones medidas, en mujeres con *STPM*. Afirman haber identificado un marcador bioquímico para el *STPM*.

Hoy se cree que las endorfinas son causantes endocrinos en la etiología del *STPM*. Las repercusiones bioquímicas de los péptidos y sus efectos sobre las emociones y la conducta agrupan muchos de los diversos componentes del síndrome. (Strickler, R., 1987).

#### 1.1.8. Neurotransmisores.

Las hormonas de SNC se han relacionado con el *STPM* por su similitud de síntomas o relación con otros síndromes emocionales. (Strickler, R., 1987). Janowsky, D., et al., (1985) (citados por Strickler, R., 1987, pág. 361), quienes postularon que la acetilcolina regula la depresión y el estrés, extendieron fácilmente su teoría hasta el *STPM*. La serotonina es un contendiente, puesto que su recambio reducido se ha relacionado con efectos agresivos (Brown, G., et al., citados por Strickler, R.,

1987, pág. 361). Reid, R., et al., (1985) (citados por Strickler, R., 1987, pag. 361), propusieron la hormona estimulante de los melanocitos alfa, que origina somnolencia y estado de alerta; y el desequilibrio de endorfina como mecanismo que modifica la actividad de las células dopaminérgicas. Los cambios en la actividad de dopamina mediaron los síntomas conductuales informados en el *STPM*.

Otras neurohormonas implicadas en el síndrome incluyen insulina, melatonina; ha sido reportada una relación inversa entre insulina, melanocitos y  $17\text{-}\beta$ -estradiol, progesterona y  $17\text{-}\alpha$ -hidrooxiprogesterona, indicando que los esteroides sexuales pueden jugar un papel en el control de los receptores de insulina. (Clare, A., 1985). Kausch, J., et al., (1982), sugieren que esto puede ser una explicación, en parte, de la tolerancia a la glucosa en la segunda mitad del ciclo menstrual. Dado que la ansiedad e irritabilidad son síntomas que se asocian a la hipoglucemia pasajera, se ha sugerido que ya que estos síntomas ocurren en el premenstruo pueden en parte ser provocados por cambios en el fijamiento de insulina y tolerancia a la glucosa durante esta fase. La hormona pineal, melatonina, la cual ejerce efectos en las funciones gonadales y el sueño, y que incrementa la síntesis de progesterona en el cuerpo lúteo, varía con las fases del ciclo menstrual y alcanza el nivel más alto en las fases premenstrual y menstrual. (Clare, A., 1985).

Algunos autores, (Collins, A., et al., 1985; Feichtinger, F., Goldstein, G. y Wasilewska, W., citados por Collins, A., 1985, pág. 513; y Nilsson, L., et al., 1985), han encontrado niveles altos de noradrenalina y adrenalina en la orina y en el plasma durante la fase lútea. La secreción de noradrenalina y adrenalina en la orina, durante situaciones de estrés mental varían como función del ciclo ovulatorio, con menores niveles durante la fase folicular y media del ciclo, y mayores en la fase lútea, cuando los esteroides sexuales están altos. (Collins, A., et al., 1985).

La excreción de MHPG (3-metoxi-4-hidrofeniglicol), el principal metabolismo del sistema nervioso central norepinefrina,

se incrementa significativamente durante la fase lútea del ciclo menstrual, declina rápidamente dos días antes de la menstruación y se incrementa durante la menstruación. (De Leon, J., et al., citados por Price, W., 1986; y Nilsson, L., et al., 1985). Se ha encontrado que en algunos casos el MHFG puede sufrir una elevación durante estados de manía y un descenso durante la depresión. (Price, W., et al., 1984).

Casper, R., et al., (1986) (citados por Strickler, R., 1987 pág. 361), estudiaron a una mujer joven, quien manifestó "bochornos", como síntomas del *STPM*. Pudo medirse un aumento súbito en la HL en plasma periférico inmediatamente antes de los "bochornos" que coincidían con aumento de 5 a 10 °C en la temperatura del dorso del dedo. Estos datos son idénticos a los observados en menopáusicas cuya inestabilidad vasomotora se cree originada por secreción de noradrenalina en el hipotálamo. El argumento de Casper de que el *STPM* se origina por trastornos en el metabolismo de las catecolaminas es congruente con el tratamiento satisfactorio de dos pacientes con *STPM* mediante el agonista central alfa2-clorhidrato de clonidina. (Price, W., et al., citados por Strickler, R., 1987, pág. 362).

#### 1.1.9. Prolactina.

La prolactina, hormona segregada por la hipófisis, que tiene como función principal estimular la producción de leche de las glándulas mamarias para alimentar a los lactantes, regula el equilibrio hídrico y mineral en muchos animales. Este hecho indujo a plantear la hipótesis de que esta hormona podía jugar un papel importante en los cambios asociados al *STPM*, causando retención de agua y tensión mamaria. (Birke, L., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 57).

En los años 70s se descubrió que la prolactina podía influir en el *STPM*. Se descubrió que esta hormona oscila de un día a otro, pero que se eleva notablemente durante la ovulación y después durante toda la segunda mitad del ciclo menstrual permanece

más elevada que en la primera mitad. (Benedek-Jaszmann, A., et al., y Hearn, S., et al., citados por Clare, A., 1985, pág. 227; e Iglesias, X., et al., 1987). La prolactina estimula a las mamas, tiene ritmo circadiano con un máximo durante el sueño, es regulada por la dopamina hipotalámica y quizá por otros neurotransmisores y se secreta por reacción al estrés (Strickler, R., 1980).

Se han hecho numerosos intentos para demostrar que la prolactina es responsable de la retención hídrica, pero los resultados obtenidos hasta la fecha son muy confusos. (Iglesias, X., et al., 1987). Al parecer la prolactina contribuye solo ocasionalmente al *STPM*, (Lauersen, N., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 57), aunque de acuerdo con Kingston, B., (1984) (Citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 57), muchas mujeres que padecen *STPM* tienen un alto nivel de prolactina. Sin embargo, no se ha podido demostrar que las mujeres que padecen el *STPM* tengan niveles más elevados de prolactina que el resto de la mujeres. (Bäckström, T., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 57; y Strickler, R., 1987).

#### 1.1.10. Prostaglandinas.

Entre las últimas teorías puede citarse la que afirma que el síndrome resulta de niveles altos de prostaglandinas, que son sustancias del tipo de las hormonas, presentes en casi todas las células y que ayudan a regular la retención de agua, la coagulación de sangre, la presión y el tono del músculo liso. (Sanchez, C., 1986).

Durante la generación pasada se han redescubierto las prostaglandinas. Estudios sobre las prostaglandinas producidas en el aparato reproductor femenino han demostrado que la "dismenorrea funcional" se origina por concentraciones locales excesivas de  $PGF_{2\alpha}$ . La hemorragia uterina funcional se produce por aumento en la producción de prostaciclina por el endometrio. Por tanto parece lógico para muchos autores atribuir la causa del *STPM* a las prostaglandinas. (Strickler, R., 1987).

Puesto que los síntomas de *STPM* se originan en muchos sistemas, los efectos de las prostaglandinas que simulan síntomas constantes en órganos no reproductores crean un "delito por complicidad". En la mama, la prolactina es mediada por las prostaglandinas que causan vasodilatación, hiperalgesia y mastalgia (Buddof, P., citado por Strickler, R., 1987, págs. 362 y 363). Las prostaglandinas del SNC actúan como neurotransmisores para modificar: sed, apetito, temperatura, estado de ánimo, tono muscular, umbral de convulsiones y hormonas como la vasopresina. En el riñón, están sujetos a los efectos de las prostaglandinas, el flujo sanguíneo, la filtración glomerular, los efectos diuréticos, antidiuréticos y la liberación de renina. Las prostaglandinas influyen en la motilidad intestinal, las secreciones gástricas y la regulación del transporte de iones y líquidos. (Strickler, R., 1987).

Un tercer argumento para la hipótesis de las prostaglandinas es la formulación defectuosa de  $PGE_1$  a partir de ácidos grasos esenciales. La  $PGE_1$  se sintetiza a partir del ácido linoléico de la dieta, por que los ácidos grasos intermediarios, gammalinoléico y dihomogammalinoléico son deficientes en la alimentación del ser humano. Mas aun, la vía sintética es inhibida por dietas ricas en grasas saturadas, alcohol y catecolaminas, requiere como cofactores piridoxina, niacina, vitamina C, cinc, magnesio e insulina. Las bases experimentales para esta teoría son ensayos clínicos en los que se usó aceite de vellorita (72% de ácido linoléico) para aliviar los síntomas de *STPM*. (Strickler, R., 1987).

La inhibición de las prostaglandinas que mejora los síntomas de *STPM* se ha configurado como prueba de la etiología de este síndrome. (Strickler, R., 1987). Sin embargo, la prueba que relaciona las prostaglandinas con el *STPM* es circunstancial, ya que las prostaglandinas se producen localmente en casi todos los tejidos y parece mas lógico explicar los síntomas de *STPM* en muchos sistemas como mediados por estas hormonas locales, que como manifestación única de disfunción de las prostaglandinas.

(Strickler, R., 1987).

## 1.2. Vitaminas.

### 1.2.1. B<sub>6</sub>. Piridoxina.

Actualmente, muchas mujeres tienen una carencia de vitaminas del grupo B, debido al consumo de productos refinados. Según Lauersen, N., et al., (1983) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 56), esta carencia parece que puede afectar a la regulación de producción de estrógenos, dando como resultado un círculo vicioso, debido a que el exceso de estrógenos intensifica la carencia de vitamina B, que a su vez, hace que se produzcan más estrógenos. Este desequilibrio hormonal afecta a la aparición del *STPH*, que se reduce con un tratamiento de vitamina B<sub>6</sub>, también denominada piridoxina, la cual produce una disminución de la producción de dopamina y serotonina, (Adams, G., et al., citados por Price, W., et al., 1986, pág. 416; Iglesias, X., et al., 1987; Strickler, R., 1987; y Van Praag, H., et al., citados por Price, W., 1986, pág. 416), neurotransmisores estabilizadores del humor, lo cual explicaría los estados de tensión, depresión e irritabilidad o la agitación que caracteriza al *STPH*. Si se suple esta carencia, se consigue normalizar el organismo. (Iglesias, X., et al., 1987).

En ausencia de una deficiencia medible de la vitamina, es más lógico considerar a la piridoxina como contribuyente, más que como agente causal de los síntomas de *STPH*. (Strickler, R., 1987).

Así mismo, se comenta la posibilidad de que las mujeres afectadas por el *STPH* tengan carencia de vitamina "A", pero hasta el momento no se han realizado estudios que demuestren la acción directa o indirecta del *STPH*. (Iglesias, X., et al., 1987).

El L-Triptofano, un precursor de la serotonina requiere piridoxina como coenzima para su conversión a serotonina. Algunos estudios han sugerido que la depresión asociada con contraceptivos

orales altamente estrógenicos podría resultar de la estimulación hormonal de Triptofano Oxigenasa, desviando de este modo el metabolismo del Triptofano hacia Kinurénina y sus derivados, en vez de la serotonina y con la piridoxina podría revertirse este efecto. (Adams, W., et al., citados por Harrison, W., et al., 1984, pág. 119). Los autores hipotizaron que una forma efectiva del *STPM* podría tener una etiología similar. (Harrison, W., et al., 1984).

### 1.3. Hipoglucemia.

Algunos síntomas premenstruales (fatiga, gran antojo de ciertos alimentos, alteraciones mentales y conductuales) se parecen a los de la hipoglucemia. Durante los últimos 50 años se ha sugerido que hay menos tolerancia a la glucosa después de la ovulación y se ha hecho una asociación entre el *STPM* y la hipoglucemia menstrual. Esta hipótesis por la eficacia del tratamiento del *STPM* con una dieta hiperproteínica (hipocalórica); en donde se evita el azúcar libre para que no haya hipoglucemia recurrente y se recomiendan comidas pequeñas y frecuentes para uniformar la absorción de glucosa. (Strickler, R., 1987).

Reid, R., et al. (1980) (citados por Strickler, R., 1987, pág. 363), midieron sistemáticamente la respuesta de glucosa plasmática, insulina y glucagón en una prueba bucal de tolerancia a la glucosa, en diferentes fases del ciclo menstrual. Los resultados fueron indistinguibles entre mujeres con "hipoglucemia premenstrual" y aquellas que no la tenían y no hubo diferencias significativas en el metabolismo de la glucosa reactiva. Así mismo, la naloxona no alteró la respuesta a glucosa, insulina o glucagón. Fue muy interesante que cuatro de seis mujeres informaron síntomas congruentes con la hipoglucemia aun cuando la glucemia era mayor de 50 mg/dl.

La hipoglucemia es un indicio, no una causa. La glucosa es la fuente de energía del cerebro, pero se informan síntomas cuando la glucemia es "normal". La etiología no es ni la disponibilidad de glucosa, ni el trastorno de la glucorregulación por opioides

sensibles a la naloxona. Los síntomas de tipo de hipoglucemia son desencadenados por una gran cantidad de catecolaminas. (Strickler, R., 1987).

#### 1.4. Infección Ovárica.

Las bacterias poseen sistemas enzimáticos para transformar hormonas esteroides, iniciar la síntesis de prostaglandinas y catabolizan hormonas proteicas. Toth, A., (1986) (citado por Strickler, R., et al., 1987, pág. 364), informó mejoría de los síntomas del *STPM* en 10 mujeres tratadas con doxiciclina por infección asintomática del cuello uterino que se creía relacionada con su infertilidad. No se midieron diferencias en la concentración de estradiol y progesterona plasmáticas en los ciclos de control y de tratamiento. La hipótesis de que la colonización bacteriana asintomática modifica el medio hormonal y por lo tanto causa *STPM*, es novedosa.

#### 1.5. Reacciones Ováricas.

El surgimiento de los síntomas con una relación de tiempo respecto del ciclo menstrual sugiere que los órganos vinculados con la menstruación y con las glándulas que controlan a ésta, podrían ser la sede de la enfermedad. Pero los síntomas cíclicos continúan después de la histerectomía y/o la ooforectomía bilateral, hecho que sugiere que la sede etiológica no se encuentra en el útero, la hipófisis o las adrenales. (Dalton, K., 1967). La ruptura del equilibrio de los corticoides puede explicar la presentación del *STPM*, de manera mensual y recurrente, en aquellas mujeres a quienes les han sido extirpados los ovarios o el útero, ya que estas alteraciones suceden en las glándulas suprarrenales. (Dalton, K., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pags. 58 y 59).

Si los síntomas tuvieran relación directa con la menstruación o con los productos de ésta, sería de esperar que mejorasen a medida que la pérdida menstrual comienza a ser más escasa, pero no sucede así, pues con frecuencia se produce un aumento de los síntomas durante la menopausia y los síntomas

cíclicos pueden persistir algunos años luego de la cesación de la menstruación. En la menopausia disminuye la secreción ovárica, pero por otra parte, la actividad de la corteza adrenal aumenta en ese momento y al cabo de unos años disminuye. (Dalton, K., 1967). Por su parte Yen, S., (1984) (citado por Strickler, R., 1987, pag. 364), valoró a ocho mujeres en un estudio transversal. Eliminó los ciclos ováricos mediante regulación descendente de la secreción de gonadotropina por medio de la hipófisis, debido a esto, se atenuaron mucho los síntomas físicos y conductuales del *STPM*. Si bien es tentador considerar a los esteroides ováricos como mediadores de los síntomas de *STPM*, el antagonista de la GnRH actúa a través del SNC. Hay neuronas GnRH más allá de la parte anterior del hipotálamo y puede no comprenderse la función completa de este decapeptido cerebral. Así, el estudio apoya el origen bioquímico del *STPM*, pero no delinea la clase de sustancias químicas o el sistema que falla en forma primaria.

#### 1.6. Hipotiroidismo.

El papel del hipotiroidismo subclínico en el *STPM* no se ha explorado sistemáticamente, aunque datos preliminares de cuatro pacientes con *STPM* confirmado, indican pruebas normales de estimulación, tanto en la fase folicular como en la lútea. (Rubinow, D., et al., 1984).

Roy-Byrne, P., et al., (1984) sugieren que existe una relación entre los desórdenes primarios del humor y la endocrinología reproductiva. Los síndromes afectivos premenstruales, las depresiones menopausicas, las de posparto y las psicosis menstruales tásicas, acusan esta relación y dan anotaciones inferiores a los límites de nuestra comprensión del papel del eje gonadal-pituitario-hipotalámico, en la regulación del ánimo.

Brayshaw, N., et al., (1986), buscaron evidencias de la disfunción de la tiroides en 66 pacientes, midiéndola por la elevación de la hormona estimulante de la tiroides (HET), después de estimular el eje pituitario-tiroides con hormona para liberar la

tirotrófina, en 51 (94%) de las 54 pacientes con *STPM*, se encontró que tenían una o más indicaciones de disfunción tiroidea, en cambio ninguna de las 12 pacientes sin *STPM* las tenían. De las 51 mujeres con *STPM* que habían tenido evidencias de disfunción de la tiroides, 16 (31%) tenían un desorden tiroideo relativamente severo, diagnosticado sin referencia al TSH y 35 (69%) tenían una concentración elevada de HET y una apreciable acumulación de TSH, que sugería hipotiroidismo subclínico. Estos resultados deben considerarse claramente preliminares. Sin embargo, sugieren que existe una conexión entre el *STPM* y la hipofunción tiroidea.

### 1.7. Desequilibrio Homeostático.

Esta hipótesis postula que existen múltiples interacciones entre todos los sistemas anteriormente mencionados y probablemente algunos otros, los cuales interactúan y se influyen entre sí. Semejante a una interacción, puede ser un desequilibrio durante el período premenstrual. El desequilibrio puede ser señalado por una sucesión de eventos, los cuales tienen lugar para y durante el período premenstrual. Este período puede ser definido como un período de cambio. Desde luego un cambio premenstrual en niveles de plasma o actividades, puede ser el único denominador común para las numerosas sustancias, las cuales han sido involucradas en el *STPM* hipotéticamente. En todos los casos premenstruales hay cambios normales en niveles de hormonas y otras sustancias, pero la magnitud y el lugar de cambio varían substancialmente entre mujeres. (Halbreich, U., et al., 1982).

Uno puede asumir que cuando los niveles de distintas hormonas y otras sustancias cambian simultáneamente pero en diferentes lugares y magnitudes, la homeostasis entre hormonas, moduladores y neurotransmisores puede ser impedida temporalmente. Como una consecuencia de este impedimento homeostático, la vulnerabilidad ante estímulos externos e internos se incrementa y pueden sobrevenir mayores desequilibrios. El sistema desbalanceado provoca fluctuaciones amplias, las cuales pueden ser causadas por cambios menores o severos de estos componentes. (Halbreich, U., et

En el origen de los cambios cíclicos en el ánimo, funcionamiento cíclico y comportamiento, no hay una diferencia detectable y consistente de anomalías hormonales en aquellas mujeres que sufren de varios síntomas premenstruales, ni de aquellas que tienen alteraciones detectables en las proporciones hormonales, mientras la consistencia con la cual las mujeres reportan cambios cíclicos en el estado de ánimo en los estudios prospectivos y bien conducidos, es fuertemente sugestivo el papel de las hormonas, realmente cuales hormonas están envueltas y en qué forma, permanece sin aclarar. Desde que Frank, R., en 1931 proporcionó una descripción sistemática del síndrome, las investigaciones biológicas sólo han servido para revelar qué tan complicada es la estructura fundamental neuroendocrinológica del ciclo menstrual. En consecuencia, las teorías basadas en una simple anomalía hormonal se debilitan. (Clare, A., 1985).

Está poco clara la participación precisa de hormonas y sustancias químicas relacionadas en la etiología del *STPM*. Hay pocos datos experimentales convincentes, en tanto que existe mucha información anecdótica sobre casi todas las hormonas. La hipótesis de una disfunción neurotransmisora es la más difícil de probar y la más fácil de defender. Hay muchas hormonas que pueden mediar una disfunción neuroendocrina y así explicar diversos síntomas; muchas pueden ejercer retroacción sobre el neurotransmisor y así actuar como contribuyentes permisivos del síndrome. Los estrésem ambientales e internos que pueden actuar a través del sistema neuroendocrino apoyan las hipótesis de química patológica y psicopatológica. (Strickler, P., 1987).

## 2. Teorías Psicosociales.

La búsqueda de una etiología psicológica para el *STPM* primeramente se ha enfocado en la evaluación de la relación entre las quejas premenstruales, el rechazo al rol femenino y la neurosis. (Coppen, A., et al., citados por Stout, A., et al., 1985,

En la historia de la humanidad las diferencias en los órganos sexuales entre hombres y mujeres han determinado el papel que un recién nacido debía desempeñar en la sociedad. (Héritier, F., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 16 y 17). El trato diferente que se da a niñas y niños puede ser observado a todo lo largo de la vida, aún antes de que el niño nazca. Los padres pasan muchas horas especulando acerca del sexo de su hijo, todavía no nato, a menudo haciendo conjeturas basadas en la cantidad de "patadas" y otras manifestaciones de comportamiento intrauterino. Asociando el grado de actividad con el sexo, si es muy activo "seguro será niño". (Gagnon, J., 1980).

Cuando llega el hijo, la primera característica observada es generalmente el sexo. El doctor informa primero si es niño o niña antes que hacer observaciones sobre su salud, tamaño, peso, etc. La noticia es transmitida haciendo énfasis sobre el sexo del recién nacido. Los parientes y amigos responden con lo que consideran regalos apropiados según el sexo, como por ejemplo, vestidos con adornos y encajes para una niña y prendas funcionales para un niño. (Gagnon, J., 1980)

Los diversos comentarios de los visitantes durante el primer día reflejan los mismos sentimientos; un niño es saludado con comentarios como "quién sabe si un día será presidente" o "con ese tamaño crecerá para ser jugador de fútbol". una niña es más probable que reciba comentarios como: "es preciosa, cuando crezca volverá locos a los chicos" o "es muy bella, no pasará mucho tiempo para que ella también sea madre". A las niñas se les permite y estimula a que pasen bastante más tiempo que los niños en contacto físico con su madre. Un poco más tarde, se les alienta a gatear y moverse por su cuenta, pero nunca tanto como a los niños. (Gagnon, J., 1980).

El interés de los padres en cultivar la autonomía e independencia de los hijos parece explicar esta diferencia. Como

función de estereotipos sociales, las madres creen que los niños deben de ser más independientes que las niñas y los estimulan a explorar y dominar su mundo. Empieza a separarlos del contacto físico con ellas a una edad más temprana que a las niñas. Los padres son más restrictivos con sus hijas y desde temprana edad, crean más límites a su comportamiento aceptable. (Gagnon, J., 1980).

El trato que inicialmente dan los padres a sus hijos, generalmente no constituye un esfuerzo deliberado para enseñarles un "adecuado" papel de sexo, sino que más bien refleja el hecho de que los padres acepten los papeles sociales generados para varones y mujeres. Los hijos son tratados como si fueran "naturalmente" fuertes y activos; se juega con ellos con mayor rudeza y se les recompensa con sonrisas y otras indicaciones de alegría cuando responden apropiadamente a esta imagen. A las niñas se les considera más delicadas y dulces; la dulzura, la docilidad y la falta de independencia es probable que merezcan la aprobación de los padres. (Gagnon, J., 1980).

El desarrollo "natural" de los conceptos corporales y sexuales del niño determina la formación de sus actitudes e identificaciones relativas al rol sexual. Este desarrollo "natural" es concebido como el resultado de los aspectos relativamente universales (en contraste con las variaciones individuales) de la experiencia infantil. Todos los niños llegan a darse cuenta de las diferencias corporales, se ven sometidos a una clasificación básica según el sexo y perciben ciertas diferencias evidentes entre los padres, masculino y femenino dentro y fuera del círculo familiar. La variación de las actitudes sociales ha sido considerada como producto de "entrenamiento" o presiones de orden socializante ejercidas sobre el niño a edades específicas, lo cual ocasiona que el niño o la niña se comporten de una manera predeterminada socialmente, es decir, que encajen dentro del rol que se les ha asignado desde su nacimiento. (Gagnon, J., 1980).

Esta diferencia de roles ha estado acompañada de una diferencia de estatus, la posesión de la tierra, la transmisión de los bienes y los poderes políticos siempre han estado en manos de los hombres. (Héritier, F., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 16 y 17). Además, las mujeres han sido influenciadas por el mito de que siempre han estado condicionadas por sus funciones reproductoras, tienden a concluir que las raíces de la opresión femenina son debidas a diferencias sexuales biológicas. Siendo que en realidad las causas son exclusivamente históricas y sociales. (Reed, E., 1984).

Ante todo, las mujeres no han sido siempre el sexo oprimido o "segundo sexo". La antropología nos dice todo lo contrario. En la época del colectivismo tribal las mujeres estuvieron a la par con el hombre y estaban reconocidas por éste como tales. Por ejemplo, las mujeres de la sociedad precivilizada eran tanto económicamente independientes como sexualmente libres. No dependían de unos maridos, padres o patronos para conseguir su subsistencia y no eran humildes ni se mostraban agradecidas por cualquier migaja que se les cediera. En la sociedad comunitaria trabajaban junto con otras mujeres y otros hombres en beneficio de toda la comunidad y dividían los resultados de su labor sobre una base igualitaria. Según las costumbres, decidían ellas mismas autónomamente acerca de su comportamiento sexual. No eran objetos que se pudieran poseer, oprimir, manipular y explotar. Como productoras y procreadoras eran la cabeza reconocida de una sociedad matriarcal y eran tenidas en el más alto honor y respeto por los hombres. (Reed, E., 1984).

Nunca se ha podido comprobar la existencia de sociedades matriarcales, entendidas como el poder absoluto centrado en la mujer. En cambio lo que sí se ha constatado es la existencia de sociedades matrilineales en las que la pertenencia a un grupo estaba determinada por las mujeres. Esto se debió a que el concepto de familia era totalmente diferente al que conocemos en la actualidad; pues debido al libre intercambio sexual, en donde cada mujer pertenecía a todos los hombres y así mismo cada hombre

pertenecía a todas las mujeres de la comunidad, sólo las mujeres sabían quienes eran sus hijos, por lo que sólo ellas podían determinar quienes pertenecían a su clan. Además la familia la conformaban todos los miembros del clan y los hijos eran considerados hijos de la comunidad. (Engels, F., 1976).

Al aparecer un excedente en la producción de la comunidad, el hombre se preocupó por que sus hijos fueran los herederos de sus bienes al morir éste; por lo que para estar seguro de su descendencia debía asegurarse de la fidelidad de su mujer, motivo por el cual ideó la monogamia, siendo ésta sólo para la mujer. (Engels, F., 1976).

La degradación de las mujeres coincide con la destrucción del clan comunitario matriarcal y su sustitución por la sociedad clasista y sus instituciones: la familia patriarcal, la propiedad privada y el Estado. (Reed, E., 1984). "El derrocamiento del derecho materno fué la gran derrota histórica del sexo femenino en todo el mundo. El hombre empuñó también las riendas en la casa; la mujer se vio degradada, convertida en la servidora, en la esclava de la lujuria del hombre, en un simple instrumento de reproducción. Esta baja condición de la mujer ha sido gradualmente retocada, disimulada y en ciertos sitios, hasta revestida de formas más suaves, pero no, ni mucho menos, abolida". (Engels, F., 1976). Todo ello ha provocado que a las tareas desarrolladas por las mujeres se les haya dado menos valor que a las realizadas por los hombres. (Iglesias, X., et al., 1987).

Por lo tanto, no han sido las condiciones concretas de vida de las mujeres las que han determinado su subordinación, sino al carácter que se les ha dado. Así, destaca Sullerot, E., et al., (1978) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 17), en nuestra sociedad la importancia impositiva de los estereotipos femeninos está mucho menos valorada que la de los masculinos. Incluso las mismas mujeres ratifican estos estereotipos y en consecuencia, se subestima colectivamente. Este es un fenómeno que suele darse en los grupos dominados; aunque critiquen violentamente

a sus opresores, tienden a reconocer en ellos más cualidades y valores de los que se atribuyen ellos mismos. Por lo tanto, las mujeres encuentran más rasgos y generalmente rasgos reconocidos como cualidades por la sociedad, para describir al hombre que a la mujer, de la cual presentan un estereotipo más pobre y menos brillante. (Iglesias, X., et al., 1987).

El hecho de que la mujer haya estado subordinada de una u otra manera al hombre ha determinado, que su ciclo fisiológico haya sido un motivo más, para la manifestación de esta dominación. Posiblemente si los hombres tuvieran la menstruación, ésta sería un motivo de orgullo y privilegio. Pero el ciclo menstrual es un hecho exclusivamente femenino y como la mujer ha sido históricamente el sexo dominado, las creencias reflejan esta situación. (Sau, V., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 17).

Las actitudes sociales con respecto a las funciones femeninas son importantes en la actitud hacia la menstruación y a los niveles de sintomatología del *STPH*. (Slade, P., et al., 1980). Este rechazo no es hacia el hecho fisiológico de ser mujer, sino a las funciones que la sociedad le impone, tales como: lavar, planchar; llegar virgen al matrimonio y ser fiel después de este; cuidar a los hijos, en fin haciéndola sentir en un papel inferior al hombre, limitándola en su crecimiento como individuo y desplazándola a actividades de servicio que el hombre no quiere realizar.

En la actualidad se considera que el papel tradicional femenino, de ser madre y encargarse del hogar es simplemente una posibilidad entre otras para satisfacer a la personalidad. Sin duda muchos síntomas neuroticos en forma de trastornos menstruales están conectados con el conflicto que algunas mujeres experimentan entre las necesidades interiores de logro y de autorealización y la conformidad aparente que la sociedad les exige. (Kolb, L., et al., 1983).

Algunos de los estudios que se han enfocado sobre los cambios premenstruales de las mujeres, asociado con el ciclo menstrual, son relacionados con la falta de aceptación del rol femenino. (Stout, A., et al., 1985). Levitt, E., et al., (1967); Berry, C., et al., (1972); y Watts, S., et al., (1980) (citados por Stout, A., et al., 1985, pág. 822); reportaron correlaciones significativas entre los síntomas premenstruales y las actitudes negativas hacia sus cuerpos, genitales y sexualidad.

Thompson, C., (1950) (citado por Bernsted., et al., 1984, pág. 458), estableció que la aceptación del cuerpo y de todas sus funciones es básico para el establecimiento del autorrespeto y la autoestima. La ausencia de habilidad para el control de flujo menstrual y otras secreciones de los genitales femeninos ha contribuido a los sentimientos de suciedad e inaceptabilidad. La falta de una debida valoración de la vida sexual, los genitales y sus funciones pueden tener un efecto negativo en su estima. Desde el punto de vista psicológico, los síntomas del *STPM* reflejan un empobrecimiento del ego, en relación con la autoaceptación femenina e identificación con la madre. Los síntomas premenstruales son experimentados en medio de las creencias populares, que devalúan la femineidad. A través de procesos atribucionales, esta devaluación es internalizada de este modo forma parte de la socialización de la mujer. (Bernsted, L., et al., 1984).

En un estudio realizado por Shainess, N., (1961) (citado por Bernsted, L., et al., 1984, pág. 458), se encontró que la relación madre-hija durante la menarca, frecuentemente es pobre en mujeres que más tarde presentan síntomas del *STPM*.

El *STPM* parece presentarse en varias formas: una de ellas aparece con la menarquia y persiste hasta la menopausia. En esta forma es habitual que la madre se haya mostrado rechazante hacia la sexualidad y la menstruación, ante la joven que se está desarrollando. Este tipo de madre menosprecia el papel de la mujer, califica la actividad sexual como inmoral, asquerosa y da el nombre de enfermedad a la menstruación. Las jóvenes que se identifican con

este tipo de madres experimentan la menstruación como un hecho sucio e indeseable, del cual se quejan y la consideran como una enfermedad y a menudo exigen que se les de atención excesiva. (Kolb, L., et al., 1983).

Sin embargo, no se puede culpar a la madre por sentir este rechazo hacia el papel o rol femenino, pues en realidad es la sociedad quien por medio de todos sus canales de comunicación le da a la mujer una imagen devaluada de sí misma. Además que le niega la sexualidad, la hace sentir culpable de cualquier deseo sexual, lo cual la lleva a un rechazo hacia la menstruación.

En la segunda forma, la cual comienza varios años después de la menarca, es cuando existe la Tensión Premenstrual retardada, es más probable que se encuentren sentimientos de culpa respecto a las tentaciones o a las transgresiones sexuales durante experiencias recientes en la vida de la paciente. No obstante, hay una mayor aceptación inicial y un mayor orgullo ante la experiencia femenina de la menarca. (Kolb, L., et al., 1983).

Shainess, N., (1961) (citado por Bernsted, L., et al., 1984, pág. 458), interpretó ambas colocaciones de síntomas premenstruales como señales del empobrecimiento de ego, particularmente en la relación de autoaceptación femenina.

Dentro de las creencias culturales sobre la menstruación se considera que:

a. Las mujeres experimentan fluctuaciones de síntomas físicos y psicológicos asociados con el ciclo menstrual.

b. Esas fluctuaciones son básicamente hormonales, no sociales.

c. Esas fluctuaciones son de naturaleza relativa, causando debilitamiento durante la fase premenstrual y menstrual.

Dichas creencias pueden afectar las actitudes y expectativas de las mujeres que atraviesan por el periodo de la menstruación. (Brooks-Gunn, J., 1986).

En la menarquia, es común que las adolescentes estén influenciadas en su actitud hacia la menstruación, tanto por estereotipos culturales como por la información adquirida de otras personas. Sus propias expectativas acerca de la menstruación influyen en la forma en la que vivencia la menarca.

Además, algo sugiere que estas experiencias menarquiales influyen sobre sus actitudes subsecuentes hacia la menstruación y que estas expectativas pueden influir sobre sus percepciones de los síntomas menstruales a través de mecanismos psicofisiológicos. (Fugate, N., et al., 1982).

Deutsch, H., (1952), afirma que de acuerdo con el grado de madurez psicológica en que se encuentre la niña cuando presenta la primera menstruación, la va a experimentar como algo sucio o como un suceso que aumenta su narcisismo y que la lleva a la vida adulta. La vive como desilusión, pues pensaba que a su llegada alcanzaría una serie de libertades; con angustia pues aumenta sus impulsos sexuales y agresivos; y con depresión por no tener al niño que esperaba.

Estos acontecimientos subjetivos relacionados con la menarca tienden a repetirse en las menstruaciones posteriores pero en forma muy débil y se pueden llegar a reprimir. (Deutsch, H., 1952).

Los conceptos acerca de la menstruación son adquiridos en alguna etapa temprana y estos conceptos generalmente reflejan los estereotipos culturales generales acerca de la menstruación como un fenómeno negativo y cargado de síntomas. (Fugate, N., et al., 1982). Clarke, A., et al., (1978) (citados por Fugate, N., et al., 1982, pág. 285), observó que niñas en etapa premenstrual y niños de la misma edad, así como también niñas que habían pasado la

menarquia, creían que muchos síntomas estaban relacionados con el ciclo menstrual. Cuando se les interrogó acerca de sus conceptos con respecto a los efectos de la menstruación sobre las actividades y el estado de ánimo de las niñas, tanto los niños como las niñas en etapa pre y postmenarquizal demostraron aversión hacia la menstruación.

En un estudio realizado por Brooks, J., et al., (1977) (citados por Fugate, N., et al., 1982, pág. 296), en 350 alumnas de quinto a doceavo grado, en el cual investigaron la influencia del grado escolar y del estado menarquizal, sobre los síntomas que las niñas premenarquizales esperaban sentir, así como aquellos síntomas que ya experimentaban las niñas postmenarquizales; las niñas mayores tuvieron una diferencia mayor en los síntomas de la fase del ciclo, pero cuando la edad fue constante hubo pocas diferencias entre lo que las muchachas postmenarquizales reportaron haber experimentado. Esta misma muestra evaluó la menstruación como muy negativa, aunque estuvieron de acuerdo en que era parte del proceso de llegar a ser mujer.

En un intento por incorporar factores cognitivos y sociales, se ha propuesto una interacción entre expectativas cognitivas y excitación fisiológica elevada en el premenstruo. (Frandsen, B., et al., 1986). En particular hay dos modelos de interacción: el sinérgico y el de reducción de angustia. En el modelo sinérgico, Asso, D., (1978) (citado por Frandsen, B., et al., 1986, pág. 246), postula que la excitación incrementada encauza a la mujer para una intensa experiencia emocional, tanto positiva como negativa, pero las expectativas basadas en estereotipos y experiencias pasadas hacen que la excitación se experimente como una emoción negativa y además puede originar un incremento en la excitación fisiológica. Este modelo predice que es mayor la expectativa que el experimentar el ánimo negativo. El modelo de reducción de angustia (1976) (Rodin, J., citado por Frandsen, B., et al., 1986, pág. 247), propone que si un estado de excitación fisiológica conforma las expectativas, luego el componente emocional y el efecto de esa excitación es reducido. Es

decir, que la expectación mitiga el efecto negativo.

Recientemente, en estudios psicológicos de atribución, (Koeske, R., et al., y Valins, S., et al., citados por Bernsted, L., et al., 1984, pág. 459), han debatido que es un círculo vicioso de autocondenación y ansiedad, estos pueden repercutir negativamente en los modelos de comportamiento y son internamente atribuidos. La atribución podría predisponer a las mujeres a cometer delitos o sufrir ansiedad o depresión, como una función de la creencia en una explicación biológica del *STPM*. Sin embargo, también se ha reportado que la ocurrencia regular de la menstruación puede servir como una contribución para mejorar la ejecución y la tolerancia a la frustración entre muchas mujeres durante la menstruación, debido a que tienen dudas sobre como su ciclo las afectará. (Bernsted, L., et al., 1984).

Frandkin, B., et al., (1986), examinó a 51 madres de preescolares para analizar como el rol de expectación aumenta o disminuye los síntomas del *STPM*. Concluyeron que una explicación de tipo psicológica del *STPM* provoca que los síntomas se perciban en menor grado, en cambio ante una explicación biológica los síntomas aumentan, sobre todo las mujeres perciben un mayor afecto negativo.

Es evidente que los factores psicosociales tienen un papel muy importante en la etiología del *STPM* y que los síntomas asociados con la menstruación pueden estar influidos por factores emocionales, sin embargo, esto no es motivo para caer en el error de etiquetar al síndrome como una anomalía de la personalidad o como una alteración mental. Lo que si es cierto es que las creencias culturales y otros aspectos psicológicos y socioculturales influyen en todas las experiencias y por lo tanto, los trastornos menstruales, específicamente el *STPM*, pueden ser en parte consecuencia de un aprendizaje social. Sin embargo, estos factores por si solos no determinan la aparición del síndrome, pues hay una estrecha relación entre lo psicosocial y lo fisiológico, repercutiendo lo uno en lo otro.

El hecho de que exista un cierto estado de confusión con la etiología del *STPH* se debe a la: imprecisión de la definición del síndrome, controversia síndrome vs subsíndromes, dificultad de cuantificar los cambios del síndrome, dificultad de un diagnóstico preciso, gran variedad de sus síntomas y las diferentes manifestaciones de éstos.

Ahora bien, la pregunta fundamental que se plantea es si el *STPH* está determinado psicosocial o biológicamente. Numerosos estudios se han hecho para resolver esta duda, pero hasta la fecha los resultados son contradictorios, incluso hay autores que encuentran resultados afirmativos a sus investigaciones, pero en los estudios subsecuentes éstos, son negativos.

En nuestra opinión, el *STPH* está influenciado por muchos factores, mismos que interactúan para desencadenarlo. Existe una base biológica que afecta la conducta, pero al mismo tiempo los factores culturales, antropológicos, psicológicos, sociales, económicos y religiosos, alteran y modifican el mecanismo fisiológico. Por tal motivo consideramos que todos y cada uno de los factores mencionados en este apartado son importantes ya que confluyen en la producción del *STPH*.

#### SINTOMATOLOGIA.

Este síndrome parece que afecta tanto somática como emocionalmente, su descripción abarca un alto rango de síntomas físicos y psicológicos. Cuando estos se enumeran es preciso subrayar que no existen síntomas específicos para el diagnóstico del *STPH*; éste depende de la relación de tiempo cíclico existente entre los síntomas y el ciclo menstrual.

La aparición de los síntomas premenstruales puede ser gradual, apareciendo durante el premenstruo inmediato, con letargo y depresión que van en aumento, conforme se va acercando la menstruación, antes del surgimiento de otros síntomas más

incapacitantes; o bien puede ser precedida por un día de actividad extrema, el cual es aparentemente responsable de la aparición de los síntomas. Por el contrario, el final de los malestares es por lo general brusco, coincidiendo con la iniciación de la menstruación e incluso hasta dos días después de iniciada ésta. (Dalton, K., 1967).

Es característico que las pacientes sean polisintomáticas, aunque es probable que sólo cuando se han aliviado los síntomas más fuertes se perciban otros de menor intensidad, mismos que han coexistido durante todo el tiempo, pero que no se les prestaba atención. (Dalton, K., 1967).

La sede del síntoma predominante puede estar vinculada con el trabajo de la paciente, de tal manera que no sería raro que en una costurera este síntoma fuera el dolor de espalda. (Dalton, K., 1967).

Muchas enfermedades crónicas presentan una exacerbación premenstrual. (Dalton, K., 1967). La doctora Dalton, K., en 1980, (citada por Clare, A., 1985), hace una distinción entre mujeres cuyos síntomas ya estaban presentes con incremento durante la semana premenstrual y aquellas mujeres cuyos síntomas ocurren regularmente durante la fase premenstrual de cada ciclo y no en otra fase. Por ejemplo Clarke, D., (1983) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 17), descubrió que el 28% de 291 mujeres que sufrían de úlcera afirmaron haber advertido cierta relación entre la menstruación y la aparición de los síntomas ulcerosos. En todos los casos los síntomas empeoraban días antes de la aparición de la menstruación.

Se han encontrado diversos factores de riesgo que influyen en la frecuencia del *STPM*, aunque estos no se han definido en forma tajante, si se han dado parámetros para medirlos. Entre estos factores encontramos los siguientes:

## 1. Edad.

El *STPM* está presente en todas las edades durante el período fértil, pero ciertos grupos de edad reportan una alta frecuencia. La incidencia del *STPM* suele ser más frecuente en las mujeres que tienen una edad que está al rededor de los 30 años. En algunas mujeres el *STPM* se inicia en esta etapa, aunque en otras puede aparecer desde la pubertad. (Blume, E., 1983; Hallman, J., 1986; Johnson, S., 1987; Mages, A., et al., 1983 Dec; y Stout, A., et al., 1985). Los síntomas se van incrementando con la edad. (De Jong, R., et al., 1985; y Stout, A., et al., 1985). Al respecto Dalton, K., en 1967 señala que este riesgo es mayor en mujeres que no tienen hijos. Las mujeres que se encuentran en edad de 17 a 24 años comunmente no relacionan su cambio del estado de ánimo con las diferentes fases de ciclo menstrual, ni notan la periodicidad y repetición de los síntomas. Consecuentemente el *STPM* con frecuencia no está identificado por las mujeres de este grupo de edades. Esto puede ser una explicación para la baja frecuencia del *STPM* en dicho grupo, por otro lado el conocimiento y la precaución de las funciones del propio cuerpo se incrementan con la edad, en consecuencia para las mujeres de alrededor de los 30 años (en el rango de 25-31 años y especialmente 32-38 años), es común "descubrir" el *STPM*. (Hallman, J., 1986).

## 2. Paridad.

Diversos autores han relacionado el inicio del *STPM* con el período siguiente al parto. (Dalton, K., 1987; Dalton, K., citado por Johnson, S., 1987, pág. 354; y Hallman, J., 1986). El aumento de la paridad provoca sólo un leve incremento en la incidencia entre las mujeres normales, pero con frecuencia es responsable de la acentuación en la intensidad de los síntomas que pueden empeorar con cada embarazo sucesivo en las mujeres que han sufrido de *STPM* antes de éstos. (Dalton, K., 1987). Una posible explicación para este descubrimiento es que el embarazo, el cuidado de los niños y la educación de éstos son en sí mismos factores de estrés que intensifican los síntomas en el período premenstrual. (Hallman, J., 1986).

### 3. Características del ciclo menstrual.

Algunas mujeres informan variaciones en los síntomas, con cambios en el patrón menstrual, por ejemplo, empeoran en el ciclo con sangrado inesperadamente abundante o que se retrasa varios días. (Johnson, S., 1987). Moos, R., en 1969, observó síntomas más intensos en mujeres cuyo flujo menstrual dura más de ocho días. Van Keep, P., et al., (1981) (citado por Johnson, S., 1987, pág. 351), informaron que las mujeres con ciclos irregulares y con flujo que dura más de siete días, manifestaban más síntomas. Así mismo, Dalton, K., (1982 y 1984) (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pag. 55), halló que las mujeres sufren síntomas más intensos si su ciclo menstrual dura más de 35 días.

En un estudio hecho por la misma Dalton, K., (1968), se observó que las sujetos tenían una baja en el desempeño académico, siendo ésta menor en aquellas con ciclos menstruales más largos y de mayor sangrado.

### 4. Anticonceptivos orales.

Estos se han citado como posible agente causal. Dalton, K., (1984) (citado por Johnson, S., 1987, pág. 349; y Dalton, K., 1967), afirma que algunas mujeres desarrollan el STPM después de un período de uso de anticonceptivos orales.

Se ha sugerido que la incidencia de los cambios premenstruales es mayor entre mujeres que han usado previamente anticonceptivos orales.<sup>24</sup> Sin embargo, algunos estudios han hallado una baja incidencia de STPM en pacientes que tomaron anticonceptivos que contenían progesterona. (Herzberg, B., 1971; y Kutner, J., et al., citados por Harrison, W., et al., 1984, pág. 118; y Pitman Medical, 1974, citado en Med Lett, Drugs Ther. 1980).

---

24. Si tomamos en cuenta que un gran número de mujeres a los 30 años dejan de ingerir anticonceptivos orales, debido a sus riesgos en este grupo de edad, podríamos entender porqué el STPM se presenta con más frecuencia en estas mujeres.

### 5. Toxemia.

Una característica importante del *STPM* es su similitud con la toxemia del embarazo, ambas tienen los mismos signos: elevación de la presión sanguínea, aumento de peso y edema; el primero aparece al final del ciclo menstrual y la segunda hacia el término del embarazo. (Dalton, K., 1971; y Alvarez, W., citado por Fluhmann, F., 1958, págs. 128 y 129).

Dalton, K., (1984) (citado por Johnson, S., 1987, pág. 355), efectuó un estudio en el cual entrevistó a dos grupos de mujeres, uno control y otro con preeclampsia diagnosticada. Informó que la prevalencia de síntomas premenstruales era de casi 90% en el grupo de preeclampsia y de sólo 30% en el grupo control.

Parece existir una estrecha correlación entre las pacientes con toxemia y las que tienen *STPM*. La toxemia se dió en el 19% de 58 pacientes con *STPM* que ya habían dado a luz anteriormente. (Greene, R., et al., citados por Dalton, K., 1967, pág. 82). Pellanda, E., (1954) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 82), observó que 10 de 11 mujeres con toxemia habían sufrido de *STPM*. En otro estudio longitudinal, de 192 mujeres que ya habían tenido toxemia, se advirtió que el 86% de ellas sufrían *STPM*; y de estas el 26% fijaron la iniciación del síndrome en una fecha anterior al embarazo toxémico. (Dalton, K., 1954 citado por Dalton, K., 1967, pág. 82). En otro grupo de mujeres toxémicas se advirtieron antecedentes de *STPM* en el 86.4% en comparación con 26% en un grupo control. (Fluhmann, F., 1958).

Dalton, K., en 1967, señaló que las mujeres que han tenido anteriormente ataques de toxemia del embarazo, muestran una creciente incidencia de *STPM* después de cada embarazo, que se eleva al 78% con un solo hijo, para llegar al 100% en las mujeres que han tenido cuatro embarazos, uno de ellos por lo menos complicado por una toxemia.

## 6. Estrés.

Son bien conocidos los efectos del estrés sobre el ciclo menstrual, éste puede producir diversos efectos en diferentes mujeres, alargando o acortando el ciclo, produciendo una amenorrea temporal y/o influyendo directamente sobre el *STPM*. Por ejemplo, algunas mujeres informan disminución de los síntomas durante las vacaciones o cuando se reducen temporalmente sus obligaciones. (Dalton, K., 1967, 1968 y 1971; y Johnson, S., 1987).

## 7. Otros.

### 7.1. Vida genital.

El síndrome aparece de modo progresivo, influido con frecuencia por los episodios de la vida genital. Puede presentarse después de una infección genital o de una anexitis (inflamación de los anexos uterinos, partes del aparato femenino que están inmediatos al útero), otras veces después de un aborto. (Bellot, L., et al., 1974; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas 1982).

### 7.2. Factores de personalidad.

Los factores de personalidad tales como el grado de extroversión, así como la actitud y los prejuicios hacia la menstruación, pueden influenciar el rango de los síntomas. La variedad de los distintos cambios premenstruales percibidos como síntomas eleva la posibilidad de que éstos sean vistos como queja o enfermedad. (Rubinow, U., et al., 1984 May; Wendestam, W., 1980, citado por Hallman, S., 1985, pág. 405). Según Clare, A., (1985), esto puede depender "más de la personalidad básica de la mujer que los experimenta y de las circunstancias en las cuales ella percibe los cambios cíclicos, que del mecanismo fundamental del ciclo".

### 7.3. Estado civil y ocupación.

Finalmente, en una investigación realizada por Woods, N., (1982) (citado por Johnson, S., 1987, pág. 355), observó que las

mujeres casadas experimentaron menos síntomas y que hay más prevalencia de éstos en mujeres desempleadas que en mujeres empleadas.

Ahora bien, para una mejor comprensión del *STPM*, dividiremos los síntomas en categorías fisiológicas y psicosociales. Sin embargo, no hay que olvidar que estas categorías se interrelacionan reciprocamente.

## 1. Síntomas fisiológicos.

### 1.1. Alteraciones metabólicas.

#### 1.1.1. Retención de líquido.

Este es un síntoma premenstrual característico, aún en mujeres que no presentan otra manifestación del síndrome. El agua es acumulada en los tejidos durante la quincena precedente a la menstruación, determinando un aumento de peso, sensación de abotagamiento, pesadez e hinchazón de las mamas. La mayoría de estos síntomas empeoran en la mañana y algunas mujeres se despiertan a media noche sintiendo embotamiento en los dedos y las manos, así como hormigueo en las axilas. (Stoppard, M., 1985; y Friedlander, N., 1987).

#### 1.1.1.1. Aumento de peso.

Las investigaciones hechas sobre el incremento de peso, varían en sus resultados. Por un lado, Stoppard, M., (1985), afirma que el promedio del aumento de peso es de dos a tres kg., aunque puede ascender a 6 kg., y que éste se pierde antes de la menstruación, durante la misma o inmediatamente después, coincidiendo con un aumento de la excreción de orina, que en ocasiones es hasta de 8 litros diarios. Por su parte Graber, E., (1963) y Pschyrembel, W., (1977), afirman que si bien las mujeres frecuentemente se quejan de hinchazón y sobrepeso, este incremento sólo oscila de 0.51 kg., a 1.300 kg. De hecho no hay datos que confirmen estas afirmaciones. Varios estudios han sugerido que la

retención de líquidos y el incremento de peso no ocurren aunque haya síntomas severos de hinchazón. (Faratian, M., 1980).

Al respecto Faratian, M., (1980), realizó una investigación en 52 mujeres con *STPH*, cuyo objetivo fue estudiar el peso, la inflamación abdominal e imagen percibida de su cuerpo. Se estudiaron 148 ciclos menstruales. En cada ciclo se midieron varios parámetros: la disposición diaria del ánimo, el peso del cuerpo y el nivel de progesterona en plasma. La dimensión abdominal se midió junto con la percepción de la dimensión de su cuerpo en cada paciente. Se manejaron tres grupos: el de las mujeres hinchadas con síntomas somáticos, el de mujeres con síntomas psicológicos y el de voluntarias asintomáticas. A todas las mujeres se les observó en la fase preovulatoria (18 días antes de la menstruación), y en la fase premenstrual (6 días antes de la menstruación). No hubo incrementos significativos ni en el peso ni en las mediciones abdominales entre la fase premenstrual y la preovulatoria, en ninguno de los grupos. Sin embargo, la percepción de volumen del cuerpo aumentó y la discrepancia entre el tamaño percibido y el tamaño del cuerpo fue significativa.

#### 1.1.1.2. Alteraciones mamarias.

Fundamentalmente son de dos tipos: la tensión dolorosa y las variaciones en el volumen de las mamas. Los dolores son de intensidad variable, en ocasiones sólo afecta a la areola y el pezón, mientras que en otras ocasiones el dolor se extiende por toda la mama. Esto sucede por la progesterona secretada en la segunda mitad de ciclo ovulatorio. (Iglesias, X., et al., 1987; y Stoppard, M., 1985).

#### 1.1.1.3. Otros síntomas.

La retención de líquidos puede manifestarse en una hinchazón de los dedos, tobillos o pies; de las encías; asperezas y manchas en la piel; problema de adaptación a los lentes de contacto; y deterioro del cabello, que se torna lacio y sin brillo.

(Stoppard, M., 1985).

La retención hídrica es capaz de provocar síntomas de mayor gravedad, particularmente cuando el agua se acumula en una zona de difícil acceso, como lo es el laberinto del oído interno, órgano del equilibrio. En donde el exceso de líquido incrementa la presión dentro del oído, con los consiguientes mareos y en ocasiones desvanecimientos. (Stoppard, M., 1985).

#### 1.1.2. Trastornos del apetito.

Algunos autores refieren que aumenta el apetito; existiendo preferencia por algunos alimentos, puede encontrarse predilección por los carbohidratos. (Dalton, K., 1967; y Parlee, M., citado por Leon, G., et al., 1986, pág. 415). Billig, H., et al., (1947) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 23), hallaron que la hipoglucemia era un síntoma común, asociado con hematomas espontáneos. El descenso del azúcar en la sangre puede explicar los repetidos accesos de irritabilidad, ansiedad, debilidad, tensión y el irresistible deseo de carbohidratos. Smith, S., et al., (1987), descubrieron una asociación entre la presencia de deseo de alimentos y dulces, y los síntomas premenstruales de tensión y/o depresión. En estudio realizado por Stout, A., (1988 Nov), se hizo una comparación de *STPM* entre mujeres blancas y negras, se observó la presencia de síntomas bulímicos, con una mayor prevalencia o severidad en el segundo grupo. A diferencia De Leon, G., et al., (1986), no halló ninguna relación entre el *STPM* y cambios en el consumo de alimentos. Por otro lado algunos autores han encontrado anorexia, en el periodo premenstrual, afirmando que es al término del *STPM* cuando se presenta la bulimia en algunas mujeres. (Pellanda, E., citado por Dalton, K., 1967, pág. 23; Price, W., et al., 1984).

## 1.2. Síntomas neurológicos.

### 1.2.1. Dolor de cabeza.

El dolor de cabeza se encuentra entre los síntomas de *STPM* más frecuentes. Varía en intensidad, desde leve hasta la verdadera jaqueca, acompañada de aura visual, vértigo y vómito, su duración fluctúa desde un cuarto de hora hasta varios días. Las cefalalgias premenstruales cíclicas se pueden presentar como migrañas tensionales. (Dalton, K., 1967; y Stoppard, M., 1985).

Las migrañas "clásicas" son cefalalgias vasculares con diversos déficits neurológicos focales, que precederán o coincidirán con la fase de cefalea. Las migrañas "no clásicas" son cefalalgias vasculares sin déficit neurológico focal. Puesto que esta variedad es la más frecuente se denomina migraña "común", a este subtipo pertenece la migraña premenstrual. La migraña premenstrual ocurre durante la semana previa a la menstruación o durante ésta, puede ir empeorando conforme se acerca la menstruación y no vuelve a aparecer en el resto del ciclo, la padecen el 8% de las mujeres. La migraña clásica también puede encontrarse en relación con el período menstrual pero con mucho menos frecuencia que la común. (Digre, K., et al., 1987).

### 1.2.2. Ataques convulsivos.

Pueden aparecer durante la pubertad o después de un parto, en especial si durante éste hubo complicaciones de toxemia. (Dalton, K., 1987).

### 1.2.3. Vértigo.

Se presenta más o menos en un tercio de los casos, ya sea acompañado de dolor de cabeza o solo. (Dalton, K., 1987).

### 1.2.4. Síncope.

Es un desfallecimiento, desmayo, lipotimia, muerte aparente o real, súbita por parálisis cardíaca. Puede ocurrir

cuando la persona ha estado de pie durante períodos prolongados. (Dalton, K., 1987; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

#### 1.2.5. Parestesias.

Es un hormigueo, adormecimiento o ardor de manos y pies. Estos síntomas se han advertido entre aquellas pacientes cuyo *STPH* data del embarazo toxémico, en ocasiones las despierta en las primeras horas de la mañana. (Dalton, K., 1987; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

### 1.3. Síntomas del Aparato Respiratorio.

#### 1.3.1. Obstrucción de la mucosa nasal.

La hiperemia, acumulación de la sangre en la mucosa nasal, y el edema resultante pueden producir una profusa descarga acuosa, obstrucción secundaria y ofrecer la apariencia de un resfriado común. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982; y Stoppard, M., 1985).

#### 1.3.2. Rinitis.

La rinitis premenstrual, inflamación de la mucosa de las fosas nasales, es frecuente y se debe a la retención hídrica. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982; y Stoppard, M., 1985).

#### 1.3.3. Pérdida del olfato.

Se atribuye a la acumulación de agua en las células que recogen las sensaciones olfativas. (Dalton, K., 1987).

#### 1.3.4. Asma.

Comienza a menudo en forma aguda en la mitad de la noche, dura unas horas o días y termina bruscamente con el comienzo de la menstruación. El asma crónico tiende a empeorar coincidiendo con la

menstruación, probablemente por la acumulación de agua en las células que tapizan los estrechos pasos de aire de los pulmones. El asma premenstrual se agudiza en mujeres de 30 a 35 años. (Dalton, K., 1967; Frank, R., 1931; y Stoppard, M., 1985). Rees, L., (1958) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 21), observó en una clínica de asma alérgica que aproximadamente un tercio de las pacientes mostraban tendencias a sufrir ataques de ésta durante el premenstruo.

#### 1.3.5. Engrosamiento de la voz.

Ha sido descrito por Frable, M., (1952) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 21), quien atribuyó el síntoma al aumento del grosor de las cuerdas vocales debido a la retención hídrica, que produce un tono más bajo.

#### 1.4. Síntomas gastrointestinales.

##### 1.4.1. Náusea y vómito.

Son síntomas comunes de acompañamiento del dolor de cabeza, espalda, o de hinchazón abdominal, pero pocas veces se presentan solos. (Dalton, K., 1967).

##### 1.4.2. Constipación.

También está presente, y en contraste, la diarrea es desconocida como síntoma premenstrual recurrente. (Dalton, K., 1967).

##### 1.4.3. Hemorroides.

Pueden resultar molestas durante el premenstruo y es posible que ocurran episodios mensuales de hemorragia. Estas pueden ser producto de la constipación. (Dalton, K., 1967).

#### 1.4.4. Dolor cólico.

Dolor vago e intermitente del abdomen inferior. Puede presentarse en los días inmediatamente precedentes a la menstruación y cesar en forma brusca con la parición de la menstruación. (Dalton, K., 1967; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

#### 1.4.5. Hinchazón abdominal.

Se ha observado un aumento de 5 a 10 centímetros en la cintura. (Dalton, K., 1967).

### 1.5. Síntomas urinarios.

#### 1.5.1. La oliguria.

Secreción deficiente de la orina, va frecuentemente acompañada por edemas y aumento de peso, es seguida por una mayor diuresis espontánea al comienzo de la menstruación. (Dalton, K., 1967; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

#### 1.5.2. Enuresis.

Micción involuntaria, no contener la orina, sólo se presenta en las adolescentes, que tuvieron tendencia a ella en sus días escolares. Puede ser provocada por el hipersomnio, por el aumento de diuresis durante las horas de descanso, o como síntoma de inquietud psicológica. (Dalton, K., 1967; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

#### 1.5.3. Retención urinaria.

Probablemente se deba al edema del esfínter urinario. (Dalton, K., 1967).

#### 1.5.4. Cistitis y uretritis.

La cistitis, inflamación de la vejiga, y la uretritis,

inflamación de la uretra, se registran con mayor frecuencia en el periodo premenstrual, pudiendo formar parte de una congestión pélvica generalizada. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982; y Stoppard, M., 1985).

#### 1.6. Síntomas del Sistema Músculo-Esquelético.

##### 1.6.1. Dolores articulares y musculares.

Los dolores de las articulaciones y los músculos constituyen una dolencia común, aparentemente no existen músculos ni articulaciones que alguna vez no se hayan visto afectados. Los sitios que han sufrido traumas son los que con mayor probabilidad exhiben ataques cíclicos de dolor, los dolores musculares pueden ser el resultado de un edema o de la falta de relajamiento muscular. (Dalton, K., 1987).

##### 1.6.2. La metatarsalgia.

Dolor que afecta a las estructuras metatarsales tienden a difundirse hasta el empeine, al tendón de Aquiles, y la pantorrilla, puede ser acompañada por parestesia o hiperhidrosis local, un edema moderado y congestión de las venas superficiales. (Dalton, K., 1987; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

#### 1.7. Síntomas del Aparato Cardiovascular.

Estos síntomas se deben a un desequilibrio de sodio y potasio.

##### 1.7.1. Incremento de palpitaciones.

Pueden advertirse ataques periódicos de palpitaciones con o sin disnea, (dificultad en la respiración), en raras ocasiones se ha observado taquicardia paroxística en el premenstruo. (Dalton, K., 1987; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

### 1.7.2. Venas varicosas.

Pueden haber venas varicosas, acompañadas por edemas en los tobillos y cansancio en las piernas. (Dalton, K., 1967).

### 1.7.3. Fragilidad capilar.

Esta fragilidad produce hematomas retinales, conjuntivas y en raras ocasiones hemorragias cerebrales, (Dalton, K., 1967).

## 1.8. Lesiones dermatológicas.

En la mayoría de las enfermedades de la piel hay variaciones cíclicas relacionadas con la menstruación. Por ejemplo, puede haber lesiones epidérmicas recurrentes, con intervalos de normalidad o exacerbaciones de lesiones preexistentes de la piel. (Katz, F., et al., citado por Dalton, K., 1967, pág. 24).

### 1.8.1. Acné.

Katz, F., (1956) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 24), calculó que el 75% de las pacientes con acné común presentan una exacerbación premenstrual.

En ocasiones puede haber eritema, enrojecimiento difuso o manchas de la piel, producido por la congestión de los capilares que desaparece momentáneamente por la presión; furunculosis, tumefacción dolorosa y circunscrita de la piel; herpes simple, erupción cutánea, constituida por un grupo de pequeñas vesículas transparentes rodeadas de una aureola roja, acompañada de comezón o escosor, cuando se rompen forman costras o escamas; urticaria, enfermedad eruptiva de la piel cuyo síntoma más notable es la comezón; prurito, comezón, picazón; estomatitis ulcerosa, forma caracterizada por la formación de úlceras superficiales y dolorosas en la mucosa de las mejillas, lengua y labios, acompañada de salivación, fiebre y postración; y ulceración de la vulva; así como perturbaciones premenstruales en una piel o mucosa antes normales. Puede esperarse que la dermatitis atípica; la neurodermatitis, inflamación de la piel de origen nervioso; y la rosácea se

intensifiquen a medida que se acerca la menstruación. (Dalton, K., 1967; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

#### 1.8.2. Pigmentación facial (Peribucale Pigmentare).

Aumenta y disminuye en cada periodo menstrual. La pigmentación puede deberse a cambios en la secreción hormonal de la pituitaria estimulante de los melanocitos. En el periodo premenstrual la piel de las mujeres es más sensible a los rayos ultravioleta. (Goldsmith, W., et al.; y Mc. Guinness, B., citados por Dalton, K., 1967, pág. 25).

#### 1.9. Síntomas oculares.

##### 1.9.1. Conjuntivitis.

En ocasiones se presenta en forma intrascendente, pero en otras es de tipo infeccioso, puede ser unilateral o bilateral y presenta el aspecto de ojos irritados, en ocasiones está acompañada de estornudos. (Dalton, K., 1967). Glass, M., (1961) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 25), ha sugerido que la obstrucción premenstrual de la mucosa nasal podría provocar la estimulación refleja del último par craneano, con el consiguiente enrojecimiento de los ojos.

##### 1.9.2. Hemorragias oculares.

Las hemorragias conjuntivas o retinianas pueden ser producto de la fragilidad capilar premenstrual. (Dalton, K., 1967).

##### 1.9.3. Orzuelos.

Pequeños furúnculos en el borde del párpado, pueden ser externos o internos, reaparecen a menudo en cada premenstruo. (Dalton, K., 1967; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

#### 1.9.4. Síndrome de Behcet.

Con su tríada de iridociclitis, inflamación del iris y del cuerpo ciliar, ulceración recurrente de la boca y de los genitales, con frecuencia se presenta durante el premenstruo. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982; Hutfield, D., citado por Dalton, K., 1967, pág. 25).

#### 1.9.5. Glaucoma.

Con dolor en los ojos, halos, anillo blanquecino alrededor de la pupila en el glaucoma, ardor, visión borrosa y dureza del globo ocular; parecen acentuarse a medida que se acerca la menstruación, quizás debido a una retención generalizada de agua, reflejada en el aumento de la tensión intraocular. (Dalton, K., 1967; y Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1982).

#### 1.10. Reacciones autonómicas.

Comprenden mareos, sudores fríos, náuseas y/o vómito, sofocaciones, desmayos y a veces temblor. (Iglesias, X., et al., 1987).

### 2. Alteraciones psíquicas y del comportamiento.

Los síntomas psicológicos que abarca el *STPH* se encuentran presentes en la mayoría de las pacientes, aunque pueden ser desplazados a segundo plano por los síntomas físicos más serios o considerados como el resultado natural de una dolencia crónica y en apariencia incurable, por ejemplo: jaqueca, asma, ataques convulsivos, etc. (Dalton, K., 1967).

El 50% de las mujeres presenta oscilaciones en el estado de ánimo en los días premenstruales, en ocasiones estos son repentinos y quien normalmente percibe estos cambios es la persona más cercana a la mujer que los sufre. (Stoppard, M., 1985). Collins, A., et al., (1985), investigaron como el estado de ánimo varía a través del ciclo menstrual, descubriendo que el humor negativo predomina durante las fases lútea y menstrual, y el

positivo en las fases folicular y ovulatoria.

El término trastorno del estado de ánimo relacionado con la menstruación se refiere a un *Síndrome de Tensión Premenstrual* en el cual, los síntomas más importantes son las alteraciones del ánimo. (Collins, A., et al., 1985). Roy-Byrne, P., et al., (1987 Jun), informaron que los síntomas más frecuentes en sus pacientes fueron cambios en el estado de ánimo. A su vez Halbreich, U., et al., (1983), informaron que los trastornos afectivos premenstruales fluctúan a lo largo de un continuo bipolar, ya que algunas mujeres tienen cambios en una dirección, mientras que otras los presentan en la dirección opuesta; e incluso otras informan cambios en ambas direcciones, por ejemplo: incremento y decremento en la actividad durante el mismo periodo premenstrual.

Dentro de los componentes psicológicos del *STPN*, los principales son: depresión, fatiga e irritabilidad.

### 2.1. Depresión.

Dalton, K., (1969) (Citado por Stoppard, M., 1965, pág. 225), describe a la depresión como una carencia de: felicidad, interés, entusiasmo, adaptación, seguridad, autocontrol, apetito e introspección; así como una incapacidad de: concentración y de controlar la propia conducta; falta de energía para sobreponerse al llanto; pérdida de la perspectiva que impide a la mujer darse cuenta de que cuando termine la menstruación todo volverá a la normalidad.

Es necesario aclarar que cuando usamos el término depresión nos referimos a ésta, como un síntoma del *STPN*, debido a su relación temporal con el periodo premenstrual y a su incidencia con otros síntomas premenstruales; y no al síndrome depresivo, que puede presentarse en cualquier época de la vida.

La depresión oscila desde un leve sentimiento de infelicidad a la verdadera depresión, tan grave que compromete

Todas las funciones orgánicas, puede representar una manifestación subclínica de un trastorno afectivo y en general no dura más que unos pocos días. (Hallman, J., 1986; y Stoppard, M., 1985).

La depresión premenstrual se intensifica a partir de los 36 años de edad y es más frecuente en las mujeres solitarias que en las que viven con una pareja, ya que ésta se alivia con una compañía congenial. (Stoppard, M., 1985).

Los suicidios o intentos de suicidios predominan en las mujeres que están en el periodo premenstrual (4 días antes) o durante la menstruación. Si bien, es posible que parte de ese aumento sea atribuido solamente a la depresión del *STPM*, parece que la mayoría son casos de depresión crónica endógena y exógena, en los cuales la carga adicional de la depresión premenstrual actuó como disparador y aumentó la intensidad, hasta que se llegó al punto de ruptura. Los intentos de suicidio debidos al *STPM* sólo son característicamente precedidos por alguna riña que los desencadena y no son premeditados. Con la iniciación de la menstruación estas pacientes se recuperan con rapidez de su depresión. (Dalton, K., 1967; Ellis, D., et al., Tenks, C., et al., y Wetzel, R., et al., citados por Frandkin, B., et al., 1986, pág. 246).

Varios estudios indican que la incidencia de la depresión premenstrual aumenta en pacientes con desorden depresivo mayor, que en otras pacientes psiquiátricas y pacientes control. El desarrollo de un episodio depresivo sostenido, seguido de años de breves depresiones premenstruales repetidas, podría haber sido el reflejo de un proceso de encendido o de sensibilización. (Roy-Byrne, P., et al., 1984).

Los investigadores que estudian el *STPM* han descubierto conexiones entre el ciclo menstrual y una variedad de padecimientos psiquiátricos. Halbreich, U., et al., (1983) y De Jong, R., et al., (1985), observaron que aproximadamente dos terceras partes de las mujeres en edad reproductiva, que han sufrido un desorden afectivo mayor; están sujetas a una depresión premenstrual significativa. E inversamente, la disforia premenstrual está asociada al riesgo

creciente de futuros desórdenes depresivos mayores.

Cuatro estudios, (Endicott, J., et al., 1991), mostraron que la depresión premenstrual tuvo una prevalencia alrededor del 65% en pacientes con trastorno afectivo de tipo predominantemente bipolar. Stout, A., et al., (1985), realizaron un estudio cuyo fin fue obtener perfiles psicológicamente depresivos, de mujeres con *STPM*. Sus resultados fueron los siguientes: depresión en un 58% y angustia marital en el 42% de la muestra.

La coexistencia del trastorno del estado de ánimo relacionado con la menstruación y la depresión mayor pueden compartir un sustrato fisiopatológico subyacente, ya que tienen similitudes fenomenológicas, neurobiológicas, respuesta al tratamiento y analogías en antecedentes familiares de ambos trastornos. (Poy-Byrne, P., et al., 1987 Jun).

Muchos síntomas comunes del *STPM* tales como la tristeza, ansiedad, irritabilidad y concentración disminuida son también reconocidas como síntomas comunes de ciertos trastornos psiquiátricos, aunque distinguibles únicamente por el tiempo de aparición, duración e intensidad de los síntomas, ya que en el *STPM* dichos síntomas se presentan o intensifican únicamente en el premenstruo, a diferencia de los trastornos psiquiátricos que se presentan en cualquier momento. (Stout, A., et al., 1986 Sept).

Diversos autores, (Endicott, J., et al., 1981; y Haskett, G., et al., y Kashiwagi, N., et al., citados por Stout, A., et al., 1986 Sept, pag. 517), han sugerido que los síntomas premenstruales pueden ser una leve manifestación de un trastorno afectivo. La naturaleza de la relación entre el *STPM* y los trastornos afectivos aun no está clara, aunque ha sido explorada desde muchas perspectivas. Por ejemplo, Price, W., et al., (1986 Aug), observaron que de un 70 a un 83% de los pacientes con desorden afectivo bipolar rapid-cycling (ocurrencia de cuatro o más episodios afectivos, durante un periodo de 12 meses), eran mujeres. Por lo cual decidieron hacer una correlación entre este y el *STPM*. Hallando que el 60% de las mujeres con rapid-cycling tenían *STPM*

severo y el 16% *STPM* leve. Además ambos trastornos tienen características similares en el estado de ánimo y bases neuroquímicas, por ejemplo, los cambios cíclicos en niveles de catecolaminas y endorfinas ocurren en ambos trastornos. Aunque el *STPM* y el rapid-cycling tienen muchas características comunes, aún no se ha podido determinar su relación.

Roy-Byrne, P., et al., (1987), señalan que hay la posibilidad de que el *STPM* con trastorno del ánimo, sea una "forma frustrada" de un trastorno afectivo mayor.

Durante muchos años se ha estado creyendo que la enfermedad psiquiátrica se agrava durante el periodo premenstrual. Se ha visto la importancia de la premenstruación y la menstruación en relación al comienzo de episodios críticos psiquiátricos. (Roy-Byrne, P., et al., 1987 Jun). Al respecto Rubinow, D., et al., (1987), proponen cuatro formas en las que se relacionan el *STPM* y los desórdenes psiquiátricos mayores:

- a. el *STPM* puede estar asociado a la morbilidad psiquiátrica.
- b. la enfermedad psiquiátrica puede alterar las funciones del ciclo menstrual.
- c. el *STPM* puede exacerbar la psicopatología preexistente.
- d. los eventos relacionados con el ciclo menstrual pueden parecerse a los desórdenes mayores en al estado de ánimo y de la conducta.

Por su parte, Halbreich, U., et al., (1985), realizaron un análisis de diferentes investigaciones, en donde muestran que las admisiones de mujeres a hospitales psiquiátricos aumentan durante los días premenstruales, con lo que concluyen que el 57% de las pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo mayor, también tienen síntomas premenstruales de depresión. De igual manera

Dalton, K., (1959), informa que el 46% de todas las admisiones ocurrieron durante el premenstruo. Por otro lado el 57% de intentos suicidas, el 47% de pacientes depresivas y el 47% de esquizofrénicas fueron admitidas en hospitales psiquiátricos, durante la premenstruación.<sup>25</sup>

La revisión de Smith, S., (1975) (citado por Stout, A., et al., 1986 Sept, pág. 517), concluye que en mujeres con psicosis intermitente se presentan episodios psicóticos durante el premenstruo. Clare, A., (1983) (citado por Stout, A., et al., 1986 Sept, pág. 517), examinó la salud mental y el SIPM en mujeres británicas hospitalizadas en psiquiátricos. En sus resultados halló que las mujeres con enfermedad psiquiátrica informaron más síntomas premenstruales psicológicos y conductuales que el grupo control. Aunque en los síntomas físicos no hubo diferencia entre ambos grupos.

Abranowitz, E., et al., (1982), notificaron una frecuencia más alta en las admisiones psiquiátricas de mujeres, durante los días premenstruales, que en el resto del ciclo. Además en las mujeres depresivas se halló una notable elevación en la frecuencia de admisión, particularmente en el día que precede a la menstruación y el primer día de esta (41% de las mujeres depresivas fueron admitidas en estos días).

Otros padecimientos psiquiátricos que pueden variar con el ciclo menstrual incluyen psicosis y bulimia (Rubinow, D., et al., 1984 May; y Williams, E., et al., citados por Kathol, R., 1987, pág. 383).

## 2.2. Irritabilidad.

Otro de los síntomas del SIPM es la irritabilidad, que adquiere una forma irracional y generalmente va acompañada por la

---

25. Aunque los porcentajes no exceden el 50% consideramos que éstos deben ser tomados en cuenta, ya que se aproximan bastante a dicho porcentaje.

ausencia de discernimiento. La paciente se muestra agitada, inquieta, intolerante, impaciente o malhumorada, se trastorna por la más mínima contrariedad, odia a todo el mundo, se encoleriza por nada; las mujeres que están en esta situación pierden el control de sus emociones. (Dalton, K., 1967; Stoppard, M., 1985). Teitler, K., (1979) (citado por Frandkin, B., et al., 1986), informó un incremento en la agresividad verbal en maestras durante el premenstruo. La irritabilidad premenstrual también se asocia con ideas suicidas, pesimismo, sensibilidad a la crítica falta de juicio, búsqueda de la soledad y sentimientos de culpa. (Halbreich, U., et al., 1983). La irritabilidad premenstrual es más frecuente en las mujeres casadas y ésta puede convertirse en violencia física. Se ha visto que el *STPM* es una de las causas de separación de parejas y de maltrato a los hijos. Además de ser en este periodo cuando las mujeres delinquen en mayor grado. Dalton, K., 1967; y Stoppard, M., 1985). En las mujeres que cometen crímenes de violencia se ha observado que lo hacen con mayor frecuencia durante la fase premenstrual de su ciclo, aunque, la mayoría de éstas no se dan cuenta que tienen *STPM* y sin embargo muestran cambios cíclicamente recurrentes y síntomas psicológicos subjetivos. (D'Orban, P., 1981).

El *STPM* coloca a las mujeres en un estado próximo a la "crisis nerviosa". Ellas mismas se dan cuenta de que el *STPM* afecta su vida familiar, social y su habilidad para el trabajo. (Dalton, K., 1967).

### 2.3. Tensión.

Es el síntoma más común y puede ser tan aguda que en Francia se le reconoce para los fines legales, como insania temporaria. (Oleck, H., citado por D'Orban, P., 1981, pág. 1413). Dalton, K. (1980 Nov), siguió tres casos de juzgado, en donde el *STPM* fue aceptado como un factor atenuante, en crímenes sin premeditación, incendios premeditados, asaltos, amenazas de muerte, etc. Así mismo Brahams, M., (1981) (citado por D'Orban, P., 1981, pág. 1413), informó de dos casos en los que la corte aceptó el *STPM*

como atenuante de un cargo de asesinato a uno de homicidio involuntario, apoyándose en la disminución de la responsabilidad. Al *STPH* se le consideró como enfermedad de la mente dentro de la sección dos de los decretos de homicidios de 1957, en el Lord Justice Lawton de Londres, Inglaterra.

#### 2.4. Fatiga.

En el período premenstrual se presenta la fatiga, tanto física como mental, muchas mujeres pierden la facultad de pensar con rapidez y claridad. (Stoppard, M., 1985). Varios estudios informan que la ejecución de las mujeres y el patrón afectivo fluctúa con su ciclo menstrual, dando como resultado una deficiente ejecución en la premenstruación. (Bernstein, B., 1977). Este letargo varía desde la leve fatiga fisiológica hasta un abrumador deseo de dormir; hay un deseo de realizar un mínimo de trabajo y una incapacidad para hacer frente a las tareas más rutinarias, las personas que tienen labores creadoras pueden advertir una ausencia de inspiración y postergar las actividades más importantes hasta que se haya pasado el letargo. Se pierde la destreza manual y la torpeza resultante puede provocar destrozos. (Dalton, K., 1967).

Se han hecho investigaciones sobre los efectos de la menstruación en actividades escolares. Bernstein, B., (1977), llevó a cabo una investigación para probar que la ejecución académica fluctúa con el ciclo menstrual. En mujeres colegialas de una Universidad del Medio Oriente. Ninguna de las participantes estaba tomando anticonceptivos orales. Compararon las medidas de la fase intermenstrual y premenstrual, hallándose una disminución en la ejecución mental durante el premenstruo. Dalton, K., (1968), observó una ligera decaída en la actividad escolar, días antes y durante la menstruación; esta disminución fue mayor en aquellas mujeres que tienen sangrados abundantes y ciclos menstruales más largos. En otras investigaciones las mujeres se autodescriben como incapaces para realizar trabajos responsables, esto, porque su inestabilidad hormonal las hace vulnerables. También sufren ligeras cefáleas o se sienten tan agotadas que no se levantan de la cama y

presentan una intensa somnolencia durante diez días antes de la menstruación. (Stoppard, M., 1985).

Por su parte De Marchi, G., et al., (1972), diseñaron un experimento para determinar los cambios que sufren la sensibilidad sensorial y la discriminación temporal (tiempo de percepción) durante el ciclo menstrual. Concluyeron que hay cambios considerables en la discriminación temporal durante el ciclo menstrual, sobre todo en el premenstruo. Hallaron una considerable disminución en la eficiencia y en la concentración.

De igual manera el rendimiento en el trabajo no es igual a lo largo del ciclo. El episodio menstrual aparte de justificar pequeñas ausencias laborales, repercute negativamente en la calidad del trabajo realizado. (Dexeus, S., et al., 1970). Según Gold, J., et al., (1970), solamente el *STPM* provoca en la industria más del 33% de ausentismo por cada 100 mujeres. La fatiga y la desgana son mayores y los desequilibrios emocionales muy frecuentes. Llegó a decirse que durante la menstruación la comprensión se halla disminuida y la excitabilidad psíquica está aumentada, lo cual puede ser fuente de altercados con otras compañeras o incluso de molestos roces con los superiores y con el público. Esto se puede observar con el hecho de que algunas compañías comerciales americanas han acordado dar unos días, mensualmente a sus empleadas del departamento de "relaciones públicas", para evitar los problemas que aquellas planteaban durante la premenstruación. La fase del ciclo en que la mujer parece trabajar con mayor efectividad coincide con el periodo posmenstrual. (Dexeus, S., et al., 1970).

La importancia del *STPM* en el área de la producción radica en que es capaz de provocar una disminución en la capacidad laboral durante varios días. Ciertamente que no suele determinar pérdidas de horas de trabajo, pero el cambio de carácter que tienen muchas mujeres enrarece completamente su vida de relación, con consecuencias desagradables sobre su trabajo. (Dexeus, S., et al., 1970).

Por su parte, Endicott, J., et al., (1982), informaron que cuando se les pedía a las mujeres un autorregistro de sus actividades, ellas manifestaban un decremento en la fase premenstrual, pero cuando trataron de confirmarlo por medio del monitoreo, observaron que algunas mujeres que informaban letargo premenstrual eran más activas en ese periodo, y otras que informaron hipersomnia tenían la misma actividad durante todo el ciclo. Resultados similares fueron publicados por Sommer, B., (1985) (Citado por Collins, A., et al., 1985, pag. 512), al estudiar las funciones cognitivas y las habilidades perceptomotrices. Llegaron a la conclusión que aunque algunas mujeres informaban deterioro en su capacidad mental, antes y durante la menstruación, cuando se usaban medidas subjetivas de ejecución; la mayoría de los estudios no demuestran cambios significativos.

#### 2.5. Cambios en la conducta sexual.

Las diferentes fases del ciclo menstrual se han relacionado a cambios en la excitación sexual. Hart, P., (1960) (Citado por Dalton, K., 1971), halló que las mujeres experimentan un aumento en la libido, antes de la menstruación. Algunos autores apoyan esta situación, pero otros la rechazan. Scheiner-Engel, P., (1981), hizo una revisión de 32 estudios de los cuales en ocho encontraron un incremento en la sexualidad, durante la ovulación; en 20 el incremento fue observado durante el premenstruo; y en cuatro, durante la menstruación. Coincidiendo con estos datos Kinsey, P., et al., (1953) (citados por Hoon, P., et al., 1982, pág. 23), notificaron que el 90% de las mujeres americanas prefirieron tener relaciones sexuales durante el periodo posterior a la ovulación pero previo a la menstruación. Este hallazgo fue consistente con un informe adicional, en donde el 90% de sus respuestas a un cuestionario autovalorativo; mostraron que no hay orgasmos durante la fase folicular. En otro estudio se observó que las mujeres que se masturbaban una o dos veces al mes, lo hacían con mayor frecuencia justo antes o después de la menstruación. Por su parte Bancroft, J., et al., (1983), hallaron que la frecuencia

de la masturbación se incrementa ligeramente durante la fase lútea. Al comparar un grupo de mujeres con *STPM* y uno sin él, encontraron que en las últimas había un incremento de sentimientos de excitación sexual en la fase lútea.

Por otro lado, en un estudio realizado por Spitz, C., et al., (1975) (citados por Hoon, P., et al., 1982, pág. 23), con 96 mujeres, las cuales se presentaron al laboratorio sin haber ingerido ningún tipo de anticonceptivo oral, se observó que no hay diferencias significativas en la autovaloración de la excitación sexual. Así mismo, Hoon, P., et al., (1982), realizaron una investigación con estudiantes de 20 a 28 años, cuya finalidad fue determinar si las diferentes fases del ciclo menstrual influyen en la excitación sexual. Se requirió que no estuvieran tomando anticonceptivos orales. Las sujetas manifestaron estar a gusto con su sexualidad. Se fijó el periodo del ciclo menstrual de cada sujeto. Así mismo se les pidió que se relajaran, para escuchar una cinta sobre un encuentro erótico, dejando reaccionar sus cuerpos como normalmente lo hacen. Posteriormente se les invitó a vivenciar una fantasía erótica, para valorar como se sintieron sexualmente. No hubo diferencias en la capacidad de excitación sexual a través de las fases del ciclo menstrual. Por lo que los autores sugirieron que una mujer es igualmente excitable en todo momento del ciclo menstrual.

#### 2.6. Perturbación del sueño.

La perturbación del sueño es común, se presenta como hipersomnio, cuando se experimenta una gran dificultad para levantarse por la mañana, aun después de 12 horas de sueño, o como insomnio, con el sueño perturbado por ensueños o pesadillas. (Dalton, K., 1967).

Keyer W., (1987), realizó un estudio para observar la incidencia de los síntomas psicológicos que se han atribuido al *STPM*. Para el efecto analizó datos de 256 mujeres que acudieron para valoración y tratamiento del *STPM*. Informó que los síntomas

emocionales más frecuentes incluyeron la triada de ansiedad (96%), hostilidad o cólera (97%) y depresión (97%). Como parámetro para valorar la intensidad de la depresión, aproximadamente 70% de las mujeres tuvieron intentos suicidas recurrentes y 20% habían atentado contra su vida una o más veces durante la fase pregestacional de un ciclo previo. Describieron su hostilidad en esta fase como explosiva, irracional y muy perjudicial para las relaciones interpersonales. También manifestaron intolerancia para con los demás, sensibilidad excesiva al rechazo y deseo de aislamiento, así como paranoia, crisis de pánico, temor, aumento o disminución de la libido, sensibilidad al ruido, sentimientos de confusión, menor capacidad de concentración y nivel disminuido de juicio. Muchas mujeres describieron una tendencia a criticar a otras personas, algunas ejercían violencia física contra sus esposos o hijos. Otras mujeres informaron sentimientos de aislamiento físico o deseo de abandonar el hogar y escapar a las presiones familiares. Otras reacciones incluyeron sentimientos de culpa, vergüenza, disminución de la confianza en sí mismas y tener a "volverse locas", sensación de inutilidad, imagen corporal distorsionada y negativa, y sensación de desesperanza. Así mismo informaron trastornos en las relaciones interpersonales; variaban desde incapacidad para completar los estudios, cambios frecuentes de empleo o un expediente laboral negativo debido a arranques recurrentes de ira y otras conductas impulsivas durante la fase pregestacional.

Como se ha visto a lo largo del capítulo, el *STPM* es un problema que tienen muchas mujeres e interfiere en sus relaciones familiares, sociales y laborales, por lo cual es muy importante que cada vez se hagan más investigaciones para intentar solucionarlo. Sin embargo, a pesar de los diversos estudios que han intentado determinar los cambios bioquímicos de este trastorno, en la actualidad los estudios son contradictorios, lo que crea un estado de confusión respecto al síndrome.

La publicidad efectuada del *STPH*, en determinadas partes es debida a motivos ideológicos. Se ha adoptado una actitud excesivamente paternalista en el tratamiento de este síndrome, al que se ha etiquetado como enfermedad. De esta manera se ha realizado una división entre las mujeres sanas o buenas y enfermas o malas. Esta división es aceptada incluso por algunas mujeres que, para autodefinirse como mujeres buenas, aprovechan los resultados de los estudios que sugieren que el *STPH* está causado por un desequilibrio hormonal para esconder bajo esta entidad las partes de su personalidad que no aceptan. (Laws, E., et al., citado por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 63 y 64).

En este estudio se considera al ciclo menstrual como un cambio continuo en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, en lugar de considerar dos fases en las mujeres: la normalidad y la enfermedad, esta última constituida por el *STPH* y la menstruación. Tomando en cuenta los cambios que se producen, resulta conveniente fijar la atención no solo en los aspectos negativos sino también en los positivos. Por lo tanto, más que compadecerse las unas a las otras, porque tienen un ciclo menstrual y algunas *STPH*, lo que se debe hacer es ayudar a tener una actitud positiva frente a éstos, así como tener una mayor conciencia de lo que está ocurriendo con ellas y con sus cuerpos, para poder enfrentar estos cambios, lo cual, en caso de ser necesario, nos ayudará a la búsqueda de un tratamiento adecuado, para que el *STPH* sea controlado, de tal manera que no interfiera en sus vidas.

## CAPITULO IV

### DIAGNOSTICO

Ha llamado la atención de muchos investigadores la elevada prevalencia del *STPM* y su uso potencial como modelo para explicar las relaciones entre los cambios biológicos y conductuales. Sin embargo, como se refleja en los artículos revisados, las formas más apropiadas para definir la intensidad de y para subclasificar los cambios premenstruales son todavía controvertidos y su patología permanece aun en la obscuridad. (Clare, A., 1985; Halbreich, U., et al., 1982 Jan; y Steiner, M., et al., 1980 Aug).

La claridad descriptiva, la confiabilidad de la medición y la clasificación son puntos importantes en todo intento científico de investigación. Sin embargo, la predicción y la importancia de estos en el estudio del *STPM* se enfatiza por su amplia variación en la definición. Esta es probablemente una de las razones principales de la inconsistencia en la estimación de la prevalencia de los tipos específicos de cambio y en la incongruencia en los estudios que han intentado relacionar los cambios biológicos con los aspectos premenstruales, conductuales y psíquicos. En la actualidad se han hecho esfuerzos para derivar definiciones más específicas de un *STPM*. (Halbreich, U., et al., 1982 Jan y 1982 Jul; y Harrison, W., et al., 1984).

Aunque se reconoce la diversidad de los aspectos

premenstruales, con frecuencia los investigadores han utilizado una definición de un *STPM* única que combina las diversas dimensiones del cambio premenstrual. Existen algunos esfuerzos para delinear las diferentes dimensiones de este cambio y para estudiar la correlación de los diversos tipos o modelos. Massil, H., et al., en 1986, señalan que es importante distinguir entre *STPM* primario que se refiere a síntomas recurrentes en la fase progestacional, seguidos por una semana sin síntomas después de la menstruación y *STPM* secundario referente a síntomas de la fase progestacional superpuestos a síntomas psicológicos o psiquiátricos subyacentes, de ahí que disminuyan, más no desaparezcan después de la menstruación.

Sin embargo, ninguno de los procedimientos comúnmente utilizados tiene criterios de inclusión o exclusión con puntos separados que ayuden a la diferenciación de los subtipos de cambios en el humor, comportamiento o en las condiciones físicas. (Halbreich, U., et al., 1982 Jan. y 1982 Jul; y Harrison, W., et al., 1984).

Los métodos utilizados hasta ahora han sido de diversa índole, algunos intentan evaluar el síndrome de una manera general, mientras que otros se dedican al diagnóstico parcial de algunos de los estados del síndrome o tan solo a algún síntoma en particular.

Por lo tanto, Halbreich, U., et al., en 1982 señalan que existe la necesidad de un procedimiento para evaluar los cambios premenstruales que:

a. Cubra una mayor variedad de cambios en el humor, condiciones físicas y comportamiento, de una manera más específica y clara que las utilizadas en los cuestionarios existentes.

b. Proporcione mediciones más susceptibles y adaptables a las dimensiones de descripción del cambio y a los niveles de gravedad.

c. Proporcione criterios específicos para la caracterización tipológica de los diferentes tipos de cambio.

d. Defina los diversos niveles de la gravedad del cambio.

A continuación se describirán algunos de los métodos que se han utilizado para medir el *STPM*.

1. Instrumentos que miden el *STPM* de una manera general.

1.1. PAF.

Forma de Evaluación Premenstrual (PAF),<sup>26</sup> se desarrolló como un esfuerzo para llenar la necesidad de un procedimiento de investigación que cubriera las cuatro características anteriormente señaladas.

El PAF proporciona lineamientos para ayudar a cada mujer a definir su periodo premenstrual y su duración. Los puntos que se utilizan son para describir cambios que se relacionan con el periodo premenstrual, para ayudar a distinguir estos cambios de síntomas crónicos. (por ejemplo: depresión, ansiedad, síntomas físicos, etc.). cada aspecto descrito en algún punto se debe considerar en relación con el periodo premenstrual; si aparece o cambia durante el periodo premenstrual; no existe en la misma forma o severidad inmediatamente antes de ese periodo; y desaparece, regresa a su estado usual o nivel de severidad durante el flujo completo de la menstruación. (Halbreich, U., et al., 1982 Jan).

El PAF es un cuestionario retrospectivo de autoaplicación, consta de 95 reactivos agrupados en 18 categorías tipológicas, 18 escalas de dimensiones unipolares y siete de continuo bipolar tanto

---

26. Este cuestionario comúnmente es conocido por sus siglas en inglés PAF (Premenstrual Assessment Form).

de cambio negativo como positivo, describiendo cambios premenstruales en tipos específicos de ánimo, comportamiento y condición física. Los reactivos son contados en escalas de seis puntos, "Severidad de cambio de la condición acostumbrada", fluctuando desde "sin cambio" hasta "cambio extremo" para los tres últimos ciclos menstruales. (Blume, E., 1983; Endicott, J., et al., 1982; Halbreich, U., et al., 1982 Jan, 1983 y 1985; y Harrison, W., et al., 1984).

Los reactivos del PAF pueden ser considerados de tres maneras para describir sujetos sobre la base de (Halbreich, U., et al., 1983):

a. Criterios específicos para subtipos categóricos de cambios premenstruales.

b. Sumario de escalas unipolares.

c. Medidas unipolares de un continuo bipolar.

Estas maneras diferentes de resumir los datos del PAF son complementarias y dan una aproximación integrada y flexible del análisis de datos del PAF.

La utilización de los diferentes sistemas de clasificación, en particular del continuo bipolar, el cual representa un cambio conceptual de un nivel sintomático (reactivo individual), o una aproximación dimensional unipolar, puede ser de utilidad en la investigación de la patofisiología de los aspectos premenstruales, asumiéndose que los cambios biológicos juegan un papel en la determinación de la dirección y grado de los cambios en los aspectos clínicos, es más, la clasificación de la tipología de los subgrupos deberá ayudar también a una mejor comprensión de los diversos mecanismos que pueden conducir a la aparición de estos síndromes clínicos diferentes, suponiéndose que la relación no se limitara al período premenstrual. (Halbreich, U., et al., 1982 Jan).

El uso preliminar del PAF en un estudio de relación entre el tipo de cambio premenstrual y los tipos de alteración mental, proporciona la evidencia del valor de enfocarse sobre las diversas etapas de los estados de ánimo disforicos, mas que considerarlo como una dimensión individual o un síndrome. (Emscott, J., et al., 1981).

#### 1.2. MDQ.

El Cuestionario de Distensión Menstrual (MDQ),<sup>27</sup> fue desarrollado por Moos (citado por Collins, A., et al., 1985, pag. 515), en un intento de medir e identificar las variables del estado de ánimo asociadas al ciclo menstrual. En realidad mide las molestias afectivas, somáticas y los cambios en la conducta durante la menstruación, aunque también fue hecho para medir estos cambios retrospectivamente en otras fases del ciclo. (Clare, A., 1981).

El MDQ es un instrumento que contribuye valiosamente a la medición cuantitativa de los desórdenes menstruales. (Dalton, K., 1980 Jul). Consta de ocho factores que Moos encontró estables y recurrentes: dolor, concentración, reacciones autónomas, excitación, afectos negativos, cambio en el comportamiento, retención de agua y una escala de control, la cual se compone de síntomas que pueden reflejar una tendencia general de comportamiento (lamento), sin considerar la ocurrencia de los síntomas específicos (Collins, A., et al., 1985; Magos, A., et al., 1986 Jun; Marriot, A., et al., 1985, y Sampson, G., 1979). En él, las mujeres pueden evaluar sus experiencias de 47 síntomas, con calificaciones de uno a seis, en varios puntos del ciclo menstrual. El cuestionario presenta dos formas, la "T" (today = hoy) en la cual cada síntoma es evaluado de acuerdo a su "grado de presencia" en la escala, permite a las mujeres calificarse por sí mismas diariamente durante un ciclo; y la forma "A" en la que se requiere una contabilidad retrospectiva de la experiencia de los síntomas en

27. Se la conoce así por sus siglas en ingles. (Menstrual Distress Questionnaire).

puntos específicos durante el ciclo menstrual más reciente, esta forma es más ambiciosa pero demasiado grande para manejarla. (Clare, A., 1981; y Steiner, M., et al., 1980 Aug).

### 1.3. IBG.

El Inventario de Comportamiento General (IBG),<sup>20</sup> fue desarrollado por Depue, D., et al., en 1983, (citados por Leon, G., et al., 1986, pág. 416), como índice de riesgo para trastornos bipolares y para la identificación de casos de ciclotimia en sus primeras etapas.

### 1.4. Diarios.

El diagnóstico más sencillo y menos costoso del que se dispone es el registro de las fechas de la menstruación y de los síntomas en forma de diario, este método lleva tiempo pero su ejecución cuidadosa puede revelar algunos indicios que resulten de utilidad para decidir si es preciso iniciar el tratamiento o no. (Dalton, K., 1967).

### 1.5. Cuestionario de Peck Abraham.

Enfatiza veinte síntomas que se presentan en la fase premenstrual, incluye síntomas físicos, emocionales y cambios sociales. (Price, W., et al., 1984).

2. Instrumentos que se utilizan para medir al *STPM* de una manera parcial.

2.1. Lista de Adjetivos de Estado de Animo de Green-Nowlis.

Se ha aplicado para medir distintos aspectos del estado de animo: ansiedad, agresión, júbilo, agitación, concentración,

---

20. General Behavior Inventory.

escepticismo, tristeza, fatiga, egolatria y actividad. Se pide a la sujeto que evalúe con una escala de uno a cuatro su estado de ánimo en el momento de contestar el cuestionario. (Collins, A., 1985).

## 2.2. POMS.

El Perfil de los Estados de Animo (POMS),<sup>20</sup> fue elaborado en 1971 por Mc Nair, D., et al., (citados por Frandkin, B., et al., 1986, pág. 248), tiene que ser llenado por cada mujer y su esposo, para registrar los estados de ánimo de ella en el día de la prueba.

## 2.3. Escalas Visuales Análogas del Estado de Animo.

Este tipo de escalas son sencillas y rápidas de contestar, a la vez que permiten discriminaciones finas en la cuantificación del estado de ánimo. También son adecuadas para el análisis estadístico. Son 10 escalas sobre el estado de ánimo que cubren sus principales dimensiones, por ejemplo: alegre y feliz; energético y activo; sociable y amistoso; relajado; cambiante; deprimido e infeliz; cansado y fatigado; agresivo; irritable y tenso; ansioso. (Sanders, D., et al., 1983).

Primero a cada mujer se le dan descripciones cortas de los extremos de dicha escala cero para "como me siento cuando no estoy en ese estado de ánimo", 10 para "como me siento cuando ese estado de ánimo es fuerte y prevalente", en términos que sean relevantes para ellas. Después ella usará estas descripciones personalizadas como guías para rellenar las escalas. Cada escala es representada como una línea continua de cero-10 y la mujer debe marcar la línea en el lugar apropiado que representará el grado en que hubiera experimentado el estado de ánimo en las 24 horas pasadas. (Sanders, D., et al., 1983).

---

<sup>20</sup> Conocido como POMS por sus siglas en inglés (Profile of Mood States).

Estas escalas visuales han sido utilizadas para evaluar interés, expresión o actividad sexual. (Sanders, D., et al., 1983).

#### 2.4. MAACL

La Lista de Chequeo Adjetivo de Afecto Múltiple (MAACL),<sup>30</sup> es otra de las escalas utilizadas para medir estados de ánimo. (Tuckerman, M., et al., citados por Steiner, M., et al., 1980 Aug, pág. 178).

#### 2.5. LSI

La Escala Larga Integrada (LSI),<sup>31</sup> es usada por algunas sujetos cuando hacen informes diarios, en un intento por obtener medidas objetivas del nivel de actividad a lo largo del ciclo, ya que esta escala mide hipersomnía, letargo y nivel de actividad bajo; ansiedad y nivel de actividad alto. (Endicott, J., et al., 1982).

3. Ahora bien, dentro de los instrumentos que miden parcialmente al *STPM*, se encuentran algunos que se enfocan sobre síntomas específicos.

#### 3.1. Escala de Ansiedad de Spielberg

En la escala de Ansiedad de Spielberg las mujeres registran su estado de ánimo al momento de contestarla. La escala consta de 30 reactivos, se ha usado ampliamente, obteniendo buenas muestras de confiabilidad. (Collins, A., 1985).

3.2. Escala de Manifestación de Ansiedad de Taylor (TMAS).<sup>32</sup> (Stout, A., 1985).

---

30. Multiple Affect Adjective Check List.

31. Long Scale Integral.

32. Taylor Manifest Anxiety State.

3.3. Rango de Estado del Inventario de Ansiedad (STAI).<sup>33</sup>  
(Stout, A., et al., 1985).

Los dos puntos anteriores solo son mencionados por no ser descritos en las fuentes bibliográficas.

#### 3.4. Escala de Depresión de Carroll.

La Escala de Depresión de Carroll es un instrumento de autoevaluación que utiliza respuestas "sí" o "no" a 52 preguntas para generar mediciones de puntos que correspondan a la escala de depresión de Hamilton, que consta de 17 puntos. (Feimberg, M., et al., citados por Steiner, M., et al., 1980 Aug. pág. 179).

#### 3.5. BDI

Inventario de Depresión Beck (BDI).<sup>34</sup> es una medida de autorreporte de 21 reactivos para evaluación de la severidad de síntomas depresivos, cada reactivo consiste en cuatro declaraciones alternativas con puntos de cero-tres sobre la base de la severidad. El BDI tiene una confiabilidad de 0.93 y se correlaciona satisfactoriamente con los puntos de observación de depresión. La puntuación puede contar de cero-63, se considera que a partir de 16 puntos es conveniente tomar una terapia. (Stout, A., et al., 1985).

#### 3.6. PTQ.

El Cuestionario Connors Padre-Maestro, (PTQ).<sup>35</sup> fue modificado para que el padre y la madre evaluaran las variaciones en la percepción de la tolerancia de la madre a los niños a través del ciclo menstrual. (Connors, K., citado por Frandkin, B., et al., 1986, pág. 248).

---

33. State-Trait Anxiety Inventory.

34. Beck Depression Inventory.

35. Connors Parent-Teacher Questionnaire.

### 3.7. MAS.

La Escala de Ajuste Marital Locke-Wallace (MASD),<sup>36</sup> es uno de los inventarios más amplios de angustia marital global que impide el ajuste de la pareja. El MAS consiste en 15 reactivos bipolares que varían en el número de elección de respuestas ofrecidas y el valor contribuye a la calificación; puede contar de dos "alta angustia marital" a 153 "alta satisfacción marital" con 100 como calificación media, aceptada generalmente entre las parejas de angustia y no angustia. (Slout, A., et al., 1985).

### 3.8. Rangos Diarios.

Los Rangos Diarios se usan para medir la manifestación diaria de un estado de ánimo o conducta específicos, algunos de ellos cuentan con una escala en la que se describe a que grado se presenta la conducta o estado de ánimo en cuestión, por ejemplo: de uno para "no presente" a seis para "extremo". (Endicott, J., et al., 1982).

### 3.9. Registros de Comidas y Eventos.

Esta forma de registro consta de dos páginas, obtiene datos de 24 hrs. sobre el tipo y cantidad de alimento consumido, presencia de vomito, uso de laxantes y enzimas, y estados de ánimo relacionados con la ingestión de alimentos. (Leon, G., et al., 1986).

## 4. Instrumentos que miden actitudes hacia la menstruación.

### 4.1. MAQ.

El Cuestionario de Actitudes Menstruales (MAQ),<sup>37</sup> describe las actitudes de la mujer hacia la menstruación. Este consta de 33

36. Se conoce como MAS por sus siglas en inglés (Locke-Wallace Adjustment Scale).

37. Menstrual Attitudes Questionnaire.

reactivos designados para obtener cinco dimensiones de actitudes menstruales: la menstruación como un evento debilitante, un evento incómodo o un evento natural; el temor y predicción del inicio de la menstruación, y la negación de algún efecto de esta. (Fugate-Woods, N., et al., 1982).

5. Otros instrumentos que aunque no se han diseñado específicamente para medir al *STPH*, se han utilizado para diagnosticar cambios a través del ciclo menstrual.

#### 5.1. MMPI.

El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI).<sup>38</sup> Se usa con todas sus escalas clínicas y de validez, para hacer comparaciones de las variaciones en los rasgos de personalidad a través de ciclo menstrual. (Corydon, H., et al., 1985; Stout, A., et al., 1985).

#### 5.2. Programa para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia.<sup>39</sup>

(Halbreich, U., et al., 1985).

#### 5.3. Diagnóstico del Lapso de Vida Psiquiátrica.

Es un cuestionario que está considerado como uno de los más significativos en el diagnóstico, porque los diagnósticos comunes en las pruebas clínicas, pueden ser "enmascarados" por síntomas del *STPH*. (Stout, A., et al., 1986 Sep).

#### 5.4. BPRS.

La Escala de Medida Psiquiátrica Abreviada (BPRS).<sup>40</sup> es una recopilación de 18 medidas afectivas y síntomas psíquicos. Cada

---

38. Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

39. En inglés se le conoce como Schedule for Affective and the Disorders and Schizophrenia.

40. Brief Psychiatric Rating Scale.

sintoma es marcado desde cero en ausencia del mismo; hasta siete, cuando está en su máxima intensidad. (Price, W., et al., 1984).

A lo largo de la revisión bibliográfica se ha hecho evidente la existencia de una diversidad de instrumentos que se han utilizado para medir al *STPM*. Algunos de estos instrumentos fueron realizados exclusivamente para medir al síndrome, mientras que otros fueron adaptados o simplemente aplicados en sus formas originales, como un medio para hacer comparaciones a través de las fases del ciclo menstrual.

Ahora bien, dentro de los instrumentos diseñados para medir al *STPM* existen aquellos que pretenden medir al síndrome de una manera global, mientras que otros se diseñaron para medir grupos de síntomas en particular y por último aquellos que miden síntomas específicos.

Los instrumentos existentes se enfrentan a grandes limitaciones:

a. En los diagnósticos retrospectivos la información que se recopila puede ser alterada, pues depende de la memoria de las mujeres que los llenan, ya que estas tienen que recordar si los síntomas se presentaron en sus menstruaciones anteriores, por lo tanto la información pierde precisión.

b. Por otro lado, cuando los instrumentos se aplican una sola vez, la información depende de la fase del ciclo en la cual se encuentra la mujer que contesta el cuestionario, en el momento de la aplicación del instrumento. Ya que si lo contesta en el periodo premenstrual, su percepción de la sintomatología será diferente que cuando lo contesta durante la fase folicular; y en la mayoría de las ocasiones no se tiene control sobre este punto al hacer el diagnóstico.

c. De igual manera existe una gran dificultad para que las mujeres distingan entre los síntomas recurrentes premenstruales y la exacerbación de algunos síntomas que se presentan durante todo el ciclo. Cabe mencionar que incluso algunos investigadores no

consideran que esta diferenciación sea importante.

d. En general los instrumentos para diagnosticar *STPM* son subjetivos, en la medida en la que se autoaplican y carecen del control que se podría tener si se midieran cambios fisiológicos con algún instrumento electrónico.

e. Uno de los principales obstáculos para el diagnóstico del *STPM*, es el hecho de que no exista un acuerdo en cuanto a su definición, ya que algunos investigadores lo definen como un síndrome único con una sintomatología específica; mientras que otros consideran que existen subtipos de *STPM* que tiene alguna relación entre sus síntomas, aunque dichos síntomas no sean los mismos. Debido a esto existen instrumentos que pretenden medir una gran amplitud de aspectos y resultan imprecisos para hacerlo.

f. Se han diseñado instrumentos que intentan salvar algunos de los obstáculos anteriores, pero resultan tan extensos que se dificulta su uso.

Aunque unos de los obstáculos mencionados anteriormente, se han podido librar al utilizar instrumentos combinados, esto no es suficiente, pues es necesario que se hagan instrumentos válidos y confiables, que se establezca perfectamente lo que se pretende medir con ellos y se consideren las condiciones de sus aplicación, como por ejemplo: el periodo en el que se aplicará, el tiempo que llevará contestarlo, facilidad de uso, accesibilidad del lenguaje usado, y sobre todo instrucciones claras y precisas. Es importante que se tomen en cuenta estos puntos para establecer un buen diagnóstico, pues de ello depende la elección correcta del tratamiento adecuado.

En el caso de la presente investigación se ofrece un instrumento, descrito en el capítulo del método, el cual a pesar de no salvar todos los obstáculos anteriormente mencionados, dadas las características de la muestra y las condiciones de la investigación, es un primer intento por medir el *STPM* en mujeres mexicanas.

## CAPITULO V

### TRATAMIENTO

La importancia que en la actualidad se ha dado a los cambios conductuales relacionados con las fases del ciclo menstrual, se debe a que han puesto mayor interés en el *STPM*, tanto en revistas populares, profesionales y asimismo el medio social, trayendo como consecuencia una gran demanda de tratamientos. Este aumento dramático también puede atribuirse al desarrollo de tratamientos farmacológicos efectivos para otras alteraciones femeninas que eran ignoradas anteriormente, como es el caso de la dismenorrea, y al fomento de movimientos femeninos con un gran interés en el cuidado de la salud. (Harrison, W., et al., 1984).

Aunque ha habido un vasto número de tratamientos y teorías para el *STPM*, estos continúan en un estado de confusión. Persisten enormes controversias respecto a su etiología y aún no se han identificado cambios fisiopatológicos constantes; en consecuencia, los tratamientos han sido diversos y hasta cierto punto fortuitos; tienden a basarse en hipótesis etiológicas específicas, (progesterona para tratar una deficiencia hipotética de la misma), o bien enfocarse en un síntoma específico (diuréticos para la retención de líquidos).<sup>41</sup> (Massil, H., et al., 1987).

---

41. Massil, H., et al., señalan que el *STPM* se relaciona con una respuesta al placebo de un 40 a 95%.

La gran abundancia de tratamientos fue revisada por un investigador experimentado quien encontró aproximadamente 50 tratamientos diferentes, usados durante los últimos 25 años. (Clare, A., 1979).

Clare, A., (1979), opina que hay una constante contradicción en todos los tratamientos, pues mientras unos autores los encuentran positivos, otros los hallan negativos.

Debido a que el síndrome no es uniforme, la agrupación de diferentes síntomas puede requerir de diferentes tratamientos. La terapéutica apropiada puede variar desde el tratamiento de una sintomática específica hasta la consulta con un especialista para el tratamiento de enfermedades subyacentes. El principio importante es que a todas las mujeres que buscan ayuda se les de una respuesta, un plan terapéutico y/o valoración adicional. (Keller, W., 1987).

Aunque no todas las mujeres que experimentan cambios premenstruales deben ser consideradas como pacientes que requieren tratamiento. Las mujeres que piden ayuda para aliviar sus síntomas premenstruales lo hacen cuando estos interfieren con su vida personal, social o laboral. (Sampson, G., et al., 1981).

Las limitaciones con las que se ha encontrado la investigación sobre el tratamiento del *STPM* han sido muchas y de diversa índole, ejemplo de ello, son los siguientes puntos:

a. La mayoría de los estudios tienen una definición imprecisa del síndrome. (Blume, R., 1983; y Harrison, W., et al., 1984). Los tratamientos han sido aplicados indiscriminadamente al conjunto heterogeneo de síntomas premenstruales a pesar de la evidencia de que el *STPM* está compuesto por diferentes síntomas, aunque estos se relacionan entre sí. (Moos, R., citado por Clare, A., 1979, pag. 226).

b. En pocos estudios terapéuticos se incluye la terapia de placebo. Mientras que estudios no controlados, con una amplia

variedad de agentes han producido resultados favorables, las pruebas controladas con placebo generalmente han fracasado al intentar presentar una diferencia significativa entre drogas y placebo, encontrando a este último como el tratamiento más efectivo. (Green, J., citado por Harrison, W., 1984, pág. 118; y Metcalf, M., et al., 1985). Por ejemplo, en estudios de desórdenes psicossomáticos, la respuesta al placebo en cambios premenstruales presenta un amplio rango de 30 a 80%. (Harrison, W., et al., 1984; y Sampson, G., 1979). Esto ha llevado a una actitud pesimista acerca de la posibilidad de demostrar la eficacia del tratamiento en esta condición, lo cual afecta a la postura que el clínico debería adoptar, y ha habido una declinación de interés en conducir estudios de tratamiento para los cambios premenstruales. (Blume, E., 1983; Clare, A., 1979; y Harrison, W., 1984).

c. El uso de muestras pequeñas y heterogéneas. (Harrison, W., 1984).

d. Falta de control en las muestras. (Blume, E., 1983; y Harrison, W., 1984).

e. Longitud corta de estudios con fallas para evaluar el tratamiento en más de un ciclo. (Harrison, W., 1984).

f. Fallas en el control de orden y secuencia de los efectos de los medicamentos. (Harrison, W., 1984).

g. Uso de una escala de clasificación no diseñada específicamente para estimaciones de cambios premenstruales. (Harrison, W., 1984).

h. Dependencia de reportes retrospectivos. (Blume, E., 1983; y Harrison, W., 1984).

i. Confianza en las auto-observaciones como único medio de medir la severidad del desorden. (Blume, E., 1983; y Harrison, W., 1984).

j. Pretender generalizar los resultados de un tratamiento a todas las mujeres con *STPH*. (Blume, E., 1983; y Harrison, W., 1984).

A su vez se han sugerido varios criterios metodológicos para mejorar la planeación de los estudios de tratamiento:

a. Siempre que fuera posible deberían controlarse y hacerse estudios del tipo doble-ciego. (Blume, E., 1983).

b. El posible diagnóstico de *STPH* deberá confirmarse con interrogatorios a futuro, que se irán llenando conforme aparezcan los síntomas. (Massil, H., et al., 1987).

c. Se excluirá a mujeres con otros trastornos adicionales al *STPH*. (Massil, H., et al., 1987).

d. Es necesario que las sujetos sean sintomáticamente homogéneas. (Massil, H., et al., 1987).

e. En todo tratamiento clínico es importante incluir un ciclo sin tratamiento para asegurarse si la sujeto tiene *STPH*, ya que algunas mujeres piden ayuda para tratar este síndrome, siendo que tienen otros problemas; así como una línea base con la cual comparar los ciclos con tratamiento. (Sampson, G., et al., 1981).

f. Los ensayos incluirán un ciclo de placebo antes de administrar los fármacos a estudiar, puesto que la intensidad de los síntomas tienden a disminuir hasta 50% en el primer ciclo después de establecer el tratamiento, con cualquier agente que se administre; una vez eliminado este efecto, pueden compararse mejor el placebo y los fármacos en estudio. (Halbreich, U., et al., citados por Blume, E., 1983, pág. 2866; y Massil, H., et al., 1987).

g. Eliminar a las pacientes que respondan al placebo antes de probar las drogas. (Halbreich, U., et al., citados por Blume, E., 1983, pág. 2860).

h. Se deberían emplear dosis adecuadas estandarizadas de drogas. (Blume, E., 1983).

i. Los ensayos deben incluir el número adecuado de sujetos y continuar durante un periodo suficiente (un mínimo de cuatro ciclos), para que desaparezcan los efectos del placebo. (Massil, H., et al., 1987; Reid, P., et al., 1986).

Pocos estudios han satisfecho estos criterios, lo que hace menos convincentes los resultados. Luego si no hay tratamientos científicamente comprobados, continúa el dilema de cómo atender a mujeres que presentan síntomas intensos. (Chakmakjian, Z.; y Halbreich, U., et al., citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 419).

Las estrategias para controlar síntomas de *STPM* no abordan el tratamiento de problemas psicológicos, sociales o sexuales crónicos. Por último, antes de planear el tratamiento debe valorarse la intensidad de los síntomas. (Dennerstein, L., et al., 1985).

A continuación presentamos un bosquejo de los tratamientos aplicados a las mujeres que han acudido en busca de alivio para la sintomatología premenstrual que interfiere en su vida familiar, social y/o laboral.

## 1. Tratamientos en desuso.

### 1.1. Cirugía.

Se han utilizado tratamientos quirúrgicos como la histerectomía y el legrado uterino o raspado.

Respecto a estas operaciones quirúrgicas es importante señalar que en la actualidad ya no se realizan, puesto que se han demostrado totalmente inoperantes para eliminar o paliar los trastornos que se presentaban en la paciente y al mismo tiempo, estos tratamientos conllevan los riesgos de toda intervención quirúrgica. (Iglesias, X., et al., 1987).

## 1.2. Rayos X.<sup>42</sup>

Otro de los tratamientos que se han utilizado son los rayos X, pero debido a que pueden causar los síntomas neurovasculares más severos de la menopausia se han dejado de usar. (Frank, R., 1931).

## 2. Tratamientos nutricionales.

### 2.1. Vitaminas.

Las razones ofrecidas para justificar el uso de la piridoxina han sido variadas; por ejemplo la sugerencia más reciente es su función como coenzima en el paso biosintético final de la dopamina y serotonina a partir de triptófano. La vitamina B<sub>6</sub> también es un cofactor en la síntesis de prostanglandinas a partir de ácidos grasos poliinsaturados, ayuda al hígado a descender el nivel de estrógenos. (Delitala, G., et al., citados por Harrison, W., 1984, pág. 122; Graber, E., 1963; Lipman, K., 1988; Massil, H., et al., 1987; y Rapkin, A., et al., 1987).

El uso de la piridoxina ha producido resultados variables. En estudios no controlados, se han observado resultados favorables de la piridoxina sobre el *STPM*. (Chakmakjian, A., et al., Day, D., y Kerr, K., citados por Harrison, W., 1984, pág. 122; y Mattes, J., et al., citados por Kendall, K., et al., 1987, pág. 145). Por su parte Dalton, K., (1985), encontró resultados benéficos de la piridoxina en los síntomas del *STPM*, sobre todo en dolores de cabeza, sensibilidad, inflamación abdominal, irritabilidad.

42. Aunque este es un tratamiento de gabinete, fue incluido en esta sección por estar en desuso.

neuropatía sensorial y depresión.

Otros estudios han fallado en demostrar la eficacia de la piridoxina. (Hagen, I., et al., y Stokes, J., et al., citados por Kendall, K., et al., 1987, pág. 145; y Harrison, W., 1984).

No obstante que el tratamiento con la piridoxina sobre el *STPM* es controversial, muchos médicos han tratado a sus pacientes con vitamina B<sub>6</sub> obteniendo buenos resultados. (Massil, H., et al., 1987). Stoppard, M., (1985), informa que la piridoxina alivia la depresión en algunas mujeres.

Hasta hace poco se consideraba que la piridoxina no planteaba riesgo aun en dosis muy altas. En 1983, se publicaron informes que sugerían una relación entre dosis altas de piridoxina y neuropatía periférica,<sup>43</sup> que se encontró era reversible al suspenderla. (Schaumburg, H., et al., citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 422).

Recientemente se han informado los efectos tóxicos potenciales en dosis bajas de vitamina B<sub>6</sub>, por lo que se recomienda precaución en el uso de esta terapia. (Kendall, K., 1987).

Otros compuestos vitamínicos que pueden atenuar la gravedad del *STPM* son las vitaminas A (Arovit y Auxina), C, D y E. (Bellot, L., et al., 1984; y Lauersen, N., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 97).

En 1987 London, R., et al., presentaron los resultados de una investigación para comprobar la efectividad del alfa-tocoferol en mujeres con *STPM*. Los síntomas mejoraron con el tratamiento. Esta investigación fue continuada en una población amplia, notaron un alivio significativo asociado con la terapia de alfa-tocoferol. Para confirmar estos hallazgos, London, R., et al., (1987),

---

43. Afecciones nerviosas degenerativas periféricas. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1982).

estudiaron la eficacia de este medicamento en mujeres con *STPM*, notaron una mejoría en los síntomas físicos y afectivos.

## 2.2. Aceite de Primula.

El interés en el aceite de vellorita (EPO) ha aumentado gradualmente conforme las mujeres buscan métodos de tratamientos más naturales. El EPO contiene los ácidos grasos poliinsaturados (PUFA) linoléico y gammalinolénico, así como vitamina E. (Massil, H., et al., 1987).

Brush, M., et al., (1984), demostraron concentraciones elevadas de ácido linoléico y menores de lo esperado del metabolito ácido gammalinolénico en un grupo de mujeres con *STPM*. Los datos sugieren que estas personas tienen incapacidad para convertir el ácido linoléico en gammalinolénico. Solo se ha publicado un estudio controlado con placebo del EPO en el tratamiento del *STPM*, en donde trataron con EPO a 20 mujeres que sufrían *STPM*. Se registraron los síntomas en un solo día al final de cada ciclo del tratamiento; se encontró que el EPO era significativamente mejor que el placebo, para la puntuación global y la depresión, pero no para otros síntomas individuales. (Puolakk, J., et al., citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 422). Pye, J., et al., (1986) Citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 422), demostraron que el EPO es tan eficaz como la bromocriptina en el tratamiento de la mastalgia ciclica y tiene menos efectos secundarios. En conclusión parecería que el EPO es un posible tratamiento para el *STPM*, en especial cuando predominan los síntomas mamarios. Se requieren nuevos estudios para sustentar esta eficacia.

## 2.3. Dieta.

Las mujeres con *STPM* parecen tener hábitos dietéticos especialmente deficientes, por lo que se recomienda una dieta saludable y variada. Mucho se ha discutido respecto a la posible participación de factores nutricionales, en la etiología del *STPM*. No obstante, se recomiendan ampliamente modificaciones en la dieta

y muchas mujeres informan mejoría. (Budoff, P., 1987; y Massil, H., et al., 1987)

El principal defensor de la dietoterapia ha sido Abraham, G. (1983 y 1984) (citado por Massil, H., et al., 1987, pág. 420). Este autor ha evaluado los efectos clínicos y endocrinos de un programa nutricional en mujeres con *STPM*. Este programa está basado en el examen y comparación de las dietas alimentarias de mujeres normales y pacientes con *STPM*. El programa nutricional está garantizado por un periodo aproximado de tres meses, pero los mejores resultados se observan entre tres y seis meses después de iniciado el programa.

Las recomendaciones del programa nutricional se refiere básicamente a lo siguiente:

a. Limitación de líquidos. Como la retención de agua y el desequilibrio electrolítico tienen importancia etiológica, es lógico comenzar por una simple limitación de la ingestión de líquidos. Una excesiva ingestión de éstos aumenta siempre la sintomatología. Es común encontrar pacientes que beben de 1.5 a 2.5 litros diarios, y que se benefician con una limitación de esa cifra. Pero otras, cuya ingestión normal de líquidos es moderada, no experimentan necesariamente una mejoría cuando aquella es limitada. Puede restringirse a cuatro tazas de líquido por día, que sumadas al que contienen los alimentos, proporcionan una cantidad adecuada. La restricción de sal, además de ayudar a restablecer el equilibrio electrolítico, elimina la sed y la tentación de excederse del límite de ingestión de líquidos. Las mujeres obesas son más propensas a beneficiarse con la reducción de los líquidos ingeridos, que las delgadas. (Dalton, K., 1967).

b. Limitar el consumo de azúcar refinada, sal, carnes rojas, lácteos y chocolate. Durante los días premenstruales, algunas mujeres experimentan fuertes deseos de comer carbohidratos, especialmente dulces. Este tipo de alimentos provoca un aumento de insulina, lo que hace disminuir el azúcar en sangre y puede causar

síntomas de hipoglucemia. Ello se puede combatir comiendo cantidades pequeñas de alimentos a intervalos de tres a cuatro horas, de forma que no disminuya la cantidad de azúcar en la sangre que es lo que induce la necesidad de comer dulces. (Iglesias, X., et al., 1987). Los alimentos se pueden distribuir de la siguiente manera: tres comidas bien balanceadas, que incluyan una fuente de proteínas y tres refrigerios con proteínas y carbohidratos complejos. Se fomenta este régimen durante el período premenstrual y de ser posible permanentemente. (Budoff, P., 1987).

c. Disminuir el uso de tabaco. (Massil, H., et al., 1987).

d. Restringir la ingesta de proteínas a 1 g/kg. de peso corporal al día. Atenerse más al pescado, aves de corral, granos enteros y legumbres como fuentes de proteínas y menos a carnes rojas y productos lácteos. (Massil, H., et al., 1987).

e. Aumentar la ingesta de alimentos con carbohidratos complejos, verduras, legumbres, granos enteros y cereales que contienen ácido cis-linoléico. (Massil, H., et al., 1987).

f. Comer cantidades pequeñas de alimentos saludables regularmente. Se ha afirmado que las mujeres con *STPH* toleran mejor la glucosa en la fase progestacional y que esto puede contribuir a la manifestación de algunos síntomas. (Morton, J., citado por Massil, H., et al., 1987, pág. 420). Reid, R., et al., (1986), recomiendan comer regularmente pequeñas cantidades de carbohidratos no refinados, como granos y vegetales, así como alimentos ricos en almidón, como camote, papa, plátano, etc. Algunas mujeres experimentan una diferencia notoria del estado de ánimo cuando intentan este cambio en sus hábitos dietéticos, aunque de ninguna manera esto significa una curación para el *STPH* intenso.

En particular el edema relacionado con el *STPH* puede tratarse mediante una dieta hiposódica. Si la paciente es obesa, la pérdida de peso puede ayudar a reducir la magnitud de las fluctuaciones en el mismo. Una dieta hipocalórica también es útil para reducir los cambios bruscos de peso. Si la paciente está

tomando diuréticos, se hará lo posible por interrumpirlos o al menos porque se use uno menos potente, esto con el objeto de prevenir el edema que causaría su abuso. Si una paciente se apega estrictamente a una dieta hiposódica, el efecto benéfico sobre el equilibrio de sodio puede igualar al de los diuréticos. (Friedlander, M., 1987).

g. Reducir la ingesta de productos que contengan metilzantina, como café, té, bebidas de cola y chocolate y alcohol, en especial en la fase premenstrual. La cafeína es un estimulante y si bien puede mejorar transitoriamente algunos síntomas por efecto diurético, en la experiencia de algunos autores parece empeorar la irritabilidad y tensión premenstruales. En un cuestionario detallado aplicado a 295 estudiantes universitarias de 18 a 21 años de edad, Rossignol, A., (1985), demostró que los síntomas premenstruales más frecuentes tenían fuerte relación con la ingesta de bebidas que contienen cafeína. También se ha observado que la tolerancia del alcohol parece reducirse antes de la menstruación, en tanto que Abraham, G., (1983) (citado por Massil, H., et al., 1987, pág. 420), sugiere que el alcohol puede participar en la hipoglucemia reactiva, puesto que inhibe la gluconeogénesis y favorece la disminución de la glucosa plásmica.

h. El programa nutricional también incluye una cura completa con vitaminas y sales minerales, aunque cada mujer puede escoger únicamente las vitaminas y los minerales específicos para sus síntomas, siempre bajo prescripción médica relativa a la cantidad y combinación de estas sustancias. El calcio, magnesio, zinc, hierro y potasio tienen la propiedad de disminuir la gravedad de muchos síntomas del *STPM*. (Budoff, P., 1987, y Lauersen, N., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 100 y 101). Por ejemplo Stewart, A., (1967), realizó dos pruebas de suplemento vitamínico/multimineral para mostrar como la corrección de las deficiencias de este suplemento alivia los síntomas del *STPM*.

Teniendo en cuenta todas estas recomendaciones, algunos dietólogos han elaborado modelos de alimentación diaria correcta

para mujeres afectadas del *STPH*, pero lo más importante es que cada mujer adapte la dieta a sus propios síntomas para conseguir librarse de ellos. (Iglesias, X., et al 1987).

Además de Abraham, G., (1981, 1983 y 1987) hay otros autores (Chakmakjian, Z., et al., Fuchs, N., et al., Goel, G., et al., y Stewart, J., et al., citados por Abraham, G., 1987, pág. 416; y Lauersen, N., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 99 y 100), que han investigado los efectos del programa nutricional sobre los síntomas del *STPH*, encontrando resultados positivos.

El uso de métodos nutricionales tales como modificación de dieta y/o suplementación nutricional, en el tratamiento del *STPH* ha sido oscurecido por una falta de información sobre los hábitos alimenticios de mujeres con *STPH* y falta de evidencia de laboratorio sobre su estado nutricional, (Stewart, A., et al., 1987), dado que la mayoría de los tratamientos naturales se administran sin control.

### 3. Diuréticos.

La retención de agua puede ser aliviada en forma más adecuada mediante diuréticos, éstos eliminan iones de sodio y cloro en cantidades equimolares, se pueden acompañar con una ingestión restringida o moderada de líquidos. (Dalton, K., 1987; y Kaiser, R., 1969). Como el tratamiento con diuréticos puede continuar durante un tiempo prolongado, es prudente comenzar con los más suaves, pero cuando éstos no son útiles, resultan excelentes los nuevos diuréticos orales. (Pasqualini, R., et al 1984).

Los diuréticos más conocidos son: espirinolactona, espirolactona (preparados sintéticos con acción antagónica específica respecto a la aldosterona), cloruro amónico, nitrato potásico, nitrato de amonio, cloruro de potasio, clorotalidone, hidroxisoindolina, todos los tiazidas (cloropentiazida, cloritiazida, tridorotiazida, etc.), furosemida y cafeína. (Bellot, L., et al., 1974; Dalton, K., 1987; Gold, J., 1970;

Hoffman, J., citado por Vellacot, I., et al., 1987, pag. 431; Pasqualini, R., et al., 1984; y Fachyrembel, W., 1977).

Los autores que han empleado los diuréticos en el tratamiento del *STPM* han tenido buenos resultados, (Handler, N., y O'Brien, S., citados por Simmons, K., 1983, pág. 1375; Hoffman, J., Stieglitz, M., et al., y Werch, A., et al., citados por Vellacot, I., et al., 1987, pág. 431; Mattson, B., et al., y Reeves, B., et al., citados por Clare, A., 1979, pág. 577), a excepción de un autor que no ha compartido estos hallazgos. (Smith, S., citado por Vellacot, I., et al., 1987, pág. 432). Sin embargo, el uso de diuréticos es controversial, debido a los efectos secundarios que provocan, por ejemplo, el aumento de la excreción de agua y sodio puede provocar una caída excesiva de potasio que causa letargia, cansancio o hambre espasmódica. (Dalton, K., 1971; e Iglesias, X., et al., 1987).

Por desgracia, la deshidratación por sí sola no cura todos los síntomas del *STPM*, solo elimina la retención de agua y sodio ya producida, pero no impide la posterior. (Dalton, K., 1967; y O'Brien, P., citado por Simmons, K., 1983, pág. 1375). Rees, G., (1953), descubrió que la deshidratación aliviaba el aumento de peso, la tensión de la piel, la pesadez de la cabeza, la hinchazón del abdomen y el prurito, pero no la inestabilidad emocional, depresión o irritabilidad. Pellanda, A., (1964) (citado por Dalton, K., 1967, pág. 67), observó que la utilización de un diurético mercurial premenstrualmente perdía su eficacia mes a mes, hasta que al cuarto mes, provocaba malestares mayores que los existentes al comienzo del tratamiento. Sugirió que el cuerpo aumentaba su capacidad de retención de agua y sodio en los tejidos, oponiéndose a la acción de los diuréticos cada vez más enérgicamente mediante un aumento de la secreción de mineralocorticoides.

Se ha demostrado que las tiazidas y los diuréticos de asa originan hiperaldosteronismo secundario y edema cíclico. Esta situación puede reducirse hasta cierto punto al prescribir un antagonista de la aldosterona como la espironolactona. (Massil, H.,

et al., 1987).

Si se ha decidido usar este tratamiento es necesario incluir en la dieta de la paciente alimentos ricos en potasio como plátanos, jitomates y jugo de naranja, y una dieta restrictiva en sodio. (Gold, J., 1970; e Iglesias, X., et al., 1987).

#### 4. Antiinflamatorios no esteroides.

Varios estudios sugieren que los inhibidores de la biosíntesis de las prostaglandinas, también pueden ser eficaces contra los síntomas del *STPM*.

La utilidad primaria del ácido mefenámico y el ibuprofén (antiinflamatorios no esteroides) son: el alivio del dolor pélvico y articular premenstruales, si bien varios ensayos han demostrado mejoría satisfactoria en todos los síntomas premenstruales, en especial en la cefalalgia, depresión, tensión e irritabilidad. Estos inhibidores se aconsejan únicamente como tratamiento complementario. (Lauersen, N., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 90; y Massil, H., et al., 1987).

La inhibición de la biosíntesis de prostaglandinas casi siempre origina disminución de la temperatura mamaria al inhibir los fenómenos de vasodilatación y térmicos. Estos resultados sugieren que la turgencia e hipersensibilidad mamarias que se aunan al *STPM* también pueden aliviarse con inhibidores de PG. (Budoff, P., 1987).

Uno de los primeros ensayos fue un estudio doble-ciego longitudinal, de ácido mefenámico contra placebo. Aquí el ácido mefenámico no resultó más eficaz que el placebo en el tratamiento de tensión, letargo y depresión. Sólo hubo mejoría, en dolor de espalda, debilidad, mareos, estrés e irritabilidad premenstruales. (Budoff, P., 1987). En otro estudio realizado por Wood, C., et al., (1980) (citados por Budoff, P., 1987, pág. 432), encontró alivio en los síntomas del *STPM* en sus pacientes. No obstante, en 15% de

ellas, se requirieron dosis diarias más altas para un alivio óptimo.

Budoff, P., (1986) (citado por Budoff, P., 1987, pág. 432), valoró otro inhibidor de las prostaglandinas, el Naproxén Sódico (NS). En este estudio longitudinal, doble-ciego y aleatorio que duró seis ciclos, se trató a 42 pacientes con *STPM*. El NS proporcionó un alivio mucho mayor de síntomas generales, que el placebo. Por su parte, Bancroft, J., et al., (1985) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 90), informaron que existen por lo menos dos estudios en los cuales se intenta demostrar la efectividad superior del ácido mefenámico respecto a un placebo, en el tratamiento del *STPM*. Sin embargo, los resultados obtenidos no han demostrado claramente la efectividad de este analgésico, en el tratamiento del síndrome.

Por último Harrobin, D., (1983) (citado por Strickler, E., 1987, pág. 363), en una revisión reciente observó que el tratamiento con NS agrava algunas características del *STPM*.

## 5. Fármacos que afectan directamente al Sistema Nervioso.

### 5.1. Carbonato de Litio.

Los datos respecto al litio como profilaxia en el *STPM* son contradictorios. Varios estudios informan que el litio es eficaz para aliviar síntomas conexos con el período premenstrual. Altman, M., citado por Kathol, R., 1987, pág. 392; De Leon-Jones, F., et al., 1982; Fries, H., Singer, K., et al., y Sletten, I., et al., citados por Steiner, M., et al., 1980, pág. 98; y Glick, I., citado por Rasche, E., 1981, pág. 2665). Por su parte Shader, R., et al., (1982), hallaron que el tratamiento con litio produjo una disminución en los daños premenstruales, pero no se pudo confirmar la eficacia del litio en un estudio controlado. Harrobin, D., et al., (1973) (citados por Steiner, M., et al., 1980, pág. 97), tuvieron resultados similares aunque después de seis meses la efectividad de ese tratamiento disminuyó notablemente.

Otros estudios en los que se comparó el litio con placebo, son mucho menos alentadores respecto a su eficacia en controlar síntomas relacionados con el periodo premenstrual. (Mattson, B., et al., y Singer, B., et al., citados por Kathol, R., 1987, pag. 592; y Steiner, M., et al., 1980).

El tratamiento con litio tiene algunas desventajas: es un medicamento que ocasiona daños colaterales, es sumamente prolongado y podría ser que su uso no ayudara a la curación de los padecimientos del *STPM*. (Price, W., 1984). No obstante, en las pacientes cuyos síntomas predominantes son depresivos y cuya intensidad basta para impedir la actividad social y una vida productiva, es razonable intentar un ensayo clínico con litio. En esta situación resulta útil un cuestionario de auto-informe, como indicador de mejoría de los síntomas a través del tiempo; si no lo hay, puede interrumpirse el litio sin riesgo y dar un tratamiento o apoyo alternativo. (Kathol, R., 1987).

### 5.2. Clonidina.

El uso de las drogas antihipertensivas en el tratamiento del *STPM* es un área nueva de investigación. (Chihal, H., 1987). El efecto que se le supone a la clonidina puede relacionarse a la activación que hace de los receptores adrenérgicos alfa-2-centrales. (Nillson, L., et al., 1985).

En un estudio de desórdenes afectivos hecho por Nillson, L., et al., (1985), algunas mujeres que participaron como control informaron espontáneamente aliviarse del *STPM* cuando se les dió clonidina. Posteriormente probó el tratamiento en una mujer en la cual los síntomas predominantes eran irritabilidad y agresividad. Se mejoraron sus síntomas y solo se manifestó como síntoma colateral una ligera sedación ocasional.

El uso de clonidina para el tratamiento de *STPM* parece prometedor, aún cuando no se han hecho estudios controlados de placebo doble-ciego. (Price, W., et al., 1984).

Otro antihipertensivo, el verapamil, fue sugerido por Price, W., et al., (1986 Apr), como auxiliar para el *STPM*.

### 5.3. Endorfinas.

La administración y la supresión de opiáceos imitan muchas características del *STPM*. La naloxona empeora los síntomas de las mujeres con *STPM*, y en dosis elevadas provoca síntomas parecidos en voluntarias normales. (Cohen, M., et al., citados por Strickler, R., 1987, pág. 361). Peck, S., (1982) (citado por Strickler, R., 1987, pág. 360), al emitir la hipótesis de que las concentraciones altas de péptidos opiáceos endógenos causaban *STPM*, trató a mujeres con placebo ó naloxona durante ambas fases del ciclo. El placebo mejoró las puntuaciones de estrés más que el antagonista del opiáceo que "de hecho empeoró los síntomas". Parecía que la naloxona mediaba los síntomas de opiáceos bajos, y no altos.

### 5.4. Tranquilizantes y sedantes.

Los tranquilizantes y sedantes menores en ocasiones pueden ser útiles para mujeres con crisis intensas de ansiedad o insomnio premenstrual, se puede recurrir a los más simples como el meprobanato, diazepam, serpasil, priscopen, fenobarbital o valium. (Bellot, L., et al., 1974; Massil, H., et al., 1987; Pasqualini, R., 1984; Pschyrembel, W., 1977; y Shader, R., 1982).

El efecto tranquilizador y sedante de los extractos de rauwolfia serpentina sugiere que este fármaco puede ser útil en el tratamiento del *STPM*. De 18 mujeres, resultó eficaz en 13 el serpentil. Sin embargo, en ocasiones aumenta la tendencia al edema premenstrual. La posibilidad de reacciones alérgicas puede exigir el empleo de antihistaminicos o de métodos de desensibilización contra la hormona que las pruebas intradérmicas descubran como alergógeno. (Fluhmann, F., 1958; y Greenblatt, R., citado por Fluhmann, F., 1958, pág. 131).

### 5.5. Alprazolam.

Se ha intentado tratar el *STPM* que se manifiesta con sintomatología depresiva acompañada con irritabilidad y agitación prescribiendo un antidepresivo. (Iglesias, X., et al., 1987).

Debido a los efectos ansiolíticos y antidepresivos del alprazolam, que es una triazolbenzodiazepina, se pensó que podía ser un tratamiento tentativo para el *STPM*. Sobre todo en aquellas mujeres que no responden a otros tratamientos, el alprazolam es lo indicado debido a su baja incidencia de efectos secundarios. (Freinhar, J., 1984; Price, W., et al., 1986 Aug; y Smith, S., et al., 1987).

Harrison, W., (1987), realizó un estudio en donde las mujeres estuvieron azarosamente asignadas al tratamiento con alprazolam o placebo. El 60% de estas respondieron al alprazolam, el 6% lo hicieron al placebo, y el 34% no respondieron a ninguno de los dos tratamientos.

Si bien en estos estudios se demostró que el alprazolam alivia los síntomas premenstruales, se debe tener cuidado en su uso, pues depende de la susceptibilidad de la paciente. Además el uso de este medicamento debe restringirse a la fase premenstrual del ciclo, pues se reduce el riesgo de habituación o dependencia. (Freinhar, J., 1984, y Harrison, W., et al., 1987).

### 5.6. Monoaminooxidasa.

Se han encontrado hallazgos de que la aminooxidasa inhibe los síntomas de pacientes depresivas y de mujeres que experimentan depresión premenstrual. (Quitkin, F., Warburton, B., citados por Abramowitz, E., et al., 1982, pág. 478).

### 6. Tratamientos Hormonales.

La mayoría de las pacientes experimentarían alivio con otros métodos, pero siempre quedan unas pocas con síntomas

incapacitantes, no eliminados totalmente, y esas pocas son las que necesitan una terapéutica hormonal, ya sea sola o en combinación con otras medidas médicas y/o psicológicas. La terapéutica hormonal es costosa y casi siempre debe ser aplicada durante largo tiempo, de manera que, a menos de que los síntomas de la paciente sean graves, vale la pena intentar primero otras medidas. En la práctica, las pacientes que necesitan terapéutica hormonal son aquellas que presentan jaquecas, depresión, convulsiones y asma, pues sus múltiples síntomas no son aliviados fácilmente con otras medidas. (Dalton, K., 1967).

Cuando se considera la posibilidad de una terapia hormonal, es esencial antes que nada contar con un buen registro de fechas, duración de los síntomas y de la menstruación; pues las hormonas pueden acortar o prolongar el ciclo y aumentar o disminuir las pérdidas de sangre. Si no se conocen estas normas de la paciente, resulta difícil distinguir una alteración en su ritmo. (Dalton., K., 1967).

La terapéutica hormonal, es en esencia, profiláctica y por lo tanto debe iniciarse antes que comiencen los síntomas, por lo general desde la mitad del ciclo hacia adelante, hasta que empieza la menstruación. Cuando los síntomas ya han aparecido, la administración de hormonas muy rara vez proporciona alivio o reduce la probabilidad de que éstos se incrementen. (Dalton, K., 1967).

### 3.1. Progesterona.

Desde 1934, se ha recomendado por épocas el tratamiento de progesterona para el *STPM*. Dalton, K., (citado por Maxson, W., 1987, pág. 441), ha apoyado este tratamiento durante más de 3 decenios, por lo cual sigue siendo el más importante.

Dalton, K., (1967), considera necesario el tratamiento con progesterona natural en los casos en que los síntomas que padecen las mujeres interfieren en su capacidad normal de trabajo y estilo de vida. Sería el caso de mujeres que han intentado suicidarse o

que protagonizan episodios de autolesión, peleas violentas, las que aumentan el consumo de alcohol o que sufren enfermedades cíclicas que las obligan a hospitalizarse. (Dalton, K., 1967).

Las propiedades farmacológicas de la progesterona parecen adecuadas para tratar agitación, ansiedad, insomnio, irritabilidad y retención de líquidos; entre sus propiedades benéficas están un efecto sedante/anestésico, retardo del EEG, mayor tiempo de ensueño al dormir, incremento del umbral de convulsiones, retraso del despertar y mayor excreción de sodio. (Strickler, R., 1967).

En diversos estudios se ha demostrado que la progesterona natural puede absorberse con facilidad a través de superficies mucosas y puede administrarse por vía transdérmica, subdérmica, nasal, intramuscular, sublingual, vaginal o rectal, y oral; siendo las más comunes la intramuscular y la oral. (Maxson, W., 1967).

#### Desensibilización de progesterona.

Se ha propuesto un método más para administrar progesterona. Como se ha sugerido que el *STPM* puede originarse por una reacción alérgica a la progesterona, varios investigadores han valorado el tratamiento de desensibilización. (Maxson, W., 1967). Heckel, G., (1963) (citado por Maxson, W., 1967, pág. 448), informó que 80% de 288 pacientes experimentaron alivio de los síntomas de *STPM*, con dosis pequeñas de pregnanediol. Maybray, G., et al., (1962) (citados por Maxson, W., 1967, pág. 448), informan mejoría de 90% en los síntomas premenstruales con la administración subcutánea de dosis pequeñas de suspensión acuosa de progesterona en 132 mujeres. Se valoró esta mejoría por los informes de las sujetas.

Se han hecho diversos estudios para comprobar la eficacia de la progesterona encontrándose resultados controversiales. Los ensayos clínicos del tratamiento con progesterona en mujeres con *STPM*, han estado plagados de errores metodológicos, altas tasas de respuesta al placebo y las vicisitudes típicas de los estudios que se apoyan en medios subjetivos para medir lo satisfactorio del

tratamiento. (Budoff, P., 1987; Clare, A., 1979; y Maxson, W., 1987).

Entre el grupo de investigadores que defienden el tratamiento del *STPM*, con progesterona y que han informado mejoría en sus pacientes, se encuentran: Dalton, K., (1962, 1964, 1977 y 1978) (citado por Clare, A., 1979, pág. 576) (y 1981) (citado por Rasche, E., 1981, págs. 1393-1396); Berlin, F., et al., (1982); Cook, S., (citado por Rasche, E., 1981, págs. 1395 y 1396); Dennerstein, L., et al., (1985); y Magos, A., et al., (1986).

En un estudio 239 pacientes con *STPM*, fueron sometidas a un régimen que consistió en un tratamiento inicial no hormonal, seguido de una terapia a base de progesterona que se prescribió después de que los síntomas no ofrecieron ninguna mejoría ante el tratamiento. Encontraron que el tratamiento con progesterona disminuye los síntomas del *STPM*, pero recomiendan que solo se use en aquellos casos en los cuales se han probado otros tratamientos no hormonales y no se obtienen resultados positivos. Además afirman que es útil emplear un tratamiento de enfoque múltiple. (Freeman, E., et al., 1985).

A pesar de los excelentes resultados obtenidos por Dalton, K., y otros autores en el tratamiento del *STPM* con progesterona, la mayoría de los investigadores se han encontrado con resultados totalmente contradictorios. En estudios doble-ciego, controlados con placebo, no se ha informado que la progesterona sea mejor que los placebos. (Andersch, B., 1985; Blume, E., 1987; Clare, A., 1981; Jordheim, O., Kerr, G., et al., y Smith, S., citados por Strickler, R., 1987, pág. 360; Maddocks, S., et al., citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 423; O'Brien, P., citado por Clare, A., 1979, pág. 576; Sampson, G., 1979; Seegar, J., citado por Rasche, E., 1981, pág. 1394; Smith, S., 1984; Rasche, E., 1981; y Vander Merr, Y., et al., citados por Maxson, W., 1987, pág. 445).

Smith, S., (1984), hizo una prueba controlada, 14 mujeres tomaron progesterona, progesterona más espirinolactona diurética

(Caldectona); la espirolactona sola o el placebo durante cuatro ciclos menstruales. La espirolactona no fue útil ni perjudicial; la progesterona parecía ayudar a tres pacientes, hizo peores los síntomas en tres y no tuvo efectos en ocho.

Las discusiones que ha suscitado el tratamiento con progesterona en parte se deben, al temor a los efectos colaterales que puede traer el uso artificial de dosis altas. En algunas mujeres una sobredosis de progesterona puede producir euforia, energía, insomnio, pérdida del conocimiento, dolor espasmódico en el bajo vientre, sangrado, aumento o pérdida de la libido, dolor anal, diarrea; y la droga causa también depresión que puede hacer peor el STPM. (Blume, E., 1983; Iglesias, X., et al., 1987; Sanchez, C., 1986; y The Medical Letter, 1984).

Sin embargo, según Dalton, K., (1967 y 1982) (citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 94), no existen efectos tan serios del suministro de progesterona natural, aunque puede alargar el ciclo menstrual. En este caso, hay que dejar de suministrarla y en 48 horas aparece la menstruación.

Clare, A., (1980) y Dalton, K., (1980), concluyen que la progesterona no es la panacea para todos los diagnósticos del STPM ya que existen otros tratamientos con diversas sustancias que han probado ser eficaces.

#### 6.1.1. Progestágenos sintéticos.

Para disminuir los inconvenientes de la utilización de la progesterona natural, se han utilizado progestágenos sintéticos, que pueden atravesar el hígado y llegar hasta el endometrio donde se produce su mayor metabolismo. Estos disminuyen los síntomas premenstruales pero son menos eficaces que la progesterona natural. (Dalton, K., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 95), a excepción de algunos casos en los que producen un total alivio sin la necesidad de repetidas dosis. (Dalton, K., 1967).

Los progestágenos sintéticos más comunes son: didrogesterona, noretisterona y su acetato, etisterona, acetato de medroxiprogesterona, dimetisterona, isopregnenona, noretindrona, hidroxiprogesterona y progesterona cristalizada. (Dalton, K., 1987; Graber, E., 1983; Iglesias, X., et al., 1987; Kaiser, R., 1969; y Massil, H., et al., 1987).

Se ha inferido que los progestágenos corrigen la deficiencia de progesterona, si bien después de administrar noretisterona está suprimida la concentración de aquélla. La mejor estudiada ha sido la didrogesterona, con base en varios estudios no controlados que demostraron tasas de mejoría de 50 a 82%, para el tratamiento del *STPM*. En pruebas comparativas de compuestos progestogénicos orales para el tratamiento del *STPM* en 58 pacientes, todas obtuvieron un alivio completo de los síntomas. (Dalton, K., citado por Dalton, K., 1987, pág. 72; Green, R., et al., citados por Dalton, K., 1987, pág. 72; Hasspeis, A., citado por Massil, H., et al., 1987, pág. 423; y Massil, H., et al., 1987). De igual manera Appelby, B., (1960), y Swyer, G., (1955) (citados por Dalton, K., 1987, pág. 72), informaron de buenos resultados con progestágenos sintéticos en el alivio del *STPM*.

El noretinodrel y el capronato de hidroxiprogesterona tienen un lugar importante en el tratamiento del *STPM*, en las mujeres con desequilibrios hormonales, en las cuales vale la pena probarlos. (Dalton, K., 1987).

Los progestágenos orales tienen toda una base de testosterona, que puede provocar hirsutismo. Otros efectos son: aumento de peso e irregularidades menstruales. (Dalton, K., 1987; y Massil, H., 1987).

### 6.2. Estrógenos.

La mayor parte de los autores consideran que los estrógenos están contraindicados, pero pueden ser útiles para tratar ciertos tipos de jaquecas. Se ha hecho uso de implantes

subcutáneos de estradiol pero no se ha comprobado su eficacia. (Clare, A., 1985; y Fluhmann, F., 1958).

### 6.3. Andrógenos.

Los andrógenos entran en consideración para el tratamiento del *STPM*, pero con reservas, pueden ser eficaces pero se expone a la virilización, exacerbación del acné, hirsutismo y trastornos de la libido. (Bellot, L., et al., 1974; Kaiser, R., 1969; y Pasqualini, R., et al., 1984).

Los andrógenos que más se han usado son: metiltestosterona, fluorhidroximetil testosterona, testoviron local, y androstenediol. (Fluhmann, F., 1958; y Gold, J., 1970).

### 6.4. Los anticonceptivos orales.

Los anticonceptivos orales son compuestos hormonales que dependiendo de su forma de administración suelen dividirse en tres grupos: secuenciales, mixtos y progestágenos solos. (Martínez-Manautou, et al., citados por García-Castelló, E., 1984,

Desde la introducción de los anticonceptivos orales al principio de la década de 1960, numerosos reportes clínicos han documentado sus propiedades psicotrópicas. Aunque, varios estudios anecdóticos han hecho resaltar la facultad de los anticonceptivos orales para producir un humor depresivo; y una encuesta reciente sugiere que este efecto colateral, probablemente ocurre solamente en una minoría de las pacientes. En otros estudios se resalta el efecto benéfico psicotrópico de los anticonceptivos orales, especialmente cuando se usan para tratar estados psicóticos, que ocurren en los periodos premenstruales. Varios reportes han hecho notar también que producen un efecto en los síndromes premenstruales que no son psicóticos, especialmente en aquellas pacientes con síntomas de depresión o de ansiedad, y de irritabilidad. (Clare, A., 1985; y Roy-Byrne, P., 1984).

El efecto benéfico de la anovulación provocada por la pildora anticonceptiva combinada, al ser tomada continuamente, reside en estabilizar el medio hormonal; aunque tales beneficios pueden ser oscurecidos por los efectos mentales y físicos contrarios del componente progestagénico. (Magos, L., et al., 1983 Dec).

Hay un pequeño grupo de mujeres en quienes la cefalalgia en realidad no mejora, en tanto ingieren anticonceptivos. En el 70% de aquellas pacientes en quienes las migrañas empeoraron después de iniciar la ingesta de anticonceptivos orales, habrá mejoría luego de suspenderlos; sin embargo, ésta puede tomar semanas o aún meses. (Edelson, R., y Larson-Cohn, U., et al., citados por Digre, K., et al., 1987, pag. 398).

No se han evaluado los anticonceptivos que sólo contienen progestágenos en el tratamiento del *STPM*; no parecen suprimir la ovulación, pero pueden ser útiles en algunas mujeres. (García-Castells, E., 1984).

A pesar de los reportes contradictorios, las pildoras anticonceptivas e inhibidoras de la ovulación están pensadas para influir considerablemente sobre el *STPM* y en algunos estudios parecen eliminar totalmente los síntomas. (Hallman, J., 1986).

Aun, no es posible predecir, que respuesta tendrá una paciente determinada, ya que mientras a unas les alivia, (Clare, A., 1985; y Hallman, J., 1986), a otras les empeora los síntomas del *STPM*. (Cullberg, J., citado por Clare, A., 1985, pág. 226; y Massil, H., et al., 1987). No obstante, los anticonceptivos orales combinados pueden considerarse para tratar el *STPM*, en mujeres menores de 35 años, que no deseen el embarazo y cuando no haya otras contraindicaciones. Se ha sugerido que la anticoncepción oral continua podría dar resultados más favorables, pero no hay ensayos clínicos de este método. Si en una mujer empeoraron los síntomas premenstruales, en tanto tomó anticonceptivos orales en el pasado, pero prefiere este tipo de anticoncepción, puede ser más

recomendable intentar una preparación con progestágenos más potentes. Si el problema es la depresión concomitante, la adición de vitamina B<sub>6</sub> puede aliviar los síntomas. (Clare, A., 1965; y Massil, H., et al., 1987).

#### 6.5. Implantes hormonales.

Se han empleado implantes de estradiol, testosterona y progesterona, pero solo el estradiol con progestágenos bucales cíclicos se ha sometido a ensayos doble-ciego, controlados con placebo. Se cree que los estrógenos exógenos son eficaces porque suprimen el ciclo ovárico, pero su uso prolongado puede causar hiperplasia endometrial<sup>44</sup> y atipia, aunque este riesgo se puede reducir mediante progestágenos cíclicos. (Magos, A., et al., 1983 Nov y 1986 Jun; y Magos, A., et al., citados por Prescott, P., 1986, pág. 451).

El beneficio terapéutico alcanza el máximo aproximadamente de dos a cuatro meses después de la implantación y la respuesta generalmente disminuye dentro de los cinco a seis meses, después del segundo implante. (Magos, A., et al., 1986 Jun).

#### 6.6. Extracto de tiroides.

En las mujeres que padecen depresión considerable, agitación y frustración, se ha demostrado efectivo el tratamiento con fármacos a base de extracto de tiroides y especialmente en mujeres que tienen una funcionalidad tiroidea por debajo de lo normal, puesto que estos fármacos aumentan el metabolismo, dan energía y alivian la depresión. (Lauersen, N., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 90).

---

44. Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos endometriales. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1982).

### 6.7. Gonadotrofinas coriónicas.<sup>45</sup>

Estas se han sugerido para neutralizar el exceso de estrógeno que no ha sido antagonizado por una producción insuficiente de progesterona. Se emplean antihistaminicos para la posible alergia estrogénica. (Graber, E., 1963).

### 6.8. Cortisona.

La cortisona se aconseja junto con la hiperandrogenia. Se trata de una terapeutica que debido a sus inconvenientes, debe reservarse para las formas graves, resistentes a las otras terapias. (Bellot, L., et al., 1974).

### 6.9. Levotiroxina.

Brayshaw, N., et al., (1986), estudiaron a 34 mujeres con *STPM*, las cuales fueron tratadas con levotiroxina de sodio, un suplemento sintético de la tiroxina, todas las mujeres reportaron haberse aliviado por completo de los síntomas de *STPM*. Estos resultados deben considerarse preliminares pues no hubo pruebas doble-ciego, ni de placebo controlado.

## 7. Antagonistas hormonales.

### 7.1. Bromocriptina.

La bromocriptina es un antagonista de la dopamina que suprime la liberación de la prolactina, y que puede inhibir el máximo de hormona luteinizante y el citrato de clomifeno, que es un estrógeno antagonista. (Berlin, F., et al., 1982; Iglesias, X., et al., 1987; Massil, H., et al., 1987; y Strickler, R., 1987).

En estudios doble-ciego, los síntomas mamarios, edema, aumento de peso y estado de ánimo, mostraron una mejoría significativa al administrar bromocriptina. (Benedek-Jaszmann, L., et al., 1975, citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 424; y

<sup>45</sup> Hormona de la orina de la mujer embarazada, formada en la placenta. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1902).

1976, citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 91). Sin embargo, hay estudios en los que la bromocriptina mejora sólo determinados síntomas, principalmente físicos. (Elsner, C., et al., citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 424).

Otros estudios han demostrado resultados parecidos, aunque en algunos se encontró que los síntomas habían empeorado por un tiempo durante el tratamiento. (Ylöstalo, P., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 92).

En contraste con los resultados positivos, se informa de otros estudios con resultados negativos. (Abplanalp, J., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 91; y Elsner, C., et al., citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 424). Por su parte Lauersen, M., et al., (1983) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 91), informan que todavía no existen investigaciones determinantes sobre la eficacia de la bromocriptina sobre el *STPH*. Parece ser que este fármaco se muestra más eficaz en mujeres que tienen un elevado nivel de prolactina, y cuando predomina la mastalgia cíclica y la retención hídrica. Conviene alertar sobre los numerosos efectos secundarios que hacen que el 10% de las mujeres o más, abandonen el estudio por náuseas, vomito, mareos, tendencia al colapso, dolor de cabeza, cansancio, dolores abdominales y diarrea. (Dalton, K., 1982, citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 91; y Massil, H., et al., 1987).

#### 7.2. Danazol.

En dosis altas suprime la menstruación, la ovulación y los cambios endocrinos del ciclo menstrual. Sería de esperar que la supresión originaría ausencia completa de *STPH*, aunque los resultados de los ensayos han sido controversiales. (Massil, H., et al., 1987; y Taylor, R., citado por Watts, J., et al., 1987, pág. 30). Diversos autores informan haber utilizado Danazol para el tratamiento del *STPH*, obteniendo resultados favorables. (Gilmre, D., et al., citado por Chihal, H., 1987, pág. 451; Sarno, A., et al., 1987; y Watts, J., et al., 1987). Por su parte Mansel, R., et

al., (1979) (citados por Massil, H., et al., 1987, pag. 424), encontraron que la hipersensibilidad mamaria mejoró, en tanto que los síntomas psicológicos permanecían inalterados.

Aunque hay quien afirma que el Danazol está relativamente libre de síntomas secundarios. (Magos, A., et al., 1986 Jun). Puede causar grandes problemas, como aumento de peso, náuseas, aturdimiento y dolores musculoesqueléticos. También tiene los efectos andrógenos de acné, hirsutismo, hipertrofia del clitoris, profundización de la voz y reducción del tamaño mamario. Estos últimos problemas suelen presentarse con dosis altas. (Day, D., citado por Sarno, A., et al., 1987, pág. 33; y Massil, H., et al., 1987).

Se ha encontrado que los síntomas colaterales pueden aliviarse y que generalmente no reaparecen después de haberse interrumpido el tratamiento. (Massil, H., et al., 1987).

#### B. Análogos de la LHRH.<sup>46</sup>

El análogo, si se administra de manera continua y en dosis altas, inhibe la liberación de gonadotropinas, suprimiendo así el desarrollo folicular, la ovulación y los cambios endocrinos del ciclo menstrual. Por lo tanto puede esperarse que suprima los síntomas del STPN. (Massil, H., et al., 1987).

Diversos autores, (Bancroft, J., citado por Massil, H., et al., 1987, pág. 425; Bancroft, J., et al., 1987; Chihal, H., 1987; y Muse, K., et al., citado por Vaitukaitis, J., 1984), han tratado a mujeres con STPN mediante análogos de la LHRH. Las pacientes han experimentado alguna mejoría, sin embargo, los análogos provocaron efectos secundarios, tales como congestión nasal, disminución de la libido y bochornos.

Los análogos de la LHRH podrían ser un tratamiento útil

---

46. LHRH = Hormona Liberadora de la Hormona Luteinizante.

cuando el *STPM* es intenso y desean analizarse los efectos secundarios de los anticonceptivos orales, los progestágenos y el danazol. No se ha valorado el riesgo potencial de osteoporosis debida a la frecuente deficiencia de estrógenos, pero la posibilidad puede limitar la utilidad de este agente como tratamiento a largo plazo. (Massil, H., et al., 1987).

En otro estudio, varias mujeres que sufrían *STPM* con sintomatología de depresión, irritabilidad, pánico, cambios de humor, crisis de llanto, dolor de cabeza y migraña, fueron tratadas con tranquilizantes, lo que contrariamente a los efectos deseados, no hizo más que agudizar su depresión. (Lauersen, N., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 88 y 89).

Por su parte Massil, H., et al., (1987), recomiendan que en la medida de lo posible se eviten fármacos que originan hábito.

#### 9. Psicoterapia.

La psicoterapia tiene un papel muy importante en el tratamiento del *STPM*, pues ayuda a la paciente a entender su estado, reacción y actitud hacia la menstruación. (Dalton, K., 1987).

Quizá uno de los componentes más importantes del tratamiento del *STPM*, sea permitir a la paciente hablar con libertad respecto a sus síntomas. Algunas mujeres pueden sentir que estuvieran "volviéndose locas" durante la fase premenstrual. El consejo, en este contexto, comprende escuchar y tranquilizar, así como proporcionar información objetiva incluyendo detalles sobre el ciclo menstrual normal, las bases fisiológicas de los síntomas y cómo el estrés puede exacerbar el problema. (Massil, H., et al., 1987).

Al respecto Dalton, K., (1984) (citado por Sherman, J., 1978, pág. 13) y Rees, M., (1953) (citado por Dalton, K., 1987, pág. 65), creen que la educación de las mujeres sobre el *STPM* es

importante, porque de otra manera pueden creer que padecen alguna enfermedad misteriosa, y muchas de ellas se beneficiarían con sólo saber que las mujeres en sus ciclos tienen una base fisiológica. Sin este conocimiento, el tipo de mujer ansiosa y obsesivo-compulsiva puede esperar sus síntomas forzándose a sí misma a mantener su ritmo normal de trabajo. Parecería también que la depresión, sensibilidad e irritabilidad, pueden resistirse más fácilmente si se sabe que la causa desaparecerá con la menstruación. Las mujeres que están en guardia contra esos síntomas pueden evitar también algunas dificultades en las relaciones interpersonales, al darse cuenta de que no se debe a los defectos de los demás el hecho de que ellas sean tan fácilmente perturbadas.

Las mujeres con *STPM* suelen sentir que están perdiendo control sobre sus vidas; se consideran atrapadas en un círculo vicioso de estrés que empeora con cada ciclo. Es por esto que medidas tales como dieta, ejercicios, relajación y adaptación al *STPM* les permiten sentir que recuperan el control de sus vidas. Casi toda la asesoría es muy simple, de sentido común y no se ha valorado científicamente. Es casi imposible realizar estudios controlados de cambios en la dieta y en el estilo de vida, y las recomendaciones encontradas en textos se basan con mucho en experiencias anecdóticas; no obstante, al igual que otros, en la clínica de *STPM* diversos autores han encontrado que las medidas de auto-ayuda, son eficaces. (Massil, H., et al., 1987).

### 3.1. Adaptación al *STPM*.

Para prevenir algunos de los síntomas del *STPM*, se sugiere se tomen precauciones para evitar situaciones estresantes durante la fase premenstrual. (Massil, H., et al., 1987).

Hacer que participen familiares y amigos. La familia y los amigos suelen sufrir las consecuencias de los cambios premenstruales de personalidad igual que las mujeres sintomáticas. Es importante involucrarlos con el esposo, y en ocasiones con otros familiares, de modo que pueda expresar sus temores y explicar el *STPM*. Para muchos hombres es difícil comprender que

los sentimientos puedan salirse de control. Saber que hay muchas mujeres que sufren problemas parecidos y que sus esposas no están "volviéndose locas", les proporciona un gran alivio, de modo que podrá ofrecerse más apoyo en el periodo premenstrual. El *STPM* puede contribuir al rompimiento en una relación. (Massil, H., et al., 1987).

#### 9.2. Tratamiento conductual.

El tratamiento conductual consiste en la desensibilización sistemática que provocan los ejercicios de relajación, basados en las técnicas de Bernstein, D., et al., (1973) (citados por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 103).

Los resultados de este tratamiento son confusos pues mientras que en algunos no se efectúa la distinción entre dismenorrea primaria y *STPM*, en otros el alivio se puede deber al hecho de participar en un grupo de tratamiento o bien el contacto con un terapeuta, quizá estos factores hayan sido más efectivos que el tratamiento en sí, y en los otros el tratamiento se ha iniciado en el momento en que las pacientes no tenían ningún trastorno, es decir, el primer día después de la menstruación. (Carrasco, M., Cox, D., y Chasney, M., et al., citados por Iglesias, X., et al., 1987, págs. 101-103).

#### 10. Relajación y ejercicios.

Es recomendable alentar el ejercicio en forma regular. Si bien estas medidas no reducen directamente el *STPM*, es probable que sí disminuyan la tensión de manera continua y así produzcan beneficio general. Hay muchos medios para lograr la relajación, entre ellas están: yoga, ejercicios aeróbicos, meditación trascendental, acupuntura, hipnosis, tratamiento de estrés y psicoterapia, cualquiera puede ser apropiada para una paciente determinada. (Massil, H., et al., 1987).

En varios estudios se ha demostrado que el ejercicio

origina liberación de endorfinas, con elevación en el estado de ánimo en sujetos normales y reducción importante en las puntuaciones de depresión en pacientes con depresión clínica. También se ha demostrado que el ejercicio aeróbico tiene un efecto tranquilizador en la tensión muscular. (Brown, R., et al., y De Vries, H., et al., citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 421).

Diversos autores, (Abraham, G., et al., 1987; y Chihal, H., et al., citados por Massil, H., et al., 1987, pág. 421), describen un programa de caminata que será práctico para la mayoría de las mujeres. Recomiendan empezar a caminar 5 Km. o 45 min., lo que ocurra primero, tres o cuatro veces a la semana, con un objetivo de 5 Km./45 min., una vez logrado esto con comodidad, la velocidad deberá aumentarse gradualmente hasta 6 Km./42 min.

Son aceptables otros ejercicios aeróbicos, como ciclismo, natación, trote o aeróbicos, siempre y cuando se efectúen tres o cuatro veces a la semana durante aproximadamente 30 min. cada vez. Sobre todo la natación es el ejercicio ideal para aliviar la tensión. (Massil, H., et al., 1987; y Stoppard, M., 1985). Cauty, A., (1984) (citado por Massil, H., et al., 1987, pág. 421), recomienda ejercicio aeróbico moderado y adaptado cronológicamente a los síntomas premenstruales, de manera que la intensidad de estas actividades se reduzca antes de la menstruación. Otros autores también han encontrado muy buenos resultados en el alivio del *STPH*, mediante la implantación de un programa de ejercicios. (Cauty, A., Dalton, K., Harrison, M., Israel, R., et al., Nagata, I., et al., Norris, R., et al., Prior, J., et al., *The PMS Movement* y Timonen, S., et al., citados por Prior, J., et al., 1987 Jun, pág. 407; y Prior, J., et al., 1987 Mar).

Es importante investigar el estilo de vida de la paciente y crear un programa que pueda disfrutar al máximo y sea práctico para sus circunstancias. Sugerir esas medidas es de hecho, dar a la mujer "autorización" para relajarse, en especial a quien tiene niños pequeños y lleva una vida atareada. (Massil, H., et al., 1987).

## 11. Otros.

### 11.1. Deprivación del sueño.

La deprivación del sueño total o parcial por temporadas, alivia los síntomas en la mayoría de los casos con desorden depresivo mayor. El *STPM* y los desórdenes afectivos, son enfermedades relacionadas. Por lo que es posible que los efectos antidepressivos de la manipulación del ciclo sueño-vigilia tengan buenos resultados en pacientes con *STPM*. En un estudio piloto, se examinaron los efectos de la deprivación del sueño total y parcial en los síntomas de mujeres con depresión premenstrual. Ocho de las diez pacientes respondieron a una deprivación total de sueño nocturno y mantuvieron su mejoramiento después de que éste se restableció. (Guillín, J., citado por Parry, B., et al., 1987, pag. 762; Halbreich, U., et al., 1985; y Parry, B., et al., 1987).

### 11.2. Diarios.

Otra ayuda consiste en pedir a la paciente que registre los síntomas y fechas de sus menstruaciones, pues en cuanto advierte que sus síntomas crónicos recurrentes y en apariencia incurables tienen relación con la menstruación, desaparece su temor de ser víctima de alguna enfermedad espantosa y no diagnosticada, por lo tanto, los síntomas mejoran bastante con este procedimiento. (Dalton, K., 1967; y Herz, E., citado por Blume, E., 1983, pag. 2866).

### 11.3. Edema.

El edema en particular, puede atenuarse durante el día con los pies elevados, la hinchazón será menos al final del día. Puede obtenerse algún alivio con el uso de medias elásticas bien ajustadas, si bien las prendas de vestir muy apretadas suelen exacerbar los síntomas de hinchazón. (Friendlander, M., 1987).

En el tratamiento de la mastalgia premenstrual, antes de proporcionar medicamento alguno es necesario el restablecimiento de

la confianza, especialmente acerca de la ausencia de cáncer. (Jeffcoat, K., 1979).

#### Busqueda de tratamiento.

Hay poca información respecto a la búsqueda de tratamiento por parte de mujeres con *STPH*. Johnson, S., et al., (datos no publicados, citados por Johnson, S., 1987, pág. 350), encontraron que la búsqueda de tratamiento fue frecuente en 630 enfermas con síntomas premenstruales. Cerca del 25% habían solicitado valoración de estos síntomas a un profesional del área médica y 22% estaban bajo medicación. Friedman, D., et al., (1985) (citados por Johnson, S., 1987, pág. 350), obtuvieron resultados parecidos. Por último, Andersch, B., et al., (1986) (citados por Johnson, S., 1987, pág. 356), informaron en un estudio poblacional, que 7.4% de las entrevistadas usaron tranquilizantes leves para controlar los síntomas premenstruales. Si bien en este estudio no se informó de uso real de servicios médicos, el 14% de las entrevistadas afirmaron que deseaban medicamentos y el 10.8% que pensaban acudir a un médico por los síntomas del *STPH*.

Estas tres encuestas recientes sugieren que muchas mujeres con síntomas moderados o intensos se interesan en el tratamiento. Por lo tanto es probable que los médicos generales, ginecólogos y psiquiatras sigan recibiendo a una cantidad relativamente grande de mujeres que desean se atienda este problema. (Johnson, S., 1987).

El *STPH* es un problema antiguo, pero solo en años recientes se ha sometido a investigación. Por lo que aún no hay tratamiento alguno que haya sido completamente satisfactorio en el alivio de los síntomas pese a la existencia de una larga lista de tratamientos y terapias, y si bien la experiencia clínica de diversos autores sugiere que algunos serán beneficios para ciertas mujeres, no hay un medio satisfactorio de valorar quón se beneficiará con cual tratamiento. Aún habiendo antecedentes idénticos, la respuesta puede ser distinta; hoy el tratamiento es empírico por necesidad, pero se han señalado algunas pautas.

(Massil, H., et al., 1987; y Steiner, M., 1980 Feb).

Debido a lo anterior se requieren muchos más estudios, en especial para: aclarar la etiología del *STPM*, pues mientras esto no suceda, el tratamiento permanecerá confuso; definir los síntomas del *STPM* con mayor uniformidad y precisión, o bien que cuando presenten el tratamiento realizado informen detalladamente la sintomatología que pretendían eliminar o reducir; y esclarecer los subtipos de pacientes que responden a diferentes tratamientos. (Budoff, P., 1987; Iglesias, X., et al., 1987; y Massil, H., et al., 1987);

Ante los conocimientos actuales, primero deberá utilizarse el tratamiento para *STPM* menos elaborado. Partiendo del interrogatorio, la exploración y los registros de síntomas, deberá ser posible valorar la intensidad y duración de los síntomas importantes en la vida de la paciente. Esta información, junto con antecedentes, requisitos de la anticoncepción, patrón menstrual, edad y preferencia de la enferma, puede servir para dar tratamiento individualizado. Siempre se requiere consejo y nunca ha de menospreciarse el efecto "psicoterapéutico" de una plática. Además, conviene tener en cuenta que la mujer no vive aislada; su familia y sus compañeros de trabajo también resienten los síntomas del *STPM*. Por este motivo resulta de gran ayuda para conseguir la remisión esperada que la mujer aquejada del *STPM* tenga una buena comunicación con su familia y amigos, y encuentre en ellos un apoyo efectivo. En este sentido, el consejo de un profesional de la salud puede ayudar a encontrar soluciones a las posibles crisis familiares, así como para evitar situaciones estresantes en aquellos momentos en que se prevea que los síntomas premenstruales van a ser máximos. Algunas pacientes requerirán además un tratamiento específico, por lo que es razonable empezar con métodos nutricionales simples y recurrir a fármacos u hormonas cuando aquellos fallan. Es de gran importancia que las mujeres con *STPM* no se traten con regímenes de fármacos potentes que originen más efectos adversos que su trastorno original. Diversos autores prefieren empezar con fármacos no hormonales, porque tienden a producir menos efectos secundarios. Si

después de tres meses no hay suficiente mejoría, se considera la hormonoterapia. Esta puede incluir anticonceptivos orales, otras progestinas o para quienes no mejoran con otros regímenes, supresión completa del ciclo menstrual. (Budoff, P., 1987; Iglesias, X., et al., 1987; y Massil, H., et al., 1987).

Algunas mujeres han estado sujetas a todas las formas de tratamientos disponibles, sin ningún beneficio. En este grupo se requiere revalorización cuidadosa del tratamiento, dosis y duración, así como el diagnóstico. Muchas de esas mujeres tendrán *STPM* secundario (exacerbación premenstrual de síntomas subyacentes, como ansiedad y depresión crónica) y debe ofrecérseles el apoyo adecuado ya sea con un psicólogo, consejo respecto al tratamiento del estrés, grupo de auto-ayuda o psicoterapia. (Massil, H., et al., 1987).

La supresión del ciclo menstrual con danazol, progestágenos continuos o anticonceptivos orales a tres a seis ciclos, puede ser útil para esclarecer situaciones diagnósticas difíciles. La paciente comprenderá mejor, que el problema principal no es el *STPM* y estará más dispuesta a afrontar sus problemas subyacentes de un modo más directo. Por supuesto, esto debe enfocarse de una manera delicada, con explicación de los objetivos. El hecho de que una mujer tenga un problema psiquiátrico subyacente no significa que no sufra también de *STPM* y el alivio de los síntomas clínicos puede significar que afronte mejor el trastorno subyacente. (Massil, H., et al., 1987).

En el campo de la psicología se han encontrado pocos estudios, que todavía no pueden avalar la efectividad de los tratamientos que proponen. Sin embargo, la aportación de esta ciencia puede abrir nuevos caminos al tratamiento del *STPM*. (Iglesias, X., et al., 1987).

El futuro del tratamiento del *STPM* tiene un gran potencial. Este quizá versará en torno a lo intrincado de la regulación hipotalámica e hipofisiaria del ciclo menstrual, y aun

cuando queda mucho por investigar, es importante que la ciencia médica haya reconocido las posibilidades de curación de este padecimiento. Gracias a esto, el *STPM* ya no es solamente una reacción incomprensida de la conducta femenina. (Massil, H., et al., 1987; y Sánchez, C., 1986).

## CAPITULO VI

### METODO

El estudio del STPM, en México ha sido muy escaso, debido a que se ha investigado poco sobre sus causas, frecuencia de aparición, intensidad y las alteraciones en la vida diaria de quienes presentan este síndrome. Ante esta situación surgió el interés de estudiar el *Síndrome de Tensión Premenstrual*, para ubicar en dimensiones reales con que frecuencia aparece en mujeres mexicanas, así como buscar diferencias entre los diversos niveles académicos. Se decidió tomar la población universitaria porque es una muestra representativa, pues en ella hay gente de todos los niveles académicos.

#### 1. Planteamiento del problema.

¿Existen divergencias en la frecuencia e intensidad del *Síndrome de Tensión Premenstrual* en mujeres de diferentes niveles académicos en las áreas de Químico-Biológicas, Económico-Administrativas, Bellas Artes y Ciencias Exactas de la Universidad Nacional Autónoma de México?

#### 2. Hipótesis.

H1: Existen trastornos psicofisiológicos y sociales, que se presentan durante el periodo premenstrual, en mujeres mexicanas.

H<sub>2</sub>: Los trastornos premenstruales se presentan en forma intensa en las mujeres mexicanas.

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia e intensidad de *Síndrome de Tensión Premenstrual*, en mujeres de diferente nivel académico.

H<sub>1</sub>: Existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia e intensidad del *Síndrome de Tensión Premenstrual*, en mujeres de diferente nivel académico.

### 3. Variables.

#### V.I. Nivel académico.

V.D. Frecuencia e intensidad de síntomas del *Síndrome de Tensión Premenstrual*.

#### V.E. Nivel socioeconómico.

### 3.1. Definiciones conceptuales de variables.

#### 3.1.1. Variable independiente.

Nivel académico: grado o altura alcanzado por los individuos dentro de centros oficiales de enseñanza. (Diccionario Espasa-Calpe, 1979).

#### 3.1.2. Variables dependientes.

Frecuencia: repetición a menudo de un acto o suceso. (Diccionario Espasa-Calpe, 1979).

Intensidad: calidad de intenso; grado de fuerza, actividad o tensión. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1982).

*Síndrome de Tensión Premenstrual*: es una constelación de cambios premenstruales, incluyendo los síntomas cognitivos.

afectivos, de comportamiento y somáticos, que regularmente ocurren durante la fase lútea (aproximadamente 14 días antes de la llegada de la menstruación), del ciclo menstrual. (Stout, A., et al., 1986).

### 3.1.3. Variable extraña.

Nivel socioeconómico: grado alcanzado por los individuos dentro de la escala social y económica. (Diccionario Espasa-Calpe, 1979).

## 3.2. Definición operacional de variables.

### 3.2.1. Variable independiente.

Nivel académico: el grado escolar del cual las sujetos hayan cubierto al menos el 50% de los grados para terminar los niveles escolares.

Primaria, mínimo 3<sup>er</sup> grado.

Secundaria, mínimo 2<sup>do</sup> grado.

Técnico, mínimo la mitad de los años requeridos para terminarla.

Bachillerato, mínimo 3<sup>er</sup> semestre o segundo año.

Licenciatura, mínimo la mitad de los semestres requeridos para terminar.

Posgrado, mínimo la mitad de los semestres requeridos para terminarlo.

### 3.2.2. Variables dependientes.

Frecuencia de aparición de los síntomas del STPM: el número de veces que se presentaron los síntomas en la muestra, tomando como presencia las mujeres que contestaron que el síntoma se presentaba a veces, casi siempre o siempre.

Intensidad: el grado en el que se presentaron los síntomas en las mujeres que sufren el STPM, en donde las respuestas tomaron los siguientes valores:

Nunca	(CN)	-1.
Casi Nunca	(CCH)	-2.
Algunas Veces	(CAV)	-3.
Casi Siempre	(CCS)	-4.
Siempre	(CS)	-5.

*Síndrome de Tensión Premenstrual:* se considerará como una presentación cíclica de malestares que son provocados por la retención de líquidos y sodio, mismas que se manifiestan después de la ovulación (14 días antes de la menstruación), debido a la deficiencia de progesterona. Decrementa con la aparición de la menstruación y desaparece aproximadamente dos días después de finalizar la menstruación, como una consecuencia del inicio de la producción hormonal.

### 3.2.3. Variable extraña.

Nivel socioeconómico: número de salarios mínimos al que asciende el ingreso familiar. Se tomó para el nivel socioeconómico alto aquellas sujetos cuyo ingreso es de 10 veces en adelante del sueldo mínimo. Para un nivel socioeconómico medio de 5 a 10 veces, y para un nivel socioeconómico bajo de 1 a 5 veces el sueldo mínimo. (Mapa Mercadológico de la Ciudad de México y Zona Metropolitana, Bimsá, 1982).

### 4. Sujetos.

Participaron 483 mujeres de la UNAM, se tomó en cuenta tanto al personal académico como administrativo y estudiantes. Las sujetos estuvieron distribuidas de la siguiente manera: 126 del Área Químico-Biológicas, 126 de Económico-Administrativas, 119 de Ciencias Exactas y 112 de Bellas Artes. De las cuales a Psicología, Medicina, Química, Ciencias de la Comunicación, Relaciones Internacionales, Economía, Física, Matemáticas y Diseño Gráfico corresponden 42 sujetos respectivamente; y a Actuarial, Instrumentista y Canto 35 sujetos a cada una. En tanto que 84 mujeres correspondieron a los niveles académicos de primaria, secundaria, técnica, bachillerato y licenciatura respectivamente; y

B3 a posgrado. La edad osciló de 17 a 45 años.

#### 5. Muestreo.

Se utilizó un muestreo probabilístico por racimos o conglomerados, por cuota y accidental. Por conglomerados porque el universo poblacional estuvo compuesto por todo el personal femenino docente, administrativo y estudiantil de la UNAM. De las cuales se obtuvo el primer conglomerado formado por cada una de las áreas de la UNAM, de éste se hizo una selección en forma aleatoria de tres de estas áreas, resultando electas las siguientes: Químico-Biológicas, Económico-Administrativas y Bellas Artes. Posteriormente se agregó en forma arbitraria Ciencias Exactas, ya que se pensó que el tipo de información que reciben no permite que estén sensibles a lo que sucede en sus cuerpos, por lo cual se consideró importante observar si existen diferencias significativas al ser comparada esta área con la otras.

Se utilizó un segundo conglomerado formado por todas las carreras que conforman las áreas elegidas; de las cuales se seleccionaron tres carreras de cada área, resultando electas las siguientes: por el área de Químico-Biológicas: Psicología, Ing. en Alimentos y Médico Cirujano. Al pilotear el instrumento nos encontramos que la carrera de Ing. en Alimentos todavía no estaba en funcionamiento, por lo que se decidió substituiría por Química, ya que esta es una de las carreras más representativas del área. Del área Económico-Administrativas: Economía, Ciencias de la Comunicación y Relaciones Internacionales. Del área de Bellas Artes: Diseño Gráfico, Instrumentista y Canto. Del área de Ciencias Exactas se eligieron arbitrariamente las carreras de Matemáticas, Actuarial y Física, debido a que se consideró que estas eran las más representativas del área.

Se obtuvo un tercer conglomerado que incluyó tanto al turno matutino como al vespertino, de aquí se seleccionó de forma aleatoria un turno, resultando electo el matutino. Pero se encontró con el obstáculo de que muchas veces fue muy difícil localizar a

las sujetos, por lo cual se decidió tomar el muestreo en ambos turnos indistintamente; además esto permitió tener un mayor rango de edades, porque generalmente las estudiantes del turno matutino son más jóvenes que las de la tarde. Se eligió este muestreo porque se redujo el tamaño de la muestra a uno accesible y probabilístico. Fue por cuota porque de antemano se estipuló el número de sujetos que participaría en esta investigación. Pero no siempre fue posible cubrir la cuota, ya que en las carreras de Actuaría, Instrumentista y Canto no hay posgrado.

Por último, la muestra fue accidental porque la participación de las sujetos en la investigación fue voluntaria.

#### 6. Descripción del Escenario.

La investigación se realizará en el ambiente natural de las sujetos, es decir, en donde desempeñaban sus actividades, dentro de las instalaciones de la UNAM.

#### 7. Tipo de Estudio.

El presente estudio fue de tipo evaluativo de campo. De tipo evaluativo, porque se hizo un análisis de los fenómenos sin influir de alguna manera en ellos, se describe un estado de cosas, sin imponer ninguna modificación en ellas. Y de campo, porque se ejecutó en el ambiente natural de las sujetos (instalaciones de la UNAM).

#### 8. Diseño.

El diseño fue de más de dos muestras independientes: se utilizó este diseño porque se tenían más de dos muestras aleatorias independientes una de la otra que están relacionadas por alguna variable y que pertenecen a una misma población. (Pick, S., et al., 1988).

#### 9. Instrumento.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario en donde la información se restringió a las respuestas dadas por los sujetos. Con un método de coeficiente de confiabilidad de "Equivalencia Racional" a partir de la administración de una sola forma del instrumento, en donde sólo se requirió conocer la media, la desviación estándar y el número de reactivos del instrumento. Dicho instrumento estuvo formado por tres partes. En la primera de ellas se registraron los datos generales de los sujetos: Edad, Ocupación; Ingreso familiar, Personas que dependen de éste; Estado civil; Edad de la menarca; Regularidad de los periodos menstruales; Intervalo y duración de la menstruación; Edad de la primera relación sexual; y Número de relaciones sexuales al mes.

La segunda parte estuvo constituida por 20 afirmaciones, ocho de información general: Consumo de bebidas alcohólicas, Tranquilizantes y tabaco; Uso de anticonceptivos y Píldora anticonceptiva; Satisfacción y orgasmos en las relaciones sexuales; Orgasmos al masturbarse; Sexo del compañero sexual. Y 12 de actitudes hacia su sexualidad. En este apartado se incluyó una escala de tipo Lickert de cinco opciones, que son las siguientes: Siempre (S), Casi Siempre (CS), Algunas Veces (AV), Casi Nunca (CN), y Nunca (N); de las cuales los sujetos podían elegir la opción que mejor describiera sus características.

La tercera parte estuvo formada por 112 afirmaciones en las que se describió la sintomatología del Síndrome de Tensión Premenstrual, los reactivos fueron definidos y distribuidos en los siguientes indicadores:

#### Definición de Indicadores.

Edema: acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso en el tejido celular, debido al aumento de la presión hidrostática en los capilares, determinando aumento de peso, abotagamiento, pesadez e hinchazón de las mamas. (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1982; Friedlander, M., 1987; Stoppa, M., 1987).

Depresión: estado patológico caracterizado por alteraciones del estado de ánimo tales como tristeza y soledad, debidas a una disminución de la autoestima; asociada a una autodevaluación por inhibición (y a veces agitación) psicomotriz, aislamiento de los contactos interpersonales y a veces por un deseo de morir. (Freedman, A., et al., 1984).

Irritabilidad: intolerancia, mal humor, agresión a personas y objetos.

Alteraciones Alimenticias y Gastrointestinales: aumento o disminución en la ingesta de alimentos, ya sea en calidad o cantidad; y malestares gastrointestinales.

Cefáleas: dolor de cabeza.

Alteraciones del Aparato Respiratorio: disminución o aumento en la percepción de olores.

Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético: dolor en las articulaciones y músculos.

Alteraciones Dermatológicas: acné, barros, espinillas y pigmentación facial.

Reacciones Autonómicas: vomito, náuseas y desmayos.

Ingesta de Substancias Nocivas: ingesta de drogas (alcohol, tabaco o farmacos).

Variaciones en la Actividad Sexual: aumento o descenso de la actividad sexual.

Sensibilidad Tactil: variaciones en la sensibilidad del tacto.

Distribución de Reactivos:

Depresión: 60, 68, 69, 70, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, y 132.

Edema: 21, 22, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 59., y 66.

Irritabilidad: 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 103, 104, 105 y 106.

Fatiga: 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 85 y 98.

Alteraciones Alimenticias y Gastrointestinales: 42, 43, 44, 45, 46, 47 y 65

Alteraciones Dermatológicas: 27, 28, 56, 57 y 58.

Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético: 49, 50, 51, 52 y 63.

Alteraciones del Aparato Respiratorio: 48, 61 y 62.

Cefáleas: 53, 54 y 55.

Alteraciones Autonómicas: 23, 24 y 64.

Ingesta de sustancias Nocivas: 100, 101 y 102.

Variaciones en la Actividad Sexual: 67.

Sensibilidad Táctil: 40.

Y dos reactivos de Información General: 133 y 134.

Cada afirmación estuvo acompañada de dos apartados, uno de ellos para medir si la sintomatología se presentó de 14 días antes

**TABLA 1**  
**DESCRIMINACION DE REACTIVOS A TRAVES DE LA PRUEBA T**

REACTIVO	T	gl	P
1	1.28	24	0.21
2	1.90	24	0.07
3*	3.99	24	0.00
4*	0.59	24	0.55
5*	0.84	24	0.40
6	0.88	24	0.00
7	2.08	24	0.04
8	19.32	24	0.00
9	16.08	24	0.00
10	2.28	24	0.03
11*	12.00	24	0.00
12*	0.00	24	1.00
13	0.00	24	1.00

**NOTA:** \* reactivos eliminados por tener un  $P > 0.05$ .  
Los reactivos 1 y 2 no se eliminaron por ser variables importantes para la investigación.

En la 3<sup>a</sup> parte, para eliminar un reactivo se requirió que este no cubriera el nivel de significancia en ambos apartados, tanto de 6 meses hacia atrás como de 6 meses a la fecha, quedando 88 reactivos cuya significancia fue  $\leq 0.05$  en al menos uno de los apartados. (Ver tabla 2 y apéndice B).

Se eliminaron todos aquellos reactivos cuya probabilidad obtenida fue  $> 0.05$  en cada una de las partes se compararon los reactivos eliminados en los apartados de antes y después y solo se eliminaron los reactivos que en ambos apartados tenían una probabilidad  $> 0.05$ .

Después del análisis hecho por la prueba "T" el instrumento quedó estructurado de la siguiente manera: la segunda parte quedó constituida por nueve reactivos de información general, seis de actitudes, conservando el mismo formato del primer instrumento. La tercera parte con 93 reactivos de síntomas del STPM. Se decidió que de la tercera parte del instrumento piloteado, a los dos últimos reactivos se les eliminará el formato de la escala Likert, puesto que estos reactivos debían tener una

TABLA No. 2  
DISCRIMINACION DE LOS REACTIVOS A TRAVES DE LA PRUEBA T.

Reactivo	De 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación de la escala			De 6 meses a la fecha de aplicación de la escala		
	T	gl	P	T	gl	P
1	3.25	24.00	0.00	3.64	24.00	0.00
2	4.25	24.00	0.00	4.74	16.28	0.00
3*	3.48	18.29	0.00	3.77	12.88	0.00
4*	1.80	24.00	0.20	1.48	24.00	0.15
5	4.68	24.00	0.00	3.25	24.00	0.03
6	2.21	24.00	0.03	1.48	24.00	0.15
7	2.92	24.00	0.00	2.89	24.00	0.00
8	2.42	16.51	0.02	2.48	15.95	0.02
9	3.88	13.04	0.00	3.58	24.00	0.00
10	2.52	14.46	0.02	2.49	18.83	0.02
11	2.51	13.61	0.02	2.25	24.00	0.03
12	3.49	24.00	0.00	3.68	24.00	0.00
13	3.67	16.08	0.00	2.46	15.30	0.02
14	3.25	24.00	0.00	2.59	24.00	0.01
15*	3.09	24.00	0.00	3.10	24.00	0.00
16	0.83	24.00	0.41	1.92	24.00	0.06
17	2.21	24.00	0.03	1.81	24.00	0.08
18*	2.54	24.00	0.01	2.13	24.00	0.04
19	1.00	24.00	0.32	0.00	24.00	1.00
20	2.28	24.00	0.03	3.18	23.16	0.00
21	2.79	24.00	0.02	2.70	24.00	0.01
22	7.27	24.00	0.00	5.89	24.00	0.00
23	4.25	24.00	0.00	5.47	24.00	0.00
24	2.61	24.00	0.01	1.68	24.00	0.10
25	2.07	24.00	0.05	2.34	24.00	0.02
26	2.19	24.00	0.03	2.56	24.00	0.01
27	4.38	24.00	0.00	3.96	24.00	0.00
28	2.41	24.00	0.02	1.62	24.00	0.11
29	6.67	17.35	0.00	7.77	24.00	0.00
30	3.76	14.58	0.00	3.65	14.66	0.00
31	5.48	24.00	0.00	5.84	24.00	0.00
32	3.20	24.00	0.00	4.43	24.00	0.00
33	5.03	24.00	0.00	6.32	24.00	0.00
34	1.46	24.00	0.15	2.41	24.00	0.02
35	2.07	24.00	0.04	1.90	24.00	0.07
36	2.13	24.00	0.04	2.63	24.00	0.01
37	1.93	24.00	0.06	2.89	24.00	0.00
38	7.04	13.94	0.00	3.30	13.66	0.00
39	6.79	24.00	0.00	7.94	24.00	0.00
40	3.47	15.83	0.00	4.28	12.86	0.00
41	3.74	24.00	0.00	3.77	24.00	0.00
42	2.69	24.00	0.01	2.70	24.00	0.01
43	3.30	24.00	0.00	3.87	16.87	0.00
44	2.63	24.00	0.00	2.66	24.00	0.01
45	3.38	24.00	0.00	4.43	24.00	0.00

Reactivo	De 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación de la escala			De 6 meses a la fecha de aplicación de la escala		
	T	gl	P	T	gl	P
46	4.30	24.00	0.00	3.30	16.33	0.00
47	1.36	24.00	0.18	0.47	24.00	0.64
48	8.32	24.00	0.00	5.42	18.34	0.00
49	8.32	16.47	0.00	6.96	24.00	0.00
50	6.26	17.65	0.00	5.78	24.00	0.00
51	4.45	18.63	0.00	4.14	24.00	0.00
52	3.10	24.00	0.00	7.01	24.00	0.00
53	5.20	24.00	0.00	4.45	24.00	0.00
54	4.95	16.72	0.00	4.05	16.55	0.00
55	3.16	12.97	0.00	2.16	12.96	0.05
56	3.64	24.00	0.00	2.80	24.00	0.01
57	5.84	13.09	0.00	4.55	13.18	0.00
58	4.57	24.00	0.00	5.58	24.00	0.00
59	5.42	13.54	0.00	5.09	13.49	0.00
60	3.21	13.84	0.00	2.80	13.17	0.01
61	2.13	14.42	0.05	1.94	13.49	0.07
62	2.03	16.36	0.06	2.66	16.00	0.01
63	5.81	13.79	0.00	5.28	24.00	0.00
64	4.63	24.00	0.00	4.79	24.00	0.00
65	2.86	24.00	0.00	3.49	24.00	0.00
66	3.25	24.00	0.00	3.68	24.00	0.00
67	0.00	24.00	1.00	1.00	24.00	0.32
68	2.94	24.00	0.00	6.33	24.00	0.00
69	0.00	24.00	1.00	1.00	24.00	0.32
70	3.37	16.96	0.00	3.48	24.00	0.00
71	6.61	24.00	0.00	4.70	16.20	0.00
72	1.90	24.00	0.07	1.90	24.00	0.07
73	2.38	24.00	0.02	2.00	24.00	0.05
74	1.76	24.00	0.00	1.48	24.00	0.15
75	2.02	15.01	0.06	2.19	24.00	0.04
76	0.00	24.00	1.00	0.00	24.00	1.00
77	0.00	24.00	1.00	0.00	24.00	1.00
78	1.39	24.00	0.17	1.81	24.00	0.08
79	0.00	24.00	1.00	0.00	24.00	1.00
80	1.81	24.00	0.08	1.00	24.00	0.32
81	1.00	24.00	0.32	1.39	24.00	0.17
82	1.00	24.00	0.32	1.00	24.00	0.32
83	0.00	24.00	1.00	0.00	24.00	1.00
84	0.00	24.00	1.00	0.00	24.00	1.00
85	0.00	24.00	1.00	0.00	24.00	1.00
86	3.17	17.12	0.00	2.58	16.38	0.02
87	5.50	24.00	0.00	5.00	14.88	0.00
88	6.28	13.18	0.00	5.25	13.11	0.00
89	4.39	24.00	0.00	3.79	24.00	0.00
90	3.39	18.67	0.00	4.20	15.97	0.00
91	3.54	24.00	0.00	4.69	24.00	0.00
92	2.76	12.84	0.01	3.10	16.90	0.00

Reactivo	De 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación de la escala			De 6 meses a la fecha de aplicación de la escala		
	T	gl	P	T	gl	P
93	4.39	17.19	0.00	7.59	24.00	0.00
94	4.33	13.06	0.00	5.50	24.00	0.00
95	5.65	24.00	0.00	4.51	10.13	0.00
96	4.23	24.00	0.00	3.55	18.40	0.00
97	4.68	16.32	0.00	4.74	14.63	0.00
98	3.21	24.00	0.00	3.09	24.00	0.00
99	3.59	24.00	0.00	2.38	24.00	0.02
100	2.86	24.00	0.00	3.02	24.00	0.00
101	5.36	15.34	0.00	4.46	15.14	0.00
102	2.55	24.00	0.01	2.14	24.00	0.04
103	1.00	24.00	0.32	1.48	24.00	0.15
104	3.55	18.40	0.00	3.55	17.54	0.00
105	5.76	24.00	0.00	4.77	24.00	0.00
106	5.02	24.00	0.00	4.48	24.00	0.00
107	4.74	10.40	0.00	4.37	16.35	0.00
108	4.71	4.00	0.00	4.48	24.00	0.00
109	4.75	24.00	0.00	5.05	24.00	0.00
110	3.71	12.95	0.00	3.63	24.00	0.00
111	5.09	13.49	0.00	4.68	24.00	0.00
112	3.93	10.34	0.00	4.75	24.00	0.00
113	1.65	13.96	0.12	2.51	13.61	0.02
114	2.02	15.01	0.06	1.36	15.00	0.19

NOTA: Reactivos eliminados por tener una  $P > 0.05$  en ambos apartados.

Abreviaturas usadas:

T = prueba T.

gl = grados de libertad.

P = probabilidad.

respuesta dicotómica, (sí o no), y con estos reactivos se forma una cuarta parte. (Ver apéndice B).

#### 10. Procedimiento.

La aplicación del instrumento a las estudiantes y al personal académico, se llevó a cabo en explanadas, corredores, salones, laboratorios, cubículos y lugares de descanso de cada una de las facultades y escuelas elegidas en el muestreo. Al interceptar a cada alumna o profesora, se le saludó y se explicó que el objeto de la entrevista era con el fin de recabar

información acerca de la frecuencia de los síntomas que presentaban las mujeres universitarias durante la premenstruación (de 14 días antes a dos días después de la menstruación), mediante el llenado de un cuestionario se les dijo que la información que proporcionarían sería de gran ayuda para los fines de la investigación, que se haría un análisis global de datos y no individual. Por lo cual era voluntario que dieran su nombre. Una vez que aceptaron colaborar se les entregó el cuestionario para que lo llenaran, esperando el tiempo que fuera necesario para que lo contestaran; posteriormente se recogió y se dieron las gracias por la colaboración.

En la aplicación del cuestionario al personal administrativo hubo necesidad de pedir autorización a los jefes de personal y representantes sindicales, quienes indicaron los horarios y lugares en donde llevar a cabo las entrevistas (lugares de trabajo o de descanso). Las instrucciones fueron las mismas tanto para alumnas como para profesoras.

## CAPITULO VII

### RESULTADOS

Los análisis de los resultados se hicieron mediante la computadora, usando el paquete estadístico Statistical Package for the Sciences (SPSS). (Nie, N., et al., 1975).

En la presente investigación se utilizaron los siguientes análisis estadísticos:

1. Análisis de frecuencias de la muestra.
2. Análisis psicométrico del instrumento.
  - 2.1. Análisis factorial PA2. Rotación oblicua para obtener las correlaciones entre factores.
  - 2.2. Alpha de Cronbach para obtener los coeficientes de consistencia interna de las escalas.
3. Análisis de diferencias entre las variables sociodemográficas y los factores del STPH.
  - 3.1. Análisis de varianza.
  - 3.2. Prueba T.

4. Correlación Producto-Momento de Pearson.

5. La frecuencia de los factores de la escala del STPM se midió mediante la prueba de Frecuencias, asignando los siguientes valores; cuando el síntoma se presentaba siempre, casi siempre o a veces se tomó como presencia de este y cuando casi nunca o nunca se presentó, se tomó como ausencia.

6. La intensidad de los síntomas del STPM se midió con la prueba Frecuencias asignando valores a la escala Lickert en donde el rango osciló de uno (cuando el síntoma no se presentó) a cinco (cuando siempre se presentó).

7. Se aplicó el Mc Nemar para ver diferencias entre los factores de los dos apartados presentes en el instrumento.

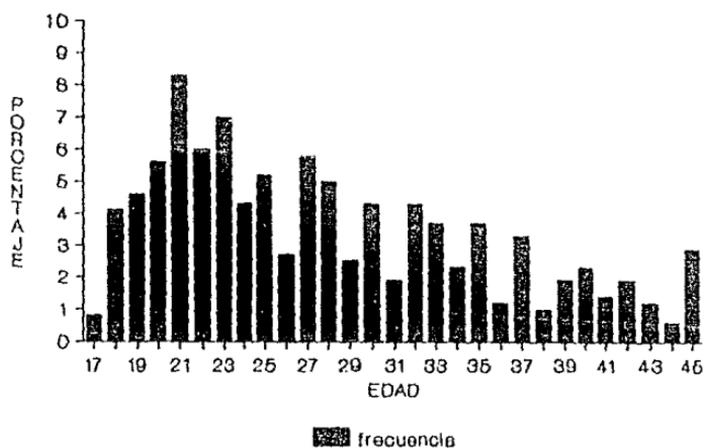
1. Análisis de Frecuencias.

La edad de las mujeres de la muestra fluctuó entre 17 y 45 años, con una media de 28 años y una desviación estándar de 7.4 años. La mayor parte de la población estuvo dentro de las siguientes edades: el 4.1% (20) tuvo 18 años, el 4.6% (22) 19 años, el 5.6% (27) 20 años, el 8.3% (44) 21 años, el 6% (29) 22 años, el 7% (25) 23 años, el 4.3% (21) 24 años, el 5.2% (25) 25 años, el 5.8% (28) 27 años, el 5% (24) 28 años, el 4.3% (21) 30 años, el 4.3% (21) 32 años. (Ver gráfica 1).

El área académica de la cuál provinieron las mujeres de la muestra se distribuyó de la siguiente manera: el 26.1% (126) correspondió a Químico-Biológicas y Económico-Administrativas respectivamente, el 24.8% (119) a Ciencias Exactas y el 23.2% (112) a Bellas Artes. (Ver gráfica 2).

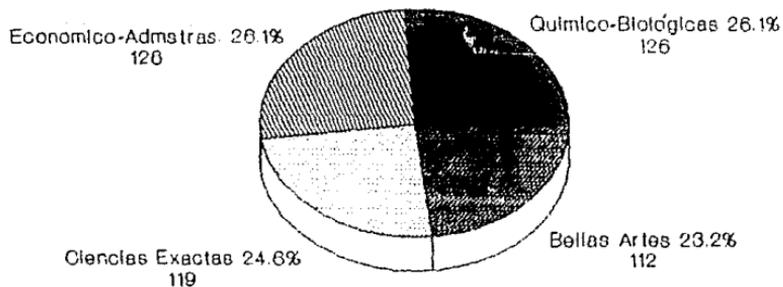
La facultad o escuela de la cual provinieron las mujeres de la muestra fueron las siguientes: a Psicología, Medicina, Química, Ciencias de la Comunicación, Relaciones Internacionales, Economía, Física, Matemáticas y Diseño Gráfico corresponde el 8.7% (42) respectivamente; y el 7.2% (35) fueron de cada una de las

### Distr. de Frec. de la Edad



GRAFICA 1

## Distr. de Frec. Según el Area Académica



GRAFICA 2

siguientes: Actuaría, Instrumentistas y Canto. (Ver gráfica 3).

El nivel académico de la muestra fue el siguiente: el 17.4% (84) correspondió a primaria, secundaria, técnica, bachillerato y licenciatura respectivamente; y el 13.0% (63) fue de posgrado. (Ver gráfica 4).

La actividad a la cual se dedicaban las mujeres de la muestra al momento de la investigación fue: el 26.9% (130) eran estudiantes, el 42.7% (206) trabajaban y el 30.4% (147) estudiaban y trabajaban. (Ver gráfica 5).

En la muestra el 10.8% (51) de las mujeres eran del personal académico de la universidad, el 51.1% (247) del personal administrativo y el 38.3% (185) eran alumnas. (Ver gráfica 6).

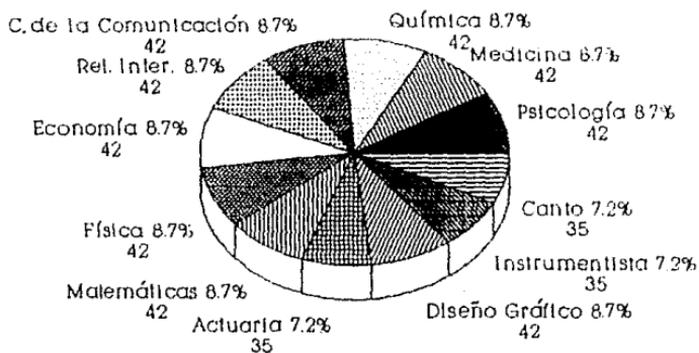
Se encontró que el 95.9% (463) de las mujeres de la muestra tenían un nivel socio económico bajo, el 2.9% (14) un nivel medio y el 0.8% (3) un nivel alto. (Ver gráfica 7).

En promedio cuatro personas dependían del ingreso familiar y la frecuencia se distribuyó de la siguiente manera: en el 9.1% (44) una persona dependía de este ingreso, en un 13.9% (67) dependían dos personas, en el 20.7% (100) fueron tres personas, en el 23.2% (112) cuatro personas, en el 15.7% (76) cinco personas, en el 7.2% (35) seis personas, en el 4.6% (22) siete personas, en el 3.5% (17) ocho personas, en el 1.2% (6) nueve personas, en el 0.4% (2) 10 personas y en el 0.2% (1) 11 y 13 personas respectivamente. (Ver gráfica 8).

El estado civil de las mujeres de la muestra se distribuyó de la siguiente manera: el 53.8% (260) fueron solteras, el 36.0% (174) casadas, el 5% (24) vivían en unión libre, el 2.4% (14) eran divorciadas y el 2.3% (11) eran viudas. (Ver gráfica 9).

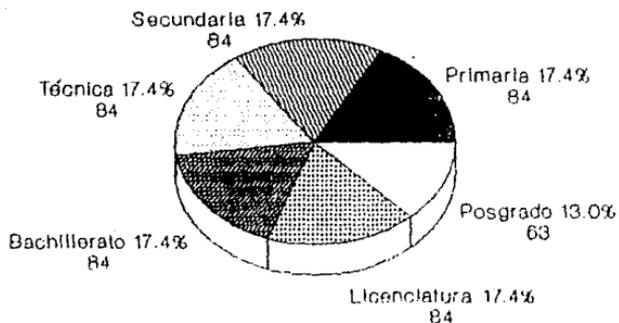
Las mujeres de la muestra tuvieron una edad promedio de 12.6 años al momento de su primera menstruación. El 3.1% (15)

## Distr. de Frec. de Fac. y Esc.



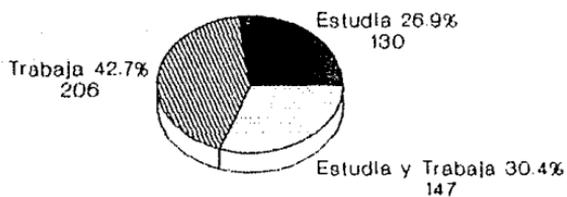
GRÁFICA 3

## Distr. de Frec. del Nivel Académico



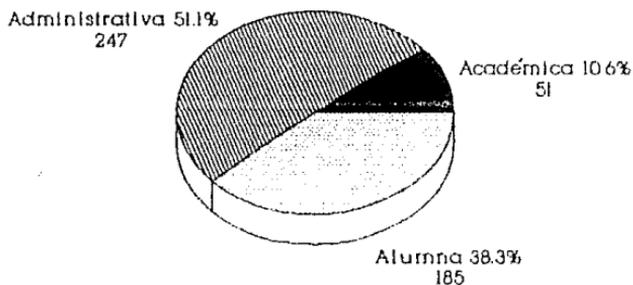
GRAFICA 4

## Distr. de Frec. de la Ocupación



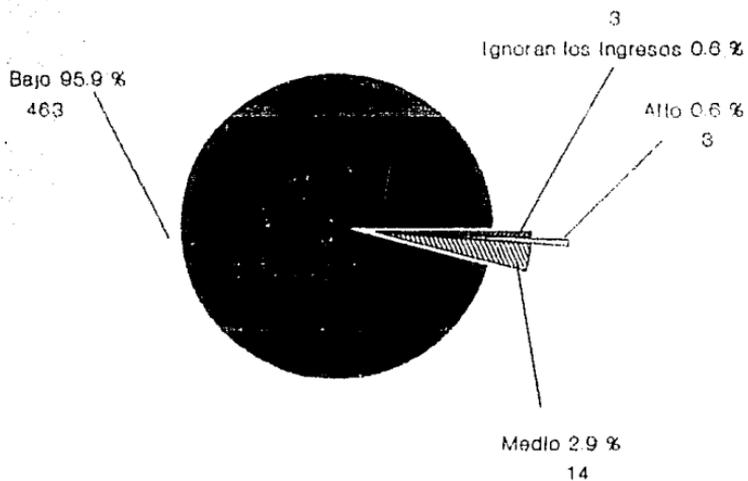
GRAFICA 5

## Distr. de Frec. de la Actividad Dentro de la UNAM



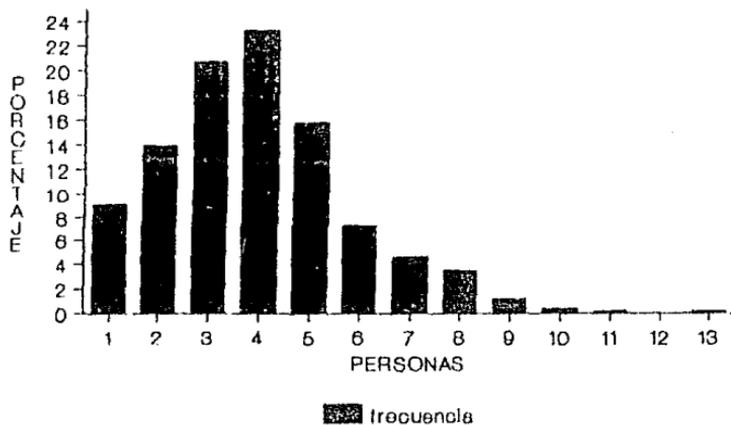
GRAFICA 6

## Distr. de Frec. del Nivel Económico



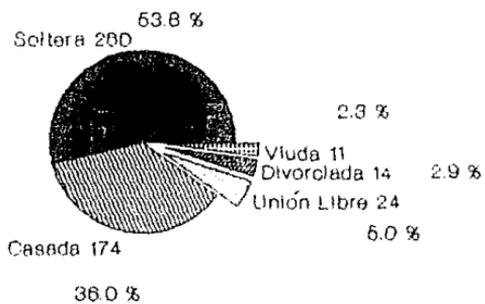
GRAFICA 7

### Distr. de Frec. del No. de Personas que Dependen del Ingreso Familiar



GRAFICA 8

## Distr. de Frec. del Estado Civil



GRAFICA 9

empezó a menstruar a los 10 años, el 15.7% (76) a los 11 años, el 28.0% (135) a los 12 años, el 28.2% (136) a los 13 años, el 15.1% (75) a los 14 años y el 6.4% (31) a los 15 años. (Ver gráfica 10).

En el 69.6% (336) de las mujeres de la muestra, las menstruaciones anteriores se presentaron en forma regular y en el 30.2% (146) lo hicieron en forma irregular. (Ver gráfica 11).

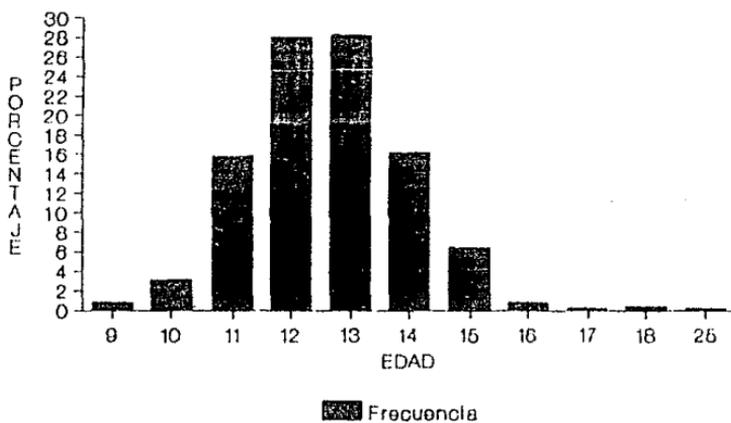
En el 69.6% (336) de las mujeres de la muestra, las menstruaciones actuales se presentaron en forma regular y en el 30.2% (146) lo hicieron en forma irregular. (Ver gráfica 12).

El intervalo de tiempo entre cada menstruación se distribuyó de la siguiente manera: el promedio fue de 28 días. El 1.1% (5) tuvieron un periodo menstrual de 20 días, el 1.5% (7) de 21 días, el 1.1% (5) de 23 días, el 1.5% (7) de 24 días, el 4.2% (20) de 25 días, el 3.2% (15) de 26 días, el 3.4% (16) de 27 días, el 43.3% (204) de 28 días, el 4.5% (21) de 29 días, el 27.2% (128) de 30 días, el 1.5% (7) de 31 días, el 1.9% (9) de 32 días y el 1.1% (5) de 35 días. (Ver gráfica 13).

En las mujeres de la muestra, la duración promedio de la menstruación fue de cuatro días. Para el 1.7% (8) la duración fue de dos días, para el 29.5% (142) de tres días, para el 24.9% (120) de cuatro días, para el 27.0% (130) de cinco días, para el 8.1% (39) de seis días, para el 3.1% (15) de siete días y para el 5.0% (24) de ocho días. (Ver gráfica 14).

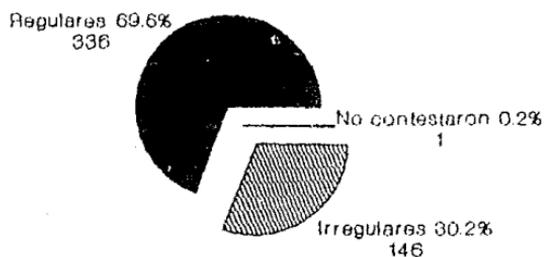
Con respecto a la edad de la primera relación sexual, el promedio fue de 20 años, distribuyéndose la muestra, de la siguiente manera: el 1.0% (2) inició sus relaciones sexuales a los 12 años, el 1.7% (15) a los 14 años, el 5.0% (15) a los 15 años, el 7.4% (22) a los 16 años, el 8.1% (24) a los 17 años, el 12.1% (36) a los 18 años, el 12.8% (38) a los 19 años, el 10.7% (32) a los 20 años, el 7.7% (23) a los 21 años, el 8.7% (26) a los 22 años, el 6.0% (18) a los 23 años, el 5.0% (15) a los 24 años, el 5.4% (16) a los 25 años, el 2.0% (6) a los 26 años, el 1.3% (4) a los 28 años.

### Distr. de Frec. de la Edad de la Menarca



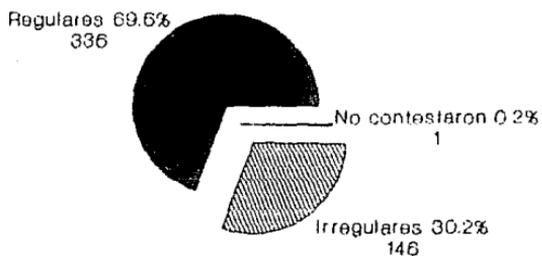
GRAFICA 10

## Distr. de la Frec. de la Reg. Menstrual Anterior



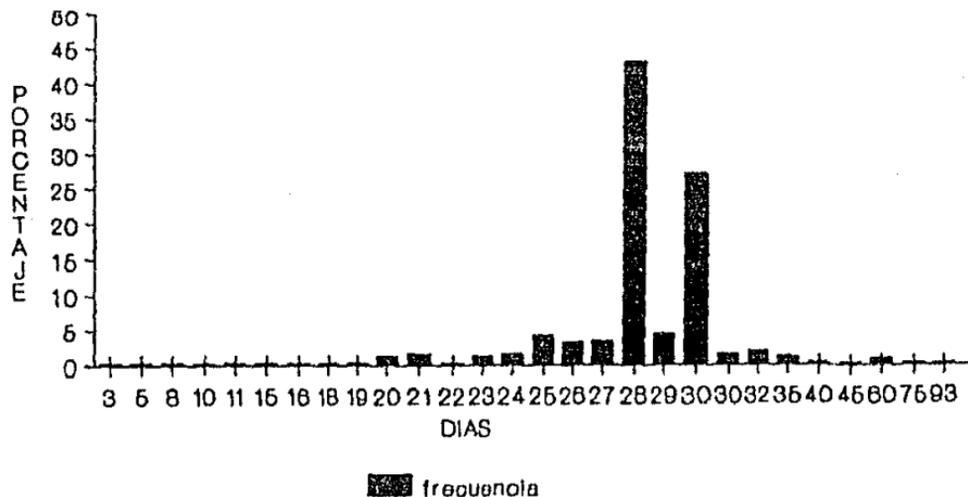
GRAFICA 11

## Distr. de Frec. de la Reg. Menstrual Actual



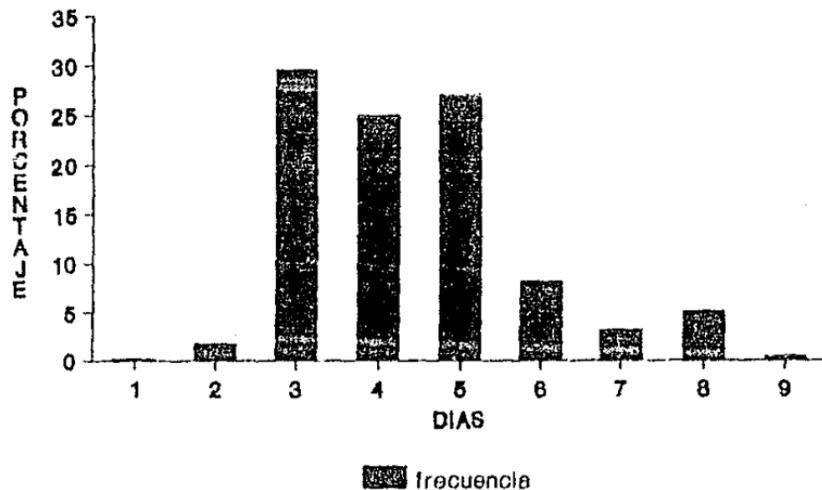
GRAFICA 12

## Distr. de Frec. del Intervalo de Tiempo entre cada Menstruación



GRAFICA 13

## Distr. de Frec. de la Duración de la Menstruación



GRAFICA 14

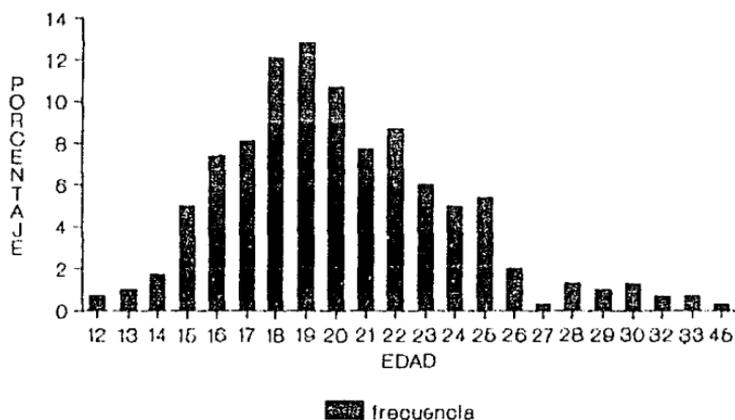
el 1.0% (3) a los 20 años y el 1.3% (4) a los 30 años. (Ver gráfica 15).

El número de relaciones sexuales al mes, en promedio fue de ocho veces. La muestra tuvo una frecuencia de relaciones sexuales (al mes) de la siguiente manera: el 8.3% (18) tenían una relación sexual al mes, el 9.8% (22) dos, el 8.9% (20) tres, el 17.8% (40) cuatro, el 6.2% (14) cinco, el 4.4% (10) seis, el 3.1% (7) siete, el 12% (27) ocho, el 9.3% (21) nueve, el 5.3% (12) 15 y el 4% (9) 20. (Ver gráfica 16).

La parte de información general estuvo integrada por los reactivos: ingieren bebidas alcohólicas, ingieren tranquilizantes, fuman, usan anticonceptivos y usan la píldora; los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: el 25.7% (124) de la muestra, a veces ingieren bebidas alcohólicas; el 30% (145) casi nunca y el 39.5% (191) nunca; los porcentajes de la muestra para el reactivo "ingieren tranquilizantes" es: el 81.4% (393) nunca ingieren tranquilizantes. De las mujeres de la muestra el 13.5% (65) siempre fuma, el 17.2% (83) solo a veces, el 54.7% (264) nunca fuma. Respecto al uso de anticonceptivos, la clasificación de la muestra fue: 14.1% (68) siempre los usan, el 69.6% (336) nunca y el 17.7% (95) no contestaron. Por último, el 68.1% (329) de la muestra nunca ingiere la píldora anticonceptiva y el 19.7% (95) no contestaron. (Ver tabla 3).

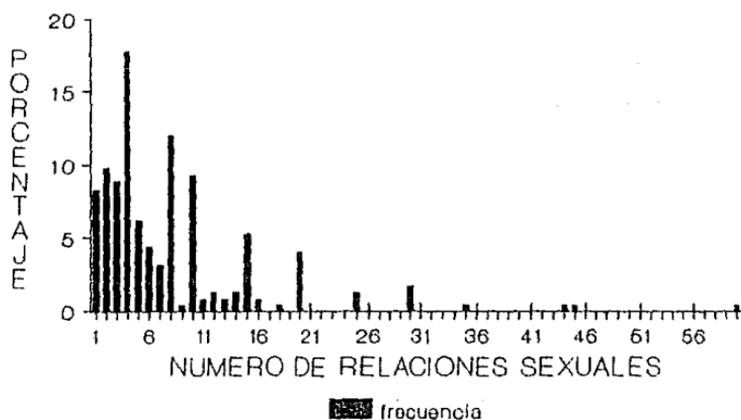
En base a las actitudes de la muestra hacia sus relaciones sexuales la distribución quedó así: el 38.2% (124) consideró que sus relaciones sexuales siempre han sido satisfactorias, el 26.8% (87) consideró que casi siempre lo eran, en tanto que para el 17.2% (56) solo lo fueron a veces y para el 16.6% (53) nunca han sido satisfactorias. El 31.2% (90) de la muestra siempre ha tenido orgasmos en sus relaciones sexuales, el 29.5% (65) casi siempre, el 17.7% (51) a veces y el 16.3% (51) nunca los ha tenido. Ahora bien, el experimentar orgasmos al masturbarse el 15% (30) siempre los sintió y para el 59.7% (119) nunca los experimenta. Para el 92% (278) de las mujeres de la muestra sus compañeros sexuales siempre

### Distr. de Frec. de Edad en la Primera Relación Sexual



GRAFICA 15

### Distr. de Frec. del No. de Relaciones Sexuales al Mes



GRAFICA 16

**TABLA 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE ASPECTOS GENERALES: BEBER, FUMAR,**  
**INGERIR TRANQUILIZANTES Y USO DE ANTICONCEPTIVOS, DE LAS MUJERES**  
**PERTENECIENTES A LA MUESTRA.**

	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca	No Contestaron
Ingeren bebidas alcohólicas	1.4% (7)	0.0% (4)	25.7% (124)	30% (145)	39.5% (191)	2.5% (12)
Ingeren tranquilizantes	1.2% (6)	0.0% (3)	6.4% (31)	5.8% (28)	81.4% (393)	4.6% (22)
Fuman	19.5% (65)	4.3% (20)	17.2% (83)	6.2% (30)	54.7% (264)	4.1% (20)
Usan anticonceptivos	14.1% (68)	1.4% (7)	3.5% (17)	1.4% (7)	69.0% (336)	0.9% (4)
Usan la píldora	6.4% (31)	1.0% (5)	2.9% (14)	1.0% (5)	68.1% (329)	19.7% (95)

fueron hombres. Siempre recibieron su menstruación con agrado el 33% (142) de la muestra, el 20.2% (87) casi siempre lo hicieron, el 23.4% (101) a veces. El 73.3% (284) consideró que la menstruación siempre es una reafirmación de su sexo. De las mujeres de la muestra, el 15.8% (53) pensó que la menstruación siempre le impide estar en más contacto con su cuerpo y el 62% (208) dijo que la menstruación nunca le impedía estar en más contacto con su cuerpo. Casi siempre disfrutaron el tiempo de su menstruación el 17.9% (73), a veces el 19.7% (80) y nunca el 35.2% (143). En la muestra, el 69.3% (256) opinó que la menstruación nunca las ha puesto en desventaja con los hombres. Al 15% (65) de la muestra siempre le desagradó el tiempo de su menstruación, al 28% (121) solo a veces y al 23.4% (140) nunca. (Ver tabla 4).

De las mujeres de la muestra el 12.4% (60) han recibido tratamiento para las molestias que presentan del STPH mientras que el 80.9% (391) no han recibido ayuda alguna. (Ver gráfica 17).

En cuanto al incremento de los síntomas con la edad, el 18.4% (39) de las mujeres afirmaron que conforme tienen más años los síntomas se incrementan. Por otro lado, el 74.3% (359) opinó que no han incrementado con la edad. (Ver gráfica 18).

**TABLA 4**  
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE ACTITUDES QUE LA MUESTRA TIENE HACIA SU SEXUALIDAD.**

	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
Sus relaciones sexuales han sido satisfactorias	38.2% (124)	26.8% (87)	17.2% (56)	1.2% (4)	16.3% (53)
En sus relaciones sexuales han tenido orgasmos	31.2% (90)	29.5% (85)	17.7% (51)	3.8% (11)	17.7% (51)
Cuando se masturban tienen orgasmos	15.0% (30)	12.5% (25)	9.0% (18)	3.5% (7)	59.7% (119)
Sus compañeros sexuales son hombres	92.0% (278)	1.3% (4)	0.6% (2)		5.9% (18)
Reciben su menstruación con agrado	33.0% (142)	20.2% (87)	23.4% (101)	9.3% (40)	13.9% (60)
Su menstruación es una reafirmación de su sexo	73.3% (284)	6.9% (27)	2.8% (11)	2.0% (8)	14.7% (57)
Su menstruación les impide estar en más contacto con su cuerpo	15.8% (59)	2.9% (10)	9.8% (33)	9.2% (31)	62.0% (208)
Disfrutan el tiempo de su menstruación	14.2% (58)	17.9% (73)	19.7% (80)	12.8% (52)	35.2% (143)
La menstruación las pone en desventaja con los hombres	10.2% (38)	1.8% (7)	10.5% (39)	7.8% (27)	69.3% (256)
Les desagrada el tiempo de su menstruación	15.0% (65)	9.9% (43)	28.0% (121)	14.5% (63)	32.4% (140)

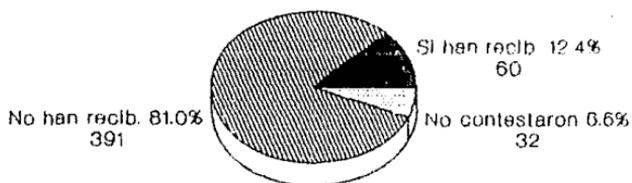
Por último, el 57.1% (276) de las mujeres accedió dar sus datos personales, en tanto que el 42.9% (207) no los quiso dar. (Ver gráfica 19).

## 2. Análisis psicométrico del instrumento.

### 2.1. Análisis Factorial PA2.

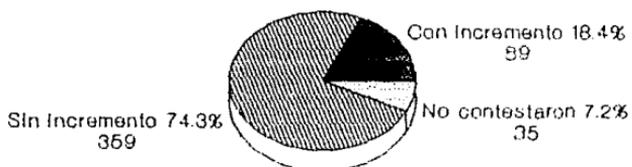
En un siguiente paso los datos fueron sometidos a un análisis factorial para conocer la validez de constructo de la escala, con el fin de establecer que reactivos eran representativos de los diferentes síntomas del *STPM*. Los datos obtenidos con la escala del *STPH* fueron sometidos al análisis factorial PA2 con rotación oblicua. Dicho análisis se aplicó en las dos secciones que

## Distr. de Frec. de Uso de Tratamiento



GRAFICA 17

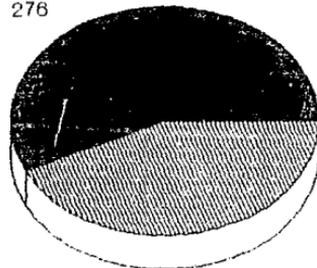
## Distr. de Frec. del Incremento de STPM con la Edad



GRAFICA 18

## Distr. de Frec. para Proporcionar Datos Personales

Si accedieron 57.1%  
278



No accedieron 42.9%  
207

GRAFICA 19

componen el apartado de sintomatología de la escala, esto es, en el apartado que mide los síntomas de 6 meses hacia atrás, así como el apartado que los mide de 6 meses a la fecha de aplicación de la prueba. Los resultados obtenidos en ambos apartados fueron muy similares por lo que se optó por trabajar con una de ellas.

El análisis factorial reportó 20 factores que explicaban el 64.5% de la varianza total de la prueba, y que tenían un valor eigen  $> 1.0$  antes de la rotación. (Ver tabla 5).

Después de la rotación se encontraron diez factores que explicaban el 85.4% de la varianza total y que tenían un valor eigen  $> 1.0$  (Ver tabla 6). Subsecuentemente se procedió a analizar la matriz de estructura factorial de la cual se derivó la elección de aquellos reactivos cuya carga factorial fuera de  $\pm 0.30$ .

Se encontró que el factor 1 tuvo 11 reactivos, al cual de acuerdo a su agrupación se le denominó Depresión 1. El factor 2 estuvo compuesto por cuatro reactivos, tomando en cuenta sus características, se le denominó Edema 1. En el factor 3 se agruparon 13 reactivos, denominándolo Fatiga. El factor 4 con dos reactivos se le dió el nombre de Edema 2. El factor 5 con tres reactivos se nombró Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético. El factor 6 con cinco reactivos se denominó Irritabilidad. El factor 7 no cargó ningún reactivo. El factor 8 estuvo compuesto por cuatro reactivos y se le designó Depresión 2. El factor 9 contó con dos reactivos y se le denominó Cefáleas. El factor 10 tenía dos reactivos pero al no tener un sentido conceptual se decidió eliminarlos. (Ver tabla 7).

Se definió a los factores de la siguiente manera:

Factor 1- Depresión 1: pérdida de interés por las cosas que entusiasmaban a la persona; descenso del estado de ánimo; dificultad, inseguridad o precipitación en la toma de decisiones, ganas de suicidarse y gran vulnerabilidad emocional.

**TABLA 5**  
**FACTORES CON VALORES PROPIOS > 1.0 DE LA ESCALA DEL STPM, OBTENIDOS**  
**EN EL ANALISIS FACTORIAL PA2 OBLICUO. (ANTES DE LA ROTACION).**

Factor	Valores Propios	% de Variables	% Acumulados
1	25.69	27.9	27.9
2	4.83	5.3	33.2
3	3.23	3.5	36.7
4	2.63	2.9	39.6
5	2.26	2.5	42.0
6	1.96	2.1	44.2
7	1.86	2.0	46.2
8	1.65	1.8	48.0
9	1.57	1.7	49.7
10	1.48	1.6	51.3
11	1.47	1.6	52.9
12	1.39	1.5	54.4
13	1.32	1.4	55.9
14	1.23	1.3	57.2
15	1.21	1.3	58.5
16	1.16	1.3	59.8
17	1.14	1.2	61.0
18	1.11	1.2	62.3
19	1.06	1.2	63.4
20	1.04	1.1	64.5

**TABLA 6**  
**FACTORES CON VALORES PROPIOS > 1.0 DE LA ESCALA DEL STPM, OBTENIDOS**  
**EN EL ANALISIS FACTORIAL PA2 OBLICUO. (DESPUES DE LA ROTACION).**

Factor	Valores Propios	% de Variables	% Acumulados
1	25.28	50.6	50.6
2	4.36	8.7	59.3
3	2.79	5.6	64.9
4	2.22	4.4	69.3
5	1.79	3.6	72.9
6	1.51	3.0	75.9
7	1.40	2.8	78.7
8	1.21	2.4	81.2
9	1.09	2.2	83.4
10	1.00	2.0	85.4

Factor 2- Edema 1: hinchazón de los dedos de manos y pies.

Factor 3- Fatiga: cansancio físico e intelectual, que impide llevar a cabo las actividades diarias e incluso evitarlas, disminución de la calidad de las actividades realizadas, pérdida del interés por las actividades diarias, deseo de abandonar lo

TABLA 7

MATRIZ DE ESTRUCTURA FACTORIAL OBTENIDA EN EL  
ANÁLISIS FACTORIAL PAZ OBLICUA DE LA ESCALA DEL STPM.

R	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
94	0.36	0.02	-0.14	0.14	-0.01	0.13	0.09	-0.14	-0.13	0.00
96	0.49	0.03	-0.06	0.10	-0.06	0.15	0.03	-0.12	-0.02	-0.02
98	0.43	0.14	-0.10	0.06	-0.01	0.02	-0.02	-0.05	-0.13	0.12
99	0.42	0.01	-0.20	0.10	0.22	0.14	0.07	-0.15	-0.12	-0.13
100	0.33	-0.01	0.04	0.16	-0.13	0.11	0.04	0.01	0.02	0.06
103	0.60	-0.02	-0.03	-0.09	0.04	0.02	0.05	-0.01	-0.10	0.17
104	0.58	0.13	-0.02	-0.10	-0.04	-0.03	0.05	-0.02	-0.05	0.17
105	0.59	0.00	0.00	0.08	0.00	0.06	0.06	0.04	-0.03	-0.00
106	0.45	0.08	-0.08	-0.05	0.00	0.02	0.16	0.03	0.06	0.12
107	0.34	0.08	0.02	0.10	-0.11	0.05	0.14	0.06	0.05	0.05
108	0.38	0.12	0.02	0.01	-0.07	-0.05	0.04	0.05	0.09	0.15
25	0.04	0.51	0.05	0.09	-0.08	-0.03	0.03	0.09	-0.09	-0.01
27	-0.03	0.47	-0.11	0.05	-0.02	-0.03	-0.01	-0.08	-0.03	-0.02
28	-0.06	0.82	-0.04	0.06	0.04	-0.08	-0.02	-0.04	-0.01	-0.02
29	0.04	0.67	0.04	-0.06	0.00	0.04	0.04	0.04	0.01	0.01
61	0.05	0.06	-0.35	0.15	-0.23	0.09	0.02	-0.05	0.10	-0.11
62	0.02	0.10	-0.65	0.04	-0.11	0.02	0.05	-0.04	0.10	-0.01
63	0.04	0.02	-0.58	0.08	-0.00	-0.10	0.00	-0.10	-0.04	-0.06
64	0.10	0.02	-0.40	0.13	-0.18	0.05	-0.03	0.00	-0.03	-0.03
65	0.05	0.01	-0.61	-0.02	-0.18	0.08	0.04	0.07	0.02	0.01
66	-0.05	-0.02	-0.48	0.03	0.00	0.08	0.04	0.06	-0.02	0.38
67	0.10	0.02	-0.58	0.06	0.00	0.16	-0.03	0.00	0.00	0.03
68	-0.05	0.11	-0.47	0.02	-0.22	0.15	0.03	0.01	-0.03	0.14
69	0.09	0.03	-0.50	0.05	-0.08	0.12	0.06	0.12	-0.02	-0.02
70	0.17	0.12	-0.48	-0.04	0.00	0.04	0.10	0.10	-0.16	-0.09
71	0.16	0.00	-0.45	0.07	-0.03	0.12	0.10	0.16	-0.10	0.02
73	-0.01	-0.12	-0.39	0.06	-0.09	-0.11	0.13	-0.07	-0.09	-0.04
79	0.08	0.00	-0.33	-0.03	0.08	0.10	0.00	-0.01	-0.03	0.14
24	-0.02	0.07	0.02	0.74	0.08	-0.05	0.11	0.05	0.01	0.00
31	-0.01	0.00	-0.05	0.49	0.04	0.00	0.00	-0.10	0.04	0.31
41	0.02	0.08	-0.10	0.03	-0.55	0.00	0.01	0.00	-0.02	0.05
42	0.05	0.07	-0.18	0.06	-0.51	-0.01	0.04	0.00	-0.15	0.20
58	0.04	0.00	-0.15	-0.02	-0.33	-0.09	0.03	0.06	-0.12	-0.08
78	0.01	-0.00	0.03	0.04	0.04	0.47	0.09	0.09	0.25	-0.10
80	0.03	-0.01	-0.05	0.00	0.00	0.57	0.00	0.08	0.01	0.08
81	-0.01	-0.05	-0.05	-0.09	-0.01	0.50	-0.04	-0.12	-0.12	0.09
82	-0.02	-0.00	0.01	0.05	0.03	0.77	0.12	-0.04	0.07	-0.01
83	0.11	0.00	-0.01	0.04	-0.05	0.40	0.07	-0.12	-0.07	0.00
91	0.18	0.03	-0.06	0.02	0.04	0.10	0.04	-0.45	0.00	0.26
92	0.29	0.05	-0.02	0.00	-0.04	0.13	0.00	-0.35	0.06	0.10
93	0.22	0.12	-0.15	-0.02	0.03	0.05	0.00	-0.34	-0.05	0.00
95	0.29	0.00	-0.03	0.05	-0.02	0.13	0.05	-0.08	-0.28	0.05
45	0.00	0.07	0.07	0.07	-0.08	0.01	0.03	0.05	-0.45	0.03
46	-0.01	0.03	0.03	0.08	-0.02	-0.01	0.10	-0.03	-0.51	-0.01

NOTA: Los reactivos (R) correspondientes son:  
 94. Pierdo interés en lo que hago.  
 96. Me es difícil controlar mis emociones.  
 98. Pierdo entusiasmo por las cosas.  
 99. Siento ganas de suicidarme.  
 100. Hago caprichos.

- 101. Me cuesta trabajo tomar decisiones.
- 104. Me siento insegura.
- 105. Tomo decisiones precipitadas.
- 106. Espero una gran consideración de la gente que me rodea.
- 107. Necesito que los que me rodean me apapachen.
- 108. Si me hablan fuerte me siento agredida.
- 25. Se me hinchan los dedos de las manos.
- 27. Me aprietan los anillos.
- 28. Se me hinchan los tobillos.
- 29. Me lastiman los zapatos.
- 61. Me canso más que los otros días.
- 62. Mis actividades diarias se ven afectadas.
- 63. Evito algunas actividades.
- 64. Mis actividades no son tan eficaces.
- 65. Me falta energía para realizar las actividades diarias.
- 66. Me siento incapaz de realizar bien mi trabajo.
- 67. La calidad de mi trabajo disminuye.
- 68. Me siento muy fatigada.
- 69. El rendimiento de mis actividades diarias disminuyen.
- 70. Pierdo interés en mis actividades diarias.
- 71. Deseo abandonar mis actividades diarias.
- 73. Mi ejecución en los deportes disminuye.
- 79. Evito salir a lugares concurridos.
- 24. Se me hinchan los senos.
- 31. Despierto a media noche con una sensación de hinchazón en las mamas.
- 41. Tengo dolores musculares.
- 42. Tengo dolores en las articulaciones.
- 50. Me faltan ganas para levantarme de la cama.
- 78. Me peleo mucho con mis compañeros de trabajo y/o escuela.
- 80. Riño con mi pareja.
- 81. Es cuando más le pego a mis hijos.
- 82. Es cuando más me peleo con las personas que me rodean.
- 83. Tengo accesos de cólera.
- 91. Me siento muy infeliz.
- 92. Me siento muy triste.
- 93. Nada me hace sentir feliz.
- 95. Pierdo interés en la vida.
- 45. Me duele la cabeza.
- 46. Se me presenta y/o se me agrava la migraña.

cotidiano y evitar salir a lugares concurridos.

Factor 4- Edema 2 hinchazón de las mamas.

Factor 5- Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético: dolores musculares, dolores en las articulaciones y desgano para

iniciar el día.

Factor 6- Irritabilidad: enfadarse más que de costumbre con la gente más cercana (pareja, compañeros de trabajo y/o escuela, etc.), golpear más de lo acostumbrado a los hijos y accesos de cólera.

Factor 8- Depresión 2: infelicidad, tristeza, pérdida de interés por la vida.

Factor 9- Cefáleas: dolores de cabeza, presentación y/o agravación de la migraña.

### 2.2. Alfa de Cronbach.

Posteriormente se procedió a obtener la consistencia interna por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, encontrándose que existe una alta consistencia en la escala,  $> 0.73$  para cada uno de los factores, a excepción de Cefáleas (0.63) y Edema 2 (0.53). (Ver tabla 8).

TABLA 8  
INDICE DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA DEL STPM.

Factores	No. de Reactivos	Alfa	$\bar{x}$	Rango Posible
Depresión 1.	11	0.92	1.65	1-5
Edema 1.	4	0.76	1.38	1-5
Fatiga.	13	0.91	1.76	1-5
Edema 2.	2	0.53	1.47	1-5
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	2	0.76	2.22	1-5
Irritabilidad.	5	0.76	1.95	1-5
Depresión 2.	4	0.83	1.56	1-5
Cefáleas.	2	0.63	1.74	1-5

3. Análisis de diferencias entre las variables sociodemográficas y la escala de frecuencia e intensidad del STPM.

### 3.1. Análisis de Varianza para cada uno de los Factores del STPH por cada una de las Variables.

Se hicieron análisis de varianza para verificar si había diferencias estadísticamente significativas entre cada factor de la escala del STPH y las variables sociodemográficas (Estado Civil/Edad, Área/Nivel Académico, Nivel Académico/Ocupación, Ocupación/Nivel Socioeconómico, Regularidad de las Menstruaciones Anteriores/de las Menstruaciones Actuales, e Ingesta de Anticonceptivos/Usó de la Píldora Anticonceptiva).

Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y los factores<sup>47</sup>: Edema 1 ( $FC(1, 477) = 29.30$ ;  $P = 0.00$ ), cuyas medias se distribuyeron de la siguiente manera, en orden descendente: Viudas  $\bar{x} = 1.70$ , Casadas  $\bar{x} = 1.55$ , Divorciadas  $\bar{x} = 1.54$ , Unión Libre  $\bar{x} = 1.53$  y Solteras  $\bar{x} = 1.24$ ; Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $FC(1, 477) = 7.34$ ;  $P = 0.00$ ), con la siguiente distribución de medias: Unión Libre  $\bar{x} = 2.65$ , Casadas  $\bar{x} = 2.39$ , Divorciadas  $\bar{x} = 2.39$ , Viudas  $\bar{x} = 2.25$ , Solteras  $\bar{x} = 2.06$ , e Irritabilidad ( $FC(1, 477) = 17.91$ ;  $P = 0.00$ ), con las siguientes medias: Casadas  $\bar{x} = 1.61$ , Unión Libre  $\bar{x} = 1.59$ , Viudas  $\bar{x} = 1.47$ , Divorciadas  $\bar{x} = 1.23$  y Solteras  $\bar{x} = 1.16$ ; de 6 meses hacia atrás de la aplicación de la escala; y Edema 1 ( $FC(1, 477) = 32.56$ ;  $P = 0.00$ ), con las subsiguientes medias: Unión Libre  $\bar{x} = 3.63$ , Viudas  $\bar{x} = 1.77$ , Casadas  $\bar{x} = 1.60$ , Divorciadas  $\bar{x} = 1.32$  y Solteras  $\bar{x} = 1.27$ ; Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $FC(1, 477) = 21.10$ ;  $P = 0.00$ ), con una  $\bar{x} = 2.58$  en las mujeres que viven en Unión Libre,  $\bar{x} = 2.43$  en las Casadas,  $\bar{x} = 2.43$  en las Divorciadas,  $\bar{x} = 2.32$  en las Viudas y  $\bar{x} = 1.97$  en las Solteras, e Irritabilidad ( $FC(1, 477) = 18.79$ ;  $P = 0.00$ ), con las siguientes medias: Casadas  $\bar{x} = 1.68$ , Unión Libre  $\bar{x} = 1.58$ , Viudas  $\bar{x} = 1.47$ , Divorciadas  $\bar{x} = 1.17$  y Solteras  $\bar{x} = 1.14$ ; de 6 meses a la fecha. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y los factores: Irritabilidad de 6 meses hacia atrás de la aplicación de la escala ( $FC(4, 477) = 4.71$ ;  $P = 0.00$ ) e Irritabilidad de 6 meses a la fecha ( $FC(4, 477) = 5.59$ ;  $P = 0.00$ ). (Ver Tabla 23).

47. Sin embargo, Scheffé no maneja diferencias, ni maneja entre dos grupos.

TABLA 9  
ANÁLISIS DE VARIANZA OBTENIDO PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA  
ESCALA DEL STPM POR EL ESTADO CIVIL Y LA EDAD.

De 6 Meses Hasta Almas de la Aplicación.	Estado Civil	Edad
Edema 1.	$F(1,477)=29.30; P=0.00^*$	$F(4,477)= 0.11; P=0.97$
Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético	$F(1,477)= 7.34; P=0.00^*$	$F(4,477)= 0.82; P=0.50$
Irritabilidad.	$F(1,477)=17.91; P=0.00^*$	$F(4,477)= 4.71; P=0.00^*$
De 6 Meses a la Fecha de Aplicación.		
Edema 1.	$F(1,477)=32.56; P=0.00^*$	$F(4,477)= 0.61; P=0.65$
Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético	$F(1,477)=21.10; P=0.00^*$	$F(4,477)= 0.70; P=0.58$
Irritabilidad.	$F(1,477)=18.79; P=0.00^*$	$F(4,477)= 5.55; P=0.00^*$

NOTA: Solo se interpretaron los datos que tienen \* por ser estadísticamente significativos.

Se pudo observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel académico y los factores<sup>2</sup>: Edema 1 (F(5, 459) = 3.91; P = 0.00) en donde las medias fueron: Primaria 1.69, Secundaria 1.52, Posgrado 1.48, Bachillerato 1.23, Técnica 1.21 y Licenciatura 1.21; Edema 2 (F(5, 459) = 4.23; P = 0.00)

48. Sin embargo, la prueba Scheffe no marco diferencias, al menos entre dos grupos.

cuyas medias se distribuyeron de la siguiente manera: Posgrado 1.94, licenciatura 1.61, Bachillerato 1.48, Secundaria 1.43, Técnica 1.32 y Primaria 1.21; Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético (F(5, 459) = 2.46; P = 0.03) con una  $\bar{x}$  = 2.61 para Primaria, una  $\bar{x}$  = 2.35 para Secundaria, una  $\bar{x}$  = 2.20 para Técnico, una  $\bar{x}$  = 2.14 para Posgrado, una  $\bar{x}$  = 2.07 para Licenciatura y una  $\bar{x}$  = 1.95 para Bachillerato; e Irritabilidad (F(5, 459) = 4.42; P = 0.00) con una distribución de medias de: 1.65 Primaria, 1.47 Posgrado, 1.40 Secundaria, 1.27 Técnica, 1.24 Bachillerato y 1.11 Licenciatura; de 6 meses hacia atrás de la aplicación de la escaala. Y, Edema 1 (F(5, 459) = 3.67; P = 0.00) con las siguientes medias: Primaria 1.68, Secundaria 1.60, Posgrado 1.49, Técnica 1.33, Bachillerato 1.21 y Licenciatura 1.21; Edema 2 (F(5, 459) = 2.66; P = 0.02) en donde la distribución fue de: 1.82 Posgrado, 1.52 Licenciatura, 1.43 Secundaria, 1.42 Bachillerato, 1.35 Técnica y 1.31 Primaria; Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético (F(5, 459) = 3.65; P = 0.00) con medias de: 2.61 Primaria, 2.39 Secundaria, 2.18 Posgrado, 2.15 Técnica, 1.98 Licenciatura, y 1.82 Bachillerato; e Irritabilidad (F(5, 459) = 3.98; P = 0.00) con la siguiente distribución de medias; 1.64 Primaria, 1.42 Secundaria, 1.40 Posgrado, 1.27 Técnica, 1.23 Bachillerato y 1.12 Licenciatura; de 6 meses a la fecha de aplicación. (Ver tabla 10).

Se pudo observar que hubo diferencias estadísticamente significativas entre el Nivel Académico y los factores<sup>49</sup>: Edema 1 (F(5, 466) = 3.40; P = 0.05) con una distribución de medias de 1.69 en el nivel Primaria, 1.52 en Secundaria, 1.48 en Posgrado, 1.22 Bachillerato, 1.21 en Técnico y 1.21 en Licenciatura; Edema 2 (F(5, 466) = 4.25; P = 0.00) distribuyéndose las medias en los siguientes niveles: Posgrado 1.94, Licenciatura 1.61, Bachillerato 1.48, Secundaria 1.43, Técnica 1.32 y Primaria 1.21; e Irritabilidad (F(5, 466) = 2.96; P = 0.01) con unas medias de 1.65 para Primaria, 1.47 para Posgrado, 1.40 para Secundaria, 1.27 para Técnica, 1.24 para Bachillerato y 1.11 para Licenciatura, cuando estos se presentaron de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación, de la

49. Sin embargo, la prueba Scheffe no marcó diferencias, al menos entre dos grupos.

escala. Y con los factores Edema 1 (FC5, 466) = 2.70; P = 0.02) cuyas medias fueron: Primaria 1.69, Secundaria 1.60, Posgrado 1.49, Técnica 1.33, Bachillerato 1.21 y Licenciatura 1.21; Edema 2 (FC5, 466) = 2.36; P = 0.02) con las siguientes medias: Posgrado 1.89, Licenciatura 1.52, Secundaria 1.43, Bachillerato 1.42, Técnica 1.35 y Primaria 1.31; Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético (FC5, 466) = 2.45; P = 0.03) cuyas medias fueron: Primaria 2.61, Secundaria 2.39, Posgrado 2.18, Técnica 2.15, Licenciatura 1.99 y Bachillerato 1.82; e Irritabilidad (FC5,466) = 2.92; P = 0.05) con las siguientes medias: Primaria 1.64, Secundaria 1.41, Posgrado 1.40, Técnica 1.27, Bachillerato 1.23 y Licenciatura 1.12; de 6 meses a la fecha de aplicación del instrumento. De igual manera hubo diferencias estadísticamente significativas<sup>50</sup> entre la Ocupación y la Irritabilidad (FC2, 466) = 2.92; P = 0.05) con una  $\bar{x}$  = 1.50 para quienes trabajan, una  $\bar{x}$  = 1.24 para quienes estudian y una  $\bar{x}$  = 1.21 para quienes hacen ambas cosas; de 6 meses a la fecha de aplicación del instrumento. (Ver tabla 11).

Hubo diferencias estadísticamente significativas entre la variable Ocupación y los factores: Depresión 1 (FC2,480) = 2.97; P = 0.05) e Irritabilidad (FC2, 480) = 6.34; P = 0.00) de 6 meses hacia atrás de la aplicación de la escala; e Irritabilidad (FC2, 480) = 6.38; P = 0.00) de 6 meses a la fecha. (Ver tabla 12).

Al cruzar los factores de la escala del *STPM* con el nivel socioeconómico, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, ya que los valores fueron > 0.05. (Ver tabla 13).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Regularidad de las Menstruaciones Actuales y los factores<sup>51</sup> Depresión 1 (FC1, 477) = 5.54; P = 0.01) de 6 meses hacia atrás de la aplicación de la escala, con la siguiente distribución de medias: Menstruaciones Irregulares  $\bar{x}$  = 1.80, Menstruaciones Regulares  $\bar{x}$  = 1.59; con respecto a los factores de 6 meses a la

50. Aunque la prueba Scheffe no marcó diferencias al menos entre

dos grupos.  
51. La prueba Scheffe no marcó diferencias al menos entre dos grupos.

TABLA 10  
ANALISIS DE VARIANZA OBTENIDO PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA  
ESCALA DEL STPM POR EL AREA Y EL NIVEL ACADÉMICO.

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	Area	Nivel Académico	Interacción
Edema 1.	$F(3, 459) = 0.49; P = 0.69$	$F(5, 459) = 8.91; P = 0.00^*$	$F(15, 459) = 0.69; P = 0.78$
Edema 2.	$F(3, 459) = 2.47; P = 0.06$	$F(5, 459) = 4.23; P = 0.00^*$	$F(15, 459) = 1.10; P = 0.35$
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	$F(3, 459) = 0.91; P = 0.43$	$F(5, 459) = 2.46; P = 0.03^*$	$F(15, 459) = 0.88; P = 0.63$
Irritabilidad.	$F(3, 459) = 0.53; P = 0.65$	$F(5, 459) = 4.42; P = 0.00^*$	$F(15, 459) = 1.09; P = 0.36$
De 6 meses a la fecha de aplicación.			
Edema 1.	$F(3, 459) = 1.11; P = 0.34$	$F(5, 459) = 3.67; P = 0.00^*$	$F(15, 459) = 0.90; P = 0.56$
Edema 2.	$F(3, 459) = 2.02; P = 0.10$	$F(5, 459) = 2.66; P = 0.02^*$	$F(15, 459) = 1.17; P = 0.29$
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	$F(3, 459) = 1.28; P = 0.27$	$F(5, 459) = 3.65; P = 0.00^*$	$F(15, 459) = 0.67; P = 0.80$
Irritabilidad.	$F(3, 459) = 0.34; P = 0.89$	$F(5, 459) = 3.98; P = 0.00^*$	$F(15, 459) = 1.10; P = 0.25$

Nota: Solo se interpretaron los datos que tienen \*, por ser estadísticamente significativos.

TABLA 11

ANÁLISIS DE VARIANZA PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL  
STPM POR EL NIVEL ACADÉMICO Y LA OCUPACIÓN.

De $\delta$ meses hacia atrás de la aplicación.	Nivel Académico	Ocupación	Interacción.
Edema 1.	$F(5,466)=3.40; P=0.05^*$	$F(2,466)=0.07; P=0.92$	$F(9,466)=1.37; P=0.19$
Edema 2.	$F(5,466)=4.25; P=0.00^*$	$F(2,466)=0.26; P=0.76$	$F(9,466)=1.06; P=0.39$
Irritabilidad.	$F(5,466)=2.96; P=0.01^*$	$F(2,466)=2.80; P=0.06$	$F(9,466)=0.57; P=0.63$
De $\delta$ meses a la fecha de aplicación.			
Edema 1.	$F(5,466)=2.70; P=0.02^*$	$F(2,466)=0.06; P=0.94$	$F(9,466)=1.07; P=0.37$
Edema 2.	$F(5,466)=2.35; P=0.02^*$	$F(2,466)=0.62; P=0.53$	$F(9,466)=0.88; P=0.53$
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	$F(5,466)=2.45; P=0.03^*$	$F(2,466)=0.26; P=0.77$	$F(9,466)=1.43; P=0.17$
Irritabilidad.	$F(5,466)=2.60; P=0.02^*$	$F(2,466)=2.92; P=0.05^*$	$F(9,466)=0.57; P=0.61$

Nota: Solo se interpretaron los datos que tienen \*  
por ser estadísticamente significativos.

TABLA 12

ANÁLISIS DE VARIANZA PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL STPM POR LA OCUPACIÓN.

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	Ocupación
Depresión 1.	F(2,480)=2.97; P=0.05 *
Edema 1.	F(2,480)=1.55; P=0.21
Fatiga.	F(2,480)=1.81; P=0.16
Edema 2.	F(2,480)=1.29; P=0.27
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	F(2,480)=1.47; P=0.19
Irritabilidad.	F(2,480)=6.34; P=0.00 *
Depresión 2.	F(2,480)=1.20; P=0.27
Cefálea.	F(2,480)=0.48; P=0.61
De 6 meses a la fecha de aplicación.	
Depresión 1.	F(2,480)=2.54; P=0.07
Edema 1.	F(2,480)=2.53; P=0.08
Fatiga.	F(2,480)=0.64; P=0.52
Edema 2.	F(2,480)=0.57; P=0.56
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	F(2,480)=3.28; P=0.03
Irritabilidad.	F(2,480)=6.36; P=0.00 *
Depresión 2.	F(2,480)=0.93; P=0.39
Cefálea.	F(2,480)=0.56; P=0.56

Nota: Solo se interpretaron los datos que tienen \* por ser estadísticamente significativos.

fecha de aplicación en: Depresión 1 ( $F(1, 477) = 5.54; P = 0.00$ ), encontrando una  $\bar{x} = 1.82$  en las mujeres que tuvieron Menstruaciones Irregulares y una  $\bar{x} = 1.56$  en las de Menstruaciones Regulares; Fatiga ( $F(1, 477) = 5.50; P = 0.01$ ), con una  $\bar{x} = 1.92$  en las mujeres de Menstruaciones Irregulares y una  $\bar{x} = 1.71$  en las de Menstruaciones Regulares; Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $F(1, 477) = 4.94; P = 0.02$ ),  $\bar{x} = 2.42$  en las mujeres con Menstruaciones Irregulares y  $\bar{x} = 2.09$  con Menstruaciones Regulares; y Depresión 2 ( $F(1, 477) = 4.86; P =$

0.02) con las siguientes medias:  $\bar{x} = 1.67$  en las mujeres con Menstruaciones Irregulares y  $\bar{x} = 1.49$  en las de Menstruaciones Regulares. Con una interacción estadísticamente significativa entre la Regularidad de las Menstruaciones Anteriores y la Regularidad de las Menstruaciones Actuales y Edema 2 (FC1, 477) = 6.21; P = 0.01) de 6 meses a la fecha, con unas medias de:  $\bar{x} = 1.71$  cuando la Menstruaciones Anteriores fueron Regulares y las Menstruaciones Actuales Irregulares,  $\bar{x} = 1.57$  cuando la Menstruaciones Anteriores eran Irregulares y las Menstruaciones Actuales Regulares, en las mujeres con Menstruaciones Anteriores Regulares y Menstruaciones Actuales Regulares  $\bar{x} = 1.38$  y cuando las Menstruaciones Anteriores fueron Irregulares y las Menstruaciones Actuales Irregulares la  $\bar{x} = 1.38$ . (Ver tabla 14).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la Ingesta de Anticonceptivos y el factor Edema 2 (FC4, 430) = 2.56; P = 0.03) de 6 meses a la fecha de la aplicación del instrumento. (Ver tabla 15).

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el Uso de la Píldora Anticonceptiva y el factor Edema 2 (FC4, 383) = 3.28; P = 0.01) de 6 meses a la fecha de aplicación de la escala. (Ver tabla 16).

Se realizó un análisis de varianza para verificar si había diferencias estadísticamente significativas, entre las variables y los factores de la escala del STPH, encontrando que existe una diferencia estadísticamente significativa entre: el factor Edema 2 de 6 meses a la fecha de aplicación, el Uso de Anticonceptivos (FC4, 430) = 2.56; P = 0.03) y el Uso de la Píldora Anticonceptiva (FC4, 383) = 3.28; P = 0.01), en donde las mujeres que algunas veces la ingieren tiene una media mayor ( $\bar{x} = 2.35$ ) a las que nunca la ingieren ( $\bar{x} = 1.47$ ). (Ver tabla 17).

De igual manera existe una diferencia estadísticamente significativa entre la variable Ocupación y los factores Depresión 1 de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación (FC2, 480) =

**TABLA 13**  
**ANÁLISIS DE VARIANZA PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL**  
**STPM POR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO.**

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	Nivel Socioeconómico
Depresión 1.	F(2,477)=1.48; P=0.22
Edema 1.	F(2,477)=0.00; P=0.99
Fatiga.	F(2,477)=0.18; P=0.83
Edema 2.	F(2,477)=2.70; P=0.06
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	F(2,477)=1.10; P=0.33
Irritabilidad.	F(2,477)=0.67; P=0.51
Depresión 2.	F(2,477)=0.09; P=0.90
Cefáleas.	F(2,477)=0.75; P=0.46
De 6 meses a la fecha de aplicación.	
Depresión 1.	F(2,477)=1.90; P=0.15
Edema 1.	F(2,477)=0.02; P=0.97
Fatiga.	F(2,477)=0.10; P=0.89
Edema 2.	F(2,477)=1.87; P=0.15
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	F(2,477)=0.72; P=0.48
Irritabilidad.	F(2,477)=1.20; P=0.30
Depresión 2.	F(2,477)=0.12; P=0.88
Cefáleas.	F(2,477)=1.94; P=0.14

2.97; P = 0.05) Irritabilidad de 6 meses hacia atrás de la aplicación (F(2, 480) = 6.34; P = 0.00), en donde las mujeres que trabajan tienen una media mayor ( $\bar{x}$  = 1.50) a la de las que estudian ( $\bar{x}$  = 1.23) y de las que estudian y trabajan ( $\bar{x}$  = 1.23); Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético de 6 meses a la fecha de aplicación (F(2, 480) = 3.28; P = 0.03) en donde las mujeres que trabajan tienen una media mayor ( $\bar{x}$  = 2.30) a las mujeres que estudian ( $\bar{x}$  = 1.92); e Irritabilidad de 6 meses a la fecha de aplicación (F(2, 480) = 6.36; P = 0.00) en donde las mujeres que trabajan tiene una media mayor ( $\bar{x}$  = 1.49) a la de las mujeres que

TABLA 14  
ANÁLISIS DE VARIANZA OBTENIDO PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA  
ESCALA DEL STPM POR LA REGULARIDAD DE LAS MENSTRUACIONES ANTERIORES  
Y DE LAS MENSTRUACIONES ACTUALES.

De 6 meses hasta atrás de la aplicación.	Regularidad de las Mens. Anteriores	Regularidad de las Mens. Actuales.	Interacción.
Depresión 1.	$F(1, 477)=0.34; P=0.55$	$F(1, 477)=5.54; P=0.01^*$	$F(1, 477)=0.00; P=0.96$
De 6 meses a la fecha de aplicación.			
Depresión 1.	$F(1, 477)=0.92; P=0.33$	$F(1, 477)=9.79; P=0.00^*$	$F(1, 477)=0.66; P=0.41$
Fatiga.	$F(1, 477)=0.15; P=0.69$	$F(1, 477)=5.56; P=0.01^*$	$F(1, 477)=0.83; P=0.36$
Edema 2.	$F(1, 477)=0.00; P=0.92$	$F(1, 477)=1.39; P=0.23$	$F(1, 477)=6.21; P=0.01^*$
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	$F(1, 477)=1.00; P=0.31$	$F(1, 477)=4.94; P=0.02^*$	$F(1, 477)=0.60; P=0.43$
Depresión 2.	$F(1, 477)=2.46; P=0.11$	$F(1, 477)=4.86; P=0.02^*$	$F(1, 477)=1.82; P=0.17$

Nota: Solo se interpretaron los datos que tienen \*, por ser estadísticamente significativos.

TABLA 15  
 ANALISIS DE VARIANZA PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL  
 STPM POR LA INGESTA DE ANTICONCEPTIVOS.

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	Ingesta de Anticonceptivos.
Depresión 1.	F(4, 430) = 0.22; P = 0.92
Edema 1.	F(4, 430) = 0.10; P = 0.94
Fatiga.	F(4, 430) = 1.52; P = 0.19
Edema 2.	F(4, 430) = 1.20; P = 0.30
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	F(4, 430) = 1.48; P = 0.22
Irritabilidad.	F(4, 430) = 1.32; P = 0.25
Depresión 2.	F(4, 430) = 0.36; P = 0.83
Cefáleas.	F(4, 430) = 0.58; P = 0.67
De 6 meses a la fecha de aplicación.	
Depresión 1.	F(4, 430) = 0.23; P = 0.92
Edema 1.	F(4, 430) = 0.10; P = 0.94
Fatiga.	F(4, 430) = 0.55; P = 0.69
Edema 2.	F(4, 430) = 2.56; P = 0.03*
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	F(4, 430) = 1.09; P = 0.35
Irritabilidad.	F(4, 430) = 1.40; P = 0.23
Depresión 2.	F(4, 430) = 0.41; P = 0.80
Cefáleas.	F(4, 430) = 0.42; P = 0.70

Nota: Solo se interpretaron los datos que tienen \*, por ser estadísticamente significativos.

estudian ( $\bar{x} = 1.21$ ) y de las mujeres que estudian y trabajan ( $\bar{x} = 1.21$ ). (Ver tabla 17).

### 3.2. Prueba t.

Se aplicó la prueba T para observar si existían diferencias en la presencia de los factores del STPM, en mujeres que han recibido el tratamiento y aquellas que nunca lo han recibido. Encontrando que esta diferencia fue estadísticamente significativa en el factor Edema 1 ( $t = 2.00$ ;  $P = 0.04$ ) observando que las mujeres que han recibido el tratamiento tienen

**TABLA 16**  
**ANÁLISIS DE VARIANZA PARA CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL**  
**STPM POR EL USO DE LA PILDORA ANTICONCEPTIVA.**

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	Uso de la Pildora Anticonceptiva.
Depresión 1.	F(4, 383)=0.37; P=0.82
Edema 1.	F(4, 383)=0.07; P=0.99
Fatiga.	F(4, 383)=0.53; P=0.71
Edema 2.	F(4, 383)=1.66; P=0.15
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	F(4, 383)=0.20; P=0.93
Irritabilidad.	F(4, 383)=0.96; P=0.42
Depresión 2.	F(4, 383)=0.42; P=0.78
Cefaleas.	F(4, 383)=0.37; P=0.82
De 6 meses a la fecha de aplicación.	
Depresión 1.	F(4, 383)=0.38; P=0.82
Edema 1.	F(4, 383)=0.09; P=0.98
Fatiga.	F(4, 383)=0.23; P=0.91
Edema 2.	F(4, 383)=3.28; P=0.01*
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	F(4, 383)=0.50; P=0.73
Irritabilidad.	F(4, 383)=1.27; P=0.28
Depresión 2.	F(4, 383)=0.51; P=0.72
Cefaleas.	F(4, 383)=0.16; P=0.95

Nota: Solo se interpretaron los datos que tienen \*, por ser estadísticamente significativos.

calificaciones más altas ( $\bar{x} = 1.26$ ) que aquellas que nunca lo han recibido ( $\bar{x} = 1.23$ ); en el factor Fatiga ( $t = 2.37$ ;  $P = 0.02$ ), se encontró que las mujeres que han recibido tratamiento tienen calificaciones más altas ( $\bar{x} = 1.36$ ) que las que no lo han recibido ( $\bar{x} = 1.23$ ); en el factor Edema 2 ( $t = 2.03$ ;  $P = 0.00$ ) se observó que las mujeres que han recibido tratamiento tienen calificaciones más altas ( $\bar{x} = 1.28$ ) que aquellas que nunca han recibido tratamiento ( $\bar{x} = 1.14$ ); en el factor Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $t = 3.50$ ;  $P = 0.14$ ) se observó que las mujeres

TABLA 17

ANÁLISIS DE VARIANZA DE LA ESCALA DEL STPM POR LAS VARIABLES: USO DE ANTICONCEPTIVOS, USO DE LA PILDORA ANTICONCEPTIVA Y OCUPACION.

FACTOR	VARIABLE
De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	
Depresión 1.	Ocupación F(2,480)=2.97; P=0.05
Irritabilidad.	Ocupación F(2,480)=6.34; P=0.00
De 6 meses a la fecha de aplicación.	
Edema 2.	Uso de Anticonceptivos F(4,480)=2.56; P=0.03 Uso de la píldora Anticonceptiva F(4,382)=3.28; P=0.01
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	Ocupación F(2,480)=3.28; P=0.03
Irritabilidad.	Ocupación F(2,480)=6.36; P=0.00

que han recibido tratamiento tienen calificaciones más altas ( $\bar{X} = 1.63$ ) que aquellas que nunca lo han recibido ( $\bar{X} = 1.41$ ); y el factor Cefáleas ( $t = 2.82$ ;  $P = 0.00$ ), se observó que las mujeres que han recibido tratamiento tuvieron calificaciones más altas ( $\bar{X} = 1.40$ ) que aquellas que nunca lo han recibido ( $\bar{X} = 1.23$ ) de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación del instrumento.

De igual manera en el apartado de 6 meses a la fecha de aplicación se encontró que había diferencias estadísticamente significativas en el factor Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $t = 2.90$ ;  $P = 0.00$ ) observándose que las mujeres que han recibido tratamiento tienen calificaciones más altas ( $\bar{X} = 1.60$ ) que las que no lo han recibido ( $\bar{X} = 1.41$ ); y en el factor Cefáleas ( $t = 2.89$ ;  $P = 0.01$ ) se observó que las mujeres que han recibido tratamiento tienen calificaciones más altas ( $\bar{X} = 1.40$ ) que aquellas que nunca han recibido tratamiento con ( $\bar{X} = 1.24$ ). (Ver tabla 18).

TABLA 18

CORRELACION ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL STPM Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ALGUN TRATAMIENTO.

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	T	gl	P
Depresión 1.	0.37	65.73	0.71
Edema 1.	2.00	65.46	0.04
Fatiga.	2.37	66.43	0.02
Edema 2.	2.03	59.89	0.04
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	3.50	490.00	0.00
Irritabilidad.	1.47	66.06	0.14
Depresión 2.	1.50	435.00	0.13
Cofeíacos.	2.82	429.00	0.00
De 6 meses a la fecha de aplicación.			
Depresión 1.	0.10	63.79	0.85
Edema 1.	0.67	422.00	0.00
Fatiga.	1.77	66.04	0.08
Edema 2.	1.35	61.33	0.182
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	2.90	426.00	0.00
Irritabilidad.	0.86	497.00	0.38
Depresión 2.	1.15	493.00	0.25
Cofeíacos.	2.59	428.00	0.01

#### 7.4. Correlación Producto-Momento de Pearson.

Se aplicó una Correlación Producto-Momento de Pearson entre la Edad y los factores de la escala del STPM, por medio de la cual se observó que existe una baja correlación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre la Edad de las mujeres en el momento de la aplicación de la escala y los factores Edema 1 ( $r = 0.24$ ;  $P = 0.00$ ); Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético ( $r = 0.12$ ;  $P = 0.000$ ); e Irritabilidad ( $r = 0.18$ ;  $P = 0.000$ ) de 6 meses hacia atrás del momento de la aplicación; Edema 1 ( $r = 0.25$ ;  $P = 0.000$ ); Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético ( $r = 0.20$ ;  $P = 0.000$ ); e Irritabilidad ( $r =$

0.19;  $P = 0.00$ ) de 6 meses a la fecha de aplicación. (Ver tabla 19).

Así mismo se encontró una correlación nula entre la Edad y el factor Depresión 2 ( $r = 0.08$ ;  $P = 0.03$ ) de 6 meses a la fecha de aplicación. (Ver tabla 19).

**TABLA 19**  
CORRELACION PRODUCTO MOMENTO DE PEARSON ENTRE EDAD Y LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL STPM.

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	Edad
Depresión 1.	$r = -0.02$ ; $P = 0.27$
Edema 1.	$r = 0.24$ ; $P = 0.00$ *
Fatiga.	$r = -0.01$ ; $P = 0.36$
Edema 2.	$r = -0.02$ ; $P = 0.28$
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	$r = 0.12$ ; $P = 0.00$ *
Irritabilidad.	$r = 0.18$ ; $P = 0.00$ *
Depresión 2.	$r = 0.06$ ; $P = 0.08$
Cefáleas.	$r = 0.04$ ; $P = 0.14$
De 6 meses a la fecha de aplicación.	
Depresión 1.	$r = -0.00$ ; $P = 0.46$
Edema 1.	$r = 0.25$ ; $P = 0.00$ *
Fatiga.	$r = 0.02$ ; $P = 0.26$
Edema 2.	$r = 0.03$ ; $P = 0.23$
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	$r = 0.20$ ; $P = 0.00$ *
Irritabilidad.	$r = 0.19$ ; $P = 0.00$ *
Depresión 2.	$r = 0.08$ ; $P = 0.03$ *
Cefáleas.	$r = 0.05$ ; $P = 0.12$

Nota: Solo se interpretaron los datos que tienen \*, por ser estadísticamente significativos.

Al aplicar la Prueba de Correlación Producto-Momento de Pearson entre las variables: Intervalo de Tiempo entre cada

Menstruación. Duración de la Menstruación. Edad de la Primera Relación Sexual. Número de Relaciones Sexuales al Mes y los factores de la escala del STPM, se observó que existe una baja correlación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre la Edad de la Primera Relación Sexual y el factor Edema 1 de 6 meses hacia atrás del momento de aplicación ( $r = 0.18$ ;  $P = 0.00$ ) y con el factor Edema 1 de 6 meses a la fecha de aplicación de la escala ( $r = 0.20$ ;  $P = 0.00$ ). (Ver tabla 20).

Así mismo, existe una baja correlación estadísticamente significativa directamente proporcional entre la Edad de la Primera Relación Sexual y el factor Edema 2 de 6 meses a la fecha de la aplicación de la escala ( $r = 0.12$ ;  $P = 0.00$ ). (Ver tabla 20).

En cuanto a la correlación entre el factor Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético y la variable Edad de la Primera Relación Sexual, de 6 meses hacia atrás ( $r = 0.15$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses a la fecha ( $r = 0.17$ ;  $P = 0.00$ ), ésta fue baja directamente proporcional y estadísticamente significativa. (Ver tabla 20).

Hubo una baja correlación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre el factor Irritabilidad y las variables Edad de la Primera Relación Sexual. ( $r = 0.24$ ;  $P = 0.00$ ) y Número de Relaciones Sexuales al Mes ( $r = 0.17$ ;  $P = 0.00$ ), correspondientes a 6 meses hacia atrás. De igual manera la variable Número de Relaciones Sexuales al Mes ( $r = 0.17$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses a la fecha, se correlacionó en forma directamente proporcional y estadísticamente significativa con irritabilidad. (Ver tabla 20).

Por último, se observó que entre el factor Cefáleas y la variable Número de Relaciones Sexuales al Mes, de 6 meses hacia atrás ( $r = 0.14$ ;  $P = 0.00$ ) y de 6 meses a la fecha ( $r = 0.13$ ;  $P = 0.00$ ) hubo una baja correlación directamente proporcional y estadísticamente significativa. (Ver tabla 20).

TABLA 20  
CORRELACION PRODUCTO MOMENTO DE PEARSON ENTRE VARIABLES Y FACTORES  
DE LA ESCALA DEL STPM.

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	Inter. de Tiempo entre cada Mens.	Duración de la Menstruación.	Edad de la 1a. Relación Sexual.	No. de Relac. Sexuales al Mes.
Depresión 1.				
Edema 1.			$r = 0.18; P=0.00^*$	
Fatiga.	$r = 0.08; P=0.02$	$r = 0.07; P=0.05$		
Edema 2.			$r = 0.08; P=0.02$	
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.		$r = 0.07; P=0.05$	$r = 0.15; P=0.00^*$	
Irritabilidad.			$r = 0.24; P=0.00^*$	$r = 0.17; P=0.00^*$
Depresión 2.			$r = 0.09; P=0.01$	
Cefáleas.			$r = 0.09; P=0.01$	$r = 0.14; P=0.00^*$
De 6 meses a la fecha de aplicación.				
Depresión 1.				
Edema 1.			$r = 0.20; P=0.00^*$	
Fatiga.	$r = 0.08; P=0.03$		$r = 0.07; P=0.05$	
Edema 2.			$r = 0.12; P=0.00^*$	
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.			$r = 0.17; P=0.00^*$	$r = 0.08; P=0.03$
Irritabilidad.			$r = 0.23; P=0.02$	$r = 0.17; P=0.00^*$
Depresión 2.			$r = 0.09; P=0.02$	
Cefáleas.			$r = 0.09; P=0.01$	$r = 0.13; P=0.00^*$

Nota: Las correlaciones que no tienen \*, no fueron interpretadas porque a pesar de ser significativas, éstas son bajas.

De igual manera, se aplicó la Prueba de Correlación Producto-Momento de Pearson entre las Actitudes hacia la Sexualidad y los factores de la escala del *STPM*, se encontró que existe una baja correlación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre las Relaciones Sexuales con Orgasmos y el factor Edema 2 ( $r = 0.15$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses hacia atrás. (Ver tabla 21).

Así mismo, existe una baja correlación directamente proporcional y estadísticamente significativa entre la Masturbación con Orgasmos y los factores Depresión 1 ( $r = 0.25$ ;  $P = 0.00$ ); Irritabilidad ( $r = 0.17$ ;  $P = 0.00$ ) y Depresión 2 ( $r = 0.20$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación; y con Depresión 1 ( $r = 0.25$ ,  $P = 0.00$ ); Edema 2 ( $r = 0.21$ ;  $P = 0.00$ ) Irritabilidad ( $r = 0.17$ ;  $P = 0.00$ ); y Depresión 2 ( $r = 0.18$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses a la fecha de aplicación. (Ver tabla 21).

En cuanto a la correlación entre si la menstruación les permite estar en más contacto con su cuerpo y los factores del *STPM*. Se encontró una baja correlación inversamente proporcional y estadísticamente significativa entre esta variable y los factores Edema 1 ( $r = -0.16$ ;  $P = 0.00$ ), de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación, y Edema 1 ( $r = -0.17$ ;  $P = 0.00$ ); y Depresión 2 ( $r = -0.15$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses a la fecha de aplicación de la escala. (Ver tabla 21).

De igual manera se encontró una baja correlación, inversamente proporcional y estadísticamente significativa entre la desventaja con los hombres en la cual las pone la menstruación y los factores Depresión 1 ( $r = -0.16$ ;  $P = 0.00$ ); Edema 1 ( $r = -0.17$ ;  $P = 0.00$ ); Fatiga ( $r = -0.15$ ;  $P = 0.00$ ); Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $r = -0.18$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación; y Depresión 1 ( $r = -0.18$ ;  $P = 0.00$ ); Edema 1 ( $r = -0.19$ ;  $P = 0.00$ ); Fatiga ( $r = -0.19$ ;  $P = 0.00$ ); Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético ( $r = -0.17$ ;  $P = 0.00$ ); e Irritabilidad ( $r = -0.16$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses a la fecha de aplicación de la prueba. (Ver tabla 21).

Por último, se encontró una baja correlación, inversamente proporcional y estadísticamente significativa entre el desagrado del tiempo de la menstruación y los factores Depresión 1 ( $r = -0.19$ ;  $P = 0.00$ ); Fatiga ( $r = -0.21$ ;  $P = 0.00$ ); y Depresión 2 ( $r = -0.15$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación; y Depresión 1 ( $r = -0.18$ ;  $P = 0.00$ ); Fatiga ( $r = -0.21$ ;  $P = 0.00$ ); y Depresión 2 ( $r = -0.17$ ;  $P = 0.00$ ) de 6 meses a la fecha de aplicación de la escala. (Ver tabla 21).

#### 7.5. Frecuencia de la presencia de los factores de la escala del *STPM*.

Los factores de la escala del *STPM* se presentaron con una frecuencia que quedó distribuida de la siguiente manera: el factor Depresión 1 se presentó en un 17% (77), el factor Edema 1 en un 8.8% (39), el factor Fatiga en un 15.4% (72), el factor Edema 2 en un 7.8% (35), el factor Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético en un 32.5% (148), el factor Irritabilidad en un 9.2% (42), en el Factor Depresión 2 en un 15.7% (71), en el factor Cefáleas en un 15.8% (71) de 6 meses hacia atrás de la aplicación de la escala; y el el factor Depresión 1 en un 15.2% (73), en el factor Edema 1 en un 9.6% (43), en el factor Fatiga en un 16% (75), en el factor Edema 2 en un 6.2% (28), en el factor Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético en un 32.1% (145), en el factor Irritabilidad en un 9% (41), en el factor Depresión 2 14.8% (65) y en el factor Cefáleas en un 17.1% (77) de 6 meses a la fecha de aplicación de la escala. (Ver tabla 22).

#### 7.6. Intensidad de los factores del *STPM*.

La intensidad de los síntomas del *STPM* en la muestra, quedó distribuida de la siguiente manera: en el factor Depresión 1 se encontró que las medias fueron de 1.65 para 6 meses hacia atrás y de 1.63 de 6 meses a la fecha de aplicación, lo cual nos indica que esta nunca se presentó en las mujeres de la muestra. (Ver tabla 23).

TABLA 21  
CORRELACION PRODUCTO-MOMENTO DE PEARSON ENTRE ACTITUDES HACIA LA  
SEXUALIDAD Y LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL STPM

De 4 meses hacia atrás de la aplicación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión 1.			$r=0.25^*$ $P=0.03$		$r=-0.08$ $P=0.03$	$r=0.09$ $P=0.03$	$r=-0.08$ $P=0.05$		$r=-0.10$ $P=0.00$	$r=-0.10$ $P=0.00$
Edema 1.							$r=-0.10$ $P=0.03$		$r=-0.17$ $P=0.00$	$r=-0.17$ $P=0.00$
Fatiga.					$r=-0.13$ $P=0.00$		$r=-0.12$ $P=0.03$		$r=-0.15$ $P=0.00$	$r=-0.21^*$ $P=0.00$
Edema 2.		$r=0.13$ $P=0.00$	$r=0.14$ $P=0.02$						$r=-0.15$ $P=0.00$	$r=-0.08$ $P=0.03$
Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético.							$r=-0.13$ $P=0.03$		$r=-0.18$ $P=0.00$	
Irritabilidad.		$r=0.10$ $P=0.03$	$r=0.17$ $P=0.00$						$r=-0.14$ $P=0.00$	
Depresión 2.			$r=0.20$ $P=0.00$				$r=-0.13$ $P=0.03$		$r=-0.12$ $P=0.00$	$r=-0.13$ $P=0.00$
Cefaleas.		$r=0.10$ $P=0.04$							$r=-0.12$ $P=0.00$	$r=-0.13$ $P=0.00$
De 4 meses a la fecha de aplicación.										
Depresión 1.	$r=-0.10$ $P=0.02$		$r=0.23^*$ $P=0.00$		$r=-0.08$ $P=0.03$		$r=0.09$ $P=0.04$		$r=-0.18$ $P=0.00$	$r=-0.18$ $P=0.00$
Edema 1.							$r=-0.17$ $P=0.03$		$r=-0.10$ $P=0.00$	$r=-0.07$ $P=0.03$
Fatiga.					$r=-0.13$ $P=0.00$		$r=-0.12$ $P=0.01$	$r=-0.11$ $P=0.00$	$r=-0.10$ $P=0.00$	$r=-0.21$ $P=0.00$
Edema 2.		$r=0.12$ $P=0.01$	$r=0.21^*$ $P=0.00$				$r=0.09$ $P=0.04$		$r=-0.10$ $P=0.00$	$r=-0.21$ $P=0.00$
Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético.						$r=0.08$ $P=0.03$	$r=-0.12$ $P=0.01$		$r=-0.17$ $P=0.00$	
Irritabilidad.			$r=0.17$ $P=0.00$						$r=-0.10$ $P=0.00$	
Depresión 2.			$r=0.18$ $P=0.00$						$r=-0.13$ $P=0.00$	$r=-0.13$ $P=0.00$
Cefaleas.		$r=0.09$ $P=0.05$					$r=-0.13$ $P=0.03$		$r=-0.13$ $P=0.00$	$r=-0.17$ $P=0.00$

Nota: Las correlaciones que no tienen \*, no fueron interpretadas porque a pesar de ser significativas, éstas son bajas.

Nota: en la tabla anterior los números del encabezado representan las siguientes variables.

- 1 = Relaciones sexuales satisfactorias.
- 2 = Relaciones sexuales con orgasmos.
- 3 = Masturbación con orgasmos.
- 4 = Compañero sexual.
- 5 = Recibo mi menstruación con agrado.
- 6 = La menstruación es una reafirmación de mi sexo.
- 7 = La menstruación me impide estar en contacto con mi cuerpo.
- 8 = Disfruto mi menstruación.
- 9 = La menstruación me pone en desventaja con los hombres.
- 10 = Me desagrada el tiempo de mi menstruación.

TABLA 22  
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE LA ESCALA DEL STPM.

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	Frecuencia.	
	Presencia	Ausencia
Depresión 1.	17.0% (77)	83.0% (375)
Edema 1.	8.8% (39)	91.2% (405)
Fatiga.	15.4% (72)	84.6% (397)
Edema 2.	7.8% (35)	92.2% (415)
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	32.5% (148)	67.5% (308)
Irritabilidad.	9.2% (42)	90.8% (414)
Depresión 2.	15.7% (71)	84.3% (380)
Cefáleas.	15.8% (71)	84.2% (379)
De 6 meses a la fecha de aplicación.		
Depresión 1.	16.3% (73)	83.7% (377)
Edema 1.	9.6% (43)	90.4% (404)
Fatiga.	16.0% (75)	84.0% (394)
Edema 2.	6.2% (28)	93.8% (421)
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	32.1% (145)	67.9% (307)
Irritabilidad.	9.0% (41)	91.0% (414)
Depresión 2.	14.5% (65)	85.5% (384)
Cefáleas.	17.1% (77)	82.9% (372)

En el factor de Edema 1 las medias fueron de 1.38 y de

1.41 de 6 meses hacia atrás y de 6 meses a la fecha respectivamente, indicando que nunca se presentó Edema 1 en las mujeres de la muestra. (Ver tabla 23).

La Fatiga nunca se presentó en la muestra, ya que las medias encontradas fueron de 1.78 de 6 meses hacia atrás y de 1.77 de 6 meses a la fecha. (Ver tabla 23).

TABLE 23  
DISTRIBUCION DE INTENSIDAD DE LOS FACTORES DEL STPM QUE PRESENTAN LAS MUJERES DE LA MUESTRA.

De 6 meses hacia atrás de la aplicación.	$\bar{X}$	$\sigma$	Rango Posible
Depresión 1.	1.65	0.90	0-5
Edema 1.	1.38	0.94	0-5
Fatiga.	1.76	0.90	0-5
Edema 2.	1.47	1.00	0-5
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	2.22	1.37	0-5
Irritabilidad.	1.35	0.83	0-5
Depresión 2.	1.56	0.94	0-5
Cefáleas.	1.74	1.14	0-5
De 6 meses a la fecha de aplicación.			
Depresión 1.	1.69	0.90	0-5
Edema 1.	1.41	0.95	0-5
Fatiga.	1.77	0.89	0-5
Edema 2.	1.46	1.00	0-5
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	2.18	1.38	0-5
Irritabilidad.	1.34	0.83	0-5
Depresión 2.	1.54	0.94	0-5
Cefáleas.	1.75	1.16	0-5

En el factor de Edema 2 las medias fueron de 1.47 para 6 meses hacia atrás y de 1.46 de 6 meses a la fecha, indicándonos que nunca se presenta Edema en las mujeres de la muestra. (Ver tabla 23).

En la muestra casi nunca se presentaron Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético, ya que las medias fueron de 2.22 de 6 meses hacia atrás y de 2.18 de 6 meses a la fecha. (Ver tabla 23).

La Irritabilidad nunca se presentó en la muestra, pues las medias encontradas fueron de 1.35 y 1.34 de 6 meses hacia atrás y de 6 meses a la fecha respectivamente. (Ver tabla 23).

En cuanto al factor Depresión 2, nunca se presentó, ya que sus medias fueron de 1.56 de 6 meses hacia atrás y de 1.54 de 6 meses a la fecha. (Ver tabla 23).

En las mujeres de la muestra nunca se presentaron las Cefáleas ya que se encontraron unas medias de 1.75 de 6 meses hacia atrás y de 1.16 de seis meses a la fecha. (Ver tabla 23).

#### 7.7. Prueba de Mc. Nemar.

Se hizo una prueba de diferencias entre los factores de síntomas del STPH de 6 meses hacia atrás y de 6 meses a la fecha de aplicación de la escala, mediante la prueba de Mc. Nemar. No hubo diferencias significativas entre ambos apartados ya que todas las probabilidades fueron  $> 0.05$ ; (Ver tabla 24), lo cual indica que el instrumento mide lo mismo en ambos apartados, quedando un solo formato para esta parte del instrumento. (Ver Apéndice C).

TABLA 24  
DIFERENCIAS OBTENIDAS ENTRE LOS FACTORES DE SINTOMAS DEL STPH DE 6 MESES HACIA ATRAS Y DE 6 MESES A LA FECHA DE APLICACION EN LA PRUEBA DE MC. NEMAR.

Factores	$\chi^2$	P
Depresión 1.	0.40	0.52
Edema 1.	0.26	0.60
Fatiga.	0.21	0.64
Edema 2.	8.27	0.07
Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético.	0.04	0.83
Irritabilidad.	-	1.00
Depresión 2.	-	0.14
Cefáleas.	-	0.10

## CONCLUSIONES Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se consideró importante la realización de un estudio sobre la frecuencia y la intensidad del STPM en la población mexicana, debido al amplio rango de prevalencia del cual se habla en investigaciones realizadas en otros países, esto con el objeto de situar la incidencia del síndrome en sus magnitudes reales dentro de la población.

En base en los resultados obtenidos, en la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

Con respecto a los datos sociodemográficos

1. La Edad de la muestra fluctuó entre los 17 y 45 años, con un promedio de 28 años.
2. Proviendo de las Areas Académicas: Químico-Biológicas, Económico-Administrativas, Ciencias Exactas y Bellas Artes; correspondiendo las siguientes facultades o escuelas respectivamente: Psicología, Medicina y Química; Ciencias de la Comunicación, Relaciones Internacionales y Economía; Matemáticas, Física y Actuaria; y Diseño Gráfico, Canto e Instrumentista.
3. El Nivel Académico de las mujeres fue: Primaria 17.4%, Secundaria 17.4%, Técnico 17.4%, Bachillerato 17.4%, Licenciatura 17.4 y Posgrado 13%.
4. El mayor porcentaje de la muestra (42.7%) trabajaba.

5. En la actividad desempeñada dentro de la UNAM, predominó el personal administrativo (incluido el personal de intendencia), ya que fue el 51.1% de la muestra.

6. El 96% de la población tuvo un Nivel Socioeconómico bajo. (De uno a cinco salarios mínimos).

7. El número de personas que dependían del ingreso familiar fluctuó entre uno y 13 teniendo como promedio cuatro.

8. En el Estado Civil de la muestra, el 53.8% fueron solteras.

9. La Edad de la Menarca osciló entre los nueve y los 25 años, con un promedio de 12.5. Con respecto a la menstruación, ésta se presentó siempre en forma regular.

10. El intervalo de tiempo (en días) entre cada menstruación osciló de tres a 93 días, teniendo como promedio 26.

11. La Duración de la Menstruación varió de uno a nueve días, con un promedio de cuatro.

12. La Edad de la Primera Relación Sexual fue de 12 a 45 años, con un promedio de 20.

13. El número de Relaciones Sexuales osciló entre una y 60 al mes, con un promedio de ocho.

14. De las mujeres de la muestra el 39.5% nunca consumieron bebidas alcohólicas, el 81.4% nunca tomó tranquilizantes, el 54.7% nunca fumó y el 89.6% nunca usó algún anticonceptivo.

15. Respecto a las actitudes que la muestra tuvo hacia su sexualidad: para el 38.2% sus relaciones sexuales siempre fueron satisfactorias y el 31.2% siempre tuvieron orgasmos mediante

ellas; para el 92% su compañía sexual siempre fue masculina; el 33% siempre recibieron su menstruación con agrado y ésta fue una reafirmación de su sexo en el 73.3% de las mujeres.

Por otro lado, el 59.7% de la muestra nunca tuvo orgasmos al masturbarse, para el 62% su menstruación nunca les impidió tener un mayor contacto con su cuerpo, el 69.3% opinó que la menstruación nunca las puso en desventaja con los hombres, al 32.4% nunca les agradó el tiempo de su menstruación, y el 32.4% nunca disfrutó el tiempo de su menstruación.

16. El mayor porcentaje de la muestra (86.7%), nunca ha recibido tratamiento para el *STPH*.

17. Al preguntarles que si estaban de acuerdo en dar sus datos personales para una posterior colaboración en la investigación, el 69.9% de las mujeres estuvieron de acuerdo.

Por lo que a las correlaciones entre la presencia de los factores del *STPH* y las variables se refiere

1. Se observó que los factores del *STPH*, se presentaron en la muestra de un 7.8% (Edema 2) a un 32.5% (Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético), por lo que al presentarse en porcentajes tan bajos, el síndrome no es significativo dentro de la muestra, a pesar de que autores como Lauersen, N., et al., (1983) y Bickers, B., et al., (1951), hablan de una incidencia de 20 y 38% respectivamente, considerándolo significativo. De acuerdo a lo anterior se rechazó la *HT* que dice: "Existen trastornos psicofisiológicos y sociales que se presentan durante el periodo premenstrual en mujeres mexicanas".

Lo anterior difiere con los hallazgos de algunos investigadores quienes encontraron los siguientes porcentajes de incidencia: Hargrove, J., en 1982 (citado por Iglesias, X., 1987), Morton, J., en 1950 (citado por Johnson, S., 1987) y Sánchez, C., en 1986, hablan de un 50%; Fluhmann, F., en 1945 (citado por

Dalton, K., 1967), halló un 60%; Sampson, G., et al., en 1977 (Citados por Sampson, G., 1980), un 71%; Van Keep, P., et al., en 1981 (Citados por Iglesias, X., et al., 1987), un 85%; Pauch, J., en 1982 (Citado por Blume, E., 1983), 90%; Ferguson, J., et al., en 1957 (Citados por Stout, A., et al., 1986), 91.5%; El New York Times en 1983 (Citado por Iglesias, X., et al., 1987), 95%, y Pedersen, C., et al., en 1981 (Citados por Iglesias, X., et al., 1987), 97%.

2. Los factores de la muestra se presentaron entre una  $\bar{x} = 1.16$  (Cefaleas) y una  $\bar{x} = 2.22$  (Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético) y debido a que los valores asignados a la escala Lickert correspondían a: 1 = Nunca se presentó y 2 = Casi Nunca se presentó, se puede concluir que la intensidad del STPM fue nula. Por lo cual se rechaza la HTz que dice: "Los trastornos premenstruales se presentan en forma intensa en las mujeres mexicanas".

Los hallazgos a este respecto son apoyados con las investigaciones de Sanchez, C., en 1986 y Hargrove, J., en 1982 (Citado por Iglesias X., et al., 1987), quienes afirman que el STPM se presenta en forma severa de un 5 a 10%; de igual manera, Pedersen, C., et al., en 1981 (Citados por Iglesias, X. et al. 1987), habla de un 19%; mientras que Pauch, J., en 1982 (Citado por Blume, E., 1983), halló una incidencia del 20 al 40%.

Lo expuesto anteriormente pudo deberse a varias circunstancias: desconocimiento del tema, apatía, resistencia a la sexualidad, y el llenado del cuestionario en forma retrospectiva, lo cual pudo ocasionar que las sujetos le restaran importancia a los síntomas que han tenido y al no estar presentes en ese momento los olvidaron o simplemente no los anotaron.

3. A pesar de que la presencia del STPM no fue estadísticamente significativa, en algunas mujeres de la muestra se detectó la presencia de sintomatología y se hallaron relaciones muy importantes entre estos síntomas y algunas variables. Por

ejemplo, el nivel académico tiene una relación inversamente proporcional con la presencia del STPM, ya que en las mujeres de menor nivel académico se presentó más STPM, a excepción de las sujetos con posgrado, quienes ocuparon el segundo lugar de presencia del síndrome. En general los factores que se presentaron más en las mujeres con Primaria fueron: Edema 1 ( $\bar{x} = 1.69$ ) y Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $\bar{x} = 2.61$ ) y en las de Posgrado el factor Edema 2 ( $\bar{x} = 1.94$ ) fue el que se presentó más comúnmente.

4. En cuanto a las diferentes Áreas y Carreras a las cuales pertenecían las mujeres, no se encontró ninguna relación con la presencia de STPM. Esto quizá se deba al hecho de que la variación en la información académica recibida, según el Área y Carrera de procedencia, solo existió en las mujeres de Licenciatura y Posgrado, ya que los otros niveles académicos generalmente lo conformaron el personal administrativo y de intendencia, y como al hacer el análisis estadístico éste fue global, no se hallaron las diferencias significativas esperadas en el tipo de información recibida.

5. Con respecto al Estado Civil, aquellas mujeres que vivían en Unión Libre, tuvieron mayor presencia de STPM, siguiéndoles en orden descendente las Casadas, Viudas, Divorciadas y por último las Solteras, quienes tuvieron STPM con menos frecuencia. Se presentaron algunas diferencias en las manifestaciones de los síntomas de 6 meses hacia atrás: fue mayor el Edema 1 en las Viudas ( $\bar{x} = 1.70$ ), las sujetos que vivían en Unión Libre sufrían más Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $\bar{x} = 2.65$ ) y las Casadas tuvieron más Irritabilidad ( $\bar{x} = 1.61$ ). De 6 meses a la fecha se presentaron los síntomas de la misma forma a excepción del Edema 1, pues aquí fueron las mujeres en Unión Libre ( $\bar{x} = 2.63$ ) las que lo sufrieron más. En todos los casos las mujeres Solteras tuvieron menor manifestación de los síntomas. Estos resultados son contrarios a los hallazgos de Woods., N., (1982) (Citado por Johnson, S., 1987, pag. 355), quien observó que las mujeres Casadas experimentaron

menor sintomatología que las Solteras.

6. A pesar de que la mayoría de la muestra (80%) afirmó que sus síntomas no se han incrementado con la edad.

Se halló una baja correlación directamente proporcional entre la Edad y la presencia de *STPH*, ya que a mayor Edad más *STPH*, esta relación se observó con los siguientes factores: Edema I, Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético e Irritabilidad. Lo cual se puede apoyar con los hallazgos de De Jong, R., et al., y Stout, A., et al., (1985), los cuales afirman que los síntomas del *STPH* se van incrementando con la Edad. Aunque, como lo señala Hallman, J., en 1986, esto puede deberse a que con la Edad las mujeres van adquiriendo mayor conocimiento de su cuerpo y aprenden a ir relacionando los cambios psicofisiológicos y sociales que sufren a través de su ciclo menstrual.

7. Hubo una relación entre la presencia de Irritabilidad y Depresión con la Ocupación de las mujeres, presentándose con más frecuencia en aquellas que trabajaban ( $\bar{X} = 1.50$ ), que en las estudiantes ( $\bar{X} = 1.23$ ) y las que hacen ambas cosas ( $\bar{X} = 1.23$ ), siendo estas últimas las que los presentan con menor frecuencia. También se encontró que las mujeres que trabajaban ( $\bar{X} = 1.50$ ) presentaron más Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético que aquellas que estudian ( $\bar{X} = 1.24$ ).

8. En lo que se refiere al Nivel Socioeconómico no se encontró ninguna relación con la presencia de *STPH*, debido a que casi todas las mujeres de la muestra pertenecieron al mismo Nivel Socioeconómico bajo. (De uno a cinco salarios mínimos).

9. Se observó una relación en la presencia de *STPH* y la Regularidad de las Menstruaciones en el momento de la aplicación del cuestionario, presentándose con mayor frecuencia en las mujeres que tenían Menstruaciones Irregulares. De 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación se presentó el factor Depresión I ( $\bar{X} = 1.00$ ) y de 6 meses a la fecha de aplicación se presentó Depresión I ( $\bar{X} =$

de 6 meses a la fecha de aplicación se presentó Depresión 1 ( $\bar{x}$  = 1.82), y 2 ( $\bar{x}$  = 1.57); Fatiga ( $\bar{x}$  = 1.92); y Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético ( $\bar{x}$  = 2.42). Lo anterior apoya los resultados de Van Keep, P., et al., (1981), que dicen que las mujeres con ciclos irregulares manifiestan más síntomas del STPM.

Por el contrario el factor Edema 2 se presentó más en las mujeres que tuvieron las menstruaciones anteriores regulares y las actuales irregulares ( $\bar{x}$  = 1.71), siguiéndole en orden descendente las de menstruaciones anteriores irregulares y las actuales regulares ( $\bar{x}$  = 1.57), las de menstruaciones anteriores irregulares y las actuales irregulares ( $\bar{x}$  = 1.38); y por último las que siempre tuvieron menstruaciones regulares ( $\bar{x}$  = 1.38).

10. En lo que se refiere al Uso de Anticonceptivos, se halló que las mujeres que usan algunos de ellos presentan más el factor Edema 2 de 6 meses a la fecha de aplicación, al igual que quienes específicamente toman píldoras anticonceptivas; siendo las sujetos que a veces las ingieren quienes lo presentan. Esto se ve apoyado mediante la hipótesis de Herberg, B., (1971), Kutner, J., et al., (1980) (Citados por Harrison, W., et al., 1984, pág. 118) y Pitman Medical (1974) quienes sugieren que los cambios premenstruales se presentan más entre mujeres que previamente han usado anticonceptivos orales.

11. Con respecto a la Edad de la Primera Relación Sexual se halló que cuando ésta se tiene a mayor Edad, se presentan más frecuentemente los factores: Edema 1, Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético e Irritabilidad de 6 meses hacia atrás y Edema 1 y 2 y Alteraciones del Sistema Músculo-Esquelético de 6 meses a la fecha de aplicación.

12. También, se encontró que en las mujeres que tienen más Relaciones Sexuales al Mes, se presentaron con mayor frecuencia los factores: Irritabilidad y Cefaleas de 6 meses a la fecha de aplicación y el factor Cefaleas de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación.

13. Las mujeres que tienen más Orgasmos en sus Relaciones Sexuales, presentaron con mayor frecuencia el factor Edema 2 de 6 meses hacia atrás de la fecha de aplicación. Las que al Masturbarse obtienen más Orgasmos, presentaron más Depresión 1 y 2 e Irritabilidad de seis meses hacia atrás de la aplicación; y Depresión 1 y 2, Irritabilidad y Edema 2 de 6 meses a la fecha de aplicación.

14. En las mujeres a las cuales la menstruación les permite estar en más contacto con su cuerpo se presentó menos el factor Edema 1 de 6 meses hacia atrás de la aplicación del cuestionario; y los factores Edema 1 y Depresión 2 de 6 meses a la fecha de aplicación. Las mujeres a las que la menstruación las pone en desventaja con los hombres presentaron menos los factores Depresión 1, Edema 1, Fatiga y Alteraciones del Sistema Musculo-Esquelético tanto de seis meses hacia atrás como de seis meses a la fecha de aplicación; y menos Irritabilidad de 6 meses a la fecha, y a las que les desagrada el tiempo de sus menstruaciones presentaron menos los factores Depresión 1, 2 y Fatiga.

Thompson, C., (1950) y Shainess, N., (1961), establecieron que la aceptación del cuerpo y de todas sus funciones es básico para el establecimiento del autorrespeto y la autoestima. Desde el punto de vista psicológico, los síntomas del *STPM* reflejan un empobrecimiento del ego, en relación con la autoaceptación femenina.

El rechazo al rol femenino y el establecimiento de las diferencias sexuales son factores que entorpecen un mejor entendimiento de lo que es el ciclo menstrual y por ende el *STPM*. (Coppen, A., et al., citados por Stout, A., et al., 1985, pág. 621; y Gagnon, J., 1980).

En general se cree que el *STPM* está relacionado con una actitud negativa hacia la menstruación y viceversa. Pero, por el contrario, en el presente estudio se encontró que las mujeres que tienen una buena actitud hacia la menstruación tienen más *STPM* y

las que tienen una actitud negativa presentaron menos STPN. Se cree que esto se debe a que las mujeres con actitud positiva están más concientes de lo que pasa en sus cuerpos y por lo tanto pudieron identificar los síntomas, mientras que en las que tienen actitud negativa, podrían estar funcionando mecanismos de negación sobre los síntomas del STPN. Ya que en general se pudo observar que muchas mujeres no relacionaban la presencia de los síntomas con el periodo premenstrual.

Durante la aplicación del instrumento se comprobó que siguen existiendo tabúes alrededor de la menstruación, por ejemplo algunas sujetos preguntaron: ¿entre más sangre se pierde, el cuerpo se debilita?; ¿entre más escaso es el flujo menstrual, más tarda en fluir?; ¿es dañino para la salud tener relaciones sexuales durante la menstruación?; ¿al menstruar es mejor no bañarse?; o en otros casos ¿durante la menstruación es conveniente bañarse con agua tibia, porque si está fría la sangre puede dejar de fluir ("cortarse"), o ¿si está muy caliente el flujo aumentará?

Esto se debe a varios factores: desafortunadamente, aun en nuestros días, la sexualidad sigue siendo tema de controversia, ya que todo lo relacionado a ella debe hablarse en voz baja o en privado debido a que el tema causa rubor, ansiedad, enojo o evasión.

Esto se pudo constatar en la presente investigación cuando algunas de las mujeres se negaron a contestar el instrumento, por que dijeron sentirse invadidas en su intimidad; otras se autocuestionaron ¿por qué nunca habían reflexionado sobre su propia sexualidad?, y hubo cuatro mujeres que se sintieron tan agredidas que amenazaron con acudir a su sindicato para demandar a las investigadoras.

Se considera necesario mencionar que las sujetos con mejor disposición a participar en la presente investigación, fueron aquellas que pertenecían al área de Ciencias Exactas, de igual manera se observó que en general las mujeres de posgrado

presentaron mayor resistencia a colaborar. Si el ciclo menstrual forma parte de la sexualidad femenina, éste de igual manera se encuentra en un estado de desconocimiento, ya que durante la aplicación del instrumento las sujetos mostraron preocupación por saber si la aparición de su menarca, duración, intervalo y regularidad menstrual, se encontraban dentro de la "normalidad".

Pero es más triste darse cuenta de la apatía que hay hacia el conocimiento de algo que les atañe y acompaña por un largo tiempo, la menstruación, ya que en ningún momento hubo persona alguna que se inquietara por saber más sobre el tema y se acercara a informarse sobre bibliografía o algún lugar a donde dirigirse para resolver sus dudas.

Debido a que los procesos neuroendócrinos y el ciclo menstrual se ven modificados por la influencia del medio ambiente y viceversa, no es extraño que el STPM se encuentre en relación a aspectos socioculturales y psicológicos, ni que estos a su vez se vean afectados por los primeros. (Iglesias, X., et al., 1987).

A través de la historia se han creado una serie de tabues al rededor de la menstruación y especialmente hacia la menarca, que se encuentran vinculados con las connotaciones emocionales que tienen los pueblos hacia la sangre y la incertidumbre que les ocasionaba el no entender por que las mujeres no sufrían ningún daño al perder sangre cada mes. (Frazer, J., 1964; Sau, V., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 18; y Tibon, G., 1984).

Al mismo tiempo que intentaban dar explicaciones mágico-religiosas, relacionaban la presencia de mujeres menstruantes, con sucesos naturales, atribuyéndoles poderes malignos a éstas. (Dalton, K., 1971; Tibon, G., 1984).

En el afán de la humanidad por controlar la naturaleza, se fueron aplicando una serie de medidas como castigos y segregaciones hacia las mujeres menstruantes, con el fin de neutralizar las

"influencias peligrosas" que éstas poseían. (Frazer, J., 1956; Makita, S., citado por Iglesias, X., et al., 1987, pág. 20).

Si se considera que los mitos y tabúes fueron apareciendo como un intento para explicar el porque de la menstruación, cabría esperar que a medida que la ciencia fuera descubriendo las causas reales de este proceso fisiológico, irían desapareciendo dichos tabúes. Pero desafortunadamente no ha sido así, pues a pesar de que en la actualidad se conocen las causas de la menstruación, se conservan algunas creencias y actitudes erróneas al rededor de ella y en general se le sigue viendo como algo molesto, sucio e indeseable, se siguen alimentando sentimientos de culpa, vergüenza y rechazo.

Seguramente la supervivencia de éstos tabúes se debe a que la difusión del funcionamiento fisiológico del cuerpo femenino, no ha alcanzado la magnitud de las creencias culturales. Ahora bien, si partimos del hecho de que en el estudio del *STPM* existe una gran controversia desde su definición, etiología, diagnóstico y tratamiento, no es sorprendente que las creencias culturales tengan un fuerte impacto en la presencia de algunas de las manifestaciones sintomáticas del síndrome.

En lo que a las etiologías del *STPM* se refiere, estas van desde una deficiencia hormonal, nutricional, neuronales, hasta niveles altos de prostaglandinas, e incluso existe una que señala como causa del *STPM* un rompimiento de la homeostasis oránica.

De igual manera, en la revisión de los tratamientos para el *STPM*, se ha podido observar que aún en los 80s continúan en constantes contradicciones, mientras algunos autores defienden determinado tratamiento, otros al intentar comprobar sus beneficios, se encuentran con que no existen tales. Quizá toda esta confusión se derive de algunos de los errores a los que han estado sujetas las investigaciones. (Clare, A., 1979; y Massil, H., et al., 1987).

Para el tratamiento del *STPH*, se recomienda hacer un diagnóstico de la mujer que lo sufre, así como considerar sus características individuales; y partiendo de estas últimas se podrá elegir el tratamiento adecuado. Se recomienda comenzar con los tratamientos naturales, consejo psicológico y solo si es necesario seguir con fármacos, por último se aconsejan los hormonales. En el mismo orden en que fueron mencionados los tratamientos, se van incrementando los efectos colaterales, mismos que pueden llegar a ser más graves que los síntomas del *STPH*. (Budoff, P., 1987; Iglesias, I., et al., 1987; y Massil, H., et al., 1987).

En el campo de la psicología se han encontrado pocos estudios, que todavía no pueden avalar la efectividad de los tratamientos que proponen. Sin embargo, la aportación de esta ciencia puede abrir nuevos caminos al tratamiento del *STPH*. (Iglesias, X., et al., 1987).

Dentro de este campo, se debe tener cuidado cuando una paciente presenta cambios emocionales en forma cíclica, ya que valdría la pena cuestionarse si el *STPH* es causa de ellos o son producto de una exacerbación de sintomatología subyacente, debido a que podría prestarse a una confusión de síntomas. Por lo tanto, para el tratamiento psicológico, sería de gran utilidad que primero se eliminaran los síntomas premenstruales o al menos, se estuviera conciente de su presencia, así como de su interrelación con los síntomas de la alteración subyacente. Por ejemplo, Ramírez, S., en *Infancia es Destino*, describe casos de histeria, en los cuales los síntomas se presentan en forma cíclica, y es aquí en donde cabría preguntarse cual habría sido la evolución del caso, si primero se hubieran eliminado los síntomas del *STPH*, en lugar de confundirlos con los de la histeria.

Por último, es necesario tener cuidado en el manejo de la información del *STPH*, debido a que puede provocar efectos contraproducentes, puesto que por un lado se encuentra una respuesta científica a los mitos que hay alrededor de los cambios premenstruales en el estado de ánimo de las mujeres que sufren

STPH; y por el otro los antifeministas podrían encontrar en el síndrome un motivo más para hacer inferior a la mujer.

Para concluir, las autoras de la presente investigación son partidarias de considerar al STPH como un fenómeno bio-psico-socio-cultural, y por lo tanto para su estudio se le debería dar un enfoque interdisciplinario.

Así mismo, se espera que mediante la presente investigación, se logre una sensibilización y concientización de la presencia del STPH para derribar los mitos y prejuicios que hay alrededor de él, lo cual permita situarlo en sus dimensiones reales; y que, particularmente quienes se interesen en estudiar el fenómeno, lo hagan en forma crítica y en la medida de lo posible eviten repetir los errores detectados en estudios realizados con anterioridad.

## APORTACIONES

Al término de esta investigación se puede mencionar que con ella se dan las siguientes aportaciones:

a. La creación de un instrumento de diagnóstico que permita evaluar la presencia de *STPH* en mujeres mexicanas, que si bien, repitió algunos errores planteados en otros instrumentos, se debe tomar en cuenta que es un primer intento de medición, en esta población. Y a pesar de las limitaciones a las que se enfrentó el instrumento, y la investigación en general, se logró la obtención de un instrumento altamente confiable y válido.

b. La revisión de los mitos, tabues y supersticiones que han existido en relación al ciclo menstrual, así como de las causas por las cuales surgieron y se han mantenido a través de la historia.

c. La recopilación bibliográfica del *STPH*, principalmente de 1980 a 1989, que aunque es vasta, se encuentra dispersa y poco conocida en nuestro país. Además de que el 99% ha sido publicada en otros países, primordialmente Estados Unidos e Inglaterra.

d. Una clasificación de los diversos instrumentos utilizados en el diagnóstico del *STPH*, así como de su tratamiento.

e. Una integración de la información sobre el ciclo menstrual, cuyos objetivos son: proporcionar un panorama homogéneo sobre los cambios hormonales, endometriales y ovariados; en cada una de las fases del ciclo; concientizar a las mujeres sobre el funcionamiento de una parte integral de sus cuerpos, y mediar-

esta llegar a una mejor comprensión de lo que es el *STPH*.

f. La obtención de datos factibles de comparación que permita establecer semejanzas y diferencias con otras muestras.

g. La detección de una gran falta de autoconocimiento corporal en las mujeres de la muestra y como consecuencia la carencia de información y conocimiento del *STPH*.

h. Por último se pudo observar que la sexualidad sigue siendo tabú, ya que la mayoría de las mujeres que se negaron a contestar el cuestionario lo hicieron después de haber leído algunas preguntas relacionadas con su sexualidad.

## LIMITACIONES

Al abordar el problema en cuestión y a lo largo de toda la investigación, surgieron una serie de limitaciones que determinan la utilidad de los resultados y conclusiones a las que se llegó. Dichas limitaciones se exponen a continuación:

1. Dadas las condiciones de infraestructura en México, la presente investigación fue solventada con los propios recursos económicos, materiales y humanos de las investigadoras, con las limitaciones concomitantes: no se contó con el material necesario, se llevó mucho tiempo y la accesibilidad a la muestra fue difícil, por no contar con una muestra cautiva. A diferencia de otros países como Estados Unidos de Norte América, en donde se cuenta con los recursos necesarios para solventar las investigaciones.

2. El Tamaño de la muestra, que originalmente era de 500 sujetos, se vió reducida a 483 debido a que:

a. En dos carreras profesionales (Actuaría y Canto) no hay posgrado.

b. En algunos casos la facultad o escuela no contó con el personal suficiente para cubrir la cuota establecida para esa área.

c. La disposición de algunos sujetos para participar en la investigación fue negativa, reduciendo la accesibilidad muestra.

3. Durante la creación y aplicación del instrumento se enfrentó a los siguientes problemas:

a. La realización del instrumento, se vio limitada a las condiciones en las cuales se podía efectuar la investigación: tenía que hacerse una sola aplicación, pues al no contar con una población cautiva no fue posible aplicar un cuestionario en la fase preovulatoria y otra en la premenstrual; y debido a la magnitud de la muestra tampoco se pudo establecer en que fase del ciclo se encontraban las mujeres al momento de la aplicación.

b. Algunas de las limitaciones a las que se enfrentó el instrumento, se debieron a su desconocimiento, dado que la revisión bibliográfica se actualizó tiempo después de haber aplicado el instrumento.

c. El lenguaje utilizado en algunos reactivos, no fue entendible para las mujeres de menor nivel académico (Primaria y en algunas ocasiones de Secundaria o Técnica).

d. El instrumento utilizado fue muy extenso por lo que la muestra lo consideró tedioso y cansado.

e. El instrumento tenía reactivos sobre la sexualidad de las sujetas, por lo que en muchas ocasiones las mujeres se negaron a participar en la investigación.

f. En tanto, que de las mujeres que contestaron, algunas omitieron las respuestas de aquellos reactivos que trataban sobre su sexualidad.

g. Para la aplicación del instrumento en el personal de intendencia y administrativo, hubo necesidad de pedir autorización al secretario administrativo y luego al delegado sindical de cada facultad o escuela, los cuales pedían a las sujetas que contestaran el cuestionario; esta ocasión que en algunos casos las sujetas contestaban forzadas, temiendo como una imposición del jefe.

h. El manejar el instrumento en forma retrospectiva ocasionó que las sujetas relacionaron equivocadamente los síntomas, no los relacionaron, exageraron los síntomas, no les dieron la importancia que pudieran haber tenido o simplemente no recordaron que les aconteció durante el premenstruo.

#### 4. El manejo de los datos.

a. No se pudieron observar diferencias entre el nivel socioeconómico y el *STPH*, debido a que las mujeres de la muestra pertenecieron todas al nivel bajo.

b. Las diferencias esperadas en relación a las áreas académicas se vieron limitadas por que solo las mujeres de licenciatura y posgrado cumplían con esta variable.

## SUGERENCIAS

Para un conocimiento más amplio sobre el tema y sus efectos sobre la población mexicana, sugerimos para estudios posteriores:

1. Incluir un mayor rango de niveles socioeconómicos y no solo uno.

2. Medir el tipo y grado de actividad de las sujetos para correlacionarlo con el *STPM*.

3. Tener un mayor control sobre las variables que se pretendan manejar, para poder observar sus efectos sobre el fenómeno.

4. Aplicar un instrumento más pequeño, por ejemplo el presentado en el apéndice C.

5. Asegurarse de que el lenguaje utilizado en el instrumento sea accesible a toda la muestra con la que se trabajará.

6. Aplicar el instrumento justo en el premenstruo, o de ser posible hacer una aplicación en esta fase y otra en la lútea, para hacer comparaciones.

7. Para que la participación de la población sea de buen grado quizás fuera necesario acudir a clínicas o centros de salud para sensibilizar a la gente.

8. Concientizar a la población sobre el STPM, quizás mediante esto, se pudiera llegar a la ubicación real del problema.

9. Por último, se considera que sería conveniente que en los hospitales de atención a la mujer, se creara un departamento que se hiciera cargo de la atención de los trastornos relacionados con la menstruación, así como la difusión del funcionamiento de esta y sus alteraciones.

## BIBLIOGRAFIA

- Abraham, G. The Premenstrual Tension Syndromes: an Update. *J Reprod Med.* 1987 Jun; 32 (6): 387-452.
- Abraham, G., et al. Role of Nutrition in Managing the Premenstrual Tension Syndromes. *J Reprod Med.* 1987 Jun; 32 (6): 405-422.
- Abramowitz, E., et al. Onset of Depressive Psychiatric Crises and the Menstrual Cycle. *Am J Psychiatry.* 1982 Apr; 139 (4): 475-478.
- Andersch, B., et al. Progesterone Treatment of Premenstrual Tension—a Double Blind Study. *J Psychosom Res.* 1985; 29 (5): 489-493.
- Awerilafe, A., et al. Personality and Menstruation. *Psychosom Med.* 1980; 42 (2): 237-251.
- Bäckström, T., et al. Mood, Sexuality, Hormones, and the Menstrual Cycle. II Hormone Levels and their Relationship to the Premenstrual Syndrome. *Psychosom Med.* 1983; 45 (6): 503-507.
- Baena, G., et al. *Tesis en 90 Dias.* Mexico, Edit. Mexicanos Unidos. 1987.
- Bancroft, J., et al. Mood, Sexuality, Hormones and Menstrual Cycle. III. Sexuality and the Role of Androgens. *Psychosom Med.* 1983; 45 (6): 509-518.
- Bancroft, J., et al. The Use of an LHRH Agonist, Buserelin, in the Long-Term Management of Premenstrual Syndromes. *Clin Endocrinol.* 1987 Aug; 27 (3): 171-182.
- Bellot, L., et al. *Las Consultas Diarias en Ginecología.* Barcelona. Toray-Masson. 1974.

- Berlin, F., et al. A Periodic Psychosis of Puberty: a Case Report. *Am J Psychiatry*. 1982 Jan; 139 (1): 119-120.
- Bernsted, L., et al. Psychosocial Considerations of the Premenstrual Syndrome. *Acta Psychiatr. Scand*. 1984 Jun; 69 (6): 455-460.
- Bernstein, B. Effect of Menstruation on Academic Performance Among College Women. *Archives of Sexual Behavior*. 1977; 6 (4): 289-296.
- Biheler, R. *Introducción al Desarrollo del Niño. México*. Edit. Diana. 1983.
- BIMSA. Buro de Investigación de Mercados. S. A. 1982.
- Blume, E. Premenstrual Syndromes, Depression Linked. *JAMA*. 1983 Jun 3; 249 (21): 2864-2866.
- Botella, J., et al. *Tratado de Ginecología*. Barcelona, Edit. Científico-Médica. 1978. Tomo 1.
- Boyle, C., et al. Epidemiology of Premenstrual Symptoms. *Am J Public Health*. 1987 Mar; 77 (3): 349-350.
- Brand, C. Diferencias en las Actitudes hacia la Menstruación entre Grupos de Estudiantes Mexicanas. Grado de Malestar Durante el Ciclo Menstrual y su Relación con Variables Biológicas y Psicológicas. *ALÉTHEIA*. 1983; 4: 7-19.
- Brayshaw, N., et al. Thyroid Function in Premenstrual Syndrome. *N Engl J Med*. 1986 Dec 4; 315 (23): 1486-1487.
- Brooks-Gunn, J., et al. The Menstrual Attitude Questionnaire. *Psychosom Med*. 1980 Sept; 42 (5): 503-511.
- Brooks-Gunn, J. Differentiating Premenstrual Symptoms and Syndromes. *Psychosom Med*. 1986 Jul-Aug; 48 (6): 385-387.

- Brush, M., et al. Pyridoxine and the Premenstrual Syndrome (letter). *Lancet*. 1985 Jun 15; 1 (8442): 1399.
- Budoff, P. Use of Prostaglandin Inhibitors in the Treatment of PMS. *Clin Obstet Gynecol*. 1987 Jun; 30 (2): 453-464.
- Casper, R., et al. Objective Measurement of Hot Flashes Associated with the Premenstrual Syndrome. *Fertil Steril*. 1987 Feb; 47 (2): 341-344.
- Clare, A. The Treatment of Premenstrual Symptoms. *Br J Psychiatry*. 1979 Dec; 135: 576-579.
- Clare, A. Progesterone, Fluid and Electrolytes in Premenstrual Syndrome (letter). *Br Med J*. 1980 Sep 20; 281 (6243): 810-811.
- Clare, A. Premenstrual Syndrome (letter). *Br J Psychiatry*. 1981 Jan; 138: 82-83.
- Clare, A. Hormones, Behavior and the Menstrual Cycle *J Psychosom Res*. 1985; 29 (3): 225-233.
- Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston. *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*. Barcelona, Edit. ICARIA. 1982.
- Collins, A., et al. Psychoneuroendocrine Stress Responses and Mood as Related to the Menstrual Cycle. *Psychosom Med*. 1985 Nov-Dec; 47 (6): 512-527.
- Conill-Montobbio, V., et al. *Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Ginecológica*. Barcelona, Edit. Labor. 1967.
- Corydon, D., et al. Premenstrual Syndrome (letter). *N. Engl J Med*. 1985 Apr 4; 312 (13): 920.
- Gurtis, A., et al. *Ginecología*. México. Salvat. 1953.
- Chakmakjian, Z., et al. Bioavailability of Progesterone with Different Modes of Administration. *J Reprod Med*. 1987 Jun; 32 (6): 443-448.

- Chandraiah, S. PMS and Rapid Cycling BAD (letter). *J Clin Psychiatry*. 1987 Jul; 48 (7): 300-301.
- Chihal, H. Indications for Drug Therapy in Premenstrual Syndrome Patients. *J Reprod Med*. 1987 Jun; 32 (8): 449-452.
- Dalton, K. Menstruation and Acute Psychiatric Illnesses. *Br Med J*. 1959 Jan; 148-149.
- Dalton, K. *El Síndrome Premenstrual*. Buenos Aires, Edit. Proteo. 1967.
- Dalton, K. Menstruation and Examinations. *Lancet*. 1968; 28: 1386-1387.
- Dalton, K. *El Ciclo Menstrual*. Barcelona, Edit. Fontanella. 1971.
- Dalton, K. Progesterone, Fluid and Electrolytes in Premenstrual Syndrome (letter). *Br Med J*. 1980 Jul 5; 281 (6232): 61.
- Dalton, K. Premenstrual Syndrome (letter). *Br J Psychiatry*. 1980 Aug; 137: 199.
- Dalton, K. Progesterone, Fluid and Electrolytes in Premenstrual Syndrome (letter). *Br Med J*. 1980 Oct 11; 281 (6246): 1008-1009.
- Dalton, K. Cyclical Criminal Acts in Premenstrual Syndrome. *Lancet*. 1980 Nov 15; 2 (8203): 1070-1071.
- Dalton, K. Pyridoxine Overdos in Premenstrual Syndrome (letter). *Lancet*. 1985 May 18; 1 (84-38): 1168-1169.
- Dalton, K. Trial of Progesterone Vaginal Suppositories in the Treatment of Premenstrual Syndrome (letter). *Am J Obstet Gynecol*. 1987 Jun; 156 (6): 1555-1556.
- Dalton, K. Incidence of the Premenstrual Syndrome in Twins. *Br Med J*. 1987 Oct 24; 295 (6605): 1027-1028.

- De Jong, R., et al. Premenstrual Mood Disorder and Psychiatry Illnes. *Am J Psychiatry*. 1985 Nov; 142 (11): 1359-1361.
- Deleon-Jones, F., et al. MHPG Excretion and Lithium Treatment During Premenstrual Tension Syndrome: a Case Report. *Am J Psychiatry*. 1982 Jul; 139 (7): 950-952.
- De Marchi, G., et al. Menstrual, Diurnal and Activation Effects on the Resolution of Temporally Paired Flashes. *Psychobiology*. 1972 May; 9 (4): 362-367.
- Dennerstein, L., et al. Progesterone and the Premenstrual Syndrome: a Double Blind Crossover Trial. *Br Med J*. 1985 Jun 1; 290 (6482): 1617-1621.
- Deutsch, H. *La Psicología de la Mujer*. Buenos Aires, Edit. Losada, 1952. Vol. I.
- Dexeus, S., et al. *Tratado de Ginecología*. Barcelona, Edit. Salvat, 1970.
- Diccionario Enciclopédico ESPASA. Madrid, Edit. ESPASA-CALPE. 1979. 24 Tomos.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. México, Edit. Salvat, México, 1982.
- Digre, K., et al. Migraine Menstrual: Diagnostic Differential, Evaluation and Treatment. *Clin Obstet Gynecol*. 1987 Jun; 30 (2): 395-405.
- D'Orban, P. Premenstrual Syndrome: a Disease of the Mind? (letter). *Lancet*. 1981 Dec; 19-26; 2 (8260-61): 1413.
- Endicott J., et al. Premenstrual Changes and Affective Disorders. *Psychosom Med*. 1981 Dec; 43 (6): 519-529.
- Endicott J., et al. Psychobiology of Premenstrual Change. *Psychopharmacol Bull*. 1982 Jul 18; (3): 109-112.

- Engels, F. *El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado.* México, Ediciones de Cultura Popular. Biblioteca Marx-Engels. 1978. No. 1.
- Facchinetti, F., et al. Oestradiol/Progesterone Imbalance and the Premenstrual Syndrome (letter). *Lancet*. 1983 Dec 3; 2 (8362): 1302.
- Facchinetti, F., et al. Premenstrual Fall of Plasma Betaendorphin in Patients with Premenstrual Syndrome. *Fertil Steril*. 1987 Apr; 47 (4): 570-573.
- Faratian, M., et al. Premenstrual Syndrome: Weight, Abdominal Swelling, and Persisted Body Image. *Am Obstet Gynecol*. 1980; 150 (2): 200-204.
- Fernández, R. *La Educación de la Sexualidad Humana.* México, CONAPO. 1986. Tomo 2.
- Fluhmann, F. *Tratamiento de los Trastornos Menstruales.* México, Edit. Interamericana. 1958.
- Foresti, G., et al. Premenstrual Syndrome and Personality Traits: A Study on 110 Pregnant Patients. *Psychother Psychosom*. 1981; 36 (1): 37-42.
- Frankin, B., et al. Premenstrual Tension, Expectancy, and Mother-Child Relations. *J Behav M*. 1986 Jun; 9 (3): 245-259.
- Frank, R. The Hormonal Cause of Premenstrual Tension. *Arch Neurol Psychiat*. 1931; 26: 1053-1057.
- Frazer, G. *La Rama Dorada (Magia y Religión).* México, Fondo de Cultura Económica. 1936.
- Freedman, A., et al. *Compendio de Psiquiatría.* Barcelona, Salvat Editores. 1984.
- Freeman, E., et al. PMS Treatment Approaches and Progesterone Therapy. *Psychosomatics*. 1985 Oct; 26 (10): 811-816.

- Freeman, E., et al. Medical and Psychologic Characteristics of Women Presenting with Premenstrual Symptoms (letter). *Obstet Gynecol.* 1987 Jul; 70 (1): 142-143.
- Freinhar, J. Alprazolam and Premenstrual Syndrome (letter). *J Clin Psychiatry.* 1984; 45 (12): 526.
- Friday, N. *Mi Madre/Yo Misma.* Barcelona. Edit. Argos-Vergara, 1979.
- Friedman, R., et al. Sexual Histories and Premenstrual Affective Syndrome in Psychiatric in Patients. *Am J Psychiatry.* 1982 Nov; 139 (11): 1484-1486.
- Friendlander, M. Liquid Retention: Evaluation and Diuretic Use. *Clin Obstet Gynecol.* 1987 Jun; 30 (2): 407-417.
- Fugate-Woods, N., et al. Recollections of Menarche, Current Menstrual Attitudes and Perimenstrual Symptoms. *Psychosom Med.* 1982 Jul; 44 (3): 285-293.
- Gagnon, J. *Sexualidad y Cultura.* México. Edit. Pax-México, 1980.
- García-Castells, E. *Conducta Emocional y Progesterina.* Tesis Doctoral. Ciencias Fisiológicas. Unidad Académica de los Ciclos Profesional y Posgrado del Colegio de Ciencias y Humanidades. Instituto de Investigaciones Biomedicas. UNAM. 1984.
- Giannini, A., et al. Pseudocholinesterase and Trait Anxiety in Premenstrual Tension Syndrome. *J Clin Psychiatry.* 1985 Apr; 46 (4): 139-140.
- Giannini, A., et al. Hyperphagia in Premenstrual Tension Syndrome. *J Clin Psychiatry.* 1985 Oct; 46 (10): 436-438.
- Glick, D., et al. A New Drug Treatment for Premenstrual Exacerbation of Schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 1980 Jul-Aug; 21 (4): 281-287.

- Gold, J., et al. *Endocrinología Ginecológica*. Buenos Aires, Edit. El Ateneo. 1970.
- Golub, S., et al. Premenstrual and Menstrual Mood Changes in Adolescent Women. *J Pers Soc Psychol*. 1981 Nov; 41 (5): 961-965.
- Gonzales, E. Even Oral Progesterone May Be Effective. *JAMA*. 1981 Apr 10; 245 (14): 1394.
- Gonzales, E. Premenstrual Syndrome an Ancient Use Deserving of Modern Scrutiny. *JAMA*. 1981 Apr 10; 245 (14): 1393-1395.
- Graber, E. *Endocrinología Ginecológica*. Buenos Aires, Edit. Bernades. 1983.
- Gunh, J. The Menstrual Attitud Questionnaire. *Psychosom Med*. 1960; 42 (5): 503-512.
- Halbreich, U., et al. The Diversity of Premenstrual Changes as Reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatr Scand*. 1982 Jan; 65 (1): 45-65.
- Halbreich, U., et al. Future Directions in the Study of Premenstrual Changes. *Psychopharmacology Bulletin*. 1982 Jul; 18 (3): 121-123.
- Halbreich, U., et al. Premenstrual Depressive Changes. Value of Differentiation. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 May; 40 (5): 535-542.
- Halbreich, U., et al. Relationship of Dysphoric Premenstrual Changes to Depressive Disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1985 Apr; 71 (4): 331-339.
- Halbreich, U., et al. Premenstrual Changes and Changes in Gonadal Hormones. *Acta Psychiatr Scand*. 1986 Dec; 74 (6): 575-586.
- Hallman, J. The Premenstrual Syndrome an Equivalent of Depression? *Acta Psychiatr Scand*. 1986 Apr; 73 (4): 403-411.

- Hallman, J., et al. Thrombocyte Monoamine Oxidase Activity and Personality Traits in Women with Severe Premenstrual Syndrome. *Acta Psychiatr Scand.* 1987 Sep; 76 (3): 225-234.
- Harrison, W., et al. Treatment of Premenstrual Dysphoric Changes: Clinical Outcome and Methodological Implications. *Psychopharmacol Bull.* 1984 Winter; 20 (1): 118-122.
- Harrison, W., et al. Psychiatric Evaluation of Premenstrual Changes. *Psychosomatics.* 1985 Oct; 26 (10): 789-792, 795, 798-799.
- Harrison, W., et al. Treatment of Premenstrual Dysphoria with Alprazolam and Placebo. *Psychopharmacol Bull.* 1987; 23 (1): 150-153.
- Hart, W., et al. Evaluation of the Premenstrual Syndrome. *Aust Fam Physician.* 1987 Mar; 16 (3): 251-252, 254.
- Hoon, P., et al. Does the Menstrual Cycle Play a Role in Sexual Arousal? *Psychophysiology.* 1982; 19 (1): 21-26.
- Iglesias, X., et al. *Trastornos de la Menstruación.* Barcelona, Edit. Martinez Roca. 1987.
- Jan Konturek, S. Efectos Fisiológicos y Farmacología de las Prostaglandinas con Énfasis en el Aparato Gastrointestinal. *Resúmenes. Prostaglandinas en la Porción Alta del Aparato Gastrointestinal. Segundo Simposio Internacional.* N.Y. 1985, Mayo 9 y 10.
- Jeffcoate, N. *Ginecología.* Buenos Aires, Edit. Inter-Médica. 1979.
- Johnson, S. The Epidemiology and Social Impact of Premenstrual Symptoms. *Clin Obstet Gynecol.* 1987 Jun; 30 (2): 367-376.
- Jones, D. Influence of Dietary Fat on Self-Reported Menstrual Symptoms. *Physiol Behav.* 1987; 40 (4): 483-487.

- Kaiser, R. *Tratamiento Hormonal de los Trastornos del Ciclo*. Madrid, Edit. Alhambra. 1969.
- Katchadourian, H., et al. *Las Bases de la Sexualidad Humana*. Mexico, Edit. Continental. 1985.
- Kathol, R. Evaluation of Psychiatric Symptoms in Patients Presenting with Symptoms of Premenstrual Tension Syndrome. *Clin Obstet Gynecol*. 1987 Jun; 30 (2): 408-416.
- Kendall, K., et al. The Effects of Vitamin B6 Supplementation on Premenstrual Symptoms. *Obstet Gynecol*. 1987 Aug; 70 (2): 145-149.
- Kern, G. *Ginecología*. Barcelona, Edit. Salvat. 1976.
- Keyer, W. General Evaluation of Premenstrual Symptoms. *Clin Obstet Gynecol*. 1987 Jun; 30 (2): 396-407.
- Knorr, K., et al. *Manual de Ginecología*. Caracas, Edit. Mediciencia. 1975.
- Kolb, L. *Psiquiatría Clínica Moderna*. Mexico, La Prensa Médica Mexicana. 1983.
- Lancet. Premenstrual Syndrome. (Editorial). 1991 Dec 19-26; 2 (8260-8261) 1393-1394.
- La Rosa, J. *Escala de Locus de Control y Autoconcepto: Construcción y Validez*. Tesis Doctoral. Fac. de Psicología, UNAM. 1986.
- Leon, G., et al. The Symptoms of Bulimia and the Menstrual Cycle. *Psychosom Med*. 1986 Jul-Aug; 48 (6): 418-422.
- Lerer, M. *Sexualidad Femenina. Mitos, Realidades y el Sentido de Ser Mujer*. Mexico, Edit. Hermes. 1987.
- Lipman, R. Premenstrual Syndrome, Hypothyroidism and Magnesium Clatter). *Am J Psychiatry*. 1988 Feb; 145 (2): 278-279.
- Logue, C., et al. Perimenstrual Symptoms: Prevalence and Risk Factors. *Psychosom Med*. 1986 Jul-Aug; 6: 386-414.

- London, R., et al. Efficacy of Alpha-Tocopherol in the Treatment of the Premenstrual Syndrome. *J Reprod Med.* 1987; 32(8): 400-404.
- Luggin, P., et al. Acute Psychiatric Admission Related to the Menstrual cycle. *Acta Psychiatr Scand.* 1984; 69: 461-465.
- Macoby, E. *Desarrollo de las Diferencias Sexuales.* Madrid, Edit. Morova. 1972.
- Magos, A., et al. Treatment of Menstrual Migraine by Cestradiol Implants. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1983 Nov; 46 (11): 1044-1045.
- Magos, A., et al. Premenstrual Uncertainties (letter). *LANCET.* 1983 Dec 3; 2 (8362): 1301.
- Magos, A., et al. Treatment of the Premenstrual Syndrome by Subcutaneous Norethisterone: Placebo Controlled Study. *Br Med J.* 1986 Jun 21; 292 (6536): 1629-1633.
- Magos, A., et al. The Effects of Norethisterone in Postmenopausal Women on Estrogen Replacement Therapy: a Model for the Premenstrual Syndrome. *Br J Obstet Gynaecol.* 1986 Dec; 93 (12): 1260-1265.
- Marriot, A., et al. An Assessment of Psychological State Associated with the Menstrual Cycle in Users of Oral Contraception. *J Psychosom Res.* 1986; 30 (1): 41-47.
- Martin, A., et al. Progesterone, Fluid and Electrolytes in Premenstrual Syndrome (letter). *Br Med J.* 1980 Aug 23; 281 (6239): 562-563.
- Marvan, M. *Oscilaciones Psicofisiologicas a lo Largo del Ciclo Menstrual.* Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicologia. UNAM. 1984.
- Massil, H., et al. Premenstrual Syndrome. *Br Med J.* 1986 Nov 15; 293 (6557): 1289-1292.
- Massil, H., et al. Approach to the Management of Premenstrual Syndrome. *Clin Obstet Gynecol.* 1987 Jun; 30 (2): 443-452.

- Maxson, W. The Use of Progesterone in the Treatment of PMS. *Clin Obstet Gynecol.* 1987 Jun; 30 (2): 465-477.
- Mayer, M. *Progresos de la Ginecología.* Barcelona, Edit. Científico Médica, 1958.
- Mc Donald, R. *Bases Científicas de Obstetricia y Ginecología.* Mexico, Edit. Salvat, 1975.
- Mc Millan, M., et al. Premenstrual Depression: a Distinct Entity. *J Abnorm Psychol.* 1987 May; 96 (2): 149-154.
- Med Lett Drugs Ther.* Progesterone for Premenstrual Syndrome. 1984 Nov 9; 26 (674): 101-102.
- Metcalf, M., et al. The Premenstrual Syndrome: Selection of Women for Treatment Trials. *J Psychosom Res.* 1985; 29 (6): 631-638.
- Nath, R., et al. Las Prostaglandinas. *Inflamación y Artritis.* Mexico, Pfizer Internacional, Inc.
- Nie, N., et al. *SPSS Statistical Package for the Social Sciences.* USA, Mc Graw-Hill, 1975.
- Nikitovich-Winer, M. en Gold, J. *Endocrinología Ginecológica.* Buenos Aires, Edit. El Ateneo, 1970.
- Nilsson, L., et al. Clonidine for Relief of Premenstrual Syndrome. (Letter). *Lancet.* 1985 Sep 7; 2 (8454): 549-550.
- Novak, E., et al. *Tratado de Ginecología.* La Habana, M.V. Fresneda, Editor, 1958.
- Novak, E., et al. *Tratado de Ginecología.* Mexico, Edit. Interamericana, 1964.
- Nozaki, M., et al. Menstrual Cycle and Sensitivity of Human Fallopian Tube to Prostaglandins. *Am J Physiol.* 1986 Dec; 251 (6 P 3): F1128-F1136.

- O'Brien, P. Progesterone, Fluid and Electrolytes in Premenstrual Syndrome. *Br Med J.* 1980 May 10; 280 (6224): 1161-1163.
- O'Brien, P. Progesterone, Fluid, and Electrolytes in Premenstrual Syndrome. *Br Med J.* 1980 Aug 23; 281 (6239): 562-563.
- O'Neil. Fluctuations in Mood and Psychological Distress During the Menstrual Cycle. *Can J Psychiatry.* 1984 Aug; 29 (5): 373-378. *J Psychosom Res.* 1985; 29 (3) 225-233.
- Parry, B., et al. Treatment of a Patient with Seasonal Premenstrual Syndrome. *Am J Psychiatry.* 1987 Jun; 144 (6): 762-766.
- Parry, B., et al. Therapeutic Effect of Sleep Deprivation in Patients with Premenstrual Syndrome. *Am J Psychiatry.* 1987 Jun; 144 (6): 808-810.
- Pasqualini, R., et al. *Endocrinología para Ginecología y Obstetricia.* Buenos Aires, Edit. El Ateneo, 1984.
- Philipp, E., et al. *Fundamentos Científicos de la Obstetricia y Ginecología.* Barcelona, Edit. Científico-Médica, 1972.
- Pick, S., et al. *Como Investigar en Ciencias Sociales.* Mexico, Edit. Trillas, 1988.
- Posthuma, B., et al. Detecting Changes in Functional Ability in Women with Premenstrual Syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1987 Feb; 156 (2); 275-278.
- Prescott, P. Treatment of the Premenstrual Syndrome by Subcutaneous o Estradiol Implants and Cyclical Oral Norethisterone. (letter). *Br Med J.* 1986 Aug 16; 293 (6544): 451.
- Price, W., et al. Premenstrual Tension Syndrome in Rapid-Cycling Bipolar Affective Disorder. *J Clin Psychiatry.* 1986 Aug; 47 (8): 415-417.

- Price, W., et al. The Use of Clonidine in Premenstrual Tension Syndrome. *J Clin Pharmacol.* 1984 Oct; 24 (10): 463-465.
- Price, W., et al. Verapamil in the Treatment of Premenstrual Syndrome. *J Clin Psychiatry.* 1986 Apr; 47 (4): 213-214.
- Prior, J. Is premenstrual Syndrome Exaggerated Mollimina? (letter). *Am J Psychiatry.* 1984 Nov; 14 (11): 1495-1496.
- Prior, J., et al. Conditioning Exercise Decreases Premenstrual Symptoms: a Prospective, Controlled 6-Month Trial. *Fertil Steril.* 1987 Mar; 47 (3): 402-408.
- Prior, J., et al. Conditioning Exercise and Premenstrual Symptoms. *J Reprod Med.* 1987 Jun; 32 (6): 423-428.
- Pschyrembel, W. *Ginecologia Práctica.* Madrid, Edit. Alhambra. 1977.
- Ramirez, S. *Infancia es Destino.* México, Edit. Siglo XXI.
- Rapkin, A., et al. Whole-Blood Serotonin in Premenstrual Syndrome. *Obstet Gynecol.* 1987 Oct; 70 (4): 533-537.
- Rasche, E. Premenstrual Syndrome: an Ancient Woe Deserving of Modern Scrutiny. *JAMA.* 1981 Apr 10; 245 (14): 1393-1396.
- Rasche, E. Even Oral Progesterone May be Effective. *JAMA.* 1981 Apr 10; 245 (14): 1394.
- Rausch, J., et al. Hormonal and Neurotransmitter Hypotheses of Premenstrual Tension. *Psychopharmacol Bull.* 1982 Oct; 18 (4): 26-34.
- Reed, E. *Sexo Contr Sexo o Clase Contra Clase.* México Edit. Fontamara. 1984. No. 8.
- Reid, R., et al. Oral Glucose Tolerance During the Menstrual Cycle in Normal Women and Women with Alleged Premenstrual "Hypoglycemic" Attacks: Effects of Naloxone. *J Clin*

*Endocrinol Metab.* 1986 Jun; 62 (6):  
1167-1172.

Reid, R. Neuropeptides and PMS. (letter). *Fertil Steril.* 1986 Oct; 46 (4): 738-740.

Rickels, K. Special Section-Premenstrual Syndrome. Introduction. *Psychosomatics.* 1985; 26 (10): 785.

Robert, H., et al. *Tratado de Ginecología.* Barcelona, Edit. Toray Masson. 1976.

Rossignol, A. Caffeine-Containing Beverages and Premenstrual Syndrome in Young Women. *Am J Public Health.* 1985 Nov; 75 (11): 1335-1337.

Roy-Byrne, P., et al. Possible Antidepressant Effect of Oral Contraceptive: Case Report. *J Clin Psychiatry.* 1984 Aug; 45 (8): 350-352.

Roy-Byrne, P., et al. TSH and Prolactin Responses to TRH in Patients with Premenstrual Syndrome. *Am J Psychiatry.* 1987 Apr; 144 (4): 480-484.

Roy-Byrne, P., et al. The Relationship of Menstrually Related Mood Disorders to Psychiatric Disorders. *Clin Obstet Gynecol.* 1987 Jun; 30 (2): 386-395.

Rubinow, D., et al. Premenstrual Syndromes: Overview from a Methodologic Perspective. *Am J Psychiatry.* 1984 Feb; 141 (2): 163-172.

Rubinow, D., et al. Prospective Assessment of Menstrually Related Mood Disorders. *American of Psychiatry.* 1984 May; 141 (5): 684-686.

Rubinow, D., et al. Mood Disorders and the Menstrual Cycle. *J Reprod Med.* 1987 Jun; 32 (6): 369-394.

Rubinow, D., et al. Changes in Plasma Hormones Across the Menstrual Cycle in Patients with

- Rusell, J., et al. Premenstrual Syndrome. (Editorial).  
*Med J Augt.* 1987 May 18; 146 (10): 510-511.
- Sampson, G. Premenstrual Syndrome: a Double-Blind Controlled Trial of Progesterone and Placebo. *Br J Psychiatry.* 1979 Sep; 135: 209-215.
- Sampson, G. Progesterone, Fluid and Electrolytes in Premenstrual Syndrome. (letter). *Br Med J.* 1980 Jul 19; 281 (6234): 227-228.
- Sampson, G., et al. The Assesment of the Symptoms of Premenstrual Syndrome and Their Response to Therapy. *Br J Psychiatry.* 1981 May; 138: 399-405.
- Sánchez, C. El Síndrome Premenstrual. *Gaceta, UNAM.* 1986 Mayo 12: 21.
- Sanders, D., et al. Mood, Sexuality, Hormones and the Menstrual Cycle. I. Changes in Mood and Physical State: Description of Subjets and Method. *Psychosom Med.* 1983 Dec; 45 (6): 487-501.
- Sarno, A., et al. Premenstrual Syndrome: Beneficial Effects of Periodic, Low-Dose Danazol. *Obstet Gynecol.* 1987 Jul; 70 (1): 33-36.
- Schreiner-Engel, P. Sexual Arousability and the Menstrual Cycle. *Psychom Med.* 1981; 43 (6): 199-214.
- Severino, S. Defining Late Luteal Phase Dysphoric Disorder. (letter). *Am J Psychiatry.* 1988 Jan; 145 (1): 132-133.
- Severino, S., et al. A Sexist Diagnosis? *Lancet.* 1986 Dec 13; 2 (8520): 1386.
- Shader, R., et al. Premenstrual Tension in Biochemical and Psychotropic Drug Assesment. *Psychopharmacol Bull.* 1982 Jul; 18 (3): 113-121.
- Sherman, J. *Psicología de la Mujer.* Madrid, Edit. Morova. 1978.

- Siegel, J., et al. Comparison of Depressed and Nondepressed Women with Severe Premenstrual Tension Syndrome. *Psychother Psychosom.* 1986; 45 (3): 113-117.
- Siegel, J., et al. Premenstrual Tension Syndrome Symptom Clusters. Statistical Evaluation of the Subsyndromes. *J Reprod Med.* 1987 Jun; 32 (6): 395-399.
- Siegel, S. *Estadística no Paramétrica.* México, Edit. Trillas. 1983.
- Simmons, M. Possible New Relief for Premenstrual Syndrome. (news). *JAMA.* 1983 Sep 16; 250 (11): 1371-1375.
- Slade, P., et al. Autonomic Activity in Subjects Reporting Changes in Affect in the Premenstrual Cycle. *Br J Soc Clin Psychol.* 1979; 18: 135-136.
- Slade, P., et al. Performance Tests in Different Phases of the Menstrual Cycle. *J Psychosom Res.* 1980; 24: 5-8.
- Slade, P., et al. Attitudes to Female Roles, Aspects of Menstruation and Complaining of Menstrual Symptoms. *Br J Soc Clin Psychol.* 1980 Jun; 19 (2): 109-113.
- Smith, S. Progesterone for Premenstrual Syndrome. *The Medical Letter.* 1984 Nov 9; 26 (674): 101-102.
- Smith, S., et al. Treatment of Premenstrual Syndrome with Alprazolam: Results of a Double-Blind Placebo-Controlled, Randomized Crossover Clinical Trial. *Obstet Gynecol.* 1987 Jul; 70 (1): 37-43.
- Sondheimer, S., et al. Hormonal Changes in Premenstrual Syndrome. *Psychosomatics.* 1985 Oct; 26 (10): 803-806, 809-810.
- Steiner, M., et al. Treatment of Premenstrual Tension with Lithium Carbonate: A Pilot Study. *Act Psychiatr Scand.* 1980 Feb; 61 (2): 96-102.

- Steiner, M., et al. Premenstrual Tension Syndrome: The Development of Research Diagnostic Criteria and New Rating Scales. *Acta Psychiatr Scand.* 1980 Aug; 62 (2): 177-190.
- Stewart, A. Clinical and Biochemical Effects of Nutritional Supplementation on the Premenstrual Syndrome. *J Reprod Med.* 1987 Jun; 32 (6): 435-441.
- Stoppard, M. *Ser Mujer.* Barcelona, Círculo de Lectores. 1985.
- Stout, A., et al. Psychological Assessment of Women Seeking Treatment for Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Res.* 1985 Nov; 29 (6): 621-629.
- Stout, A., et al. Comparison of Life Time Psychiatric Diagnoses in Premenstrual Syndrome Clinic and Community Samples. *J Nerv Ment Dis.* 1986 Sep; 174 (9): 517-522.
- Stout, A., et al. Premenstrual Symptoms in Black and White Community Samples. *Am J Psychiatry.* 1986 Nov; 143 (11): 1436-1439.
- Strickler, R. Endocrine Hypotheses for the Etiology of Premenstrual Syndrome. *Clin Obstet Gynecol.* 1987 Jun; 30 (2): 377-385.
- Tamayo, M. *Metodología Formal de la Investigación Científica.* México, LIMUSA. 1985.
- Tibon, G. *Los Ritos Mágicos y Trágicos de la Pubertad Femenina.* México, Edit. Diana. 1984.
- Tulenheimo, A., et al. Plasma Beta-Endorphin Immunoreactivity in Premenstrual Tension. *Br J Obstet Gynaecol.* 1987 Jan; 94 (1): 25-29.
- Vaitukaitis, J. Premenstrual Syndrome. (editorial). *N Engl J Med.* 1984 Nov 22; 311 (21): 1371-1373.

- Vellacot, I., et al. Effect of Spironolactone on Premenstrual Syndrome Symptoms. *J Reprod Med.* 1987 Jun; 32 (6): 429-434.
- Vijaya Kumar. R., et al. Ovarian Stromal and Luteal Tissue Prostaglandins, 17 Beta-Estradiol and Progesterone in Relation to the Phases of the Menstrual Cycle in Women. *Am J Obstet Gynecol.* 1987 Apr; 156 (4): 947-951.
- Vila, J., et al. Premenstrual Symptomatology: an Interaction Hypothesis. *Br J Soc Clin Psychol.* 1980 Feb; 19 (1): 73-80.
- Vogano, D. *Autoritarismo e Intolerancia a la Ambigüedad en la Cultura Mexicana.* Tesis de Maestría. Fac. de Psicología. UNAM, 1986.
- Watts, J., et al. A Clinical Trial Using Danazol for the Treatment of Premenstrual Tension. *Br J Obstet Gynecol.* 1987 Jan; 94 (1): 30-34.
- Ying, Y., et al. Luteal Phase Defect and Premenstrual Syndrome in an Infertile Population. *Obstet Gynecol.* 1987 Jan; 69 (1): 96-98.
- Youdale, J., et al. Premenstrual Assesment Form Typological Categories: Classification of Self-Defined Premenstrual Truly Symptomatic and Asymptomatic Women. *J Consult Clin Psychol.* 1987 Jun; 55 (3): 418-422.

## APENDICE A.

El presente estudio se hace con el objeto de recabar información acerca de los síntomas que presentan durante la premenstruación (de 14 días antes a 2 días después de la menstruación). Dicho estudio tiene como finalidad conocer la frecuencia con la que se presentan los síntomas premenstruales dentro de la población universitaria.

La información que proporcione será de gran ayuda para los fines de esta investigación. Se analizará en forma global, no en forma individual, y se usará únicamente con fines estadísticos; por lo que le rogamos seas completamente sincera al responder las preguntas, mismas que deben ser contestadas individualmente. Por favor, deja sin contestar las preguntas que no son aplicables a ti.

Agradecemos de antemano tu colaboración.

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Ingreso familiar \_\_\_\_\_

Número de personas que dependen de dicho ingreso \_\_\_\_\_

¿Estudias actualmente?

Si ( ) ¿Que estudias? \_\_\_\_\_

No ( ) ¿Cual fue el último año escolar que cursaste? \_\_\_\_\_

Estado civil: a) Soltera ( )  
 b) Casada ( )  
 c) Unión Libre ( )  
 d) Divorciada ( )  
 e) Viuda ( )

Mi primera menstruación fué a los \_\_\_\_\_ años.

Mis períodos menstruales a) anteriormente fueron:  
 regulares ( )  
 irregulares ( )  
 b) actualmente son:  
 regulares ( )  
 irregulares ( )

Mi período menstrual es cada \_\_\_\_\_ días y dura \_\_\_\_\_ días.

Mi primera relación sexual fue a los \_\_\_\_\_ años.

Mis relaciones sexuales son \_\_\_\_\_ veces al mes.

INSTRUCCIONES: En cada una de las siguientes afirmaciones marca con una "X" dentro del paréntesis, la opción que más se acerque a tus características. Se presentan las siguientes opciones:

Siempre (S)  
 Casi Siempre (CS)  
 Algunas Veces (AV)  
 Casi Nunca (CN)  
 Nunca (N)

Te agradecemos que sólo marques una opción.

A continuación se presenta un ejemplo con el fin de aclarar dudas sobre la forma de responder al cuestionario.

EJEMPLO: "Las escuelas primarias tienen vacaciones en Julio".

(X) ( ) ( ) ( ) ( )

S CS AV CN N

S CS AV CN N

1 Ingiere bebidas alcohólicas. ( ) (X) ( ) ( ) ( ) ( )

2 Tomo tranquilizantes. ( ) ( ) (X) ( ) ( ) ( )

	S	CS	AV	CN	N
3 Fumo.	( )	( )	( )	( )	( )
4 Uso lentes de contacto.	( )	( )	( )	( )	( )
5 He intentado suicidarme.	( )	( )	( )	( )	( )
6 Utilizo anticonceptivos.	( )	( )	( )	( )	( )
7 Uso la pildora anticonceptiva.	( )	( )	( )	( )	( )
8 Mis relaciones sexuales han sido satisfactorias.	( )	( )	( )	( )	( )
9 Durante mis relaciones sexuales he tenido orgasmo(s).	( )	( )	( )	( )	( )
10 Cuando me masturbo tengo orgasmo(s).	( )	( )	( )	( )	( )
11 Mi compañero sexual es: a) Hombre	( )	( )	( )	( )	( )
b) Mujer	( )	( )	( )	( )	( )
c) Ambos	( )	( )	( )	( )	( )
12 La menstruación es algo que tengo que soportar.	( )	( )	( )	( )	( )
13 Mi menstruación me permite estar en más contacto con mi cuerpo.	( )	( )	( )	( )	( )
14 Mi menstruación me pone en desventaja con los hombres.	( )	( )	( )	( )	( )
15 Recibo mi menstruación con agrado.	( )	( )	( )	( )	( )
16 Mi menstruación es una reafirmación de mi sexo.	( )	( )	( )	( )	( )
17 Mi menstruación me impide estar en más contacto con mi cuerpo.	( )	( )	( )	( )	( )
18 Disfruto el tiempo de mi menstruación.	( )	( )	( )	( )	( )
19 Mi menstruación me pone en ventaja con los hombres.	( )	( )	( )	( )	( )
20 Me desagradaba el tiempo de mi menstruación.	( )	( )	( )	( )	( )

Contesta, de la misma forma que en el apartado anterior, la opción que mejor describa los síntomas que has tenido. Encontrarás dos columnas, en la primera de ellas responde si estos síntomas se han presentado en tus menstruaciones de seis meses hacia atrás; y en la segunda columna, si estos síntomas se han presentado de seis meses a la fecha.

Puedes marcar dos opciones, una dentro de cada apartado.

	Aprox. de 14 días antes a 2 días después de mis menst. de 6 meses hacia atrás.					Aprox. de 14 días antes a 2 días después de mis menst. de 6 meses a la fecha.				
	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
EJEMPLO: "He ido a nadar".	( )	( )	(X)	( )	( )	( )	( )	( )	(X)	( )
21 Mi cabello pierde brillo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
22 Mi cabello se torna rebelde.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23 Me marcho con frecuencia.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24 Me desmayo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25 Me duelen los ojos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26 Me molestan los lentes de contacto.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27 Me aparecen manchas en la piel.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis mens.  
de 6 meses hasta  
atrás.

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis mens.  
de 6 meses a la  
fecha.

	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
28 Mi piel se pone áspera.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29 Me siento hinchada.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30 Se me hinchan los senos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
31 Se me hinchan los dedos de las manos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
32 Siento el abdomen inflamado.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
33 Me aprietan los anillos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
34 Se me hinchan los tobillos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
35 Me lastiman los zapatos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
36 Los síntomas empeoran en la mañana.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
37 Me he despertado a media noche con una sensación de hinchazón en los dedos de las manos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
38 Despierto a media noche con una sensación de hinchazón en las mamas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
39 Despierto a media noche con una sensación de hinchazón en las axilas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
40 Soy más sensible al tacto.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
41 Aumento de peso.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
42 Como mucho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
43 Cuando desaparecen las molestias de mi menstruación como mucho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
44 Aproximadamente 15 días antes de mi mensl. puedo estar sin comer durante 5 hrs. sin sentir hambre.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
45 Disminuye mi apetito.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
46 No le encuentro sabor a la comida.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
47 Le encuentro mal sabor a la comida.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
48 Me disminuye la sensibilidad olfatoria.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
49 Tengo dolores musculares.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
50 Tengo dolores articulares.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
51 Me dan calambres.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
52 Al levantarme en la mañana tengo las articulaciones muy rígidas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
53 Me duele la cabeza.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
54 Sufro de migraña.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

	Aprox. de 14 días antes a 2 días des- pués de mis menst. de 6 meses hacia atrás.					Aprox. de 14 días antes a 2 días des- pués de mis menst. de 6 meses a la fecha.				
	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
55 Los dolores de cabeza au- mentan cuando utilizo la píldora o algún anticoncep- tivo oral.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
56 Me salen granitos de gra- sa.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
57 La piel se me pone graste- na con espinillas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
58 El acné me causa problema	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
59 Se me irritan los ojos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
60 Me cuesta trabajo dormir.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
61 Mi sensibilidad olfatoria es mejor.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
62 Cualquier olor me desagra- da.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
63 Me quejo mucho de dolores en general.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
64 Sufro de vómito.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
65 Sufro de dolores estomaca- les.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
66 Me duelen los senos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
67 Tengo más deseo sexual que los otros días del mes.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
68 Me faltan ganas de levan- tarme de la cama.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
69 Tengo pereza.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
70 Me canso más que los otros días.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
71 Mis actividades acostumbra- das se ven afectadas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
72 Evito algunas actividades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
73 Mis actividades no son tan eficaces.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
74 Me falta energía para rea- lizar las actividades dia- rias.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
75 Me siento incapaz de ejecu- tar bien mi trabajo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
76 La calidad de mi trabajo disminuye.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
77 Me siento muy fatigada.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
78 El rendimiento de mis acti- vidades cotidianas disminuye.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
79 Pierdo interés en mis acti- vidades acostumbradas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
80 Deseo abandonar mis activi- dades diarias.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
81 He abandonado mis activida- des diarias.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis mensal.  
de 6 meses hacia  
atrás.

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis mensal.  
de 6 meses a la  
fecha.

	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
82 Mi ejecución en los depor- tes disminuye.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
83 Me cuesta trabajo pensar rápido.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
84 Mi pensamiento es confuso.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
85 Se me caen los objetos de las manos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
86 Tiendo a aislarme de los demás.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
87 Tengo ganas de morder.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
88 Me peleo mucho con mis com- pañeros de trabajo y/o es- tudio.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
89 Tengo ganas de arañar.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
90 Evito salir a lugares muy concurridos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
91 Riño con mi pareja.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
92 Tengo ganas de patear.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
93 Es cuando más les pego a mis hijos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
94 Tengo ganas de hacer daño a otra persona, sin que me haya hecho daño.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
95 Es cuando más me peleo con las personas que me rodean.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
96 Tengo ganas de robar.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
97 Robo objetos en las tien- das.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
98 Al manejar tengo más per- cances	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
99 He llegado a lastimar a alguien con alguna arma.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
100 Ingiero con mayor frecuen- cia bebidas alcohólicas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
101 Fumo más.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
102 Tomo tranquilizantes con mayor frecuencia.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
103 Tengo ganas de llevar a cabo actos delictivos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
104 He participado en algún robo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
105 Me dan ganas de incendiar algo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
106 Tengo accesos de cólera.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
107 Estoy muy tensa.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
108 Tengo ganas de llorar.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
109 Lloro mucho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
110 Siento un gran nerviosismo	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis menstr.  
de 6 meses hacia  
atrás.

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis menstr.  
de 6 meses a la  
fecha.

	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
111 Tengo cambios en el estado de ánimo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
112 Algunas personas me han hecho notar los cambios en el estado de ánimo que sufro.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
113 Me siento muy inquieta.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
114 Me siento muy infeliz.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
115 Me siento muy deprimida.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
116 Nada me hace sentir feliz.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
117 Pierdo interés en lo que hago.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
118 Pierdo interés en la vida.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
119 Me es difícil controlar mis emociones.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
120 Me cuesta trabajo adaptarme a las situaciones que se me presentan.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
121 Pierdo entusiasmo por las cosas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
122 Siento ganas de suicidarme.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
123 He intentado suicidarme.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
124 Hago caprichos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
125 Me siento muy nostálgica.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
126 Lloro por cualquier cosa.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
127 Me cuesta trabajo tomar decisiones.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
128 Me siento insegura.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
129 Tomo decisiones precipitadas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
130 Espero una gran consideración de la gente que me rodea.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
131 Necesito que los que me rodean me apapachen.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
132 Si me hablan fuerte me siento agredida.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
133 He estado bajo tratamiento médico debido a las molestias que tengo días antes de mi menstruación.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
134 Para evitar las molestias que tengo días antes de mi menstr. tomo medicamentos sin autorización del médico.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
135 Los malestares que tengo son más intensos con el paso de los años.	si ( )					no ( )				

Probablemente más adelante se amplíe la presente investigación, por lo que te rogamos que si no tienes inconveniente nos proporciones los siguientes datos, con el fin de contar con tu posterior colaboración.

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## APENDICE B

El presente estudio se hace con el objeto de recabar información acerca de los síntomas que presentan durante la premenstruación (de 14 días antes a 2 días después de la menstruación). Dicho estudio tiene como fin conocer la frecuencia con la que se presentan los síntomas premenstruales dentro de la población universitaria.

La información que proporciones será de gran ayuda para los fines de esta investigación. Se analizará en forma global, no en forma individual, y se usará únicamente con fines estadísticos; por lo que te rogamos seas completamente sincera al responder las preguntas, mismas que deben ser contestadas individualmente. Por favor deja sin contestar las preguntas que no son aplicables a ti. Por ejemplo, en el reactivo "En cuando más les pego a mis hijos", si no tienes hijos, no lo contestes.

Agradecemos de antemano tu colaboración.

Edad \_\_\_\_\_

¿Estudias? si ( ) no: ( ) ¿Qué estudias? \_\_\_\_\_

Semestre \_\_\_\_\_

Si no estudias actualmente, ¿Cuál fue el último grado escolar que estudiaste? \_\_\_\_\_

¿Trabajas? si ( ) no: ( ) ¿En dónde? \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso mensual de tu familia? \_\_\_\_\_

Número de personas que dependen de dicho ingreso \_\_\_\_\_

Estado civil:

- a) Soltera ( )  
 b) Casada ( )  
 c) Unión Libre ( )  
 d) Divorciada ( )  
 e) Viuda ( )

Mi primera menstruación fue a los \_\_\_\_\_ años.

Mis períodos menstruales a) anteriormente fueron:

- regulares ( )  
 irregulares ( )

b) actualmente son:

- regulares ( )  
 irregulares ( )

Mi período menstrual es cada \_\_\_\_\_ días y dura \_\_\_\_\_ días.

Mi primera relación sexual fue a los \_\_\_\_\_ años.

Mis relaciones sexuales son \_\_\_\_\_ veces al mes.

INSTRUCCIONES: En cada una de las siguientes afirmaciones marca con una "X", dentro del paréntesis, la opción que más se acerque a tus características. Se presentan las siguientes cinco opciones:

- Siempre (S)  
 Casi Siempre (CS)  
 Algunas Veces (AV)  
 Casi Nunca (CN)  
 Nunca (N)

Te agradecemos que sólo marques una opción.

A continuación se presenta un ejemplo con el fin de aclarar dudas sobre la forma de responder al cuestionario.

EJEMPLO: "Las escuelas primarias tienen vacaciones en Julio".

(X) ( ) ( ) ( ) ( )  
 S CS AV CN N

	S	CS	AV	CN	N
1 Ingiere bebidas alcohólicas.	(	X	X	X	X)
2 Tomo tranquilizantes.	(	X	X	X	X)
3 Fumo.	(	X	X	X	X)
4 Actualmente utilizo anticonceptivos.	(	X	X	X	X)
5 Uso la píldora anticonceptiva.	(	X	X	X	X)
6 Mis relaciones sexuales han sido satisfactorias.	(	X	X	X	X)
7 Durante mis relaciones sexuales he tenido orgasmos.	(	X	X	X	X)
8 Cuando me masturbo tengo orgasmos.	(	X	X	X	X)
9 Mi compañero sexual es hombre.	(	X	X	X	X)
10 Recibo mi menstruación con agrado.	(	X	X	X	X)
11 Mi menstruación es una reafirmación de mi sexo.	(	X	X	X	X)
12 Mi menstruación me impide estar en más contacto con mi cuerpo.	(	X	X	X	X)
13 Disfruto el tiempo de mi menstruación.	(	X	X	X	X)
14 Mi menstruación me pone en desventaja con los hombres.	(	X	X	X	X)
15 Me desagrada el tiempo de mi menstruación.	(	X	X	X	X)

Contesta de la misma forma que en el apartado anterior, la opción que mejor describa los síntomas que has tenido. Encontrarás dos columnas, en la primera de ellas responde si estos síntomas se han presentado en tus menstruaciones de seis meses hacia atrás; y en la segunda columna, si estos síntomas se han presentado de seis meses a la fecha.

Puedes marcar dos opciones, una dentro de cada apartado.

	Aprox. de 14 días antes a 2 días después de mis menstr. de 6 meses hacia atrás.					Aprox. de 14 días antes a 2 días después de mis menstr. de 6 meses a la fecha.				
	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
EJEMPLO: "He ido a nadar".	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
16 Mi cabello pierde brillo.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
17 Mi cabello se torna rebelde.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
18 Me mareo con frecuencia.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
19 Me duelen los ojos.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
20 Me molestan los lentes de contacto.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
21 Me aparecen manchas en la piel.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
22 Mi piel se pone áspera.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
23 Me siento hinchada.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
24 Se me hinchan los senos.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
25 Se me hinchan los dedos de las manos.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
26 Siento el abdomen inflamado.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
27 Me aprietan los anillos.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
28 Se me hinchan los tobillos.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)
29 Me lastiman los zapatos.	(	X	X	X	X)	(	X	X	X	X)

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis menst.  
de 6 meses hacia  
atrás.

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis menst.  
de 6 meses a la  
fecha.

	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
30 Me he despertado a media noche con una sensación de hinchazón en los dedos de las manos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
31 Despierto a media noche con una sensación de hinchazón en las mamas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
32 Soy muy sensible al tacto. en general.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
33 Aumento de peso.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
34 Como mucho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
35 Cuando desaparecen las molestias de mi menstruación, como mucho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
36 Puedo estar sin comer durante 5 Hrs. sin sentir hambre.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
37. disminuye mi apetito.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
38 No le encuentro sabor a la comida.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
39 Percibo menos los olores.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
40 Tengo dolores musculares.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
41 Tengo dolores en las articulaciones.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
42 Me dan calambres.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
43 Al levantarme en la mañana tengo las articulaciones muy rígidas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
44 Me duele la cabeza.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
45 Se me presenta y/o se me agrava la migraña (dolor intenso en la mitad de la cara y cabeza).	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
46 Los dolores de cabeza aumentan cuando utilizo la píldora o algún anticonceptivo oral.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
47 Me salen granitos de grasa.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
48 La piel se me pone gracienta, con espinillas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
49 El acné me causa problemas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
50 Se me irritan los ojos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
51 Me cuesta trabajo dormir.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
52 Tengo más facilidad para percibir olores.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
53 Cualquiera olor me desagradaba.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
54 Me quejo mucho de dolores en general.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
55 Sufro de náuseas y/o vómito.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis mensl.  
de 6 meses hacia  
atrás.

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis mensl.  
de 6 meses a la  
fecha.

	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
56 Sufro de dolores estomaca- les.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
57 Me faltan ganas para levanta- rme de la cama.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
58 Tengo pereza.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
59 Me duelen los senos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
60 Me canso más que los otros días.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
61 Mis actividades acostumbra- das se ven afectadas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
62 Evito algunas actividades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
63 Mis actividades no son tan eficaces.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
64 Me falta energía para rea- lizar las actividades dia- rias.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
65 Me siento incapaz de ejecu- tar bien mi trabajo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
66 La calidad de mi trabajo disminuye.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
67 Me siento muy fatigada.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
68 El rendimiento de mis acti- vidades diarias disminuye.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
69 Pierde interés en mis acti- vidades diarias.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
70 Deseo abandonar mis activi- dades diarias.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
71 He abandonado mis activida- des diarias.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
72 Mi ejecución en los depor- tes disminuye.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
73 Me cuesta trabajo pensar rápido.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
74 Mi pensamiento es confuso.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
75 Se me caen los objetos de las manos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
76 Tiendo a olvidarme de los dormir.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
77 Me peleo mucho con mis com- pañeros de trabajo y/o es- cuela.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
78 Evito salir a lugares con- curridos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
79 Riño con mi pareja.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
80 Es cuando más les pego a mis hijos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
81 Es cuando más me peleo con las personas que me rodean.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
82 Tengo ataques de cólera.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis mens-  
de 6 meses hacia  
atrás.

Aprox. de 14 días  
antes a 2 días des-  
pués de mis mens-  
de 6 meses a la  
fecha.

	S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
83 Estoy muy tensa.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
84 Tengo ganas de llorar.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
85 Llora mucho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
86 Siento un gran nerviosismo	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
87 Tengo cambios en el estado de ánimo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
88 Algunas personas me han he- cho notar los cambios en el estado de ánimo que sufro.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
89 Me siento muy inquieta.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
90 Me siento muy infeliz.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
91 Me siento muy triste.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
92 Nada me hace sentir feliz.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
93 Pierdo interés en lo que hago.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
94 Pierdo interés en la vida.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
95 Me es difícil controlar mis emociones.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
96 Me cuesta trabajo adapta- me a las situaciones que se me presentan.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
97 Pierdo entusiasmo por las cosas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
98 Siento ganas de suicidar- me.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
99 Hago caprichos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
100 Me siento muy nostálgica.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
101 Llora por cualquier cosa.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
102 Me cuesta trabajo tomar decisiones.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
103 Me siento insegura.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
104 Tomo decisiones precipita- das.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
105 Espero una gran considera- ción de la gente que me rodea.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
106 Necesito que los que me rodean me apapachen.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
107 Si me hablan fuerte me siento agrudada.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
108 He estado bajo tratamiento médico debido a las molestias que tengo días antes de mi menstruación.					si ( )					no ( )
109 Las molestias que tengo son más intensas con el paso de los años.					si ( )					no ( )

Probablemente más adelante se amplie la presente investigación, por lo que te rogamos que si no tienes inconveniente nos proporciones los siguientes datos, con el fin de contar con tu posterior colaboración.

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## APENDICE C

El presente estudio se hace con el objeto de recabar información acerca de los síntomas que presentan durante la premenstruación de 14 días antes a 2 días después de la menstruación. Dicho estudio tiene como fin conocer la frecuencia con la que se presentan los síntomas premenstruales dentro de la población universitaria.

La información que proporciones será de gran ayuda para los fines de esta investigación. Se analizará en forma global, no en forma individual, y se usará únicamente con fines estadísticos; por lo que te rogamos sean completamente sinceros al responder las preguntas, mismas que deben ser contestadas individualmente. Por favor deja sin contestar las preguntas que no son aplicables a ti. Por ejemplo, en el reactivo "En cuando más las pego a mis hijos", si no tienes hijos, no lo contestes.

Agradecemos de antemano tu colaboración.

Edad \_\_\_\_\_

¿Estudias? sí ( ) no ( ) ¿Qué estudias? \_\_\_\_\_

Semestre \_\_\_\_\_

Si no estudias actualmente, ¿Cuál fue el último grado escolar que estudiaste? \_\_\_\_\_

¿Trabajas? sí ( ) no ( ) ¿En dónde? \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso mensual de tu familia? \_\_\_\_\_

Numero de personas que dependen de dicho ingreso \_\_\_\_\_

Estado civil: a) Soltera ( )  
 b) Casada ( )  
 c) Unión Libre ( )  
 d) Divorciada ( )  
 e) Viuda ( )

Mi primera menstruación fue a los \_\_\_\_\_ años.

Mis periodos menstruales a) anteriormente fueron:  
 regulares ( )  
 irregulares ( )  
 b) actualmente son:  
 regulares ( )  
 irregulares ( )

Mi periodo menstrual es cada \_\_\_\_\_ días y dura \_\_\_\_\_ días.

Mi primera relación sexual fue a los \_\_\_\_\_ años.

Mis relaciones sexuales son \_\_\_\_\_ veces al mes.

**INSTRUCCIONES:** en cada una de las siguientes afirmaciones marca con una "X", dentro del paréntesis, la opción que más se acerque a tus características. Se presentan las siguientes cinco opciones:

Siempre (S)  
 Casi Siempre (CS)  
 Algunas Veces (AV)  
 Casi Nunca (CN)  
 Nunca (N)

Te agradecemos que sólo marques una opción.

A continuación se presenta un ejemplo con el fin de aclarar dudas sobre la forma de responder al cuestionario.

EJEMPLO: "Las escuelas primarias tienen vacaciones en Julio".

(X) ( ) ( ) ( ) ( )  
 S CS AV CN N

## S CS AV CN N

1	Ingiere bebidas alcohólicas.	(	)	(	)	(	)	(	)
2	Tomo tranquilizantes.	(	)	(	)	(	)	(	)
3	Fumo.	(	)	(	)	(	)	(	)
4	Actualmente utilizo anticonceptivos.	(	)	(	)	(	)	(	)
5	Uso la píldora anticonceptiva.	(	)	(	)	(	)	(	)
6	Mis relaciones sexuales han sido satisfactorias.	(	)	(	)	(	)	(	)
7	Durante mis relaciones sexuales he tenido orgasmos.	(	)	(	)	(	)	(	)
8	Cuando me masturbo tengo orgasmos.	(	)	(	)	(	)	(	)
9	Mi compañero sexual es hombre.	(	)	(	)	(	)	(	)
10	Recibo mi menstruación con agrado.	(	)	(	)	(	)	(	)
11	Mi menstruación es una reafirmación de mi sexo.	(	)	(	)	(	)	(	)
12	Mi menstruación me impide estar en más contacto con mi cuerpo.	(	)	(	)	(	)	(	)
13	Disfruto el tiempo de mi menstruación.	(	)	(	)	(	)	(	)
14	Mi menstruación me pone en desventaja con los hombres.	(	)	(	)	(	)	(	)
15	Me desagrada el tiempo de mi menstruación.	(	)	(	)	(	)	(	)

Contesta de la misma forma que en el apartado anterior, la opción que mejor describa los síntomas que has tenido.

## S CS AV CN N

16	Se me hinchan los senos.	(	)	(	)	(	)	(	)
17	Se me hinchan los dedos de las manos.	(	)	(	)	(	)	(	)
18	Me aprietan los anillos.	(	)	(	)	(	)	(	)
19	Se me hinchan los tobillos.	(	)	(	)	(	)	(	)
20	Me lastiman los zapatos.	(	)	(	)	(	)	(	)
21	Despierto a media noche con una sensación de hinchazón en las mamas.	(	)	(	)	(	)	(	)
22	Tengo dolores musculares.	(	)	(	)	(	)	(	)
23	Tengo dolores en las articulaciones.	(	)	(	)	(	)	(	)
24	Me duele la cabeza.	(	)	(	)	(	)	(	)
25	Se me presenta y/o se me agrava la migraña (dolor intenso en la mitad de la cara y cabeza).	(	)	(	)	(	)	(	)
26	Me faltan ganas para levantarme de la cama.	(	)	(	)	(	)	(	)
27	Me canso más que los otros días.	(	)	(	)	(	)	(	)
28	Mis actividades diarias se ven afectadas.	(	)	(	)	(	)	(	)
29	Evito algunas actividades.	(	)	(	)	(	)	(	)
30	Mis actividades no son tan eficaces.	(	)	(	)	(	)	(	)
31	Me falta energía para realizar las actividades diarias.	(	)	(	)	(	)	(	)
32	Me siento incapaz de ejecutar bien mi trabajo.	(	)	(	)	(	)	(	)
33	La calidad de mi trabajo disminuye.	(	)	(	)	(	)	(	)
34	Me siento muy fatigada.	(	)	(	)	(	)	(	)
35	El rendimiento de mis actividades diarias disminuye.	(	)	(	)	(	)	(	)
36	Pierdo interés en mis actividades diarias.	(	)	(	)	(	)	(	)
37	Deseo abandonar mis actividades diarias.	(	)	(	)	(	)	(	)
38	Mi ejecución en los deportes disminuye.	(	)	(	)	(	)	(	)

- 39 Me peleo mucho con mis compañeros de trabajo ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
y/o escuela.
- 40 Evito salir a lugares concurridos. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 41 Riño con mi pareja. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 42 Es cuando más les pego a mis hijos. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 43 Es cuando más me peleo con las personas que  
me rodean. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 44 Tengo accesos de cólera. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 45 Me siento muy infeliz. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 46 Me siento muy triste. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 47 Nada me hace sentir feliz. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 48 Pierdo interés en lo que hago. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 49 Pierdo interés en la vida. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 50 Me es difícil controlar mis emociones. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 51 Pierdo entusiasmo por las cosas. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 52 Siento ganas de suicidarme. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 53 Hago caprichos. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 54 Me cuesta trabajo tomar decisiones. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 55 Me siento insegura. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 56 Tomo decisiones precipitadas. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 57 Espero una gran consideración de la gente  
que me rodea. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 58 Necesito que los que me rodean me apapachen. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 59 Si me hablan fuerte me siento agredida. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
- 60 He estado bajo tratamiento médico debido a las molestias que tengo días antes de mi menstruación. si ( ) no ( )
- 61 Las molestias que tengo son más intensas con el paso de los años. si ( ) no ( )

Probablemente más adelante se amplíe la presente investigación, por lo que le rogamos que si no tienes inconveniente nos proporciones los siguientes datos, con el fin de contar con tu posterior colaboración.

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_