

71



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRASTORNOS MENSTRUALES Y CONDUCTA
LABORAL EN UNA EMPRESA BANCARIA

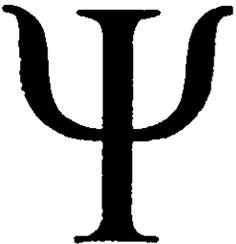
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

HECTOR MARTIN GONZALEZ PUENTE



23.9.61

CD. UNIVERSITARIA, MEXICO, D. F.,

~~1960~~

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

Con afecto y cariño

A mis padres: Rosalinda y Teodoro

A mis abuelos: Dolores, Esperanza y José's

" A todos los que forman parte de mi "

"DIOS NO JUEGA CON DADOS EN EL UNIVERSO"

Albert Einstein

Agradezco los comentarios, la paciencia, el tiempo e interés que fueron determinantes para la elaboración de este trabajo a mi Director de tesis y sinodales.

Al Dr. Héctor Lara Tapia

Director de la Presente Investigación.

Como maestro y científico lo percibo celoso de la calidad y formación de sus alumnos. Cuando recibo su conocimiento despierta en mi el interés por la psicología científica.

Cuando platico con él me enseña que el hombre sabio es congruente y no esconde la verdad. Si no se aprecia esto puede haber confusión. Pero si se comprende se da uno cuenta que pocas personas y amigos hay como él. El Doctor Lara ha influido notablemente en mi formación personal y profesional. Me siento contento y orgulloso de poderlo conocer.

Dr. Jaime Angel Grados Espinosa

Quien me ha regalado parte de sus conocimientos los cuales me han servido en mi vida personal y laboral

Lic. Alfredo Gudiño Garfias

Por su manera de inducir el pensamiento crítico-reflexivo haciendo uso de sus agudas observaciones

Lic. Eida Luisa Sánchez Fernández

Quien me enseñó más acerca de la psicología femenina complementando, sustancialmente mi investigación.

Lic. Marcela Miranda Rodríguez

Por transmitirme su compromiso profesional y humano en temas tan complejos existentes en la psicofisiología.

Hay maestros que nunca se olvidan por su genialidad, sus bromas didactico-inteligentes, complementando su afecto y calidad humana, por esos motivos y quizá por otros que se me escapan dedico también este trabajo a:

Dr. Daniel Nares Rodríguez QPD+

Dr. Luis Lara Tapia

Dr. Federico Puente Silva

Dr. José Antonio Talayero Uriarte

Mtro. Marco Antonio Castañeda Rivera

¡Gracias!

Trastornos Menstruales y Conducta Laboral en una Empresa Bancaria. "Es el único estudio que se ha realizado en México y de las pocas investigaciones con este tema que han sido elaboradas a nivel mundial".

Héctor Lara Tapia .

ÍNDICE

	PAG.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
CICLO MENSTRUAL	4
ENDOCRINOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL	8
EJE HIPOTALÁMICO HIPOFISIARIO	10
CAPITULO II	17
ESTRUCTURAS DEL SISTEMA LÍMBICO Y SU INFLUENCIA EN LAS EMOCIONES	19
HIPOTÁLAMO	21
AMÍGDALA	23
HIPOCAMPO	25
CAPITULO III	26
ALGUNOS ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA MUJER MEXICANA	
CAPITULO IV	34
MÉTODO	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	37
PROCEDIMIENTO	39
RESULTADOS	40

DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	60
APÉNDICE A ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN (EAMD)	64
APÉNDICE B INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO (IDARE)	69
APÉNDICE C CUESTIONARIO DE DESÓRDENES MENSTRUALES DE (MDQ)	71
APÉNDICE D TABLAS DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS	88
BIBLIOGRAFÍA	

RESUMEN



Se realizó un estudio con 35 mujeres voluntarias en la Iniciativa Privada específicamente en un Banco, en las áreas de Servicios Contables, Contaduría, y del departamento de Recursos Humanos. Se aplicaron los cuestionarios IDARE, (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado), EAMD (Escala de Automedición de la Depresión) y el MDQ (Cuestionario de Desórdenes Menstruales), en la fecha previa al flujo menstrual. Las 97 variables se procesaron en un programa Lotus de correlación estadística (r de Pearson). Entre otros síntomas como se puede observar en las tablas diseñadas en el presente estudio, los resultados reflejan, alteraciones de memoria .72, errores de juicio .72, difícil concentración .71, torpeza motora .78, cada una de estas variables se correlacionó con el bajo rendimiento laboral. Observando la insidencia probable del síndrome de tensión premenstrual asociado a estos síntomas.

INTRODUCCIÓN

Estudios realizados en México por Ramírez de Lara y col., (1972) y Lara Tapia H (1975) encontraron gran similitud entre los síntomas manifiestos de las pacientes psiquiátricas y las enfermas ginecológicas .

Posteriormente encontraron relación directa entre el ciclo menstrual y cuadros psiquiátricos agudos (histeria y depresión) en el que se describe un síndrome psiquiátrico,(relacionado con la menstruación y la sintomatología de las fases del ciclo) cuyos síntomas se asemejan a los descritos por Moss en su escala de medición de Trastornos Menstruales (MDQ) .

Investigaciones recientes han mostrado un especial interés al estudiar cambios fisiológicos en relación al ciclo menstrual, utilizando modelos psicofisiológicos y conductuales , observando cambios emocionales y cognitivos en cada fase del ciclo así como un aumento de conductas disfuncionales antes y durante la menstruación. La mayoría de estos estudios coincide con la hipótesis de que el comportamiento de la mujer es dependiente de los cambios hormonales que se van presentando en cada fase del ciclo menstrual. Como es el caso de los estudios realizados por Endicott y col., (1981) mencionando que los cambios premenstruales se caracterizan por un síndrome depresivo presentando desórdenes afectivos. Collins y col., (1985) al estudiar respuestas de ansiedad con perfiles hormonales en 15 mujeres , encontraron al analizar la excreción urinaria de adrenalina y noradrenalina que el comportamiento psicoendocrinológico de tensión variaba significativamente a través del ciclo menstrual, reportando valores altísimos en la fase lutea. Los resultados reflejaron más síntomas negativos en cuanto a dificultades para concentrarse: ansiedad, propensión a accidentes, depresión, labilidad emocional así como mayor excitación en la fase ovulatoria y presentando una baja en la fase lutea. Contreras y Marvan (1985) al utilizar un modelo psicofisiológico con potenciales evocados, observaron disminución en la conducción nerviosa en la fase menstrual infiriendo cierta alteración del sistema nervioso periférico y por ende del proceso integrativo sensorio motriz y

multisináptico. Lee y col., (1990) reportan que la atención visual se encuentra difusa en los días 10 y 25 del periodo menstrual.

Brugger (1993) en investigaciones recientes descubre que la capacidad cognitiva en la ejecución de tareas se ve disminuida, y que ésta puede estar relacionada con cierta alteración del lóbulo frontal precisamente en la fase previa al flujo menstrual, deduce que como otros procesos cognitivos las funciones de los lóbulos frontales fluctúan con los cambios hormonales del ciclo menstrual.

Investigaciones clínicas realizadas por McLeod (1993) apoyan lo anterior observando cambios severos en la conducta presentados por cuadros obsesivos-compulsivos, ansiedad fóbica, conductas psicóticas y mayor hospitalización en la fase premenstrual. Mizuta (1993) relaciona el desencadenamiento de cuadros parkinsonianos en una mujer de manera recurrente al acercarse la fecha próxima a su flujo menstrual.

Algunos otros investigadores han enfocado sus estudios en relación a este tema con aspectos de tipo social. Ya Santiago Ramírez en (1962) menciona que en los países industrializados la sexualidad de la mujer se encuentra deteriorada en sus relaciones maritales y su comportamiento materno, y siendo afectados sus componentes biológicos por diversas técnicas anticonceptivas los desórdenes emocionales y menstruales son evidentes. Aubuchon y col., (1985) encontraron influencias Socio-Culturales y expectativas sociales en la experiencia de varios síntomas de tensión premenstrual. Belk y col., (1989) subrayan que las mujeres que han sufrido comúnmente situaciones estresantes en su vida son más propensas a adoptar creencias y estereotipos sociales negativos, reflejando valores más altos de depresión, estrés y desesperanza, en la etapa previa al flujo menstrual. En mujeres que trabajan o conviven juntas los estudios preliminares realizados por Weller y Weller (1993) pueden ser útiles para futuras investigaciones ya que se han enfocado en una posible sincronía menstrual basados en la hipótesis de que los individuos quienes viven en alojamiento y comparten sus actividades conjuntas frecuentemente

afectan la sincronización de su comportamiento fisiológica y endocrinológicamente . Según estos autores es probable que tal sincronía se pueda atribuir a influencias ambientales comunes. Investigadores como Lampertis y col. (1974) han mostrado interés al analizar substancias químicas como posibles agentes responsables de afectar el funcionamiento hormonal y reproductivo. Lampertis al realizar experimentos con marmotas encontró que el cloruro mercurico suprimió la producción de progesterona y afectò el ciclo de estrógenos, retrasando el desarrollo folicular en los ovarios dañando la membrana lútea de la célula que es necesaria en la producción de esteroides. Concluyendo que el mercurio afecta directamente al ovario y la hipófisis. Sibleud (1989) retoma estos estudios y afirma que el mercurio se encuentra relacionado con algunos de los síntomas del síndrome premenstrual, al observar que las mujeres de su estudio tenían significativamente más desórdenes menstruales con amalgamas que sin éstas y de 12 mujeres que informaron alteraciones menstruales 9 de ellas reportaron mejorías al ser eliminadas dichas amalgamas . El mismo autor enfatiza que los síntomas más comunes del envenenamiento inorgánico del mercurio producen angustia psicológica; siendo probable que el mercurio dental que se usa universalmente puede ser un importante riesgo en la salud. Tomando como base estos estudios, es evidente que la manifestación de los síntomas del síndrome premenstrual es muy semejante en referencia a los cambios cognitivo-conductuales, y la presencia de los cuadros depresivos y ansiosos, así como los cambios de humor y emotividad exagerada y en algunos casos episodios psicóticos agudos en la fase previa al flujo menstrual. Debido a esto surgió la inquietud de investigar si algunos de estos síntomas podían presentarse en mujeres trabajadoras, afectando su actividad social y su productividad laboral. Dos estudios previos (González Puente y Granados Hernández,1989) se realizaron en un estudio piloto con 12 mujeres trabajadoras en la Ciudad de México, cuatro educadoras, una maestra de primaria, tres mecanógrafas, dos jueces, una trabajadora social y un médico-cirujano con especialidad en neurología, que trabajaban

en diferentes empresas gubernamentales. Se aplicó el cuestionario de desórdenes menstruales de Moos (MDQ) a estas mujeres en la fase premenstrual. De acuerdo a los resultados obtenidos, se analizó únicamente el factor III, cambios en la conducta, que contiene los reactivos Bajo rendimiento Laboral, Somnolencia Diurna, Aislamiento en Casa, Menor Actividad Social, Menor Eficiencia. Siendo de nuestro interés específicamente las puntuaciones obtenidas en dichos reactivos para este estudio preliminar. En cuanto a las alteraciones psicológicas presentadas con mayor frecuencia en este estudio fueron labilidad emocional, depresión, irritabilidad ; y en el aspecto laboral: ausentismo, bajo rendimiento, agresividad verbal y castigo a empleados. Un segundo estudio que realizó Granados Hernández (1990) en educadoras de la S.E.P., reportó que las mujeres que se encontraban en la fase premenstrual, castigaban más a los niños, siendo menos tolerantes con ellos y en algunos casos los agredieron física y verbalmente. El 10% presentó ausentismo y el 25% notoria disminución del rendimiento laboral. Es preciso mencionar que estudios previos se realizaron en mujeres con diagnóstico de alteraciones ginecológicas, menstruales o síndrome premenstrual. El modelo que se presenta a continuación se llevó a cabo en mujeres trabajadoras "normales" de la iniciativa privada, encontrando un bajo rendimiento laboral de un 80% así como una menor actividad social, aislamiento en casa referido al ausentismo laboral, así como un cuadro depresivo ansioso, afectando su desempeño y la realización de tareas asignadas, observándose mayor castigo a empleados en forma injustificada por las mujeres de mayor jerarquía. Produciendo un clima laboral deficiente con mayor cantidad de conflictos personales, y problemas administrativos como eran, la duplicidad de trabajo, instrucciones confusas, mayor solicitud de cursos de capacitación que no reportaban ningún cambio en la conducta, siendo probable que la insatisfacción laboral y los conflictos laborales reforzarán y condicionarán de alguna manera los síntomas premenstruales presentados en estas mujeres.

CAPITULO I

**CICLO MENSTRUAL
ENDOCRINOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL
EJE HIPOTALÁMICO HIPOFISIARIO**

CICLO MENSTRUAL DE LA MUJER

Teleológicamente se puede considerar como preparación periódica para la fecundación y el embarazo. La duración del ciclo es notoriamente variable en las mujeres , pero en promedio es de 28 días desde el inicio de un período menstrual al comienzo del siguiente. El uso común ha hecho que los días del ciclo se identifiquen por un número comenzando con el primer día de la menstruación .

LAS GÓNADAS

Las gónadas o glándulas sexuales son los testículos en el macho y los ovarios en la hembra, las cuales secretan hormonas que desde el punto de vista químico son esteroides, lo mismo que sucede con las hormonas secretadas por la corteza suprarrenal.

Las hormonas sexuales o gonadales pueden clasificarse en tres tipos (Ardila , 1986)

- andrógenos : su principal producción se encuentra en los testículos,
- estrógenos : su principal producción se encuentra en los ovarios y en la placenta,
- progestinas : se produce principalmente en el cuerpo lúteo (del ovario) .

Los estrógenos , son esteroides que no poseen un grupo metilo ; éstos son secretados por las células de la teca interna de los folículos ováricos del cuerpo lúteo de la placenta y en pequeñas cantidades por la corteza suprarrenal y los testículos. Bajo la influencia de los estrógenos del folículo en desarrollo , el endometrio aumenta rápidamente de espesor en el periodo comprendido entre el 5^a y 14^a día del ciclo (Ganong , 1984).

Los estrógenos también facilitan el crecimiento de los folículos ováricos aumentando la motricidad de las trompas de falopio, esta capacidad de los estrógenos se puede observar

ya que al actuar aumenta la cantidad de músculo uterino y su contenido de las proteínas contráctiles, bajo esta influencia se vuelve más activo y excitable.

Entre otras funciones, los estrógenos disminuyen la secreción de (FSH) hormona foliculo estimulante en algunas circunstancias, éstos inhiben la secreción de la (LH) hormona luteinizante . En el periodo de la ovulación en el ciclo menstrual de la mujer los estrógenos hacen el moco más fluido y alcalino, cambio que promueve la supervivencia y el transporte de los espermatozoides, los estrógenos también hacen crecer el tamaño de la hipófisis y son responsables del estro en los animales e incrementan la libido en el ser humano.

La progesterona es responsable de los cambios progestacionales en el endometrio y los cambios cíclicos en el cuello uterino, así como también en la fase lútea del ciclo menstrual la progesterona es termògena, ya que en el tiempo de la ovulación se presenta en la mujer aumento en su temperatura corporal, esta hormona es incrementada por la (LH) hormona luteinizante y cuenta con un efecto antiestrogénico sobre las células del miometrio, que hace decrecer su excitabilidad, sensibilidad, a la oxitocina (Ganong,1984).

Sin embargo , las tres clases de hormonas sexuales se secretan en diferentes cantidades en los testículos , los ovarios , la placenta y la corteza suprarrenal y están químicamente relacionados (Ardila, 1986) .

CICLO UTERINO

Al final de la menstruación todas las capas del endometrio excepto las profundas. se han desprendido. Bajo la influencia de los estrógenos del foliculo en desarrollo, el endometrio aumenta rápidamente de espesor en el periodo comprendido entre el quinto y el 14° día del ciclo menstrual . Las glándulas uterinas crecen en longitud, pero casi no secretan. Estos cambios del endometrio se llaman proliferativos y a esta parte del ciclo menstrual se le denomina a veces fase proliferativa. Después de la ovulación, el endometrio se vuelve ligeramente adematoso bajo la influencia de los estrógenos y de la progesterona

provenientes del cuerpo lúteo . Estos son los cambios secretorios o progesteronales y este periodo recibe el nombre de fase secretoria del ciclo menstrual.

Posteriormente las arterias espirales se dilatan entonces una por una y sus paredes necróticas se rompen produciendo hemorragia , desprendimiento y flujo menstrual. El sangrado menstrual es predominantemente arterial y sólo 25% de la sangre que fluye es de origen venoso . La duración promedio del flujo menstrual es de 5 días.

Desde el punto de vista de la función endometrial , la fase proliferativa representa la restauración del epitelio de la menstruación precedente, y la fase secretoria, preparación del útero para la implantación del óvulo fecundado, cuando falta la fecundación el endometrio se desprende y se inicia un nuevo ciclo .

La mucosa del cuello uterino no experimenta descamación cíclica , pero hay cambios regulares en el moco cervical. Los estrógenos hacen el moco más fluido y alcalino, cambio que promueve la supervivencia y el transporte de los espermatozoides . La progesterona lo vuelve más viscoso , tenaz y celular , el moco más fluido es el del tiempo de la ovulación

CICLO OVARICO

Debajo de la cápsula ovárica existen desde la época del nacimiento , numerosos folículos primordiales, cada uno conteniendo un óvulo inmaduro al iniciarse cada ciclo , varios de estos folículos se agrandan y se forma una cavidad alrededor del óvulo (formación del antrum) en la mujer; uno de los folículos empieza a crecer en un ovario aproximadamente al sexto día, mientras los otros involucionan. Las células de la teca interna del folículo son la fuente primaria de los estrógenos; sin embargo, el líquido folicular tiene un elevado contenido de estrógenos y gran parte de éstos provienen, al parecer de la células de la granulosa.

Aproximadamente al 14° día del ciclo, el folículo distendido se rompe y el óvulo es expulsado a la cavidad abdominal este es el proceso de la ovulación. El óvulo es recogido por los extremos fimbriados de las trompas de falopio y transportado al útero y, a menos

que ocurra la fecundación , hacia el exterior a través de la vagina. Las células de la capa granulosa y de la teca del revestimiento folicular, pronto comienzan a proliferar y la sangre coagulada es rápidamente reemplazada por la células lúteas llenas de lípidos, amarillentas que forman el cuerpo lúteo .

Las células lúteas secretan rápidamente estrógenos y progesterona; si no hay embarazo, el cuerpo lúteo empieza a degenerar aproximadamente 4 días antes de la siguiente menstruación o regla (24° día del ciclo) hasta que al fin es reemplazado por el tejido cicatrizal para formar el cuerpo albicante (Ganong, 1984) .

ENDOCRINOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL

En cada fase del ciclo menstrual de la mujer se podrá observar la actividad de la hipófisis y el comportamiento hormonal el cual influye en forma progresiva en todo su organismo, preparándose para la fecundación y el embarazo. Por lo que es preciso mencionar sus componentes endocrinológicos.

El sistema endócrino, como el sistema nervioso , ajusta y correlaciona las actividades de varios sistemas orgánicos poniéndolos en condiciones de hacer frente a las demandas cambiantes del medio interno (Ganong,1984) cuyos productos son vertidos de las glándulas endócrinas y del medio externo donde actúan las glándulas exócrinas (Ardila,1986). Estas acciones las realizan las hormonas, cuya palabra deriva del griego y quiere decir poner en movimiento.

INFLUENCIA DE LA HIPÓFISIS EN EL CICLO MENSTRUAL

La hipófisis es la glándula endócrina que influye significativamente en cada fase del ciclo menstrual de la mujer y específicamente en las gónadas. La hipófisis está situada en la base del cerebro y conectada con el hipotálamo por medio del infundíbulo .

Desde el punto de vista embriológico, la hipófisis está formada por dos tipos diferentes de tejido: la parte anterior proviene del tejido epitelial llamado tejido de Rathke thke, la parte posterior proviene del neuro ectodermo, específicamente del piso del tercer ventrículo.

La hipófisis está situada en una depresión del hueso esfenoides llamada silla turca que se encuentra debajo de la superficie ventral del diencefalo (Ardila , 1986).

La hipófisis puede dividirse en dos partes bien diferenciadas, especialmente desde el punto de vista de su funcionamiento: una parte anterior o adeno-hipófisis , y una parte posterior o neurohipófisis; ambas secretan hormonas .

La adenohipófiis , secreta hormonas gonadotrópicas que promueven la actividad de las gónadas y tienen un papel de importancia central en la conducta sexual, hay dos hormonas gonadotrópicas.

A).- La hormona foliculo - estimulante (FSH), que induce el desarrollo de los folículos del ovario en la hembra y estimula el crecimiento de los tubérculos seminales y el mantenimiento de la espermatogénesis en el macho.

B).- La hormona luteinizante (LH), también llamada estimulante de las células intersticiales (ICSH) que actúa para regular los últimos estadios del desarrollo del folículo la ovulación y la secreción de estrógenos.

Otras hormonas trópicas secretadas por la adenohipófisis con influencia en el ciclo menstrual son :

- Tirotropina u hormona tirotrópica, que es esencial para el desarrollo normal de la tiroides y su actividad secretoria (Ardila, 1986)

- Adenotropina u hormona adenótropica (ACTH), que estimula una parte de las glándulas suprarrenales la corteza suprarrenal (Guyton,1984) donde se segrega aldosterona

responsable del aumento de mineralocorticoides lo cual influye en la conducta de algunas mujeres, causando tensión premenstrual.

EJE HIPOTALÁMICO - HIPOFISIARIO

El eje hipotálamico-hipofisiario se encuentra en continua retroalimentación con las glándulas y algunas hormonas del sistema neuroendócrino, que influyen en el comportamiento cognitivo conductual en el ciclo menstrual de la mujer, por lo que es conveniente mencionar algunos conceptos básicos en referencia a los componentes endocrinológicos pretendiendo ilustrar de manera clara los conceptos abordados en el presente tema.

GLÁNDULAS ENDÓCRINAS Y SISTEMAS HORMONALES

Sommer, (1976) afirma que las glándulas endócrinas son fuentes relativamente localizadas de sustancias químicas (hormonas) que circulan a través de la corriente sanguínea para producir reacciones en todo el cuerpo. Los sistemas endócrinos constituyen un sistema complementario de coordinación paralelo al sistema nervioso y ambos están estrechamente interconectados. De los dos sistemas nervioso y hormonal, este último es más adecuado para los procesos de coordinación y de control en un periodo largo por ejemplo.

- 1.- crecimiento y desarrollo del cuerpo y de los órganos,
- 2.- mantenimiento y control de las condiciones corporales como el metabolismo o la regulación de la composición química de los fluidos corporales ,
- 3.- procesos cíclicos de periodo largo, como los que ocurren en la actividad sexual de muchas especies (animales)

ESTRUCTURA QUÍMICA HORMONAL

La palabra hormona deriva del griego y quiere decir poner en movimiento, las hormonas pertenecen generalmente a dos clases de sustancias químicas que a continuación se detallan:

- 1.- Proteínas (polipéptidos) son sustancias bioquímicas compuestas de cadenas de aminoácidos que generalmente son más complejas que los esteroides la mayor parte de las hormonas hipofisiarias corresponden a esta clase.
- 2.- Los esteroides, las hormonas sexuales (andrógenos, estrógenos, progesterona) influyen en forma determinante en las gónadas (testículos y ovarios) y en la corteza suprarrenal (Ardila, 1986) teniendo una notable participación la hipófisis anterior o neurohipófisis, otro pequeño grupo de hormonas de estructura " simple " proviene de la glándula tiroidea y se conoce con el nombre de tiroxina (Sommer, 1976) .

SISTEMA PORTA HIPOTALÁMICO-HIPOFISIARIO

Como se ha observado en los capítulos anteriores, el cuerpo humano es un sistema en continua interacción en la que participa todo el organismo (Anojín , 1987) , incluyendo sus componentes psicofisiológicos y conductuales. Es por esta razón que es conveniente tomar en cuenta al sistema neuro-endócrino y específicamente algunas funciones hipotalámicas-hipofisiarias existiendo una continua participación de estas estructuras en cada fase del ciclo menstrual y en la conducta sexual de la mujer .

El hipotálamo desde el punto de vista anatómico, como ya se mencionó, se encuentra en la porción del extremo anterior del diencéfalo que yace por debajo del surco hipotalámico y en frente de los núcleos interpendunculares (Ganong , 1984) .

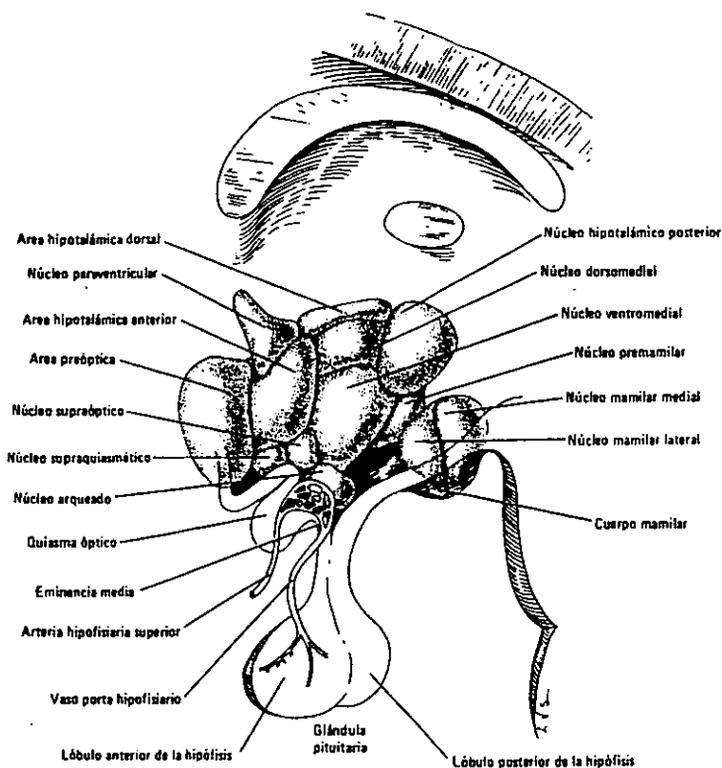
Es preciso mencionar que Ardila, (1986) con base en sus estudios formula la teoría bifactorial de las emociones enfatizando que en toda emoción entra en juego el hipotálamo y la formación reticular.

La hipófisis o pituitaria, se encuentra situada desde el punto de vista anatómico en la base del cerebro y conectada con el hipotálamo por medio del infundíbulo, a su vez se ubica en una depresión de hueso esfenoides llamada la silla turca (Ardila, 1986). Entre el hipotálamo y el lóbulo anterior de la misma existen conexiones (Ganong, 1984). La hipófisis se divide en dos partes la Adenohipófisis parte anterior (que se encuentra bajo control químico) y la neurohipófisis o parte posterior (que almacena algunas hormonas) y a su vez se encuentra conectada con el hipotálamo (Ardila, 1986).

Los estudios de Guyton, (1984) en referencia a la regulación de la secreción de la hipófisis anterior y el sistema porta hipotálamo - hipofisario, mencionan que existe un proceso de vascularización en la hipófisis anterior que recibe su sangre de dos fuentes: 1) las arteriolas ordinarias y 2) el llamado sistema porta hipotálamo-hipofisario. El hipotálamo, parte del cerebro situado inmediatamente por debajo del tálamo, regula muchas de las funciones automáticas del cuerpo. Después que la sangre pasa por los capilares del hipotálamo, sobre todo de su parte inferior llamada eminencia media, abandona la zona mediante pequeñas venas porta hipotálamo-hipofisarias, que corren por la superficie anterior del tallo de la hipófisis y llegan a la hipófisis anterior. A este nivel las venas penetran en las glándulas, donde la sangre fluye por gran número de senos venosos que riegan las células de la hipófisis anterior.

El hipotálamo produce una serie de sustancias neurosecretorias diferentes que se denominan factores hipotalámicos liberadores e inhibidores. Estos factores se secretan hacia la sangre del sistema porta hipotalámico-hipofisario, y luego hacia los senos venosos en la hipófisis anterior, donde regulan la secreción de las diversas hormonas de esta glándula.

SISTEMA O EJE PORTA HIPOTALAMICO-HIPOFISIARIO



Eje encéfalo-hipófisis-glándulas objetivo. Los factores liberadores penetran en la hipófisis por conducto de los vasos sanguíneos del hipotálamo. Las hormonas tróficas(estimulantes) pasan de la hipófisis a las glándulas objetivo a través del sistema circulatorio general. Las gonadotrofinas incluyen la hormona estimulante de los folículos (HFE), la hormona luteinizante (HL), y la prolactina . La hormona del crecimiento es producida también por la hipófisis anterior bajo la influencia de factores inhibidores y liberadores del hipotálamo, Sommer (1976).

Los seis factores más importantes para el control de la secreción de la hipófisis anterior son:

- 1.- Factor liberador de tirotrópina (TRF), que produce la liberación de tirotrópina, denominada también hormona estimulante del tiroides .
 - 2.-Factor liberador de corticotropina (CRF) , que produce liberación de corticotropina, que se conoce también como (ACTH) u hormona adenocorticotrópica .
 - 3.-Factor liberador de hormonas de crecimiento (GRF) , que produce liberación de la hormona del mismo nombre.
 - 4.-Factor liberador de hormona luteinizante (LRF) que produce la liberación de esta hormona.
 - 5.-Factor liberador de hormona estimulante de los folículos (FRF), que produce liberación de la hormona del mismo nombre.
 - 6.-Factor inhibidor de la prolactina (PIF), que produce inhibición de la secreción de prolactina.
- Nótese que cinco de estos factores producen liberación (secreción) de las hormonas y existe un factor inhibidor que es la prolactina .
- A causa de los efectos poderosos de estos factores liberadores e inhibidores de la secreción hipofisiaria anterior, casi todo el control de la hipófisis anterior depende de estimulación o inhibición de los muchos centros neuronales de control del hipotálamo, que a su vez, regulan la excreción de factores hipotalámicos de liberación e inhibición (Guyton,1984).

HORMONAS DE LA HIPÓFISIS POSTERIOR

La hipófisis posterior en realidad no es una glándula, porque sólo almacena hormonas en vez de secretarlas y según Guyton, (1984) tienen la siguiente función:

1.- Hormona antidiurética o vasopresina .

- formación ; en neuronas de núcleo supraóptico.
- secreción ; se encuentra en el hipotálamo anterior conjuntamente con las células neuronales que conducen a la hormona antidiurética por los cilindro-ejes hacia la hipófisis .
- funciones ; controla la excreción de agua a nivel renal impide que los líquidos corporales se concentren en niveles elevados, aumenta las dimensiones de los poros en los túbulos distales y túbulos colectores (conservando el agua de los líquidos corporales).

Se le llama vasopresina porque en elevadas cantidades hace que aumente la presión arterial que impide en cierto grado su disminución.

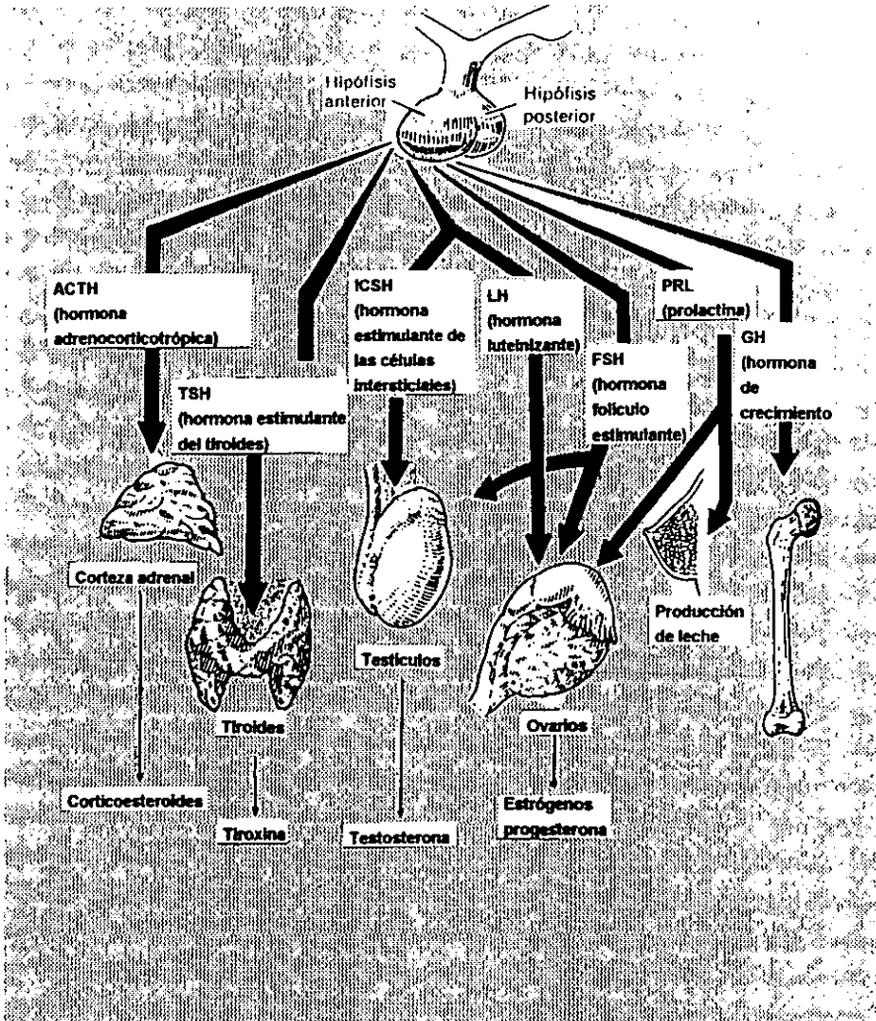
2.- La oxitosina

- Formación ; en neuronas del núcleo paraventricular.
- Secreción ; en el hipotálamo anterior conjuntamente con las células neuronales que conducen a la hormona antidiurética por los cilindro-ejes hacia la hipófisis .
- Funciones; estimula la contracción de los músculos uterinos y mamarios (expulsa la leche materna) ayudando en la nutrición del recién nacido almacenando a su vez la leche materna.

RETROALIMENTACIÓN DEL SISTEMA HIPOTÁLAMICO-HIPOFISIARIO GONADAL

La relación del hipotálamo y la hipófisis anterior muestran conexiones y retroalimentación hormonales que van de la tiroxina al hipotálamo y glándula hipófisis a su vez el control del cerebro y la retroalimentación que envían las glándulas objetivo al cerebro y a la hipófisis forman una ondulación que sirve para mantener las secreciones hormonales sexuales a niveles adecuados y relaciona su secreción a las condiciones externas corporales .

LA HIPOFISIS



Control de las glándulas endocrinas mediante las hormonas trópicas de la hipófisis anterior.

La información que penetra desde el medio ambiente al sistema nervioso modula el nivel de actividad.

Los productos del sistema, las secreciones de la glándula sexual (gónadas) que son transportadas por la corriente sanguínea afectando el estado de los órganos sexuales que llegan también a sitios especializados del sistema nervioso que intervienen en la conducta sexual .

En el caso de las hembras de mamíferos, las asas de control cerebro-ovarios son las causantes de las oscilaciones o fluctuaciones periódicas en los niveles hormonales que producen variaciones cíclicas en la fisiología y en la conducta sexual (Sommer, 1976) .

EL SISTEMA LÍMBICO Y SU RELACIÓN CON LAS EMOCIONES

La emoción se ha estudiado en el laboratorio de psicología desde hace muchos lustros y todavía no se sabe muy bien de qué se trata (Ardila, 1986) .

Duffy (1941, 1962) consideró que era mejor prescindir de una vez por todas del concepto; otros psicólogos estudian emociones y motivación bajo el mismo rótulo. Sin embargo, Lazarus, Opton y Averill, (1969) han insistido en considerar la emoción como respuesta y no como motivación. Un problema metodológico es la confusión que existe entre la emoción como experiencia subjetiva y la emoción como comportamiento.

Una definición de emoción

Emoción es un estado de gran excitación, acompañado de cambios viscerales y glandulares, que se manifiesta en formas de patrones complejos de comportamiento; estos cambios pueden estar o no orientados hacia la consecución de metas (Ardila, 1970).

Características de los fenómenos emocionales.

Duffy, (1941) considera que la emoción como experiencia representa una interpretación que el individuo hace de la situación, en términos favorables o desfavorables para él las tres características de los fenómenos emocionales son :

**SISTEMA HORMONAL CON MAYOR INFLUENCIA
EN EL EJE HIPOTÁLAMICO HIPOFISIARIO**

GLANDULA	HORMONA		BLANCO O FUNCIÓN
Hipófisis Anterior	Hormona del Crecimiento	(P)	Crecimiento
	Hormonas tróficas:		
	HACT	(P)	Corteza suprarrenal
	HET	(P)	Tiroides
	HFE	(P)	Gónadas
	HL	(P)	Gónadas
	Prolactina	(P)	Glándulas mamarias
Hipófisis posterior	Vasopresina	(P)	Riñon, Presión sanguínea
	Oxitocina	(P)	Glándulas mamarias, útero
Tiroides	Tiroxina	(T)	Desarrollo, ritmo metabólico
Paratiroides	Parathormona	(P)	Metabolismo cálcico y fosfórico
Corteza suprarrenal	Hormonas sexuales	(E)	(Véase a continuación)
	Glucocorticoides	(E)	Metabolismo de Carbohidratos, proteínas y grasas
	Mineralocorticoides	(E)	Equilibrio electrolítico y acuoso
Médula suprarrenal	Noradrenalina	(T)	Aparato circulatorio, liberación de glucosa
	Adrenalina	(T)	
Pancreas	Glucógeno	(P)	Liberación de glucosa
Células Alfa	Insulina	(P)	Transferencia de glucosa, y su utilización
Células Beta			
Ovarios	Estrógeno	(E)	Desarrollo y mantenimiento de la anatomía, fisiología y conducta sexuales
Fulículos	Progesterona	(E)	
Cuerpo lúteo	Testosterona	(E)	
Testículos			

Sommer (1976)

Principales glándulas endocrinas del hombre, sus productos, tipo químico, objetivo y función (HACT) hormona adrenocorticotrópica; (HTE) hormona tiroestimulante; (HL) hormona luteinizante; (P) proteína o polipéptido; (E) esteroide; (T) derivado de tirosina.

1.-Implican niveles de motivación inusualmente altos o bajos y, por tanto, niveles de energía inusualmente altos o bajos

2.- frecuentemente , si no siempre , son desorganizados .

3.-Incluyen una clase única de sensación o de cualidad de conciencia que se relaciona con el carácter placentero - desagradable de toda emoción.

Aspectos de la situación emocional

La situación emocional posee cinco aspectos intimamente relacionados entre sí, pero que pueden separarse para entender mejor la emoción (Ardila, 1986), hace mención de cinco aspectos:

1.- Los estímulos antecedentes. Existe cierta reactividad innata, pero que la mayor parte de las emociones tienden a diferenciarse basándose en esta reactividad y en el aprendizaje.

2.- Las condiciones y estados fisiológicos. Se discute si cada emoción corresponde a un patrón fisiológico diferente pero no parece posible clasificar las emociones basándose únicamente en sus correlatos fisiológicos (Blak, 1970) .

3.- El patrón de comportamiento. Algunos patrones de comportamiento emocional parecen aprendidos mientras que otros probablemente son innatos.

4.- Metas de conducta emocional. El comportamiento puede llevar a escapar de una situación dada y evitar tensiones, o llevar a un aumento de excitación como en el caso de las emociones "positivas". Este es el punto que relaciona emoción y motivación e implica numerosos aspectos teóricos todavía no resumidos.

5.- Experiencia consciente. La experiencia subjetiva de la emoción se estudia siempre con base en el informe verbal del sujeto. En estos informes se busca determinar la emoción de que se trata y su intensidad.

Con base en los estudios realizados por (Young ,1948) en los cuales señala la necesidad de separar el sentimiento, que incluye todo lo relacionado con factores afectivos, del juicio

realizado sobre ese sentimiento, que se basa en factores cognoscitivos. La dimensión subjetiva de las emociones sólo puede investigarse por medio de informes verbales y, por tanto, éstos tienen un sitio definido en el estudio de las emociones con un considerable margen de error.

AGUNAS TEORÍAS CUYO MODELO PSICOFISIOLÓGICO SE APROXIMA AL ESTUDIO DE LAS EMOCIONES

-Papez- MacLean (1937,1939) , en sus correlatos psicofisiológicos señalan que la corteza, el hipotálamo los cuerpos mamilares y los núcleos dorso médiales del tálamo forman el sistema límbico, siendo el hipotálamo, responsable de la expresión de las emociones y la experiencia emocional corre a cargo de la corteza.

-Lindsley, (1951) , basándose en sus investigaciones psicofisiológicas menciona que la formación reticular, los impulsos viscerales y somáticos se integran y se distribuyen en el hipotálamo. Los impulsos activan la corteza y ponen en estado de alerta al organismo.

-Ardila,(1986) propone la teoría bifactorial donde, desde el punto de vista psicofisiológico, el hipotálamo, la formación reticular y la corteza intervienen en las emociones. La localización cualitativa de las emociones se encuentra en el hipotálamo ; éste "determina" de que emoción se trata . La localización cuantitativa se encuentra en la formación reticular, la cual nos indica qué tan intensa puede ser la emoción, y la corteza cerebral integra los impulsos y da su "significado" a la emoción. Una emoción puede convertirse en otra, variando cualitativamente y a nivel humano, tanto la conducta como la experiencia emocional están culturalmente determinadas.

CAPITULO II

ESTRUCTURAS DEL SISTEMA LÍMBICO Y SU INFLUENCIA EN LAS EMOCIONES

BASES PSICOFISIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA Y LAS EMOCIONES

Tomando en cuenta lo anterior se puede plantear que las emociones tienen componentes tanto físicos como psicológicos (Gannon , 1984), lo cual implica :

- Cognición ; el darse cuenta de la sensación y usualmente de su causa
- Afecto ; el sentimiento como tal
- Conación ; el impulso para entrar en acción
- Cambios físicos ; como hipertensión , taquicardia , sudoración

EL SISTEMA LÍMBICO

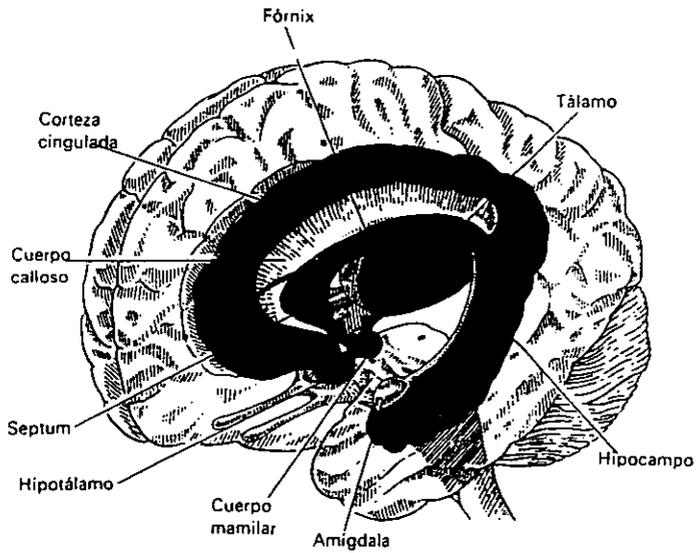
El sistema límbico se encarga de integrar estos componentes emocionales encargándose a su vez de regular la conducta alimentaria junto con el hipotálamo también está encargado de la conducta sexual, de las emociones de la cólera y temor, y de la motivación.

Anatomía

Actualmente, el término lóbulo límbico o sistema límbico se aplica a una parte del cerebro que contiene una circunvolución de tejido cortical alrededor del hilio del hemisferio cerebral y un grupo de estructuras profundas asociadas, la amígdala, el hipocampo y los núcleos septales (Gannon, 1976) .

Sommer, (1976) al estudiar esta estructura toma en cuenta al hipotálamo, mesencéfalo adyacente, giro singulado. Anteriormente al sistema límbico se le denomina rinencéfalo por considerarla relacionada con el olfato, pero actualmente se conoce que sólo una pequeña parte de ella está relacionada con el olfato.

SISTEMA LÍMBICO



Las principales estructuras del sistema límbico: Hipocampo, Tálamo, Fórnix, Corteza cingulada, Cuerpo caloso, Septum, Hipotálamo, Cuerpo mamilar, Amígdala.

Histología

La corteza límbica es, filogenéticamente hablando, la parte más antigua de la corteza cerebral. Histológicamente está compuesta de un tipo primitivo de tejido cortical llamado alo corteza que rodea al hilio del hemisferio, y de un segundo anillo de un tipo de corteza de transición llamado yuxtalo corteza situado entre la alo corteza y el resto del hemisferio cerebral. El tejido cortical de las porciones no límbicas remanentes del hemisferio se denomina neocorteza. La neocorteza es el tipo de corteza más altamente desarrollado y característicamente se compone de seis capas. Conexiones aferentes y eferentes el trigono (fórnix) conecta el hipocampo con los cuerpos mamilares los que a su vez se encuentran conectados con los núcleos anteriores del tálamo por el fascículo mamilotalámico los núcleos anteriores del talámo se proyectan a la corteza del cíngulo y de ella parten las conexiones al hipocampo completando un circuito cerrado complejo (Gannon, 1984).

Correlaciones entre estructura y función.

Una característica del sistema límbico es que existen en él pocas conexiones entre el y la neocorteza, desde el punto de vista funcional, la actividad neocortical modifica la conducta emocional y viceversa. Sin embargo, una de las características de la emoción es que no puede iniciarse o suprimirse a voluntad, otra característica de los circuitos límbicos es su prolongada posdescarga después de la estimulación.

ESTRUCTURAS DE SISTEMA LÍMBICO Y SU INFLUENCIA EN LAS EMOCIONES

HIPOTÁLAMO

Según investigaciones de Cannon y Britton (1925), Hess (1928), Yasucochi (1960), formularon la teoría, de que el hipotálamo parecía ser el centro del comportamiento emocional. Cannon y Britton, (1925) realizaron una ablación (retirar todo el tejido) por

encima y alrededor del hipotálamo, privando al animal de estructuras corticales y límbicas encontrando un cambio definido en la sensibilidad del animal, manifestando el gato una fuerte conducta agresiva, no sólo en respuesta a la estimulación dolorosa, sino también en respuesta a todos los tipos de manipulación , aún cuando se le tocará el pelaje, a esta reacción se le llamo cólera ficticia .

Hess, (1928) encontró que la estimulación eléctrica de varias regiones de hipotálamo produce rabia en el gato, incluyendo patrones organizados de comportamiento. El autor denominó a este centro " región de defensa afectiva del hipotálamo " . Hoy se sabe que la porción preforfornical del hipotálamo que rodea al fórnix (trigono) es el centro cuya estimulación produce rabia (Ardila, 1986).

Yasucochi, (1960) encontró que la estimulación del hipotálamo anterior produce comportamiento de miedo , la estimulación de la porción posterior causa curiosidad y alerta.

Según Delgado (referido por Anojin, 1987), ha perfeccionado una técnica experimental utilizando la teleinyección de sustancias farmacológicas y hormonas de cualquier tipo en la zona del hipotálamo confirmando su importancia en la génesis de las emociones .

Como se puede observar el hipotálamo tiene un papel decisivo en el comportamiento emocional así como en la sexualidad, hambre, sed y en los receptores de temperatura en el cerebro (Ardila,1986) .

Anatomía del hipotálamo.

Desde el punto de vista anatómico el hipotálamo es la porción del extremo anterior del diencefalo que yace por debajo del surco hipotalámico y enfrente de los núcleos

interpendunculares. Está dividido en toda una variedad de núcleos y áreas nucleares. Los núcleos supraóptico, para ventricular y en algunas especies los núcleos ventromediales están claramente delimitados, pero la mayoría de los otros núcleos y áreas forman conjuntos mal definidos de células pequeñas (Gannon , 1984).

Existen conexiones nerviosas entre el hipotálamo y el lóbulo posterior de la hipófisis además de conexiones vasculares entre el hipotálamo y el lóbulo anterior de la misma (Gannon, 1984). Con base en lo anterior cabe mencionar que estas estructuras cuentan con una gran participación en la conducta sexual del hombre y la mujer en cuanto a los fenómenos reproductivos, se encuentran relacionadas con el sistema hipotalámico-hipofisario - gónadal, (Sommer, 1976).

Centros neurovegetativos del hipotálamo.

Los estudios realizados por (Haywar y col., 1977) han encontrado que la estimulación de diferentes centros neurovegetativos del hipotálamo, presentando alteración en la conducta y las emociones que a continuación se detallan.

Regulación cardiovascular. En general, la estimulación del hipotálamo posterior aumenta la presión arterial y la frecuencia cardiaca, mientras que la estimulación del área preóptica en la porción anterior del hipotálamo tiene efectos exactamente opuestos, originando neta disminución de la frecuencia del corazón y de la presión arterial. Estos efectos se transmiten por vía de los centros de control cardiovascular de la parte baja del tallo cerebral y desde ahí a través del sistema nervioso vegetativo.

Regulación de la temperatura corporal. Los centros del hipotálamo anterior responden directamente a la temperatura corporal ; son más activos cuando aumenta la temperatura

del cuerpo, y lo son menos cuando ésta disminuye. Estas áreas a su vez, regulan la temperatura del cuerpo. Básicamente este mecanismo : a) controla el volumen de sangre que pasa por la piel, y con ello la intensidad de pérdida subcutánea de calor ; b) controla el sudor; c) controla el escalofrío y aumenta considerablemente la producción de calor; d) controla la secreción de hormonas de la médula suprarrenal , que también estimula la producción de calor, e) controla la producción de hormona tiroidea, que tiene efecto sobre la producción de calor en todas la células del cuerpo.

Regulación del agua corporal. Un centro localizado en el núcleo supraóptico controla la secreción de hormona antidiurética que a su vez, controla la pérdida de agua por los riñones . Una región estrechamente relacionada del hipotálamo, controla la bebida, lo hace transmitiendo señales hacia otras partes del cerebro para crear la sensación consiguiente de sed, con lo cual el individuo busca agua .

Regulación de la comida. La estimulación de las áreas hipotalámicas laterales, provocan un apetito voraz y un deseo intenso de buscar alimento. Esta área muchas veces recibe el nombre de centro del hambre, con localización más medial, en los núcleos ventromediales, hay áreas que si son estimuladas bloqueando toda sensación de hambre; Por lo tanto, estas áreas reciben el nombre de centro de saciedad.

Control de la excitación y la ira . En la parte media del hipotálamo hay un núcleo llamado núcleo perifornical que si es estimulado, hace que el animal se excite intensamente y se eleve su presión arterial, se dilaten las pupilas, y manifieste síntomas de ira, como dar chillidos, arquear el dorso, y adoptar una actitud pronta para el ataque. Así pues, el hipotálamo desempeña un papel principal en la conducta global de un animal, así como

también un control hipotálamico de las funciones endocrinas. Algunas zonas del hipotálamo también secretan las llamadas sustancias neurosecretorias .

Estas son transportadas por venas especiales desde el hipotálamo hasta la glándula hipófisis anterior, donde estimulan la formación de diversas hormonas hipofisarias anteriores . En esta forma el hipotálamo controla la secreción de la mayor parte de hormonas prehipofisarias y , en consecuencia , muchas de las funciones metabólicas del cuerpo (Guyton, 1984) .

AMÍGDALA

Los trabajos de Kluver y Bucy (1937), se basaron en experimentos realizados con gatos en laboratorio al practicar con ellos una amigdalectomía para observar cambios en su conducta encontrando hipersexualidad, falta de agresión, carencia de miedo y consumo compulsivo de alimentos incluyendo los no comestibles. El interés que ha despertado en los investigadores la amígdala y su relación con las emociones y la conducta, los ha llevado a realizar otros experimentos y en la mayor parte de estos estudios, los cortes de la amígdala han producido una mayor docilidad. El efecto ha quedado demostrado en muchos animales, abarcando distintas formas de conducta agresiva, como son la agresión irritable en respuesta al trato brusco, la agresión inducida por temor, el ataque depredador y la conducta agresiva relacionada con el dominio social (Sommer,1976) ; no obstante estudios previos realizados por (Bard y Mountcastle, 1948) encontraron que las lesiones en la amígdala no produjeron docilidad, sino cólera. En otro estudio realizado por (Moyer y col. 1968), se encontró que es una estructura muy diferenciada con algunas partes que tienen efecto inhibitor, cuya destrucción produce una mayor irritabilidad.

Sommer, (1976) refiere los trabajos de (Pibram, 1962), el cual hace notar que la amigdalectomía produce en los gatos la incapacidad de distinguir entre el territorio propio

y el ajeno. Otro efecto de la amigdalectomía es su interferencia en el comportamiento de evitación; se retarda la adquisición de respuesta de evitación, se pierden las que se habían adquirido antes de la operación y, cuando se logran adquirir, se requieren choques muy fuertes para que se puedan mantener (Robinson, 1963). La cólera también puede ser producida por estimulación de un área que se extiende hacia atrás, a través del hipotálamo lateral, el área gris central del mesencéfalo, y la respuesta de cólera usualmente producida por estimulación amigdaloides es abolida por lesiones ipsolaterales en el hipotálamo lateral o en el mesencéfalo rostral (Gannon, 1984).

ANATOMÍA

La amígdala es una parte del sistema límbico que se encuentra en la base del lóbulo temporal. Histológicamente puede dividirse en numerosos núcleos. Básicamente está compuesta de dos partes, una porción basolateral, que no tiene conexiones olfatorias y una región centromedial, que recibe impulsos directos del bulbo olfatorio. La amígdala recibe impulsos de la corteza temporal basal y de la formación reticular, envía impulsos al área septal, al hipotálamo al núcleo caudado y a las porciones límbicas de la corteza cerebral (Ardila, 1986).

FUNCIONES DE LA AMÍGDALA

La estimulación de diversas partes de la amígdala según los estudios de (Guyton 1984) reportan que esta estructura puede transmitir señales a través del hipotálamo y presentan las siguientes reacciones las cuales tienden a aumentar o disminuir como son :

- presión arterial
- frecuencia cardíaca
- actividad gastro intestinal

Otros efectos que también se presentan como son :

- defecación o micción
- dilatación o constricción de pupilas
- erección del pelo
- secreción de hormonas adenohipofisarias

La amígdala puede transmitir señales más bajas del tallo cerebral para provocar :

- cambios del tono muscular de todo el cuerpo,
- movimientos posturales, levantar la cabeza o arquear el cuerpo,
- movimientos circulares, rítmicos, asociados con el comer y relamerse,
- comportamiento de masticación o deglutir,

La estimulación de otras partes de la amígdala puede causar :

- excitación sexual, erección y movimientos copulatorios
- eyaculación , ovulación , actividad uterina y parto prematuro

EL HIPOCAMPO

Anatómicamente el hipocampo se encuentra localizado de manera bilateral en el piso del ventrículo lateral, siendo esta estructura de la corteza cerebral muy primitiva (Guyton,1984). El hipocampo se ha relacionado con las emociones, la memoria inmediata, la actividad visceral y el sistema de supresión de respuesta (Ardila,1986). Los experimentos en los cuales se ha estimulado esta estructura han reportado que existe una considerable evidencia de que en los procesos de codificación de la memoria interviene el hipocampo y sus conexiones. Gannon, (1984) menciona con base en sus estudios que la destrucción bilateral del hipocampo ventral en el hombre y las lesiones bilaterales en la misma área en los animales de experimentación causan defectos sorprendentes en su memoria reciente . Las personas con tal destrucción tienen la memoria intacta y ellas trabajan adecuadamente mientras se concentran en lo que están haciendo. Sin embargo, si son distraídas aun por un

periodo muy corto , toda la memoria de lo que estaban haciendo y se proponían hacer se pierde. Por lo tanto, son capaces de aprender cosas nuevas y mantener memorias antiguas anteriores a la lesión, pero no pueden formar nuevas memorias de largo plazo con lo aprendido .

Klimbe(1963) menciona que las funciones del hipocampo se conocen muy incompletamente y que cualquier interpretación del comportamiento de los animales con los cuales se ha experimentado no pasa de ser una simplificación. Guyton, (1984), hace mención de estudios recientes del hipocampo en relación con la memoria en los cuales señala que si una idea se ha experimentado varias veces antes , y por lo tanto, se ha adquirido el hábito para ella, el hipocampo ya no es estimulado. Por otra parte, si la idea se acompaña de dolor, de placer o de alguna otra cualidad muy intensa, el hipocampo es estimulado . El mismo autor reconoce que en forma todavía mal conocida, se cree que esta producción de señales en el hipocampo coopera con otras regiones basales del encéfalo para producir las señales oscilantes entre corteza y tálamo que originan el almacenamiento permanente de la memoria.

CIRCUITO DE PAPEZ

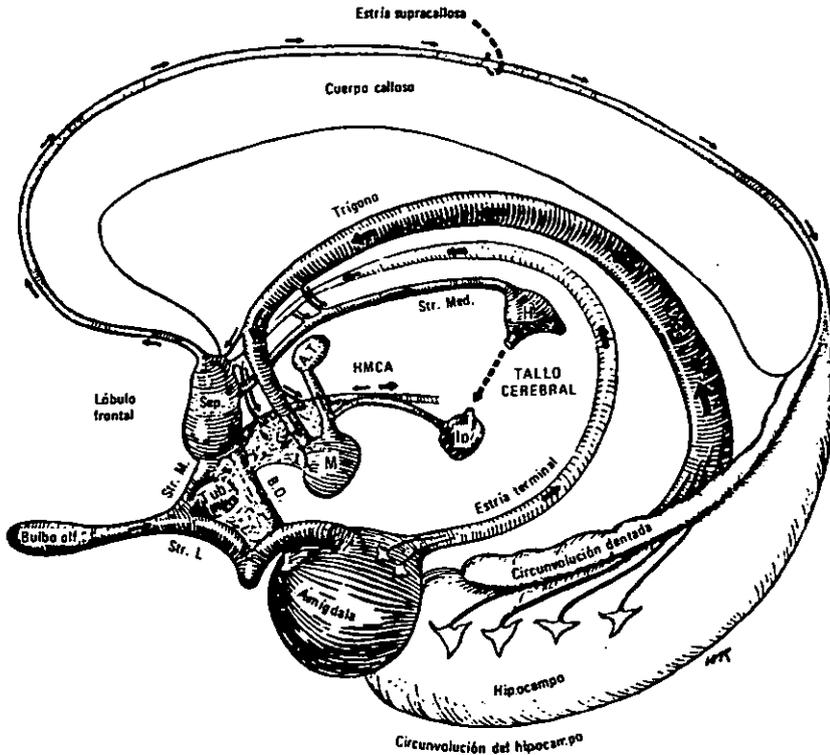


Diagrama de las conexiones principales del sistema límbico. Str. M., L., estrias olfativas mediales y laterales; Str. Med., stria medullaris; Tub., tubérculo olfatorio; B.D., banda diagonal de Broca; Sep., septum; A.T., núcleo anterior del tálamo; M, cuerpo mamar; H, habécula; Ip, núcleo interpenduncular; HMCA, haz medial del cerebro anterior.

Mac Lean (Psychosom Med.)

Las principales conexiones del sistema límbico el trigono (fómix) conecta el hipocampo con los cuerpos mamar, los que a su vez están conectados con los núcleos anteriores del tálamo por el fascículo mamilotalámico de Vicq d' Azyr. Los núcleos anteriores del tálamo se proyectan a la corteza del cíngulo y de ella parten las conexiones al hipocampo completando un circuito cerrado complejo. Este circuito fue originalmente descrito por Papez, y ha sido llamado el circuito de Papez.

CAPITULO III

**ALGUNOS ASPECTOS SOCIOCULTURALES
DE LA MUJER MEXICANA**

ALGUNOS ASPECTOS SOCIO-CULTURALES DE LA MUJER MEXICANA

Antes de comenzar es necesario aclarar que el objetivo del presente capítulo únicamente desea ilustrar, el cómo la cultura y los eventos de tipo social a través del tiempo influyen en la conducta del ser humano mediante sus valores, mitos, ritos, costumbres y en este caso en la mujer, específicamente en su forma de relacionarse con el medio ambiente. Por lo que es necesario aclarar que la cultura no es determinante para afirmar que la mujer sufra en mayor o menor grado problemas de tipo menstrual. La cultura en estas líneas es tomada en cuenta como una variable más que influye en la autoestima, la manera en que cognitivamente se construye la realidad (constructos personales) y se afronta el estrés y las contingencias cotidianas. La cultura al mismo tiempo moldea comportamientos, preferencias e influye en los componentes psicofisiológicos y conductuales, como por ejemplo, se ha investigado que algunas personas ante situaciones cotidianas continuamente activan un grupo de estructuras del sistema límbico llamado Sistema Inhibidor de la Acción (SIA) o sistema periventricular que se compone de corteza orbital frontal, área septal media, hipotálamo ventromedial, amígdala lateral e hipocampo. Este sistema se activa produciendo insatisfacción, depresión con todos sus componentes biológicos propiciados por los valores y los constructos personales que el individuo ha adoptado en su cultura.

La familia como institución está considerada como el primer grupo donde una persona se desarrolla; teniendo como principal característica ser la heredera de los valores, mitos y ritos de la cultura los cuales serán perpetuados de generación, en generación. Es por lo anterior que la familia induce de manera progresiva y sistemática estos valores en cada uno de sus integrantes, en un proceso de asimilación y socialización, marcando así sus pautas conductuales.

Con base a lo anterior, es preciso mencionar la premisa fundamental de Lara Tapia H. (1977), que en sus estudios acuña, en forma precisa la siguiente frase "la mujer se ha

liberado sexualmente, pero no socialmente". Esta premisa cuenta con sus antecedentes históricos ya López, A. (1980), en sus correlatos antropológicos hace referencia a la sociedad de los antiguos nahuas, mencionando ,que estos se regían en un núcleo dominante de principios y valores generadores de ideología basados en su organización individuo-familia, familia- calpulli , calpulli- tlatocayotl .

En estas familias había creencias y valores, prácticas que permitían suponer que los intereses defendidos son los de la cohesión familiar al pretender mantener al joven dentro de su hogar hasta el último de su soltería, y así siendo controlado tendería a eliminar un lapso de aventuras amorosas; ya que si estas llegaban a formalizarse demasiado, disminuirían la sujeción del joven a la autoridad paterna, teniendo como consecuencia la disminución del aprovechamiento doméstico de su fuerza de trabajo. Esto resultaba un aspecto preocupante para la familia, ya que en caso de que las parcelas no fueran cultivadas por los usufructuarios volvían a su antigua condición común, es decir a otras familias del calpulli.

Pomar Juan Bautista (1521) hace referencia a las costumbres de Tezcoco, comentando que los jóvenes eran atemorizados ya desde este tiempo con la advertencia de que "los gozos tempranos disminuirían sus capacidades físicas y mentales" .

Las crónicas de Fray Bernardino de Sahgún (1562), relatan que algunos valores parecen expresar el interés de cohesión y autonomía del calpulli, como era estimar desgraciado al matrimonio de un joven con un extraño. En este sistema de valores y creencias de la familia nahua, promovían la práctica del matrimonio temprano exaltando la procreación, ya que tenían como preocupación constante el equilibrio de la densidad de población en peligro continuo por la muerte de varones en la guerra y mujeres en el parto, por esta razón había repudio a las mujeres estériles y la prohibición del aborto, el cual era castigado con la pena de muerte y como apoyo a la institución familiar existía el rechazo social a los divorciados .

López, A. (1980), hace referencia a las numerosas normas, creencias y prácticas de los valores centrales de los antiguos nahuas, los cuales se basaban en una firme unidad doméstica con una gran cantidad de mecanismos económicos y sociales. Así los más altos valores sexuales parecen corresponder a necesidades de cohesión de un conjunto de unidades domésticas, las creencias y prácticas señaladas tendían a fijar relaciones sociales mediante el acondicionamiento de la conciencia y son de la misma naturaleza que las concepciones y prácticas referidas al placer sexual ordenándose por los mismos principios lógicos.

Octavio Paz, (1950) y Santiago Ramirez, (1977), coinciden en sus observaciones en referencia a las desventajas que ha heredado la mujer mexicana a través de su cultura, en cuanto a su vida familiar y sexual, hacen mención que durante y después de la conquista, la mujer era utilizada como un objeto puramente sexual al ser tomada por la fuerza y abandonada por el español.

Santiago Ramirez, (1975), puntualiza de manera aguda, que uno de los problemas actuales y centrales en la organización familiar en México es el gran número de madres solteras ya que durante el embarazo fueron regularmente abandonadas, su compañero tan solo había sido un procreador eventual. Retomando este estudio se puede observar que la mujer de nuestro país se encuentra muy vinculada con su familia, quizá porque su madre al ser abandonada o contar con un esposo periférico expresa una maternidad exuberante centrando su atención hacia el cuidado de sus hijos. En un estudio posterior Santiago Ramirez (1975), continúa sus investigaciones y señala que el comportamiento de la madre mexicana es análogo al que presenta la mujer en la cultura judía, la cual acepta la función activa que le impone la sociedad en relación con sus hijos, con mucho resentimiento, frustrando y no tolerando las identificaciones que la hija espontáneamente manifiesta. Utiliza a la hija para reivindicar desde ella la posición que la cultura le otorga es por ello que para esta niña todo índice de crecimiento en la línea específicamente femenina es vivido

con un sentimiento de culpa . En su profundo infantilismo femenino hay un sometimiento a la madre; la aparente rebeldía intelectual que la lleva a realizar actividades que la madre no llevó a cabo no es sino consecuencia vicariante de una frustración en la madre, transformándose en el instrumento de reivindicación de la "inferioridad " de la mujer judía frente al hombre, siendo este comportamiento muy semejante, al que actualmente se observa en las mujeres mexicanas.

Se ha observado que en nuestra sociedad algunas mujeres que cuentan con alguna carrera técnica o profesional y en ocasiones con algún, nivel jerárquico de importancia como gerentes, ejecutivas, etc. toda expresión de su feminidad en la mayoría de los casos se encuentra alterada y como común denominador la relación con su compañero se encuentra matizada de rivalidad y competencia. Se percibe que en forma persistente los vínculos familiares y modelos importados y transculturados que en la mayoría de las veces entran en contradicción con nuestra cultura (como es el caso del feminismo) influyen en la expresión de la feminidad que desde un punto de vista formal como lo señala Santiago Ramírez, (1970), es a través de la sexualidad y la maternidad .

Otro aspecto a considerar es la tendencia de importar conductas anglosajonas transculturadas a nuestra sociedad parece que actúan en forma constante en el mexicano como un imperativo cultural, ya lo mencionan los estudios de Octavio Paz, (1950) al plantear que el mexicano por razones históricas no cuenta con una identidad bien definida . Retomando lo anterior, y citando la premisa de (Ramírez, S. 1975) dichas conductas las traslada a sus relaciones tanto sociales como afectivas, incluyendo su vida genital, situando a la mujer en un dilema; optar por su condición maternal, satisfaciendo sus necesidades en esta tarea, u optar por renunciar a satisfacciones procreativas y obtener gratificaciones de tipo social; trabajo participación en la cultura o genital, observándose que la mujer responde de acuerdo a las demandas que le hace su propia cultura; fecundidad en un caso y esterilidad en otro .

Con base a los estudios realizados por Lara Tapia H (1979), en lo que se refiere a los aspectos psicobiológicos de la histeria, menciona que la mujer sigue utilizando su sistema reproductor como un medio de expresar sus necesidades, afectando sus componentes biológicos a su personalidad y que su autoevaluación está determinada también por la interacción de ambos procesos , psicológico y biológico con su ambiente cultural. Lo anterior es confirmado por los estudios realizados por (Mead , M. 1945), donde describe el comportamiento de los Arapesh de Saoma observando que la vida sexual de las niñas se inicia precózmemente y desde muy temprana edad se identifican con la madre teniendo para con sus hermanos actitudes maternas (en esta sociedad la tormenta psicológica denominada adolescencia no existía), no se descubrió en esta cultura esterilidad, frigidez ni trastornos de la lactancia y como dato en los Arapesh no existe el suicidio. Una cultura contrastante es la que estudió Kardiner, (1955) en las islas Marquesas que desde el punto de vista demográfico hay dos y media veces más varones que mujeres, en la comunidad conviven el jefe de familia con su mujer y dos o tres maridos secundarios, la mujer le sirve al hombre únicamente de objeto sexual, tiene que renunciar a sus instintos maternas para satisfacer a estos, cuando tiene un niño lo amamanta cuatro meses aproximadamente y posteriormente pasa al cuidado de los maridos segundones, pierde prácticamente a sus hijos pocos meses después de su nacimiento no puede amarlos ni recibir cariño de ellos .

Las consecuencias de todo lo anterior son: rechazo del embarazo, en prácticas anticonceptivas, aborto, y baja natalidad; la mortalidad entre las partullentas y embarazadas es más alta, como dato el suicidio es un fenómeno conocido y común, el hombre tiene para con la mujer dependencia sexual tan intensa que lo obliga a odiarla. Santiago Ramírez , (1975) analiza la cultura de las istas Marquesas y la hace análoga a la situación que actualmente viven las mujeres en los países industrializados; hace mención que la mujer mexicana al encontrarse poco satisfecha y poco realizada en su conducta genital compensa su falta de seguridad y de apoyo que debiera tener con su compañero,

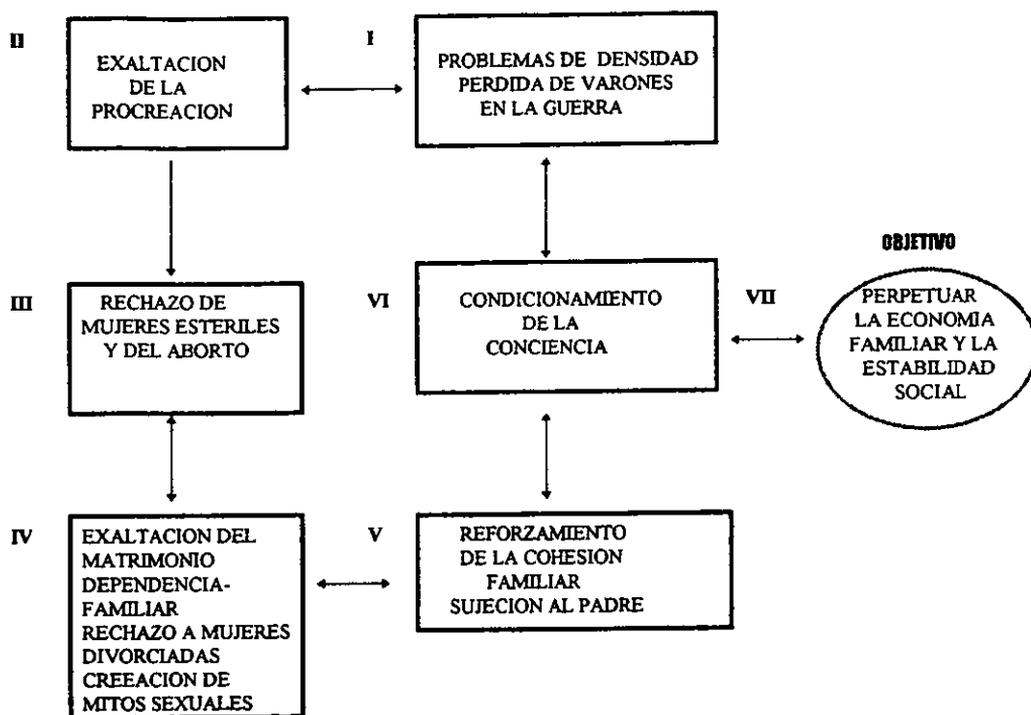
con una maternidad exuberante y prolífica; observa en sus estudios que las clases media alta, substancialmente transculturadas a formas sociales anglosajonas la satisfacción en niveles de expresión genital es óptima; las limitaciones de la función procreativa mediante medidas anticonceptivas, la interferencia del embarazo y de la procreación en la vida social y cultural de la mujer, la lactancia exigua, el abandono temprano de los hijos sea por el trabajo o por la vida social y cultural de la mujer se ha convertido en algo precario y limitado que está haciendo de nuestro mundo contemporáneo un universo bastante similar al de las islas Marquesas, existiendo a la vez promiscuidad genital en las clases adineradas con un marido principal y múltiples segundones .

Trabajos más recientes han demostrado que los problemas de salud de la mujer mexicana se encuentran relacionados con problemas psicopatológicos inducidos por conflictos socio-culturales, como lo han mencionado en sus investigaciones (Lara- Tapia H, y Trejo Magaña,1984) al estudiar las enfermedades clasificadas como psicopatológicamente activas y pasivas comprobando que la patología activa presenta un estilo conductual y cognoscitivo activo, en contraste con el grupo pasivo; basados en los estudios de Friedman y Rosenman (1974), en la llamada "personalidad tipo A". En este estudio encontraron que las mujeres con patología "pasiva" referida fundamentalmente a las enfermedades psicofisiológicas de la piel corresponden a un patrón conductual "pasivo" determinado por premisas socio-culturales y que se manifiesta en mujeres que se dedican a su hogar. Estas mujeres presentan niveles socioeconómicos y escolares menores que el promedio de los pacientes psicofisiológicos referidos a otras áreas, al parecer la patología se manifiesta por la aparente incapacidad del sujeto para enfrentarse al estrés de la vida en condiciones psicológicas más ventajosas, adoptando la conducta neurótica de sumisión y abnegación como ya lo señalaba antes Santiago Ramírez (1975), al comparar la conducta de la madre mexicana y la Judía las cuales aceptan con recelo el rol que les impone la cultura. Lara Tapia H (1986) continúa sus estudios en referencia a la planificación familiar donde observó

que las mujeres que trabajaban tienen más control de sus embarazos, bien sea por medio de las técnicas adecuadas o del aborto; deciden más esta planificación por sí solas (conducta activa tipo A), que las mujeres que se dedican al hogar, donde la influencia sociocultural, y su dependencia económica del esposo representan un papel muy importante en esta actitud, dando como resultado más hijos y la continuación de embarazos no deseados (conducta pasiva). Un estudio interesante en referencia a la conducta laboral de las mujeres que trabajan son los realizados por Glitzer (1980) que al estudiar 173 mujeres oficinistas encontró que la satisfacción laboral y la autoestima se relacionan positiva y significativamente con la antigüedad laboral. Siguiendo este modelo Vite S. (1990), estudia cien mujeres casadas de clase media de la ciudad de México con edades comprendidas entre los 25 y los 50 años con uno o más hijos, a las que clasificó como de mayor y menor antigüedad aplicándoles una escala de actitudes tipo Likert que mide autoestima (dicha escala la sometió a análisis factorial). Encontrando diferencias significativas en ambos grupos las madres que tienen menor antigüedad en el trabajo remunerado se autoestiman negativamente como trabajadoras, presentan una ligera evaluación negativa en su rol de amas de casa, se evalúan positivamente como esposas, muestran una mayor dependencia social de la autoestima como amas de casa, sus antecedentes familiares de la autoestima son positivos. Las madres que tienen mayor antigüedad en el trabajo remunerado se autoestiman positivamente como trabajadoras, se evalúan negativamente como amas de casa, se evalúan positivamente como esposas; no presentan una dependencia social de autoestima como amas de casa y sus antecedentes familiares de autoestima son negativos. Como dato los antecedentes familiares de la autoestima son más positivos entre las madres con menor antigüedad las cuales recibieron mayor atención, interés y aceptación por parte de sus padres en cambio las madres con mayor antigüedad en el trabajo sus relaciones familiares en la infancia fueron de rechazo, falta de aceptación y atención. Otro dato de importancia es que tanto el grupo de madres

con menor antigüedad en el trabajo remunerado como el grupo de madres con mayor antigüedad se evalúan positivamente como esposas siendo en las primeras un poco más alto. En este estudio (Vite S, 1990), refiere a Glenn (1975), el cual menciona que un matrimonio exitoso aumenta la autoestima.

ALGUNOS ESQUEMAS SOCIOCULTURALES DE LOS ANTIGUOS NAHUAS



I.- UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA SOCIEDAD DE LOS NAHUAS ERA LA DENSIDAD DE POBLACION DEBIDO A LA PERDIDA DE HOMBRES DURANTE LA GUERRA.

II.- SE OBSERVA UNA INTERECCION CONSTANTE ENTRE EL CUADRO MENCIONADO CON ANTERIORIDAD Y LA PREOCUPACION POR LA PROCREACION.

III.- COMO CONSECUENCIA EXISTIA EL RECHAZO A MUJERES ESTERILES Y AL ABORTO.

IV.- LOS MITOS Y LOS VALORES SOCIALES SE PROMOVIAN PARA MANTENER EL CONTROL Y LA DEPENDENCIA FAMILIAR DE CADA UNO DE SUS INTEGRANTES.

V.- LA EXALTACION DEL MATRIARCADO Y LA SUJECION AL PADRE SON EVIDENTES YA EN ESTE TIEMPO, COMO UNA HERENCIA CULTURAL EN NUESTROS DIAS.

VI.- EL CONDICIONAMIENTO DE LA CONCIENCIA Y LA SEXUALIDAD SE ENCONTRABAN NOTABLEMENTE REFORZADOS POR UN SISTEMA EN CONTINUA RETROALIMENTACION BASADO EN LO ANTES MENCIONADO.

VII.- COMO SE PUEDE OBSERVAR UNO DE LOS PRINCIPALES OBJETIVOS CONSISTIA BASICAMENTE EN PERPETUAR LA ECONOMIA Y LA ESTABILIDAD SOCIAL DE LOS DIFERENTES NIVELES SOCIOECONOMICOS.

EL ESQUEMA ANTERIOR PRETENDE DEMOSTRAR ALGUNOS ELEMENTOS QUE PREVALECEAN ACTUALMENTE EN NUESTROS DIAS, COMO UNA HERENCIA CULTURAL, SIENDO REFORZADOS POR LOS VALORES SOCIALES EN NUESTRO PAIS.

CAPITULO IV

MÉTODO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

PROCEDIMIENTO

RESULTADOS

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

MÉTODO

En cada fase del ciclo menstrual, se observan variaciones biológicas y conductuales que cada mujer, presenta de manera diferente de acuerdo a su estilo cognitivo-conductual, previamente ensayado ; como un intento de vencer el estrés, atenuando o disminuyendo su sintomatología.

La tensión premenstrual, es probable que obedezca a factores socio-culturales, que se reflejan en la manera en que la mujer mexicana ha sido condicionada e influenciada por la cultura en lo que se refiere a la expresión de su feminidad y sus afectos que desde un punto de vista formal es a través de su sexualidad y su maternidad Santiago Ramírez, (1975). Este condicionamiento cultural se relaciona con pautas conductuales transculturadas correspondientes a sociedades anglosajonas que se encuentran estructuradas en un modelo de producción capitalista proveedora de estilos de comportamiento que rebasa la capacidad de tolerancia biológica principalmente en mujeres con personalidad tipo A, manifestándose en cambios psicofisiológicos que afectan su actividad laboral y social que incluyen su vida familiar y afectiva.

Con base en los estudios que se han llevado a cabo, en referencia al síndrome premenstrual, ha surgido el interés de analizar y estudiar estos trastornos en el ambiente laboral de la mujer mexicana en un Sistema Bancario con la intención de que los psicólogos laborales tomen en cuenta, las investigaciones realizadas y puedan diseñar modelos conductuales, capaces de promover la salud en el trabajo y considerando que las características de tensión laboral en estas instituciones difiere significativamente respecto a otros medios.

El objetivo de este estudio es determinar si existen cambios conductuales en la mujer mexicana trabajadora de la Iniciativa Privada de un Sistema Bancario como en la fase previa al flujo menstrual que afecten su rendimiento laboral y sus relaciones sociales, utilizando las siguientes variables:

1. BAJO RENDIMIENTO LABORAL

Se presenta en la fase premenstrual y menstrual en la mujer (Lara Tapia H ,1970) Esta conducta será analizada en el factor III del Cuestionario de Desordenes Menstruales (MDQ) de Moos, existiendo variables importantes como (bajo rendimiento laboral, somnolencia diurna, aislamiento en casa, menos eficiencia, menor actividad social). Debido a los cambios biológicos y conductuales, se observa bajo rendimiento en las tareas asignadas en su área laboral disminuyendo así su productividad.

2. DEPRESIÓN

Dalton (1964), relaciona la admisión a hospitales psiquiátricos con cuadros esquizofrénicos y depresivos en la fase premenstrual y menstrual . Lo anterior se podrá observar al aplicar la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) de Zung; ya que se han registrado cambios de humor, labilidad emocional, y baja tolerancia a la frustración en estas mujeres .

3. ANSIEDAD

Montgomery, (1979) afirmó que una mayor sensibilidad se puede observar en el periodo premenstrual, estudios de (Cowley y col., 1980) reportan niveles elevados de ansiedad en la fase previa al flujo menstrual y durante la menstruación . Esta variable será estudiada, utilizando el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) de Spielberger y Goruxh, con la finalidad de observar si existen cambios conductuales relacionados a episodios de

angustia, estados de alerta, temor, distractibilidad asociados a duplicidad de trabajo (errores).

4. AUSENTISMO

El factor III cambios de conducta del (MDQ) de Moos cuenta con variables que reportan (aislamiento en casa, y menor actividad social) contando a su vez con un control el cual fue diseñado para obtener la fecha próxima al ciclo menstrual de cada mujer que se utilizará en forma paralela . Este comportamiento puede referirse al ausentismo laboral reportes médicos, problemas familiares.

5. PÉRDIDA DE CONTROL

Existen estudios relacionados con esta variable (Dalton ,1964 ; Mendell y Mendell ,1967; Ramírez de Lara y col., 1972 ; Lara tapia H, 1975), que detectaron intentos de suicidio, comportamientos criminales e ingresos a hospitales psiquiátricos con episodios psicopáticos agudos en la fase premenstrual y menstrual, encontrando similitud en la agresión verbal y castigo a empleados (suspensiones, actas administrativas injustificadas) mostrando intolerancia a sus peticiones. Observándose estas conductas principalmente en mujeres con mayor jerarquía y mando (gerentes, jefes de departamento, supervisoras). Estudios realizados por (Granados Hernández,1990) en educadoras de la SEP, reportó que las mujeres en su fase premenstrual castigaban más a los niños, siendo menos tolerantes con ellos y en algunos casos los agredieron física y verbalmente .

6. ESTILO COGNITIVO Y CONDUCTUAL

Partiendo de la premisa de Lara Tapia H., (1985) que menciona que la respuesta patológica a nivel físico como mental, se encuentra relacionada, con un particular estilo cognoscitivo y conductual de enfrentarse a la frustración y al estrés . Se correlacionará el (EAMD) de Zung

con el (IDARE) Rasgo Estado de Spielberger y Goruxh. Al aplicar este modelo, se podrá saber si existen rasgos de personalidad en las mujeres estudiadas con cierta predisposición a la ansiedad y a la depresión.

Se diseñara una matriz siguiendo el modelo de correlación estadística utilizando los ocho factores del (MDQ) los resultados del (IDARE) y la (EAMD) utilizando sus calificaciones globales, con la intención de proporcionar mayor objetividad a los resultados obtenidos con anterioridad.

HIPÓTESIS: los trastornos menstruales de la mujer mexicana influyen en su conducta disminuyendo su rendimiento laboral.

Variables : Variable Independiente (V.I) Transtornos menstruales

Variable Dependiente (V.D) Conducta laboral

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Transtornos menstruales: son un conjunto de signos y síntomas, (Merani L , 1976) que presenta la mujer objetiva y subjetivamente (Moos,1968), en lo que se refiere a tensión emocional, irritabilidad, depresión, cefalalgia, pérdida de la energía y sensaciones de hinchazón , (Engeles W,1964).

Conducta laboral : modo de conducirse una persona en las relaciones, con los demás, según una norma, social, moral, cultural, (Merani A,1976), así como en su relación y eficiencia en el trabajo (Galicía A, 1986).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Tensión premenstrual : son las respuestas dadas que cada una de las mujeres en la escala que la mide (MDQ EAMD, IDARE) realizadas en su ambiente laboral.

Conducta laboral : son las pautas conductuales y medibles (en cada una de las mujeres) en su escala (MDQ, EAMD, IDARE) registradas en los estándares de producción requeridos en su área laboral.

MUESTREO

Para este estudio se obtendrá una muestra representativa de mujeres trabajadoras voluntarias en las áreas de servicios contables, contaduría, y del departamento de Recursos Humanos en un sistema Bancario con un rango de edad de 18 a 40 años a nivel operativo y administrativo sin tomar en cuenta su estado civil.

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo con mujeres trabajadoras de una Institución Bancaria en su ambiente laboral (estudio de campo) donde se manifiesta la conducta aplicando los instrumentos de medición como son, el cuestionario de desordenes menstruales (MDQ) de Moos 1968, la escala de automedición de la depresión (EAMD) de Zung 1965 y el inventario de ansiedad Rasgo Estado (IDARE) de Spielberger y Goruxh (1964), que se aplicaron en la fase previa al flujo menstrual .

DISEÑO

Se estudió un grupo con un número aproximado de 35 mujeres trabajadoras en las que se incluyeron mujeres con mandos jerárquicos de primera línea (Sub-Directoras), mandos intermedios (gerentes, jefas de departamento, supervisoras), y empleadas con un nivel jerárquico inferior (mecanógrafas , secretarias, auxiliares administrativas), de un Sistema Bancario (Bancomer, S.A.) .

INSTRUMENTOS O MATERIALES

Se utilizaron tres instrumentos para el estudio de la muestra el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) de Spielberger y Goruxh (1964) la Escala de la Automedición de la Depresión (EAMD) de Zung (1965) y el Cuestionario de Desordenes Menstruales (MDQ) de Moos (1968) y con base en las plantillas de cada uno de los instrumentos fueron calificados los resultados obtenidos que se procesaron mediante computadora electrónica (Acer), utilizando principalmente los correlatos con la conducta laboral.

PROCEDIMIENTO

Con las 35 mujeres estudiadas se realizó una previa entrevista con la finalidad de registrar la fecha probable de su flujo menstrual y así aplicar los instrumentos mencionados en la fase lutea o premenstrual y menstrual en su ambiente laboral. El registro se llevó a cabo con la finalidad de obtener un control que serviría a la vez para observar conductas que fueron de utilidad en la investigación (ausentismo, agresión, labilidad emocional, bajo rendimiento laboral entre otras) y contar con un marco de referencia al comparar los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para analizar las 97 variables estudiadas, se empleó un programa Lotus de Correlación (r de Pearson) con un nivel de significancia estadística al 1% (con la utilización de la micro computadora electrónica), posteriormente se interpretarán los resultados .

RESULTADOS OBTENIDOS

En la tabla No. 1 se encuentran los datos correspondientes a las características de la muestra, observándose que corresponden a un rango de edad que comprende principalmente a mujeres adultas jóvenes sin diferencias importantes al estado civil.

En la tabla No. 2 tenemos las correlaciones de síntomas del factor III, cambios de la conducta social del cuestionario de desórdenes menstruales (MDQ) de Moos, donde se puede observar claramente con un muy alto nivel de significancia estadística al uno por mil; la correlación entre el bajo rendimiento laboral y sobre todo la menor eficiencia en la realización del trabajo, siendo menos notorio pero también significativo, la disminución de la actividad social, con un importante aislamiento en casa, mismo que puede ser referido al ausentismo. A su vez, pueden observarse episodios de somnolencia diurna lo cual nos puede indicar un alto grado de errores en las tareas asignadas en su área laboral, mismos que se identifican con distractibilidad y duplicidad de trabajo.

En la tabla N. 3, se pueden observar las correlaciones de los síntomas del factor VI, efecto negativo del (MDQ), de Moos el cual hace referencia a los cambios de humor, manifestándose en un notorio cuadro depresivo; labilidad emocional, sentimiento de soledad, así como una marcada inquietud y ansiedad sintomatológica que corresponde a un estado depresivo- ansioso. Lo anterior puede manifestarse en la relación con jefes y compañeros, al observarse conductas de inconformidad, agresión verbal, y baja tolerancia a situaciones presentadas en su ambiente laboral.

En la tabla No. 4 se encuentran los ocho factores del (MDQ), de Moss los cuales corresponden a: I. Dolor II. Concentración III. Cambios de Conducta IV. Reacciones

Autonomicas V. Retención de Agua VI. Efecto- Negativo VII. Movilidad VIII. Control observando también una muy alta y significativa correlación entre todos los factores, tanto biológicos como conductuales y sociales, mismos que apoyan las observaciones y los resultados obtenidos ya mencionados con anterioridad .

En la tabla No. 5, la matriz de correlación de los ocho factores del (MDQ) de Moos con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Goruxh y la Escala de Auto Medición de la Depresión (EAMD) de Zung , observándose con base en los resultados obtenidos, una alta significancia estadística en cada una de las escalas, con referencia a los síntomas que en forma subjetiva presentan más o menos las mujeres en la fase premenstrual y menstrual, algunos de ellos reportados como malestar corporal, (dolor torpeza motora (movilidad) y falta de concentración relacionada con ansiedad y depresión, pérdida de control lo cual, puede manifestarse con los efectos negativos del factor VI del (MDQ) de Moss al correlacionarse con el (EAMD) de Zung siendo reflejadas las diferentes conductas en el factor III del (MDQ), observándose una marcada depresión en mayor grado pero siendo significativa la ansiedad rasgo estado (IDARE) de Spielberger mismas que afectan el rendimiento laboral y la actividad social de la mujer como ya se mencionó.

En la tabla No. 6, la correlación del inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) de Spielberger y la escala de automedición de la depresión (EAMD) de Zung obteniéndose un alto resultado estadístico al uno por mil el cual reafirma la premisa de (Lara Tapia H, 1985) al mencionar que la respuesta patológica a nivel física y mental se encuentra relacionada con un particular estilo cognoscitivo y conductual para enfrentarse a la frustración y al estrés lo cual se puede observar en el (EAMD) y el (IDARE R), la depresión y los rasgos de ansiedad son altos, lo que presumiblemente puede indicar cierta incubación de los eventos estresantes y ansiógenos manifestados en un desencadenamiento de la sintomatología

depresiva, afectando, la eficiencia, actividad social y el aislamiento en casa; siendo a su vez altas las puntuaciones de ansiedad estado relacionadas a las variables antes mencionadas.

En la tabla No. 7 la correlación de el factor II concentración y la variable bajo rendimiento laboral del factor III cambios de conducta del (MDQ) de Moos, con las puntuaciones de las escalas IDARE-R-E y el (EAMD) de Zung ; siendo altas y referidas a la duplicidad de trabajo, errores, cambios de humor, instrucciones confusas y errores de juicio relacionados a la toma de decisiones que involucran la eficiencia, satisfacción laboral de los empleados, así como la economía empresarial .

En la tabla No. 8, los resultados obtenidos en el factor VI del (MDQ) de Moos y las escalas IDARE-R-E y el (EAMD) de Zung, refuerzan la hipótesis señalada, en cuanto a la sintomatología patológica del síndrome premenstrual, correspondiente a los cuadros depresivos y ansiosos, afectando en forma aguda la actividad social, laboral, las relaciones interpersonales, propiciando, en algunos casos la manifestación de desórdenes conductuales significativos (insultos, agresión física y verbal, castigos injustificados).

En la Tabla No. 9 , los cambios de conducta factor III del (MDQ) el IDARE-E-R y la escala de la automedición de la depresión (EAMD) de Zung, señalan una clara relación de los componentes depresivos y ansiosos, asociados al bajo rendimiento laboral y la menor eficiencia. Siendo notorio pero también significativo el aislamiento en casa.

En la Tabla No. 10, el factor I dolor y la variable aislamiento en casa del factor III cambios de conducta, pueden relacionarse al ausentismo laboral y al mayor índice de incapacidades médicas proporcionadas a estas mujeres en la fase previa a su menstruación .

El factor II concentración del (MDQ) Moos (en esta tabla) y la variable aislamiento en casa reflejan un alto índice de correlación que, asociados a los resultados obtenidos en la tabla VII respaldan lo antes mencionado.

En la Tabla No. 11, las puntuaciones de las variables psicofisiológicas y conductuales con mayor índice de correlación estadística, extraídas de cada una de las tablas, anteriormente mencionadas.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican mayor índice de ansiedad y depresión en la fase previa al ciclo menstrual (día 24 fase lutea) donde se pudieron observar cambios cognitivos y conductuales en las mujeres estudiadas modificando de manera notable su rendimiento laboral en un 80%. Las puntuaciones más elevadas en las variables psicofisiológicas y conductuales (en el modelo de correlación estadística) se obtuvieron en esta etapa, esto es similar a los resultados obtenidos por Lara Tapia H. (1979) en cuarenta admisiones consecutivas de mujeres en la hospitalización psiquiátrica en el ISSSTE; las cuales mostraron correlatos depresivos y ansiosos disminuyendo su actividad social y laboral, características que corresponden clínicamente al síndrome histérico .

Es preciso señalar que estas alteraciones conductuales presumiblemente se podrían asociar a mujeres con antecedentes, psiquiátricos o tratamiento ginecológico. Los resultados obtenidos en esta investigación reflejan conductas similares en las mujeres "normales" trabajadoras con excepción de los cuadros y episodios psicóticos agudos. En la tabla II la correlación de síntomas del factor III cambios de la conducta social del (MDQ) de Moss muestra un alto nivel de significancia estadística al uno por mil, donde los resultados indican bajo rendimiento laboral, menor eficiencia en la realización del trabajo con un valor significativo en la disminución de la actividad con un importante aislamiento en casa, que puede ser referido al ausentismo laboral. Los correlatos psicofisiológicos apoyan esta afirmación al incluir en la sintomatología del síndrome de tensión premenstrual variables como son la depresión, irritabilidad, ansiedad y angustia (Mandell y Mandell , 1967 ; Lara Tapia H y Ramirez de Lara , 1972 ; Contreras y Marvan 1985, y otros).

Desde un punto de vista biológico estas reacciones se deben a un desequilibrio tanto hormonal como electrolítico, ya que la aldosterona durante esta fase causa hasta cierto grado retención de sal y agua por aumento de estos mineralocorticoides, así como

excitación y síntomas conversivos (Janowsky, 1969). Otros investigadores apoyan estos estudios y atribuyen, también a la aldosterona estos cambios en la conducta (Mandell y Mandell, 1967). Ganong (1984) menciona que los estímulos que incrementan la secreción de aldosterona son la ansiedad, hemorragias y algunos eventos como las cirugías y traumatismos. En este estudio y debido al modelo utilizado y a la ausencia de un perfil hormonal es conveniente mencionar únicamente estos hallazgos.

Los episodios depresivos con un marcado nivel de ansiedad influyen en forma significativa en la mujer de la iniciativa privada y la manifestación de sus síntomas mostrará una variación en relación al nivel jerárquico, ya que las jefas de departamento, supervisoras, subdirectoras, tendían a manifestar conducta verbal agresiva a sus subordinados, en cambio, el personal con menor jerarquía como son mecanógrafas, auxiliares administrativas y secretarías tendían a reprimir su agresión y a manifestarla de manera pasiva (con rumores, retraso en el trabajo asignado y distorsión de la información) mostrando mayor labilidad emocional y ausentismo, así como conductas conflictivas hacia sus compañeros propiciando un clima laboral desagradable.

Estos comportamientos eran variables en cada una de estas mujeres pero mostraban constancia y repetición en sus síntomas (con cierto condicionamiento) al acercarse la fecha previa al flujo menstrual. Lo que concuerda con Aubuchon (1985) al mencionar que el común de las investigaciones médicas coincide en que las fluctuaciones cíclicas (en las etapas del ciclo menstrual) se deben a niveles cambiantes de hormonas sexuales en las mujeres como lo muestran los estudios con curvas hormonales citados con anterioridad. Un estudio realizado por Collins y col., (1985) afirma que en la fase folicular días (5 - 7) los efectos negativos como la depresión irritación, excitación y ansiedad mostraron, niveles bajos con sensación de calma siendo altos el nivel de expectación en la fase ovulatoria día (12 - 14) se obtuvieron conductas muy similares a diferencia de las puntuaciones de excitación que fueron más altas en la fase lútea (22- 25) y durante la menstruación se

incrementaron notablemente las puntuaciones, reportando mucho más dolor, falta de concentración, propensión a accidentes, explosiones de energía, aislamiento social, depresión, irritación, enfado, retención de agua, alteraciones del sueño, inquietud mayor expectación. Estos resultados son similares y apoyan en gran parte los obtenidos en esta investigación en el grupo de 35 mujeres estudiadas en las áreas de contabilización y pagos, contaduría, y recursos humanos (en la fase premenstrual) donde se obtuvieron puntuaciones con valores de correlación estadística altos de .80 (bajo rendimiento vs menor eficiencia) .78 (concentración vs depresión) que influyen en el rendimiento y comportamiento laboral, disminuyendo los estándares de producción atribuibles a la duplicidad de trabajo debido a una gran cantidad de errores en esta fase del ciclo. Estas conductas pueden tener relación con lo descubierto por Contreras y Marván (1985) al referir que los valores de la conducción nerviosa se reducen en la menstruación, y proponen que las hormonas (la progesterona) afectan al sistema nervioso periférico y al proceso integrativo sensorio motriz y por ende multisináptico y citan a Montgomery (1979) al demostrar que en el periodo previo a la menstruación los intervalos de tiempo son juzgados más breves es decir, se alarga subjetivamente la percepción del tiempo .

Con referencia a la cantidad de errores observados en estas mujeres se pueden mencionar los hallazgos Lee y col. (1990) en cuanto a la atención visual, sus resultados muestran valores de efectos difusos entre los días 10 y 25 del ciclo menstrual. Las dificultades de concentración son persistentes en fases luteas y fases menstruales (Collins y col., 1985) . Es evidente que en el escenario laboral la baja tolerancia a la frustración sea el común denominador debido a un notable cambio de humor y labilidad emocional. Leon (1986) menciona conductas maniaco depresivas e iniciación de episodios de bulimia en mujeres jóvenes en la fase premenstrual.

Granados , H (1990) en sus trabajos con educadoras en la SEP comenta que en la fase premenstrual y menstrual las maestras agredían física y verbalmente a los niños, a su vez les imponían mayor cantidad de castigos.

En la tabla VI se puede observar la correlación bajo rendimiento laboral con el IDARE R que presenta puntuaciones altas lo cual estaría respaldado por los estudios de Lara Tapia H. (1985) al indicar que la respuesta patológica a nivel física y mental se encuentra relacionada con un estilo cognitivo y conductual para enfrentarse a la frustración y al estrés.

Los cambios en la conducta social son notables y muestran algunas alteraciones conductuales en las mujeres trabajadoras de las áreas de contabilización y pagos, contabilidad, y recursos humanos de la Iniciativa Privada el modelo utilizado en este estudio es limitado para aseverar alguna otra variable observada; sin embargo, existen referencias de la influencia socio cultural y los efectos que acompañan los síntomas del ciclo menstrual (Santiago Ramírez 1975 ; Lara Tapia H , 1977). A su vez Belk y col., (1989) señalan que las mujeres que tienden a adoptar estereotipos sociales tales como: las mujeres son menos inteligentes que los hombres, menos sexuales, con menor capacidad de decidir, reflejaron valores más altos de depresión, estrés y desesperanza coincidiendo con Aubuchon y col. (1985) al encontrar influencias socio-culturales y expectativas sociales en la experiencia de varios síntomas que se relacionan al ciclo menstrual, apoyado en la noción de que estas conductas han sido aprendidas señalando a su vez que las mujeres con expectativas negativas con respecto a la menstruación y con mayor información de la sintomatología aunado a actitudes de comportamiento tradicionalista, presentaron más síntomas premenstruales , inquietud y angustia.

Algunas alteraciones conductuales que aparecen en los cambios en la conducta social en el ambiente laboral del grupo de mujeres analizadas en el presente estudio pueden tener

alguna correspondencia con el experimento mencionado en cuanto a niveles de inquietud y ansiedad elevados.

Como es de esperarse, la influencia Socio- Cultural influye en la conducta social de estas mujeres con mayor aislamiento en casa y menor actividad social que no influye únicamente en los ambientes laborales sino que se puede trasladar a las relaciones familiares. Ryser y col., (1992) encontraron que la relación marital se encuentra deteriorada en la fase lutea del ciclo en mujeres que sufren síndrome premenstrual. Por lo que se podría aseverar que estas conductas podrían ser un reforzador más, que retroalimenta de alguna manera su psicopatología.

En el ambiente laboral de las mujeres estudiadas en la iniciativa privada, se registraron conductas que de alguna manera reforzaban la sintomatología de síndrome premenstrual, como se observó en las variables psicofisiológicas y conductuales de las tablas anteriormente señaladas, es decir, dentro de la dinámica social-laboral se manifestaron pautas conductuales repetitivas y estereotipadas como: descalificación del trabajo, rumores negativos, duplicidad del trabajo y agresión verbal que promovían un clima laboral desagradable y que reforzaban sus síntomas que de alguna manera eran acumulados para manifestarse en menor o mayor grado en la fase lutea del ciclo (fase donde se manifiesta el síndrome premenstrual) .

Las conductas registradas fueron notorias en las mujeres de mayor jerarquía con diagnóstico de tensión premenstrual en la fase lutea del ciclo, siendo más directivas, exigentes, con un alto grado de supervisión lo que propiciaba una evidente descalificación del trabajo realizado al buscar en forma continua la falla o el error del trabajo realizado por el personal de menor jerarquía (reforzando negativamente su conducta) lo que se traducía en disgustos, grescas ocasionales y finalmente en errores significativos, que en el mayor de los casos representaba pérdidas económicas para la empresa, causando disgustos en la dirección que reforzaban la conducta punitiva de las gerentes y supervisoras que repetían

las mismas conductas estereotipadas, activando las pautas conductuales ensayadas con anterioridad de las mecanógrafas, auxiliares y secretarias (errores, inconformidad e instrucciones confusas). Todo esto en conjunto promovía conductas de atribución siguiendo lo expuesto por Mahoney (1983) al mencionar que la causalidad percibida puede influir en la conducta, siendo la atribución una de las influencias más comunes hechas por el ser humano y que se refieren tanto a las causas de la conducta, tanto de la suya propia como de la de otros.

Tomando como base a esta teoría se podría decir que los empleados de este grupo manifestaban en forma continua conductas de atribución (de manera verbal y conductual) al comentar que la gerente o la supervisora se encontraba agresiva y de mal humor por su comportamiento mostrando cierta tendencia de parte de los empleados a asociar las conductas negativas de la gerente no tanto a la productividad sino a situaciones personales como una falta de aceptación a su persona. Esto a su vez se veía reforzado por la selectividad que tenían las mujeres de mayor jerarquía a fijarse únicamente en los errores, de sus subordinadas que eran señalados en forma repetitiva e incisiva y no reforzaban positivamente sus aciertos y conductas que marcaban productividad lo que generaba conflictos y resentimientos.

Es preciso señalar que las mujeres con mandos superiores atribuían a los empleados sus propios errores así como sus molestias fisiológicas y su conducta agresiva (en la fase lútea del ciclo) y en ningún momento a la sintomatología del síndrome premenstrual (lo que podría ser un indicativo de la falta de información y conocimiento con referencia a este tema. Estudios realizados por Kast y Rosenzweig (1987) en ambientes laborales han reportado que el rompimiento más común en las relaciones antiguas ocurre cuando el líder culpa al subordinado por las fallas, debido a falta de esfuerzo, mientras el subordinado considera que las causas son claramente externas: materiales en mal estado, instrucciones confusas o un liderazgo inadecuado.

La atribución de sus molestias y mal humor posiblemente reforzaba los síntomas que presentaban las mujeres de menor Jerarquía (secretarias, mecanografas y auxiliares administrativas) que desde el punto de vista de (Dworkin,1977; Farbman,1973; Sternbach,1974. entre otros) afirman que han verificado experimentalmente la posibilidad de influir o alterar distintas anomalías o respuestas psicósomáticas por medio de procedimientos de condicionamiento o aprendizaje instrumental u operante . En este caso el proceso parece operar indirectamente a través del refuerzo social de determinadas conductas externas como las quejas, los gestos, la expresión de malestar o ciertas conductas de evitación, siendo a través de ellas reforzando indirectamente el patrón de activación psicofisiológico evocando subyacentemente por el sujeto que (Buazynski,1977; Sternbach , 1974) mencionan como resultado de un reforzamiento. Las variables como ansiedad, y mayor depresión son evidentes respuestas psicofisiológicas que en forma significativa influyeron en el aislamiento en casa .52 menor eficiencia .82 . La teoría de Bandura (1977) en relación al aprendizaje social apoya lo anterior al señalar que los pensamientos se construyen como elevados procesos neurales que activan los procesos viscerales, motores y otros físicos, que pueden afectar, por su parte, a los procesos de pensamiento.

Con referencia al bajo rendimiento laboral, las mujeres con mandos superiores consideraban que la disminución en la productividad se debía a una falta de capacitación y de habilidades sociales por parte de sus empleados, invitándolos a que tuvieran mayor compromiso con sus actividades y sugiriéndoles su participación en los cursos de relaciones humanas, análisis transaccional, asertividad, mecanografía y ortografía que generaban gastos económicos y materiales para la empresa, sin observarse cambios significativos en la conducta .

Al parecer estas decisiones en forma azarosa reforzaban más los conflictos en el área laboral (como si la "solución" generara más problemas) ya que dentro de estas conductas

las mujeres de mandos superiores no acudían a los cursos ni en forma de actualización, siendo esto problemático, debido a que las mujeres de menor jerarquía se actualizaban y adquirían nuevas habilidades que no eran reforzadas positivamente por su jefa (que repetía las mismas pautas estereotipadas de conducta) y en la mayor parte de las veces las subordinadas se formulaban expectativas de cambio que eran incompatibles con las decisiones de su jefa, es decir, en los cursos de capacitación les presentaban un proyecto laboral que no correspondía con los planes y estrategias de la gerencia. Como es de esperarse, se generaba un clima laboral desagradable comentando las empleadas que se sentían molestas ante esta incongruencia y justamente en la fase lútea del ciclo menstrual en la aplicación de los cuestionarios (EAMD , IDARE, MDQ) comentaron en su mayoría que se sentían desesperadas y confusas. Los estudios de Seligman (1969) acerca del "desamparo aprendido" (un análogo experimental de la desesperación) se pueden traspolar a las mujeres de mandos superiores que en forma directa inducían esta conducta hacia sus subordinados generando un clima de incertidumbre e inconformidad.

El interés por algunos cursos como el de asertividad tenían mayor demanda por parte de las gerentes y supervisoras que tendían a adaptar la asertividad a sus necesidades laborales, justificando su conducta y reforzando su agresividad. Las mujeres de menor jerarquía al participar en los cursos, contaban con dos instrucciones diferentes; ser participativa, asertiva, creativa y agente de cambio y por otra parte en su área laboral las demandas de su jefe inmediato eran lo contrario. Lo anterior se traducía en dificultades de comunicación y de tipo personal.

En cuanto a los problemas grupales en áreas de trabajo (Kats y Rosenzweig, 1987) comentan que demasiado conflicto puede ser antifuncional en términos de interferencia con las actividades requeridas , falta de coordinación y quizá, casi el caos.

Es probable que la misión de la empresa, las políticas, los valores, la división del trabajo y los procedimientos administrativos que en conjunto forman la cultura empresarial y que

sirven como modeladores de la conducta inducen los estereotipos sociales que se basan en los perfiles de puestos que en ocasiones se encuentran idealizados, y de alguna manera ejercen presión en el desempeño de las tareas asignadas a las mujeres, promoviendo situaciones estresantes. Belk, (1989) menciona que las mujeres al adoptar estereotipos sociales reflejan valores más altos de depresión , estrés y desesperanza coincidiendo con (Aubuchon y col., 1985) al encontrar que las influencias socioculturales y las expectativas sociales influyen en la mujer presentando más síntomas premenstruales como son la angustia e inquietud .

Estos estudios pueden ser análogos y referidos hacia los lineamientos y conductas que marca la cultura de la iniciativa privada, que en forma progresiva cristaliza el estereotipo empresarial acentuando las disfunciones conductuales y psicológicas en los empleados, como lo muestran los resultados obtenidos en este estudio donde se obtuvieron puntuaciones elevadas en cuanto al bajo rendimiento laboral en un .80 .

Las mujeres que eran promovidas a niveles jerárquicos superiores, repetían las conductas de sus jefes como un aprendizaje social observacional por modelamiento que coincide con la teoría formulada por (Bandura,1977) al mencionar que virtualmente todos los fenómenos de aprendizaje que resultan de la experiencia directa, se producen sobre una base vicaria, al observar las conductas de otras personas y las consecuencias que tienen para ellas.

Siendo los componentes psicofisiológicos de vital importancia para la comprensión de este estudio, es preciso aclarar que debido a las limitaciones de esta investigación en cuanto a la ausencia de modelos fisiológicos y perfiles hormonales, únicamente se realizarán inferencias e interpretaciones tomando como base las teorías ya mencionadas y las puntuaciones obtenidas en cada una de las tablas, traspolando estos resultados a las conductas observadas.

Investigaciones previas, enfatizan la influencia psicofisiológica en el comportamiento de la mujer en referencia a las alteraciones menstruales, por lo que es conveniente mencionar lo

expuesto por Valdés al referir a Laborit (1979) al suponer que la hipertensión es el correlato fisiológico constante de todo predominio funcional del Sistema Inhibidor de la Acción (SIA), donde participa la corteza orbito-frontal, área septal media, hipotálamo ventromedial, amígdala lateral e hipocampo y que según Estein (1972) el (SIA) es activado a través de estímulos frustrantes que activan neuronas serotoninérgicas liberando serotonina en el sistema límbico, sustancia gris central, estimulando el input colinérgico inhibiendo la acción del sujeto. Para Laborit las prohibiciones socio culturales y los conflictos pondrían en marcha su funcionamiento, favoreciendo la aparición alternativa de toxicomanías, conductas agresivas, comportamientos neuróticos y síntomas psicósomáticos. Si hay personas que a partir de sus aprendizajes, tienden a regular sus procesos nerviosos centrales, según la pauta marcada por este sistema inhibitor de la acción, resultaría que estos sujetos vivirían con un riesgo mayor de presentar trastornos psicósomáticos siendo posible que esos individuos fuesen candidatos ideales para aprender la desesperanza (Valdes,1988).

Lo anterior se toma como referencia debido a que las 35 mujeres estudiadas presentaron en forma significativa alteraciones fisiológicas y conductuales en la fase lutea del ciclo menstrual, donde la participación de estas estructuras (SIA) podrían estar involucradas y su ambiente laboral, sería un posible reforzador de estas conductas provocando así la desesperanza (Tabla XII). Debido a que dentro de las variables estudiadas se observaron puntuaciones altas en los cambios de conducta donde la influencia psicofisiológica es evidente, teniendo como efecto la disminución del rendimiento laboral en un .80 (como se puede observar en las puntuaciones obtenidas en las tablas II , III) siendo la depresión y la ansiedad (Tabla VI) el factor de mayor influencia en la conducta de estas mujeres con sus correspondientes alteraciones psicósomáticas manifestadas en forma aguda en la fase previa al flujo menstrual.

La hipótesis de Morales (1992) basado en estudios experimentales en relación a la ansiedad, afirma que determinados metabolitos de hormonas esteroideas (donde se observa una actividad importante de la progesterona) incrementan la unión específica de las benzodiazepinas bien conocida por su potente efecto ansiolítico. Esta hipótesis puede tener alguna relación con lo expuesto por Mandell y Mandell (1977) al mencionar que esta hormona (la progesterona) parece ser tranquilizante y sedativa, y al caer en picada en la fase lútea produce en algunas mujeres síntomas de tensión premenstrual.

Tomando en cuenta que la progesterona es el precursor metabólico común de los glucocorticoides y que el cortisol pertenece a este grupo (Guyton, 1984) es importante señalar lo expuesto por Valdés (1988) que atribuye al aumento de cortisol conductas depresivas y ansiógenas. En cuanto a la ansiedad que presentaron las mujeres de este estudio las puntuaciones son altas en un .65 al relacionarse con la depresión (tabla III) y al ser relacionadas con la inquietud reflejaron un .71 de correlación variables que probablemente producían una gran cantidad de errores en la ejecución de sus tareas. Neils (1976) menciona que un fuerte estado de ansiedad provoca una gran intensificación del estado de alerta hacia uno mismo y hacia el ambiente, (Tabla VII) suscitando un aumento global del metabolismo y el flujo sanguíneo cerebral así como activación de las glándulas suprarrenales involucradas en la segregación de aminas, (epinefrina o adrenalina y norepinefrina o noradrenalina). Ardila (1985) y de aldosterona que según (Ganong, 1984) este mineralocorticoide se ve aumentado en situaciones estresantes y durante las hemorragias, y que Janowsky (1966) atribuye a este aumento (de aldosterona) excitación y síntomas conversivos.

Al relacionar el insomnio con el IDARE-E con puntuaciones obtenidas fueron: .44 ; la somnolencia diurna, aislamiento en casa .72 (Tabla II). Conductas que pueden tener alguna relación con los cuadros depresivos y el ausentismo laboral. Corsi (1983) menciona que las observaciones clínicas han encontrado que los pacientes deprimidos padecen una serie de

anormalidades en el sueño, reducción y fragmentación del mismo lo que puede tener alguna relación con las variables de la Tabla VII al correlacionar el insomnio con el bajo rendimiento las puntuaciones reflejaron un .70 de correlación, insomnio IDARE-R .39 insomnio-IDARE-Estado .44 insomnio-depresión .66; reforzando lo anterior Snyder (1969) menciona que la reducción del sueño paradógico (SP) es únicamente un síntoma más de la enfermedad depresiva, la cual incluso puede hacerla empeorar.

Se puede inferir que probablemente las tareas, repetitivas y rutinarias que realizaban estas mujeres reforzaban en mayor o menor grado sus síntomas en cuanto a la somnolencia diurna . Investigaciones previas han encontrado que las tareas que requieren una vigilancia continua por parte del sujeto son las que se deterioran con la falta de sueño (Deaton y col.,1971).

Tomando en cuenta lo antes mencionado es preciso señalar que las situaciones estresantes que promueve el rol asignado, y que se basa en el perfil del puesto requerido por la empresa podría ser otro factor reforzador de las conductas disfuncionales.

Thoresen y col.,(1980) encontraron correlación entre el grado estrés crónico y alteraciones del sueño, tales como dificultades para dormir, despertares nocturnos, acompañados de preocupaciones, terminación temprana del sueño (asociado a conductas depresivas) y sensación de cansancio al despertar. Corsi (1983) afirma que la ansiedad y la tensión muscular parecen estar relacionadas entre sí como la ansiedad y la dificultad para dormir (Tablas IX y X).

En la tabla (VII) se pueden observar las correlaciones de la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) de Zung y el Factor II Concentración del (MDQ) Moos; siendo las puntuaciones altas en cuanto a las alteraciones de memoria .65 la confusión .74 baja en el juicio . 56 difícil concentración .66 distractibilidad .74 . Tomando en cuenta a su vez los resultados obtenidos en la Tabla IV respaldan lo antes dicho. Valdés (1985) afirma que los sujetos con elevada ansiedad presentan niveles plasmáticos de cortisol en un 70% más altos

que los individuos no ansiosos . Cabe señalar que el mismo autor atribuye al aumento de cortisol conductas depresivas .

En la Tabla IV el dolor relacionado a la concentración reporta .72 los cambios de conducta .76 y el control .71. Lo anterior muestra una considerable y significativa influencia en el comportamiento de las mujeres estudiadas con referencia a los cambios de humor, falta de tolerancia, impaciencia y agresión a empleados de menor jerarquía, mismos comportamientos que se pueden aunar a los episodios depresivos y ansiosos ya señalados Tabla VIII. reflejando una importante labilidad emocional (Tabla III) con puntuaciones referidas al sentimiento de soledad .58 ansiedad .40 inquietud .54 depresión .57.

Neils (1976) basado en sus investigaciones sobre ansiedad y dolor sustenta firmemente, que durante la realización de distintas funciones existe una correspondencia entre la activación generalizada de la corteza y el grado de conciencia, lo anterior puede tener alguna relación con lo obtenido en la (Tabla IV) en cuanto a la pérdida de control-dolor .71 y los experimentos de Ardila (1986) los cuales reportan que aumentando la ansiedad de los sujetos hasta cierto grado es posible producir en el laboratorio dolor.

Tomando en cuenta algunos aspectos socio-culturales, investigadores Mexicanos (Santiago Ramírez 1975; Díaz Guerrero, 1982; Lara Tapia L,1992; Lara Tapia H,1993 y otros) han tratado de explicar algunas conductas disfuncionales en nuestra cultura en relación a las interacciones familiares, sexualidad, roles y estereotipos que van moldeando la conducta, influyendo de manera progresiva en el comportamiento y en la forma en que el individuo a través de un proceso de asimilación y socialización va adquiriendo y formando cogniciones, asociadas a su repertorio conductual que de alguna manera influyen en su comportamiento y en la manera de afrontar las situaciones gratificantes y frustrantes en su vida. Tomando como base estos estudios sería interesante investigar si estas variables influyen en menor o en mayor grado en la sintomatología del síndrome de tensión premenstrual en la mujer mexicana trabajadora de iniciativa privada.

Polaino y Lorente (1985) subrayan que las influencias culturales no sólo modelan la expresión sintomatológica de la enfermedad sino también la reacción del individuo y de su medio social a los síntomas manifestados.

Cabe mencionar que la investigación que se llevo a cabo en las mujeres de la iniciativa privada; en este estudio, se encuentra limitada para realizar alguna inferencia en relación con los roles y estereotipos sociales asignados y adquiridos por la mujer Mexicana y su influencia en la sintomatología del síndrome premenstrual. Belk y col.,(1989) han demostrado que las mujeres al adoptar estereotipos sociales tales como; las mujeres son menos inteligentes que los hombres, menos sexuales, con menor capacidad para decidir en comparación con estos, reflejaron valores más altos de depresión, estrés y desesperanza.

Aubuchon y col., (1985) señalan que las influencias socio-culturales y las expectativas sociales influyen en el ciclo menstrual de las mujeres que tendían a mostrar expectativas negativas con respecto a la menstruación así como las que tenían mayor información de la sintomatología aunado a actitudes de comportamiento tradicionalista .

Por lo que sería conveniente realizar futuras investigaciones relacionadas al síndrome premenstrual y su influencia socio-cultural en mujeres Mexicanas.

En relación a los modelos anglosajones y su aculturación en la iniciativa privada Lara Tapia H. y Trejo Magaña (1985) aseguran que las condiciones de estrés en el trabajo son fundamentalmente reforzadores sociales y están relacionados con procesos productivos y de industrialización. Con base en esto es conveniente señalar que la iniciativa privada adopta modelos conductuales de otros países que no corresponden a la realidad social de nuestra cultura, comprometiendo así la salud de los trabajadores que forman parte de ella.

En la tabla II los resultados obtenidos muestran una notable relación entre el aislamiento en casa y el bajo rendimiento laboral .52 y la somnolencia diurna .72. La menor actividad social y el bajo rendimiento laboral .36 el aislamiento en casa y la menor actividad social .39 ;

variables conductuales que reflejan una posible relación con los estados depresivos y el aislamiento en casa referidos al ausentismo laboral.

Así como los resultados obtenidos en el IDARE-R y el bajo rendimiento laboral .49 indicando así que en este grupo de mujeres predominaba la ansiedad como rasgo característico en su conducta, asociados a los roles asignados y a los estándares de producción así como también a las variables estresantes promovidas en su ambiente laboral: coincidiendo en gran parte con lo antes mencionado. Dentro de los aspectos psicosociales es necesario tomar en cuenta las políticas y las normas que van creando valores siendo éstos dependientes de los cambios de la productividad y los cambios económicos y políticos, siendo los valores agentes principales moldeadores de la conducta de los trabajadores, se tornan cada vez más rígidos y poco flexibles; justificándose en una productividad poco razonable, condicionando a la maternidad y los cuidados maternos las relaciones humanas y familiares así como los estilos de vida de los trabajadores donde se encuentran incluidas las mujeres de la iniciativa privada. Santiago Ramírez ya en la década de los sesentas logra vislumbrar estos aspectos mencionando que la manera que tiene la mujer de expresar su feminidad es a través de su sexualidad y la maternidad que manifestándose exigua ya en esta época por las exigencias que le impone la cultura y por satisfactores de tipo social, condicionando sus relaciones maritales, y sus cuidados maternos, siendo cada vez más precarios. Todo esto aunado al exceso de técnicas anticonceptivas comprometen su salud afectando sus componentes biológicos que tienden a manifestarse en alteraciones de tipo menstrual. Lara Tapia H y Trejo M., (1985) subrayan que las mujeres trabajadoras con personalidad tipo A tienden a utilizar una variedad de técnicas anticonceptivas. Con base en los estudios realizados y a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede especular que es probable, la existencia de cierta incubación de la ansiedad en relación a un ineficiente estilo cognitivo-conductual de afrontar el estrés que se vincula a las variables negativas (estímulos estresantes) que

algunas mujeres pueden percibir como amenazantes: como pueden ser los diferentes roles y estereotipos asignados o adquiridos por la cultura (Santiago Ramirez, 1962) y las observadas en este ambiente laboral (agresión, castigos injustificados, asignación de tareas en referencia al sexo) causando insatisfacción y desesperanza que de alguna manera es probable que estas variables influyeran y reforzaran sus síntomas. Por lo anterior se puede inferir cierta incubación de la ansiedad y el estrés que en forma paralela y simultánea a las variaciones hormonales del ciclo menstrual podría contenerse y desencadenarse la sintomatología del síndrome premenstrual precisamente en la fase lutea (como un efecto rebote) y cuando la progesterona con sus efectos sedativos y tranquilizantes cae en picada (Mandell y Mandell,1977) siendo esta hormona la responsable de la biosíntesis de glucocorticoides (Guyton,1984) segregados por la corteza suprarrenal (Ardila, 1986) donde se encuentra el cortisol involucrado en la conducta depresiva y ansiosa (Valdés, 1988) y la aldosterona que según (Ganon,1984) se eleva en situaciones estresantes y que para Janowsky su aumento causa desequilibrio tanto hormonal como electrolítico causando síntomas de conversión, es posible tomar en cuenta las variables cognitivo-conductuales con su correspondiente sustrato y base psicofisiológica, siendo probable que de manera conjunta influyan en la manifestación de los síntomas depresivos, ansiosos, episodios psicóticos agudos y conducta psicopática en algunas mujeres con diagnóstico de tensión premenstrual (Dalton 1964;Mandell y Mandell,1963; Lara Tapia H y Ramirez, 1972; Contreras y Marvan, 1985; Granados,H 1990 González P.,1992 y otros).

CONCLUSIONES

- 1.- Se encontraron niveles de significancia estadística al correlacionar el bajo rendimiento laboral y la menor eficiencia en la realización de trabajo así como también mostró una puntuación alta en disminución de la actividad social con un importante aislamiento en casa y somnolencia diurna, conductas que pueden ser referidas al ausentismo y a un alto grado de errores en las tareas asignadas.
- 2.- En este grupo de mujeres las puntuaciones se elevaron en los cambios de humor con un notorio cuadro depresivo, labilidad emocional, inquietud y ansiedad. Manifestando en su ambiente laboral inconformidad, agresión verbal y baja tolerancia a la frustración conductas que propiciaban bajos estándares de producción.
- 3.- Se obtuvo una muy alta significancia de correlación entre los factores tanto biológicos como conductuales, lo que permitió comparar los correlatos psicofisiológicos y conductuales de otros investigadores encontrando gran similitud con sus resultados.
- 4.- Las puntuaciones en la fase previa al ciclo menstrual se elevaron; reportando malestar, dolor, torpeza motora, falta de concentración y pérdida de control sintomatología; que en su conjunto disminuyó en un .82 el rendimiento laboral propiciando duplicidad de trabajo debido a una gran cantidad de errores en las tareas asignadas a estas mujeres.
- 5.- La ansiedad y la depresión fue alta, y se pudo observar en los resultados del IDARE- R y la escala de automedición de la depresión (EAMD) de Zung por lo que se puede inferir que existe una relación entre estas variables con cierta predisposición a la ansiedad y a la depresión en este grupo de mujeres.

6.- Existe una relación entre el nivel jerárquico y la manifestación de los síntomas depresivos y ansiosos; debido a que las mujeres con mayor jerarquía y mando como son jefas de departamento, supervisoras y subdirectoras manifestaban en mayor grado agresividad hacia sus subordinados; en cambio las mujeres con menor jerarquía como secretarias, mecanógrafas, auxiliares administrativas "no tenían la posibilidad" de manifestar esta conducta reprimiendo más su agresión pero tendían a manifestarla en forma pasiva (propiciando rumores negativos, lentitud en el trabajo y repetición en las tareas asignadas) reportando mayor índice de ausentismo y labilidad emocional.

7.- Las psicólogas que realizaban trabajos en las áreas de Recursos Humanos en la iniciativa privada se negaron a contestar las pruebas (MDQ, IDARE-R-E, EAMD) cuestionando el propósito del estudio a diferencia de otras mujeres con diferente jerarquía que mostraron una actitud participativa .

SUGERENCIAS

- 1.- Estudiar si los diferentes métodos anticonceptivos modifican las fluctuaciones y reacciones hormonales, propiciando cierta variabilidad en la conducta de las mujeres.
- 2.- Tomar en cuenta el nivel socioeconómico y aplicar un modelo similar en otras instituciones, realizando comparaciones entre grupos y observar si existe una relación entre los cambios de conducta las políticas y la cultura de la empresa.
- 3.- Sería conveniente la aplicación de las pruebas en cada fase del ciclo y con base en las puntuaciones obtenidas, analizar si existe variabilidad en los síntomas asociados al bajo rendimiento laboral.
- 4.- Estudiar la influencia de los estereotipos sociales , que adoptan las mujeres y la relación con su auto estima y observar si estos influyen en la manifestación del síndrome premenstrual afectando sus relaciones sociales y laborales .
- 5.- En mujeres con diagnóstico de síndrome premenstrual sería interesante analizar si hay una relación entre la satisfacción en las relaciones familiares y maritales, la satisfacción laboral y su relación con el síndrome premenstrual con un diseño de investigación que implicaría historia clínica, aplicación de cuestionarios y análisis estadístico.
- 6.- Es conveniente que los psicólogos laborales promovieran una cultura enfocada hacia la salud en el trabajo. Tomando en cuenta las investigaciones sociales, psicofisiológicas y conductuales cuya base científica es incuestionable, y donde la psicología experimental es un pilar sin precedentes. De ser así se podría hablar de una psicología laboral, integrativa,

que tomaría en cuenta los aspectos bio-psico-sociales, siendo más objetiva y sobre todo humana. Esto serviría como base para futuras investigaciones, diseñando modelos de entrenamiento (en capacitación) capaces de solucionar problemas laborales, generando un clima laboral adecuado y una mayor satisfacción laboral.

7.- Se sugiere que los psicólogos laborales tomen en cuenta los resultados obtenidos en este estudio diseñando programas conductuales capaces de resolver problemas en las áreas laborales, por lo que sería conveniente aportar investigaciones en referencia a la salud en el trabajo que se podrían adicionar a este estudio.

“Trastornos menstruales y conducta laboral en un banco, en cuya base se llevó a cabo la realización de la presente investigación. Es la única que se ha realizado en México y en Latino América y de las pocas investigaciones estudiadas a nivel mundial (Lara Tapia H, 1994).”

APÉNDICES

- A ESCALA DE LA AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN (EAMD)
- B INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO (IDARE)
- C CUESTIONARIO DE DESORDENES MENSTRUALES (MDQ)

TABALAS DE RESULTADOS

ESCALA DE LA AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESION DE ZUNG (EAMD)

La escala de automedición de la depresión de Zung (EAMD) fue creada por los doctores William W.Zung y D.C. Durham, profesores e investigadores del Centro Médico de la Universidad de Duke en Estados Unidos.

Se creó por la necesidad de contar con un instrumento que evaluara satisfactoriamente la depresión, como afecto, como sintoma o como enfermedad, de forma sencilla, lo cual no era posible hasta que fue realizada la escala.

Los criterios para el diagnóstico clínico y para la elaboración de la escala fueron instrumentados por Grinker y colaboradores en 1961 ; Overal (1962) y Friedman y col., (1963) . Se encuentran divididos en:

a) Afecto profundo b) Equivalentes y concomitantes fisiológicos c) Concomitantes psicológicos.

Para construir los reactivos se determinaron las características más frecuentes de los diversos tipos de depresión y se hizo una pregunta por cada característica que fuera representativa del síntoma.

Esta escala posee veinte reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa la menor puntuación es para los menos deprimidos, cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son:

- a) Muy pocas veces
- b) Algunas veces
- c) La mayor parte del tiempo y
- d) Continuamente

FORMA DE APLICACIÓN

Para aplicarse es necesaria la hoja de declaraciones y un lápiz o pluma, a continuación se da al sujeto la lista de declaraciones y se le pide que señale la aseveración que se apege más a su sintoma en ese momento .

Forma de Calificación: la calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye el protocolo y que trae grabadas el peso que corresponde a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1 2 3 4 ó 4 3 2 1 dependiendo la puntuación .

PLANILLA DE CALIFICACIÓN

	A	B	C	D		A	B	C	D
1.-	1	2	3	4	11.-	4	3	2	1
2.-	4	3	2	1	12.-	4	3	2	1
3.-	1	2	3	4	13.-	1	2	3	4
4.-	1	2	3	4	14.-	4	3	2	1
5.-	4	3	2	1	15.-	1	2	3	4
6.-	4	3	2	1	16.-	4	3	2	1
7.-	1	2	3	4	17.-	4	3	2	1
8.-	1	2	3	4	18.-	4	3	2	1
9.-	1	2	3	4	19.-	1	2	3	4
10.-	1	2	3	4	20.-	4	3	2	1

Las calificaciones obtenidas se colocan del lado derecho, se suman y se anota el resultado final. En seguida se remite a una tabla que convierte la calificación básica al índice AMEI índice AMD se deriva de dividir la suma de los valores de la calificación cruda obtenida de los 20 reactivos y se multiplica por la calificación máxima posible que es de 80 convertida a decimal y multiplicada por 10.

TABLA DE CONVERSIÓN

C.B*	AMD*	C.B	AMD	C.B	AMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

(*) **Calificación Básica**

(*) **Índice de automedición de la depresión**

**UNA VEZ OBTENIDO EL INDICE AMD ES POSIBLE DEDUCIR EL DIAGNÓSTICO FINAL
AUXILIÁNDOSE CON LA SIGUIENTE TABLA**

Diagnósticos de los grupos de valoración	Índice AMD promedio	Rango
Controles normales	33	25 - 43
Deprimidos hospitalizados	74	50 - 78
Deprimidos ambulatorios	64	63 - 90
Reacciones de ansiedad	53	40 - 68
Desordenes de personalidad	53	42 - 68
Reacciones de ajuste	53	38 - 68

Cuando una prueba arroja un resultado que cabe en dos diagnósticos, es necesario revisar las preguntas una por una para saber cuáles de éstas corresponden a las puntuaciones más altas, y así saber a qué grupo corresponde el sujeto.

Validez y Confiabilidad de la EAMD: en 1965 W.W. Zung y colaboradores realizaron un estudio con objeto de validar la EAMD, con 152 pacientes de consulta externa. A estos pacientes les fue aplicado previamente el Ohio Literacy Test -esta prueba se califica por niveles y los sujetos elegidos para este estudio fueron los que quedaban clasificados en el quinto nivel después en una consulta inicial les eran aplicados el MMPI y la EAMD.

El MMPI fue utilizado como prueba control por ser válida y confiable, los datos con que se trabajó para la validación de la escala fueron : el resultado de las pruebas, Ohio Literacy Test MMPI, y EAMD ; impresión clínica y diagnóstico final.

A estos datos se les aplicó el análisis de correlación múltiple del que se obtuvo la ecuación de regresión.

$$y = 0.75 + 31.7$$

Para medir el índice de correlación entre la EAMD y las once escalas del MMPI se utilizó la correlación de Pearson Producto-Momento de donde se observó que el mayor índice de correlación entre ambas escalas es con la escala D (depresión) que contiene un valor de $r=0.70$. El siguiente índice de importancia es con la escala PT (psicastenia) $r= 0.68$, que se da por el tipo de población que fue estudiada y por la alta correlación entre las escalas D y PT que es de $r= 0.79$. La menor correlación es con la escala Ma (manía) donde $r= 0.13$.

Lara Tapia, H . y colaboradores realizaron en 1976 un estudio en la ciudad de México con el propósito de adaptar y estandarizar la EAMD a nuestro país. En el estudio se incluyeron enfermos psiquiátricos, enfermos no psiquiátricos y sujetos sanos que se encontraban entre los 17 y 64 años. Se utilizó como prueba control el MMPI. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y sus normas de calificación son válidas para nuestro país y que EAMD es un instrumento que ayuda en la detección de la depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas.

**ESCALA DE LA AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN
(EAMD) DE ZUNG(1965).**

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes solía hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de constipación.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriendome.				
20. Todavía disfruto de las mismas cosas.				

**INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO
(I.D.A.R.E)**

El desarrollo del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado fue iniciado por el Dr. Spielberger y el Dr. Goruxh en 1964 en la Universidad de Vanderbilt con el fin de obtener medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad-rasgo como de la ansiedad - estado .

La ansiedad -estado (A-Estado) es definida como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano , que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión en subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. La ansiedad-rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes . De esta manera, se puede utilizar la escala A-Rasgo como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica y la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de ansiedad inducidos por procedimientos experimentales.

La escala A-Rasgo consiste de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en el momento de contestar la prueba. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos de tal manera que la dispersión de posibles puntuaciones varía desde un mínimo de 20, hasta un máximo de 80 tanto en la escala - A-Estado como en la escala A-Rasgo.

Algunos de los reactivos están formulados de tal manera que una valoración de 4 indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos se formularon de tal manera , que una valoración alta indica poca ansiedad. Al calificar la prueba se debe de revertir el peso de la respuesta para los reactivos en los cuales una calificación alta indica baja ansiedad, sustrayendo la respuesta obtenida del valor 5. En consecuencia, una puntuación alta indica ansiedad aumentada.

La confiabilidad test-retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo del I.D.A.R.E. es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Rasgo como la A-Estado tienen un alto grado de consistencia interna.

La validez de la escala A-Rasgo del I.D.A.R.E. es evidente ya que se han hecho correlaciones con la escala de ansiedad (IPAT), y la escala de ansiedad manifiesta (TMAS). Las correlaciones entre estas pruebas y el I.D.A.R.E. son altas, tanto para los estudiantes universitarios como para los pacientes.

Con respecto a la validez de la escala A-Estado, se obtuvo aplicando esta escala bajo cuatro situaciones diferentes: condición normal, condición de relajación, después de resolver una prueba que mide I.Q . y después de ver una película angustiante. Las calificaciones se encontraron en su más bajo nivel en la condición de relajación y en su más alto nivel después de que los sujetos observaron la película tensionante .

Otra evidencia respecto a la validez de la escala A-Estado se muestra en un estudio realizado con estudiantes a los cuáles se les aplicó primero la escala A-Estado con las instrucciones estándar (condición normal). En seguida se les pidió que respondiesen de acuerdo con la forma que ellos creyeran que sentirían inmediatamente antes de un examen fiscal en uno de los cursos más importantes (condición examen). La calificación promedio resultó considerablemente más alta en la condición de examen que en la normal.

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④

**EL DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO DE DESÓRDENES MENSTRUALES
DR. RUDOLF H. MOSS**

Universidad de Stanford, Colegio de Medicina Palo Alto California

Propósito:

Los principales propósitos de esta investigación fueron:

- 1) El desarrollo de un cuestionario de desórdenes menstruales (MDQ), el cual pudiera ser utilizado como un método estándar para valorar la sintomatología del ciclo menstrual.**
- 2) La reunión de información normativa sobre la prevalencia y severidad sobre este cuestionario en una muestra relativamente homogénea de mujeres normales jóvenes casadas.**
- 3) La identificación de posibles correlaciones de síntomas severos como medición para el cuestionario y que pueden ser, duración del ciclo menstrual, duración del flujo menstrual.**
- 4) La valoración de la influencia de la edad y la relación en síntomas severos.**
- 5) La medición de la influencia de la memoria y de la fase menstrual de la mujer que es lo que ella recuerda de los síntomas cuando se contesta el cuestionario.**

La información pertinente de los efectos de la memoria y fase del ciclo en el reporte de síntomas menstruales, es esencial para la apropiada evaluación de un método de cuestionario en la reunión de datos en esta área.

Métodos y Sujetos

Una lista de 47 síntomas que fueron incluidos en el MDQ fue obtenida de diversas fuentes.

1) A las mujeres les fue aplicado un cuestionario piloto y una entrevista, instrumentos los cuales seleccionaron información acerca de los muchos posibles síntomas del ciclo menstrual.

2) Una comprensiva y detallada revisión de investigaciones previas sobre la sintomatología del ciclo menstrual fueron retomadas.

3) Una lista de control de los síntomas que fué obtenida de el Blatt Menopausal Index. Los síntomas que particularmente se seleccionaron fueron por ejemplo: "zumbido en los oídos", "adormecimiento", "hormigueo en piernas y manos", "sentimientos de sofocación", síntomas los cuales las mujeres menopausicas experimentan con una frecuencia relativamente alta, pero los cuales, las mujeres de la muestra, en un rango de edad de 20 a 30 años experimentan con muy poca frecuencia.

Estos síntomas de control fueron incluidos para obtener alguna medida de que tan probable una mujer sufre de una variedad de síntomas y de si estos síntomas están comúnmente asociados con cambios en el ciclo menstrual.

4) Varios autores habían sugerido el aumento en la prevalescencia de la excitación y los sentimientos de bienestar que ocurren paralelamente con el ciclo menstrual, comúnmente antes de la menstruación, y por lo tanto un número de estas reacciones fueron incluidas al final del cuestionario.

En el cuestionario se preguntó a cada mujer por su edad, educación, cuanto tiempo había estado casada y si tuvo hijos.

Información acerca de la duración del ciclo, duración del flujo menstrual y regularidad del ciclo fue además obtenida.

Las mujeres fueron cuestionadas para clasificar sus experiencias de cada uno de los 47 síntomas del MDQ en una escala de 6 puntos rangeado desde "no experiencia del síntoma" hasta "una aguda experiencia del síntoma".

Cada mujer realizó estas clasificaciones separadamente para la fase "menstrual"(durante el flujo menstrual), "premenstrual" (la semana anterior al comienzo del flujo menstrual) y fases intermenstruales" (recordatorio del ciclo) de su más reciente ciclo menstrual y de su peor ciclo menstrual.

Así las mujeres pudieron diferenciar entre su experiencia de diferentes síntomas en términos de las diferentes fases durante el ciclo en las cuales ocurrieron.

El problema de la memoria- el problema de cuánto, recuerda una mujer acerca de sus síntomas- fué parcialmente controlado pidiéndole a cada mujer que reportara acerca de su más reciente ciclo. Además, Paulson había encontrado muy altas correlaciones entre la severidad y la frecuencia de cada uno de los 37 síntomas menstruales, indicando que no fué necesario obtener información separada acerca de ambos.

A cada mujer le fue pedido que escribiera la fecha en la cual había llenado el cuestionario, además de proporcionar la de su más reciente flujo menstrual y la fecha previa a su menstruación.

Esta información hizo posible el analizar los datos en relación a en cuál fase del ciclo había estado cada mujer en el día en el que ella había llenado el cuestionario y descubrir si esto afectó su reporte de los síntomas.

Después de un preexamen inicial que había perfeccionado las instrucciones, el MDQ fue llenado por una muestra de 839 esposas de estudiantes graduados de una universidad grande del oeste de E.U.A.

Esta muestra fue geográficamente representativa, el porcentaje de los 839 cuestionarios los cuales provenían de esposas de estudiantes viviendo en alojamientos universitarios fue muy estrechamente comparable al porcentaje de todas las estudiantes casadas viviendo en alojamientos universitarios.

Además, las subpoblaciones que se seleccionaron aleatoriamente las cuales difirieron en el porcentaje de mujeres del grupo total que respondió el cuestionario no, difirió en la prevalencia de la sintomatología del ciclo menstrual; esto es, en las subpoblaciones en las cuales el 80% de las mujeres respondieron el cuestionario no difirió significativamente de las subpoblaciones en las cuales solo el 30% de las mujeres respondió los cuestionarios.

Estos datos indican que las 839 mujeres constituyeron una muestra representativa de la población total de esposas de estudiantes graduados con respecto a la distribución geográfica y la sintomatología del ciclo menstrual.

RESULTADOS

La tabla 1 resume los antecedentes y los datos del ciclo menstrual para el total de la muestra. Esta es claramente homogénea, en donde las mujeres son generalmente jóvenes, han alcanzado altos grados de educación, y más de la mitad ha estado casada por menos de 3 años y más de la mitad hasta el momento no tiene hijos. Por otra parte hay un rango de características aún en esta población relativamente homogénea.

Más del 5% de las mujeres tienen 35 años de edad o más, alrededor de un 9% tienen educación de preparatoria o menos, más del 17% ha estado casada 5 años o más, y alrededor del 11% tiene 3 o más hijos.

La duración del ciclo menstrual y el flujo menstrual es cercánamente comparable con los resultados encontrados en estudios previos - Arey reunió algunos 20,000 expedientes de 1500 mujeres obtenidos de 12 reportes diferentes y encontró como promedio de duración del ciclo de 29.5 días.

La mayoría de las mujeres reportan ciclos regulares; más sin embargo, 45% reportan una variación de 3 días o más en la duración del ciclo durante el año pasado. En esta regularidad en la escala del ciclo (1-4), del total, 54.8% fue incluido en el primer grupo (1); 28.0% en el segundo(2); 8.7% en el tercero (3); y 8.5% en el cuarto (4) y más regular.

Los 47 síntomas en el MDQ y el factor analizado fueron intercorrelacionados para el total de la muestra de 839 mujeres separadamente para las fases menstrual, premenstrual, e intermenstrual para el más reciente ciclo y para el peor ciclo menstrual.

Los 8 grupos listados de síntomas resultantes reflejan factores de los cuales fueron esencialmente copiados, en todos cuatro de todos los factores de análisis. Hay sólo 46 síntomas listados porque un síntoma, el de "cambio en hábitos alimenticios", no pudo ser localizado consistentemente en ningún factor.

Cada uno de estos ocho grupos reflejan un grupo intercorrelacionado empíricamente de síntomas; las escalas descritas han sido escogidas para reflejar el mayor contenido de síntomas tan cercanamente como fué posible. El punto importante es que hay ocho grupos separados de síntomas, cada uno de los cuales aparece en cada fase del ciclo menstrual.

LISTADO DE GRUPOS Y SINTOMAS.

Cada mujer recibió una puntuación en cada escala y en cada fase del ciclo menstrual para sumar juntas sus puntuaciones para cada uno de los síntomas en esa escala.

Los promedios y las desviaciones estándar para las ocho escalas en cada fase son mostradas en la tabla 2. Las escalas de dolor, concentración, cambios de conducta y reacciones autónomas muestran muy altos promedios en la fase menstrual que en la fase premenstrual, en otro lado las escalas de retención de agua efecto negativo y movilidad muestran altos promedios en la fase premenstrual que en la fase menstrual. Todas las escalas (excepto la de movilidad y la de control) muestran grandes diferencias entre la fase menstrual e intermenstrual y entre la fase premenstrual e intermenstrual. El peor ciclo menstrual además refleja grandes cambios en la dirección esperada para estas escalas.

Por otro lado las escalas de movilidad y control no parecen reflejar particularmente cambios cíclicos relacionados al ciclo menstrual, aunque algunas mujeres se quejan de los síntomas en estas escalas.

La tabla 3 muestra los porcentajes de mujeres que se quejan de los síntomas de manera "ligera" "moderada" "aguda" y "severa" en los síntomas seleccionados de cada una de las ocho escalas, esta tabla muestra la prevalencia y la severidad de varios síntomas en esta muestra.

Cada uno de los síntomas en las seis primeras escalas muestra una significancia estadística de ($p < 0.05$, Mann Whitney J Test) de la variación cíclica con el ciclo menstrual, por otro lado las dos últimas escalas muestran una no tan considerable variación cíclica.

Los síntomas en las escalas de dolor, cambios de comportamiento, retención de agua y afecto negativo ocurren en aproximadamente 30% de las mujeres. Para comparar las puntuaciones de las escalas de síntomas uno con otro en una fase y en diferentes fases (de forma cruzada), fue hecha una transformación que resultó en la obtención de una media de 50 y una desviación estándar de 10 para cada escala. Así, cada puntaje de cada mujer en cada escala fue transformada dentro de una desviación estándar la cual reflejó su relativa posición en esa escala. Esta conversión hizo posible diseñar un perfil de síntoma menstrual para cada mujer el cual describe sus síntomas gráficamente.

Por ejemplo, la figura 1 muestra el perfil para una mujer la cual se encuentra en el promedio o bajo del promedio excepto con algunas elevaciones en la escala de afecto negativo en las fases menstrual y premenstrual. Estos padecimientos de la mujer las limita a una área singular del síntoma.

La figura 2 muestra el perfil de una mujer un tanto diferente. Esta mujer muestra una elevación de diversas escalas en la fase menstrual, particularmente en las reacciones autónomas, dolor y concentración; sin embargo, esta mujer no presenta particularmente ninguna elevación en las fases premenstrual e intermenstrual.

Un muy diferente patrón es presentado en la figura 3, la cual da el perfil de una mujer que presenta elevaciones en diversas escalas en la fase premenstrual, particularmente la concentración, cambios en la conducta, reacciones autónomas y retención de agua pero el cual manifiesta síntomas severos en el promedio o por debajo del promedio en todas las escalas tanto en la fase menstrual como intermenstrual. Esta mujer tiene todos sus síntomas en la fase premenstrual, en otro dato la mujer mostró en la figura 2, que tenía todos sus síntomas en la fase menstrual.

Otro patrón es mostrado en la figura 4, el cual da el perfil para una mujer que esta elevada en diversas escalas en todas las 3 fases de su ciclo; sin embargo, es solamente en las escalas de concentración y retención de agua que sus síntomas están más altos en las fases menstrual y premenstrual que en la fase intermenstrual.

Estos perfiles son proporcionados como ejemplos de tipos de análisis diferenciados y específicos de la sintomatología del ciclo menstrual de una mujer el cual puede ser hecho bajo esta técnica.

Es posible identificar fácilmente, las áreas de los síntomas en las fases del ciclo menstrual de los pedecimientos de una mujer.

El siguiente paso en el análisis fué la intercorrelación de las puntuaciones de la escala de síntomas con los datos de antecedentes, como fueron edad, número de hijos, duración del flujo menstrual, etc. Debido a la omisión de datos, de algunas mujeres, sobre algunas variables de sus antecedentes, estas correlaciones fueron computadas sobre el tamaño de la muestra de 700 mujeres.

Las mujeres más grandes reportan una ligera tendencia a padecer muchos de los síntomas en la fase premenstrual - por ejemplo, hubo correlaciones significativas, positivas ($p < 0.01$) entre la edad y la concentración ($r = 0.10$) y entre la edad y cambios en el comportamiento ($r = 0.12$). Cuando 99 mujeres de 21 años o menos fueron comparadas con las 87 mujeres de 31 años o más, hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) para la escala de cambios en el comportamiento en la fase premenstrual.

Varias escalas están además significativamente diferenciadas en los dos grupos en la fase menstrual, en donde las mujeres más jóvenes padecen significativamente de más síntomas en las escalas de dolor, reacciones autónomas, retención de agua y efecto negativo. Las mujeres más jóvenes tuvieron más altas puntuaciones en la media en todas pero en una de las ocho escalas en la fase menstrual, por otro lado las mujeres más jóvenes tienen muy bajas puntuaciones en la media en todas pero en una de las escalas en la fase premenstrual. Así, las mujeres más jóvenes muestran relativamente muchos síntomas en la fase menstrual.

Las correlaciones entre la intensidad de los síntomas y el número de hijos siguió un patrón similar al de las correlaciones entre la intensidad de los síntomas y la edad - por ejemplo, las correlaciones son generalmente negativas en la fase menstrual (significativamente para las escalas de reacciones autónomas, retención de agua y movilidad) y positivas en la

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

fase premenstrual (significativamente para las escalas de dolor, concentración cambios en la conducta y efecto negativo). Los efectos de la edad y la igualdad no pudieron ser separados por que no fue posible encontrar grandes diferencias entre los grupos de edad y los grupos de igualdad.

No hubo correlaciones significativas entre la intensidad de los síntomas y la duración del ciclo menstrual, y en las 90 mujeres con duración del ciclo menstrual de 25 días o menos no hubo diferencias significativas en ninguna escala con las 99 mujeres cuya duración del ciclo menstrual fue de 35 días o más. Sin embargo, las correlaciones, entre la duración del flujo menstrual y la intensidad de los síntomas fueron significativas para las escalas de dolor, concentración, cambios de comportamiento, retención de agua y efecto negativo en la fase menstrual y en las escalas de dolor, concentración, retención de agua y efecto negativo en la fase premenstrual.

Las 56 mujeres con una duración del flujo menstrual de 3.5 días o menos fueron comparadas con las 32 mujeres con una duración del flujo menstrual de 8 días o más.

Las mujeres con duraciones del flujo más grandes mostraron significativamente más síntomas menstruales en las escalas de dolor, concentración, cambios de comportamiento, mareos, retención de agua y efecto negativo, pero no muestran diferencias significativas en ninguna de estas escalas en la fase premenstrual.

Las correlaciones entre la intensidad de los síntomas y la regularidad del ciclo menstrual indicaron que hubo una relación positiva, entre el grado de sintomatología y la irregularidad.

Las correlaciones significativas fueron mostradas tanto para la fase menstrual y premenstrual para las escalas de dolor, retención de agua, y efecto negativo. Los resultados de las escalas de síntomas fueron además correlacionados con los resultados de la memoria. Estos resultados de la memoria incluyeron el número de días desde el comienzo del último flujo menstrual a la fecha en la que el cuestionario fue contestado. Así de los resultados más altos con respecto a la memoria el intervalo más largo fué entre el tiempo en que la mujer experimentó los síntomas y el tiempo en el que ella contestó el cuestionario. Ni las correlaciones entre los resultados con respecto a la memoria y los resultados de las escalas de síntomas fue mayor a 0.10, indicando esencialmente que no hubo correlación entre los reportes de la intensidad del síntoma y el periodo de tiempo desde que los síntomas habían ocurrido.

Se ha hecho además una hipótesis de que existe una relación entre la fase menstrual en que la mujer se encuentra cuando responde el cuestionario y el reporte de sus síntomas. Así, una mujer que se encuentra en la fase menstrual cuando responde el cuestionario podría tender a padecer más de síntomas menstruales que en comparación con una mujer la cual no se encuentra experimentando su fase menstrual al mismo tiempo que contesta el cuestionario.

La fase del ciclo en la que se encuentra cada mujer cuando responde el cuestionario fue codificada y las correlaciones entre esta fase y los resultados de las escalas de síntomas fueron calculadas. Ninguna de las correlaciones entre esta fase y los síntomas menstruales o premenstruales fueron significativas. En esta fase, cuando se contesta el cuestionario, no se muestra una tendencia a padecer más o menos síntomas para la fase menstrual o premenstrual que la mujer que se encuentra en la fase menstrual o premenstrual cuando responde el cuestionario.

Algunas evidencias preliminares, sobre la estabilidad de algunos de estos resultados ha sido también obtenida, 15 mujeres fueron estudiadas en más de dos ciclos para investigar la extensión en la cual las mujeres estuvieron consistentemente altas o consistentemente bajas en diferentes escalas en las fases menstrual (del 1° AL 156° percentil) intermenstrual (del 36° al 60° percentil) y premenstrual (del 94° al 99° percentil) de los dos ciclos. Estas mujeres, que formaron parte de un estudio adicional, utilizando el MDQ, les fue dado el cuestionario en 9 días seleccionados en cada uno de los dos ciclos menstruales. La tabla 4 muestra la correlación entre el ciclo 1 y el ciclo 2 de los niveles de síntomas para cada escala de síntomas y separadamente para cada una de las tres fases.

En general las correlaciones son estadísticamente significativas y altas, indicando que la mujer que padece de los síntomas en el ciclo 1 además tiende a padecer de los síntomas en el ciclo 2. Estas correlaciones relativamente altas muestran que las mujeres tienen generalmente consistencia en la sintomatología de un ciclo menstrual al otro; estas además, proveen de información preliminar sobre la *estabilidad y confiabilidad de los resultados* de las escalas del MDQ.

El promedio en los cambios cíclicos de cada una de las variables fue trazado para cada uno de los dos ciclos . Las figuras 5 y 6, las cuales muestran los hallazgos para las variables de dolor y retención de agua, claramente indican tanto la significancia de los cambios los cuales ocurren para cada una de estas variables dentro de los dos ciclos, como la estabilidad de el patrón de cambios de un ciclo y otro.

**FACTORES DEL CUESTIONARIO DE DESÓRDENES MENSTRUALES
(MDQ) DE MOSS**

FACTOR I DOLOR

- 5. RIGIDEZ DE LOS MÚSCULOS
- 9. DOLOR DE CABEZA
- 16. CALAMBRES
- 22. DOLOR DE ESPALDA
- 25. FATIGA
- 37. DOLORS GENERALES

FACTOR III CAMBIOS DE CONDUCTA

- 4. BAJO DESEMPEÑO ESCOLAR O LABORAL
- 8. TOMAR SIESTAS; PERMANECER EN CAMA
- 15. PERMANECER EN CASA
- 20. AISLAMIENTO DE ACTIVIDADES SOCIALES
- 41. BAJA DE LA EFICIENCIA

FACTOR V RETENCIÓN DE AGUA

- 1. AUMENTO DE PESO
- 10. TRASTORNOS CUTÁNEOS
- 30. DOLOR EN LOS SENOS
- 34. HINCHAZÓN

FACTOR VII MOVILIDAD

- 13. SENTIMIENTOS DE AFECTO
- 14. DESORDENADA
- 18. EXCITACIÓN
- 31. SENTIMIENTOS DE BIENESTAR
- 47. EXPLOSIONES DE ENERGIA Y ACTIVIDAD

FACTOR II CONCENTRACIÓN

- 2. INSOMNIO
- 6. OLVIDO
- 7. CONFUSIÓN
- 24. BAJO JUICIO
- 29. DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN
- 33. DISTRACTIVIDAD
- 35. ACCIDENTES
- 42. BAJA COORDINACIÓN MOTORA

**FACTOR IV REACCIONES
AUTONÓMICAS**

- 17. MAREOS FATIGA
- 23. SUDORACIONES FRIAS
- 26. NAUSEA, VOMITO
- 28. SENSACIONES BRUSCAS DE CALOR

FACTOR VI EFECTO NEGATIVO

- 3. LLANTO
- 11. SENSACIÓN DE SOLEDAD
- 21. ANSIEDAD
- 27. INQUIETUD
- 36. IRRITABILIDAD
- 38. ESTADOS DE ÁNIMO CAMBIANTES
- 40. DEPRESIÓN
- 45. TENSIÓN

FACTOR VIII CONTROL

- 12. SENTIMIENTOS DE SOFOCACIÓN
- 19. DOLORS DE PECHO
- 32. ZUMBIDO EN LOS OÍDOS
- 39. PALPITACIONES DEL CORAZÓN
- 43. ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO
- 46. VISIÓN DIFUSA CON MANCHAS

CUESTIONARIO DE DESÓRDENES MENSTRUALES

Nombre:

Fecha:

Edad:

En éstas páginas se enlistan los síntomas que en algunas ocasiones, las mujeres experimentan. Por cada síntoma escoja una categoría descriptiva de las enlistadas abajo, la que mejor describa como se siente **EL DIA DE HOY**.

Encierre en un círculo el número de la categoría que haya seleccionado. Incluso, si ninguna de la categorías describe su síntoma en una forma exacta, escoja la que mejor describa su experiencia. Asegúrese de escoger un número para cada síntoma.

No olvide anotar su nombre y la fecha en los espacios correspondientes en la parte superior de ésta hoja.

CATEGORÍAS DESCRIPTIVAS

1.- NINGUNA REACCIÓN EN ABSOLUTO					
2.- APENAS NOTORIA					
3.- ACTUALMENTE LIGERO					
4.- PRESENTE MODERADAMENTE					
5.- PRESENTE FUERTE					
6.- AGUDO O INCAPACITANTE					
<hr/>					
1. AUMENTO DE PESO	1	2	3	4	5 6
2. INSOMNIO	1	2	3	4	5 6
3. DESEOS DE LLORAR	1	2	3	4	5 6
4. DISMINUCIÓN DE RENDIMIENTO EN EL TRABAJO	1	2	3	4	5 6
5. MÚSCULOS "ENVARADOS" O TORPES	1	2	3	4	5 6
6. DISMINUCIÓN DE LA MEMORIA	1	2	3	4	5 6
7. CONFUSIÓN	1	2	3	4	5 6
8. TOMAR SIESTAS O ACOSTARSE	1	2	3	4	5 6
9. DOLOR DE CABEZA	1	2	3	4	5 6
10. TRASTORNOS EN LA PIEL	1	2	3	4	5 6
11. SENSACIÓN DE SOLEDAD	1	2	3	4	5 6
12. SENSACIÓN DE SOFOCACION	1	2	3	4	5 6
13. SENTIMIENTO	1	2	3	4	5 6
14. DESORDENADA	1	2	3	4	5 6
15. PERMANECER EN CASA SIN SALIR	1	2	3	4	5 6
16. COLICOS (DE LA MATRIZ O EN ABDOMEN)	1	2	3	4	5 6
17. VAHIDOS O DESVANECIMIENTOS	1	2	3	4	5 6
18. EXCITACIÓN	1	2	3	4	5 6

19. DOLORS EN EL PECHO	1	2	3	4	5	6
20. EVITAR ACTIVIDADES SOCIALES	1	2	3	4	5	6
21. ANSIEDAD	1	2	3	4	5	6
22. DOLOR EN LA ESPALDA	1	2	3	4	5	6
23. SUDOR FRIO	1	2	3	4	5	6
24. BAJA DE SU JUICIO PARA OPINAR	1	2	3	4	5	6
25. FATIGA	1	2	3	4	5	6
26. NÁUSEA O VOMITO	1	2	3	4	5	6
27. INQUIETUD O IMPACIENCIA	1	2	3	4	5	6
28. SENSACIONES BRUSCAS DE CALOR	1	2	3	4	5	6
29. DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	1	2	3	4	5	6
30. PECHOS SENSIBLES O DOLOROSOS	1	2	3	4	5	6
31. SENSACION DE BIENESTAR	1	2	3	4	5	6
32. ZUMBIDOS O RUIDOS EN LOS OIDOS	1	2	3	4	5	6
33. FACIL DISTRACCION	1	2	3	4	5	6
34. HINCHAZÓN (P. EJ. ABDOMEN PECHOS O PIES)	1	2	3	4	5	6
35. ACCIDENTES	1	2	3	4	5	6
36. IRRITABILIDAD	1	2	3	4	5	6
37. DOLORS O MOLESTIAS GENERALES	1	2	3	4	5	6
38. CAMBIO DE HUMOR	1	2	3	4	5	6
39. PALPITACIONES DEL CORAZÓN	1	2	3	4	5	6
40. DEPRESIÓN (SENTIRSE TRISTE O MELANCOLICA)	1	2	3	4	5	6
41. DISMINUCIÓN DE SU EFICIENCIA	1	2	3	4	5	6
42. TORPEZA EN SUS MOVIMIENTOS	1	2	3	4	5	6
43. ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO EN MANOS Y PIES	1	2	3	4	5	6
44. CAMBIO EN LOS HABITOS DE COMER	1	2	3	4	5	6
45. TENSIÓN	1	2	3	4	5	6
46. VISION BORROSA O DE PUNTOS OSCUROS	1	2	3	4	5	6
47. EXPLOSIONES DE ENERGIA O DE ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6

Porcentaje de mujeres con padecimientos ligeros, moderados, fuertes, y severos en los síntomas seleccionados y analizados por Moss (1968) en el MDQ.

	<u>Mestrua</u>		<u>Premenstrua</u>		<u>Intermenstrua</u>	
	Ligero Moderado	Fuerte Severo	Ligero Moderado	Fuerte Severo	Ligero Moderado	Fuerte Severo
ESCALA DE SÍNTOMAS						
DOLOR						
Dolor de cabeza	29.4	6.1	24.1	5.3	11.8	2.2
Calambres	35.6	11.0	12.3	1.9	3.6	0.6
Dolor de Espalda	31.9	8.1	20.7	3.7	6.3	0.3
CONCENTRACIÓN						
Dificultad de concentración	12.3	1.9	12.9	1.2	2.6	0.5
Accidentes	11.7	1.3	12.6	1.8	4.0	0.4
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO						
Tomar siestas; permanecer en cama	22.4	3.8	10.4	2.1	6.3	0.6
Decrecimiento de la Eficiencia	23.4	2.6	16.0	2.6	2.1	0.3
REACCIONES AUTONÓMICAS						
Mareos, fatiga	9.7	1.5	3.8	0.9	2.3	0.1
Nausea, Vómito	5.3	1.2	3.6	0.7	1.7	0.3
RETENCIÓN DE AGUA						
Aumento de peso	20.7	2.2	30.8	3.1	5.2	0.2
Dolor de pecho	23.3	5.1	28.0	6.6	3.9	0.7
Hinchazón	31.4	4.0	30.4	5.1	4.2	0.6
EFFECTO NEGATIVO						
Irritabilidad	40.5	8.4	39.2	13.0	9.2	0.8
Cambios de estados de ánimo	34.1	6.7	34.6	9.6	14.5	1.6
Depresión	27.5	7.1	33.4	9.5	7.5	1.7
Llanto	19.5	3.3	24.6	3.3	4.5	0.7
Tensión	31.4	11.2	32.0	9.2	10.6	1.4
MOVILIDAD						
Sentimiento de bienestar	23.6	4.4	20.5	5.0	23.7	11.6
Energía, actividad	19.4	4.5	20.0	6.6	21.7	5.9
CONTROL						
Sofocación	1.1	0.5	1.2	0.1	0.4	0.1
Zumbido de oídos	1.8	0.7	1.6	0.4	1.6	0.2

Datos de Antecedentes y las variables del ciclo menstrual en una muestra total (N = 839) del total, 472 mujeres no tienen hijos 151, un hijo, 128 dos hijos ; 68, tres hijos y 30 más de tres hijos .

	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
EDAD	25.2	3.9
EDUCACIÓN (AÑOS)	15.2	1.7
TIEMPO DE CASADA (AÑOS)	2.7	2.3

VARIABLES DEL CICLO MENSTRUAL

	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
PERIODO DEL CICLO (DÍAS)	30.3	4.7
PERIODO DEL FLUJO MENSTRUAL (DÍAS)	5.5	2.0

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

No. DE CASOS	35	
RANGO EN EDAD	DE 18 A 40 AÑOS	
X= 27.4 AÑOS		
OCUPACIÓN:	JEFAS DE DEPARTAMENTO:	7
	SUPERVISORAS :	3
	SECRETARIAS: :	25
	TOTAL :	35
ESTADO CIVIL	SOLTERAS :	20
	CASADAS: :	12
	DIVORCIADAS: :	2
	VIUDAS: :	1
	TOTAL :	35

FACTOR III DEL MDQ CAMBIOS DE CONDUCTA SOCIAL
TABLA No.2

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
T1	1.000					
T2	.19 *	1.000				
T3	.52 ***	.72 ****	1.000			
T4	.36 **	.29 *	.40 **	1.000		
T5	.82 ****	.14	.44 **	.31 *	1.000	

P.05*
P.01**
P.001***
P.0001****

T1= BAJO RENDIMIENTO
T2= SOMNOLENCIA DIURNA
T3= AISLAMIENTO EN CASA
T4= MENOR ACTIVIDAD SOCIAL
T5= MENOR EFICIENCIA

FACTOR VI DEL MDQ EFECTO NEGATIVO : CAMBIOS DE CONDUCTA EN REFERENCIA
A UN CUADRO DEPRESIVO-ANSIOSO
TABLA No.3

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
S1	1.000					
S2	.59 ***	1.000				
S3	.41 **	.40 **	1.000			
S4	.54 ***	.55 ***	.72 ****	1.000		
S5	.58 ***	.75 ****	.65 ****	.80 ****	1.000	
S6	.28 *	.44 **	.65 ****	.70 ****	.61 ****	1.000

P.05*
P.01**
P.001***
P.0001****

S1= LABILIDAD EMOCIONAL
S2= SENTIMIENTO DE SOLEDAD
S3= ANSIEDAD
S4= INQUIETUD
S5= DEPRESIÓN
S6=TENSIÓN

LOS VIII FACTORES DEL MDQ CON ALTAS CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES
 BIOLÓGICAS, CONDUCTUALES Y SOCIALES
 TABLA No.4

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1.000							
2	.72 ****	1.000						
3	.76 ****	.84 ****	1.000					
4	.53 ***	.55 ****	.56 ****	1.000				
5	.30 *	.47 **	.34 *	.29 *	1.000			
6	.50 ***	.73 ****	.66 ****	.53 ***	.61 ****	1.000		
7	.42 **	.75 ****	.55 ***	.33 *	.41 **	.76 ****	1.000	
8	.71 ****	.78 ****	.60 ****	.35 **	.31 *	.50 ***	.55 ***	1.00

P.05*
P.01**
P.001***
P.0001****

- 1 = DOLOR
 2 = CONCENTRACIÓN
 3 = CAMBIOS DE CONDUCTA
 4 = REACCIONES AUTÓNOMICAS
 5 = RETENCIÓN DE AGUA
 6 = EFECTO NEGATIVO
 7 = MOVILIDAD
 8 = CONTROL

MATRIZ DE LOS VIII FACTORES DEL MDQ CON EL IDARE R-E Y LA EAMD
 TABLA No. 5

FACTORES DEL MDQ	IDARE ESTADO	IDARE RASGO	EAMD DEPRESION
I DOLOR	.34 *	.41 **	.57 ****
II CONCENTRACIÓN	.52 ***	.59 ****	.78 ****
III CAMBIOS DE CONDUCTA	.37 **	.43 **	.62 ****
IV REACCIONES AUTONÓMICAS	.32 *	.26 *	.45 **
V RETENCIÓN DE AGUA	.41 **	.39 **	.41 **
VI EFECTO NEGATIVO	.58 ****	.65 ****	.71 ****
VII MOVILIDAD	.50 ***	.64 ****	.57 ****
VIII CONTROL	.32 *	.59 ****	.74 ****

P.05*

P.01**

P.001***

P.0001****

FACTOR III DEL MDQ, CAMBIOS DE CONDUCTA SOCIAL EL IDARE R-E Y LA EAMD
 TABLA No.6

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
H1	1.000						
H2	.76 ****	1.000					
H3	.50 ***	.35 **	1.000				
H4	.66 ****	.49 **	.41 **	1.000			
H5	.69 ****	.57 ***	.50 ***	.82 ****	1.000		
H6	.27 *	.14	.46 ***	.36 **	.31 *	1.000	
H7	.37 **	.31 *	.07	.52 ***	.44 **	.39 **	1.000

P.05*
P.01**
P.001***
P.0001****

H1 = EAMD (DEPRESION)
 H2 = IDARE RASGO
 H3 = IDARE ESTADO
 H4 = BAJO RENDIMIENTO
 H5 = MENOS EFICIENCIA
 H6 = MENOR ACTIVIDAD SOCIAL
 H7 = AISLAMIENTO EN CASA

FACTOR II DEL MDQ , CONCENTRACIÓN, VARIABLE BAJO RENDIMIENTO LABORAL
IDARE E-R Y LA EAMD
TABLA No7

FACTOR II CONCENTRACION (MDQ)	BAJO RENDIMIENTO LABORAL	IDARE RASGO	IDARE ESTADO	EAMD DEPRESION
INSOMNIO	.70 ****	.39 **	.44 **	.66 ****
ALTERACIONES DE MEMORIA	.72 ****	.44 **	.49 ***	.65 ****
CONFUSIÓN	.73 ****	.58 ***	.43 **	.74 ****
BAJA EN EL JUICIO	.65 ****	.44 **	.36 **	.56 ****
DIFICIL CONCENTRACIÓN	.71 ****	.53 ***	.43 **	.66 ****
DISTRACTIBILIDAD	.67 ****	.66 ****	.44 **	.74 ****
ACCIDENTES	.32 *	.34 *	.57 ****	.47 **
TORPEZA MOTORA	.78 ****	.54 ***	.40 **	.71 ****

P.05*

P.01**

P.001***

P.0001****

EFFECTO NEGATIVO (MDQ) IDARE -RASGO ESTADO Y EAMD (DEPRESIÓN)
 TABLA No. 8

FECTO. NEG FAC VI (MDQ)	EAMD DEPRESIÓN	IDARE ESTADO	IDARE RASGO
LABILIDAD EMOCIONAL	.49 ***	.37 **	.50 ***
SENSACIÓN DE SOLEDAD	.35 **	.38 **	.38 **
ANSIEDAD	.66 ****	.55 ***	.55 ***
INQUIETUD- IMPACIENCIA	.64 ****	.53 ***	.61 ****
DEPRESIÓN	.60 ****	.35 *	.57 ***
TENSIÓN	.71 ****	.64 ****	.57 ***

P.05*

P.01**

P.001***

P.0001****

FACTOR III DEL MDQ, CAMBIOS DE CONDUCTA, LA EAMD IDARE R-E
 TABLA No.9

CAMBIOS DE CONDUCTA FACTOR III (MDQ)	EAMD DEPRESION	IDARE ESTADO	IDARE RASGO
BAJO RENDIMIENTO LABORAL	.66 ****	.41 **	.49 ***
SOMNOLENCIA DIURNA	.24 *	n/s	n/s
AISLAMIENTO EN CASA	.37 *	n/s	.31
MENOR ACTIVIDAD SOCIAL	.27 *	.46 **	n/s
MENOS EFICIENCIA	.69 ****	.50 ***	.57 ***

P.05*

P.01**

P.001***

P.0001****

FACTOR I DOLOR Y LA VARIABLE AISLAMIENTO EN CASA DEL FACTOR III
 FACTOR II CONCENTRACIÓN Y LA VARIABLE AISLAMIENTO EN CASA DEL MDQ
 TABLA No 10

FACTOR I DOLOR	AISLAMIENTO EN CASA
DOLOR MUSCULAR	.66 ****
CEFALEA TENSIONAL	.54 ***
DISMENORREA	.54 ***
LUMBALGIA	.50 ***
FATIGABILIDAD	.56 ***

FACTOR II CONCENTRACIÓN	AISLAMIENTO EN CASA
INSOMNIO	.63 ****
ALTERACIONES DE MEMORIA	.53 ***
CONFUSIÓN	.62 ****
BAJA EN EL JUICIO	.69 ****
DIFICIL CONCENTRACIÓN	.56 ***
DISTRACTIBILIDAD	.53 ***
ACCIDENTES	n/s
TOIRPEZA MOTORA	.40 **

P.05*

P.01**

P.001***

P.0001****

VARIABLES PSICOFISIOLOGICAS Y CONDUCTUALES CON MAYOR NIVEL DE
CORRELACION EN LA FASE PREMENSTRUAL
TABLA No.11

VARIABLE	Y/O	VARIABLE	C	P
DEPRESIÓN		LABILIDAD EMOCIONAL	.5706	.0001
DEPRESIÓN		SENTIMIENTO DE SOLEDAD	.7503	.0001
DEPRESIÓN		ANSIEDAD	.6525	.0001
DEPRESIÓN		INQUIETUD	.7975	.0001
DEPRESIÓN		TENSION	.6118	.0001
TENSIÓN		ANSIEDAD	.6542	.0001
TENSIÓN		INQUIETUD	.6966	.0001
INQUIETUD		LABILIDAD EMOCIONAL	.5444	.001
INQUIETUD		SENTIMIENTO DE SOLEDAD	.5461	.001
INQUIETUD		ANSIEDAD	.7179	.0001
BAJO RENDIMIENTO LABORAL		AISLAMIENTO EN CASA	.5233	.001
BAJO RENDIMIENTO LABORAL		MENOR EFICIENCIA	.8228	.0001
SENTIMIENTO DE SOLEDAD		LABILIDAD EMOCIONAL	.5860	.0001
SOMNOLENCIA DIURNA		AISLAMIENTO EN CASA	.7243	.0001
CONCENTRACIÓN		IDARE-RASGO	.5881	.0001
CONCENTRACIÓN		DEPRESION	.7802	.0001
CONTROL		DEPRESION	.7406	.0001
IDARE-ESTADO		DEPRESION	.4984	.001

González Puente (1999)

BIBLIOGRAFIA

- Ardila, R., Psicología Fisiológica, 2a. ed.. México, Trillas, 1986.
- Arias, G.F., Administración de Recursos Humanos, 16a. ed. México, Trillas, 1986.
- AuBuchon P G, Calhoun K S . Menstrual Cycle Symptomatology : The Role of Social Expectancy and Experimental Demand Characteristics. Psychosom Med., 48:35-45, 1985
- Bandura, A., Social Learning Theory, Nueva York, Prentice-Hall, 1977.
- Belk S Snell, W E: Stereotypic Beliefs About Women as Moderators of Stress-Distress Relationships J.of Clinical Psychology 45: 665-672, 1989.
- Blak, P., Physiological Correlates of Emotion. Nueva York: Academic Press, 1970.
- Brugger P, Milicevic A, Regard M, Cook N.: Random-number generation and the menstrual cycle: preliminary evidence for a premenstrual alteration of frontal lobe functioning. Perceptual and Motor Skills., 77: 915-921, 1993.
- Budzynski, T.H: Anxiety and physiological stress: A biofeedback approach. New Jersey, Hoffman-La Roche, 1977.
- Cannon W.B. y Britton, S.W, Studies on the conditions of activity in endocrine glands: XV pseudoaffective medullary adrenal secretion. cit. por Somers, P. en Biología de la Conducta, México, Limusa, 1976.
- Collins, A., Eneroti, P., and Britt, M.L.: Psychoneuroendocrine Stress Responses and Mood as Related to the Menstrual Cycle. Psychosom Med 47: 512-527, 1985.
- Corsi, C.M., Psicofisiología del sueño , México, Trillas, 1983.
- Dalton K.: Menstruation and acute psychiatric illness. Brit.J. Med., 1: 148-149, 1959.
- Deaton, M., Tobyas, J.S. y Wilkinson, R.T.: The effect of sleep deprivation on signal detection parameters. Q.J. Exp. Psychol., 23: 449-452, 1976.
- Duffy, E., Activation and Behavior. cit. por. Ardila, R. en Psicología Fisiológica, 2a. ed.. México Trillas, 1986.
- Duffy, E.: An explanation of "emotional" phenomena without the use of the concept "emotion". Journal of General Psychology., 25: 283-293, 1941.
- Endicott J., Halbreich U., Schacht S., Nee J.: Premenstrual Changes and Effective Disorders. Psychosom. Med., 43: 519-529, 1981.
- Friedman, M. y Rosenman, R.H.: Type A Behavior and your Heart, Alfred A. Knopf, New York., 1974.
- Gannon, W.F., Fisiología Medica, 9a. ed.. México, El Manual Moderno, 1976.

Glenn,N.: The contribution of marriage to the psychological well-being of males and females. Journal of Marriage and Family., 37: 594-600,1975.

Glitzer,B.:Job satisfaction and its relation to sources of self-esteem in working women. Dissertation Abstracts International., 40 (6-A) : 3889-3890,1980.

Guyton,A.C.,Fisiología Humana, 5a. ed.. México, Interamericana, 1984.

Halbreich U., Endicoot J.:Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders. Acta Psychiatr Scand 71: 331-338,1985.

Hess, W.R.. Ber. ges. Physiol. cit. por Sommers, P. en Biología de la Conducta, México, Limusa,1976,

Janowsky, D.S., Gorney, R., Castelnovo-Tedesco, P.Stone C.B.:Premenstrual-menstrual increases in psychiatric admission rates. Amer.J. Obstet. Gynec., 103: 189-191, 1969.

Kardiner,A., El Individuo y su Sociedad. cit. por Ramírez, S. en Infancia es Destino, 11a. ed.. México, Siglo Veintiuno,1990.

Kardiner,A., Fronteras Psicológicas de la Sociedad. cit. por. Ramírez, S. en Esterilidad y Fruto, México, Pax, 1962.

Kast, F.E., y Rosenzweig, J.E., Administración en las Organizaciones, 4a. ed.. México, MacWraw-Hill, 1987

Klimbe, D.P. The effects of bilateral hippocampal lesions in rats. Journal of Comparative and Physiological Psychology., 56: 273-283,1963.

Kluver,H. y Bucy,P.C.: Psychic blindness and other symptoms following bilateral temporal lobectomy in rhesus monkeys. cit. por Ardila, R. en Psicología Fisiológica, 2a. ed.. México, Trillas, 1986.

Laborit,H., L inhibition del action. cit. por Valdés M. en Medicina Psicosomatica, México Trillas, 1983.

Lamperti, A., Printz, R.: Localization, Accumulation, and Toxic Effects of Mercuric Chloride on The Reproductive Axis of the Female Hamster. Biol. Reprod., 2: 180-186,1974.

Lara Tapia, H y Ramírez de Lara,L.: Un estudio factorial de las alteraciones menstruales en la hospitalización psiquiátrica. VIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Acapulco, Gro. Mayo, 1975.

Lara Tapia, H: Aspectos Psicobiológicos en la Histeria. Rev. Ist. Nal. Neurologia, 13: 28-33, 1979.

Lara Tapia, H. y Trejo Magaña, M.:Motivación laboral, estilo cognoscitivo y enfermedad. Revista Mexicana de Psicología, 5 (1): 37-44,1988.

Lara Tapia,H. y Trejo Magaña, M.:Factores cognoscitivos en enfermos coronarios y psicofisiológicos. Memorias del XIII Congreso Internacional de Psicología. Acapulco,Gro., México,1984.

- Lara Tapia, H.: Premisas socioculturales, planificación familiar y aborto, en la Psicología Social en México, 1: 263-370. AMEPSO. México, 1986.
- Lara Tapia, H., González Puente H., Granados Hernández P.: Menstruación y conducta laboral. II Congreso Nacional de Psicología Social. Oaxtepec, Mor. Junio 1989.
- Lara Tapia, L.: Cambios socioculturales en los conceptos de obediencia y respeto en la familia mexicana: Un estudio en la relación con el cambio social. Revista Mexicana de Psicología. 9 (1) 21-26, 1992.
- Lara Tapia, L.: Cambios socioculturales en respecto al machismo y la virginidad. Revista Mexicana de Psicología, 8 (1) : 17-32, 1991.
- Lazarus, R.S., Opton, E.M. Jr. y Averill, J.: Adaptación psicológica y emociones. Revista Latinoamericana de Psicología, 1: 105-160, 1969.
- Lee, R.D., Kertzman, C.: Visuospatial attention: visuospatial attention: effects of age, gender and spatial reference. Neuropsychologia, 28 (3): 291-301, 1990.
- Leon, G R, Phelan W P, Kelly J T, Patten S R : The Symptoms of Bulimia and the Menstrual Cycle. Psychosom Med., 48 : 415-422, 1986.
- Lindsley, D.B. Emotion. En S.S. Stevens (Ed.), Handbook of experimental psychology. cit. por Ardila, R. en Psicología Fisiológica, 2a. ed.. México, Trillas, 1986.
- López, A.A. La Sexualidad entre los Antiguos Nahuas. 1º Simposio de Historia de las Mentalidades México; Familias y Sexualidad en la Nueva España. Edit. Fondo de Cultura Económica. No. 41. México, 1982. pp.141-176.
- Mandell, A.J., Mandell, M.P., Psicoquímica Humana, España, Fontanella, 1977.
- McLeod, D.R., Hoehn-Saric, R., Foster, G.V., Hipsley, P.A.: The influence of premenstrual syndrome on ratings of anxiety in women with generalized anxiety disorder. Acta Psychiatr Scand., 88: 248-251, 1993.
- Mead, M., Adolescencia y Cultura en Samoa. cit. por Ramírez, S. en Infancia es Destino, 11a. ed.. México, Siglo XXI, 1990.
- Merani, L.A., Diccionario de Psicología, México, Grijalbo, 1976.
- Mizuta, E., Yamasaki, S., Nakatake, M., Kuno, S.: Neuroleptic malignant syndrome in a parkinsonian woman during the premenstrual period. Neurology 43 : 1048-1049, 1993.
- Montgomery, J.D.: Variation in perception of short time intervals during menstrual cycle. Percep. Mot. Skills., 49: 940-942, 1979.
- Moos, R.: The development of a menstrual distress questionnaire. Psychosom Med., 30: 853-867, 1968.
- Morales, A : Sustancias endógenas implicadas en la modulación de la ansiedad. Rev. de Psicol. Gral y Aplic., 45 (1) : 35-41, 1992.

- Moyer, K.E.: Kinds of aggression and their psychological basis. cit. por. Sommer, P. en *Biología de la Conducta*, México, Limusa, 1976.
- Papez, J.W. A proposed mechanism of emotion. cit. por Ardila, R. en *Psicología Fisiológica*, 2a ed.. México, Trillas, 1986.
- Paz, O., El laberinto de la soledad, 2a.ed.. México, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Piotr, K.A., Psicología y la Filosofía de la Ciencia, 16a. ed.. México, Trillas, 1986.
- Polaino, L., La depresión, España, Martínez Roca, 1985.
- Pribram, K.H. interrelations of Psychology and the neurological disciplines. En *Hock Psychology: A study of a science*. vol. 4. Nueva York: Mc Graw Hill, 1962, 119-157.
- Ramírez, S., El mexicano Psicología de sus motivaciones, 16a. ed.. México, Grijalbo, 1977.
- Ramírez, S., Esterilidad y Fruto, México, Pax. 1962.
- Ramírez, S., Infancia es destino, 11a. ed.. México, Siglo XXI, 1990.
- Reyser, R., and Feinauer, L.: Premenstrual syndrom and the Marital Relationship. The american Journal of family Therapy., 20: 179-190, 1992.
- Robinson D L., Kertzman C: Visuospatial attention: Effects of age gender and spatial reference. *Neuropsychologia* 28: 291-301, 1990.
- Robinson, E. The efect of amygdectomy on fear-motivated behavior rats. Journal of Comparative and Physiological Psychology 56 : 814-820, 1963.
- Rosen L N, Moghadam L Z, Endicott J : Relationship Between Premenstrual Symptoms and General Well-Being. *Psychosomatics* 31 : 47-54, 1990.
- Ryser R, Feinauer L L : Premenstrual syndrom and the marital relationship. The American Journal of Family Terapy 20 : 179-190, 1992.
- Sahagún, Fray Bernardino., De augurios y abusiones.cit. por López, A..en *Familias y Sexualidad en la Nueva España*, México, Fondo de Cultura Economica, 1982.
- Salvat., El nacimiento de un niño, México, Salvat Editores, 1980.
- Siblerud, R.L.: The Relationship between Mercury from Dental Amalgam and Mental Health. *American Journal of Psychotherapy.*, 43 (4) :575-587, 1989.
- Snyder, F.: Dynamic aspects of sleep disturbances in relation to mental illness. *Biol.Psychiat.*, 1: 119-130, 1969.
- Somer, P., Biología de la Conducta, México, Limusa, 1976.
- Spielberger, Ch. D. y Díaz, G., Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado, México, El Manual Moderno, 1975.
- Stein, L.: Chemistry of mood, motivation and memory. *Adv. Behav. Biol.* J.L. Mc Caugh, 1972.

Thoresen, C.A., Burnett, K.F., Rosekind, M.R., George, J.M., Clark, J.R., Hamilton, S.: Cronic stress and reported slepp disturbances. Op.cit. 20th annual meeting of the Association for the Psychophysiological Study of Sleep. México, D.F., 234, 1980.

Vite, S.S.: Antigüedad laboral y su relación con la autoestima de la mujer. Revista Mexicana de Psicología., 7(1) : 51-55, 1990.

Weller, A., And Weller, L.: Menstrual Synchrony Between Mothers and Daughters and Between Mothers and Daughters and Between Roommates. Psysiology & Behavior., 53: 943-949, 1993.

Yasuochi G.: Emotional responses elicited by electrical stimulation of the hypothalamus in cat. Foma Psychiatrica and Neurologia, Japan., 14: 260-267, 1960.

Young, P.T. Emotion in han and animal. cit. por Ardila, R. en Psicología Fisiológica, 2a. ed.. México, Trillas, 1986.