



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTRES Y SINDROME PREMENSTRUAL
EN MUJERES TRABAJADORAS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
ATZIN DOMINGUEZ RENDON**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. RODOLFO E. GUTIERREZ MARTINEZ**

MEXICO, D.F.

2002

**PROYECTO DGPA UNAM IN305098
PROYECTO CONACYT 27774H**





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.

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Rodolfo Gutiérrez con gran admiración y respeto, le agradezco sus enseñanzas y su gran apoyo.

Al Dr. Héctor Lara Tapia, muchas gracias por su tiempo, su asesoría y sabiduría.

A la maestra Mirna Valle, por su dedicación y tiempo para leer mi trabajo, y así ayudarme a dar todo mi esfuerzo.

Al Dr. Felipe Uribe, por su apoyo y confianza.

Al maestro Pablo Valderrama.

A todos mis profesores, de quienes aprendí mucho y en especial a aquellos a quienes recuerdo con cariño, como el Dr. Angel San Roman, Mtro. Jose Luis Reyes, Mtra. Alicia Ramírez, entre otros.

A la Lic. Ana Priego de la STPS, por su confianza y sus ánimos para terminar este trabajo.

A todas las mujeres que participaron en este trabajo, con gran admiración a cada historia detrás, mil gracias por su valiosa participación y por su tiempo

A mi mamá, si pudiera escribir todo lo que te quiero agradecer tendría que escribir otro capítulo, y ya que esta no es una tesis sobre el agradecimiento a las madres, resumiendo, te agradezco tu sabiduría, tu amistad, tu amor por la vida, tus fuerzas, tu inmenso amor, y el que me hayas enseñado a lograr todas mis metas creyendo en mí siempre, el estar conmigo siempre, tu infinito apoyo, tu alegría, tus ánimos, en fin, te agradezco por ser tu y por ser mi mamá.

A mi hermano, Huitzi, mil gracias por existir en mi vida, por tu paciencia y apoyo de siempre, y en especial al realizar este trabajo, y por todo lo que me enseñas, por ser una persona maravillosa y por ese gran corazón.

A mi primo, Edgar, por todo tu apoyo de siempre, por tu comprensión y cariño incondicional, por tu sabiduría, por todo lo que he aprendido de ti y por ser tu, mil gracias.

A José Manuel, por tu apoyo y cariño, gracias por ayudarme a cumplir mis metas, ésta en especial, por tu paciencia y tus enseñanzas.

A mis amigas Sheila y Carel, por compartir tantos momentos y sueños, por sus porras, por toda esa fortaleza y por existir en mi vida.

A mis amigas Bety, Elena, Estela, Selene, Mario, Chris, Maciel, por compartir una parte del camino juntos, por sus porras, por todo lo que me han enseñado, por su amistad y cariño, por ser unas grandes personas y por dejarme compartir muchos de nuestros sueños.

A mis compañeros de la facultad. A aquellas personas importantes en mi vida como Conny, Trini, Miriam McPhail, Mar, Esco, Mary, Mi Abuela Leonor y Mi Tia Delia.

A mi papá, gracias por darme la vida.

INDICE

Pág.

INTRODUCCION 1

CAPITULO I. SISTEMA ORGANIZACIONAL

1.1 ORGANIZACIÓN 5
 1.1.1 Concepto de Organización. 7

1.2 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS ORGANIZACIONES. 8
 1.2.1 El Individuo en la Organización. 10
 1.2.2 Grupos y Organización. 11

1.3 DESEMPEÑO LABORAL Y PRODUCTIVIDAD. 13

1.4 SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ORGANIZACIONES. 17

1.5 SALUD Y TRABAJO...... 18
 1.5.1 Salud. 18
 1.5.2 Salud Mental. 19
 1.5.3 Salud Ocupacional 20

1.6 MUJER, TRABAJO Y SALUD. 22
 1.6.1 Salud de la Mujer en el Trabajo. 23
 1.6.2 Salud Mental de la Mujer. 24
 1.6.3 Diferencias en cuanto a Género. 26
 1.6.4 Rol de la Mujer, Estrés y Trabajo. 30
 1.6.5 Ciclo Menstrual y Trabajo. 33

CAPITULO II. ESTRÉS.

2.1 CONCEPTO DE ESTRÉS 36

2.2 PSICOFISIOLOGÍA DEL ESTRÉS 39

2.3 ENFOQUES DEL ESTRÉS 45

2.4 ESTRESORES 48
 2.4.1 Tipos de Estresores. 48

2.5 EFECTOS DEL ESTRÉS 54

2.6 EL ESTRÉS Y LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES 56
 2.6.1 Diferencias Cognitivo/Afectivo 57
 2.6.2 Diferencias Demográfico/Conductuales 59

2.7 ESTRÉS EN LA MUJER 62

	Indice Pág.
CAPITULO III. SINDROME PREMENSTRUAL	
3.1 CICLO MENSTRUAL DE LA MUJER.	66
3.2 SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO.	66
3.3 ENDOCRINOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL.	70
3.3.1 Glándulas	71
3.3.2 Características de las hormonas	71
3.4 ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL	77
3.5 SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM).	80
3.5.1 Definición del SPM.	82
3.5.2 Síntomas del SPM.	84
3.5.3 Etiología.	85
3.5.4 SPM y Conducta.	93
3.5.5 SPM y Trabajo.	96
3.5.6 Prevalencia del SPM.	98
CAPITULO IV. METODO.	
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	101
4.2 OBJETIVO.	102
4.3 HIPÓTESIS.	102
4.4 VARIABLES.	102
4.5 PARTICIPANTES.	103
4.6 MUESTREO.	103
4.7 TIPO DE ESTUDIO.	103
4.8 DISEÑO.	103
4.9 INSTRUMENTOS.	104
4.10 PROCEDIMIENTO.	107
4.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS.	108
RESULTADOS.	109
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	118
SUGERENCIAS.	131
REFERENCIAS.	133
ANEXOS.	
Anexo 1. Encuesta SWS-Survey de Estrés, Salud Mental y Trabajo (Gutiérrez y Ostermann, 1994).	144
Anexo 2. Cuestionario de Distensión Menstrual MDQ (Moos, 1969).	148
Anexo 3. Forma de Autoevaluación del Desempeño Laboral.	150

INTRODUCCION

En la actualidad el estrés es considerado como uno de los desórdenes psicológicos y físicos que afecta a más gente día con día. Este es un hecho que se presenta en todo el mundo; por ejemplo en Estado Unidos el American Institute of Stress reportó en 1998 que entre 75% y el 90% de las visitas al médico están relacionadas con el estrés, del 60% al 80% de los accidentes en el trabajo también se relacionan con este y el 40% de la rotación de personal se debe al estrés en el trabajo. En Inglaterra el costo a la economía de la salud mental y los problemas de estrés se estima en 5 billones de libras al año.

O'Brien (1998) propone que existen al menos cuatro razones para el progresivo aumento del estrés laboral en la bibliografía especializada. La primera, de acuerdo a este autor son los cambios tecnológicos que vive el mundo, cambios que tienden a incapacitar a los trabajadores. La segunda está relacionada con el incremento del nivel educacional de los trabajadores que requiere de una adaptación en los puestos y en las organizaciones; la tercera se refiere a que la política social no ha diseñado empleos que permitan niveles razonables de utilización de las capacidades, y la última, es que existen pocas intervenciones dirigidas a reducir los niveles de estrés laboral dentro de las organizaciones.

El estrés puede considerarse como un evento ambiental (Serrano, 1991). El ambiente se presenta como un determinante en el bienestar de las personas. Las áreas como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la familia, las relaciones interpersonales y otros aspectos del ambiente tienen una influencia decisiva en el individuo. Cuando uno a varios de estos aspectos no se encuentran en su estado óptimo deseado se puede manifestar un efecto negativo en la salud física y mental, que a su vez tiene efecto en las otras áreas.

Debido a que las personas pasan la mayor parte del día en su trabajo, cualquier evento en relación a este, tiene una gran importancia para el individuo. Si en el trabajo se presentan aspectos adecuados, la persona sentirá bienestar; asimismo, una situación opuesta provocará

un malestar físico o mental que puede influir en su desempeño laboral así como en los otros aspectos de su vida. Algunas variables involucradas en cuanto a la percepción del estrés en el trabajo, incluyen factores demográficos, experiencia de trabajo previo, expectativas y preferencias de trabajo, rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento, actitudes y creencias, conductas relacionadas con la salud, y aptitudes y habilidades (Parkes, 1998).

Todos los individuos somos diferentes y únicos; esto hace que la forma en la que percibimos el estrés y respondemos ante este difiera (Ocampo, 1996). En la investigación respecto al estrés, muchas veces se toman en cuenta las diferencias individuales con relación a la vulnerabilidad ante este. Se consideran variables como sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, entre otros (Villalobos, 1994). Parkes (1998) propone que las diferencias individuales sirven de moderadoras entre el estrés percibido y la respuesta tanto fisiológica como psicológica que se tiene ante este. De acuerdo a Ivancevich y Matteson (1989), las diferencias individuales se pueden clasificar en dos grupos: demográficas/conductuales y cognitivas/afectivas. Dentro de las primeras se encuentra la edad, el sexo, el estado físico, la educación y la ocupación, y el género. Respecto a este último, Cleary y Mechanic (1983) demostraron en algunos estudios un mayor estrés y desórdenes depresivos en las mujeres que en los hombres. Debido a su rol, la mujer se enfrenta ciertos tipos de estrés y lo vive de diferente manera que el hombre, punto que se estudia en el capítulo dos.

En el presente trabajo se estudia la variable de sexo, en relación con el estrés. Uno de los ciclos biológicos característicos de la mujer es la menstruación. Ese ciclo puede presentar alteraciones; una de ellas es el Síndrome Premenstrual (SPM) o síndrome de tensión premenstrual (STPM). Este se caracteriza por una serie de síntomas emocionales, somáticos y de comportamiento que se presentan durante la primera mitad del ciclo menstrual y alcanzan su máximo nivel en el periodo anterior al flujo o sangrado menstrual (Marván, 1993). Entre los diversos factores a los que se atribuye la etiología del SPM, se encuentra los altos niveles de estrés ya que ambos están relacionados a procesos hormonales. En 1983 Laurensen y Stukane (citado por Iglesias, 1987), encontraron una relación entre estrés y SPM, y concluyeron que condiciones graves de estrés acentúan el síndrome premenstrual.

El estrés laboral puede generar alteraciones tanto en el óptimo funcionamiento de la organización como en la salud física y mental del recurso humano que forma parte de ella. Muchos de los efectos negativos de estrés repercuten en mayores costos y menor productividad para la organización ya que disminuyen la motivación y la capacidad física y laboral del empleado y así, se elevan los índices de errores y accidentes y todo lo que esto conlleva (Villalobos, 1994).

Dentro de una organización, el recurso humano es considerado como el elemento más valioso que ésta posee, ya que da sentido y significado a los otros recursos en el logro de objetivos preestablecidos (Arias, 1999). Por lo tanto, es importante su observación y cuidado; al procurar estos aspectos es necesario conocer y tomar en cuenta las diferencias individuales, como por ejemplo las diferencias tanto de sexo como de género, que se presentan en los seres humanos. Asimismo, es importante considerar que el individuo es una entidad biopsicosocial, por lo cual es importante tomar en cuenta los aspectos que se interrelacionan en su vida, como trabajo, familia, salud, entre otros.

En los siguientes capítulos se presentan los temas de estrés y Síndrome Premenstrual y su relación y repercusión en la productividad del individuo dentro de la organización, así como también en su bienestar y salud que a su vez influyen en la salud de las organizaciones.

CAPITULO I

SISTEMA

ORGANIZACIONAL

1.1 ORGANIZACIÓN

El concepto de organización ha evolucionado con el tiempo. En 1922, Weber definió al grupo corporativo como una relación social que o bien está cerrada, o bien limita la admisión de personas ajenas mediante la imposición de reglas y normas. En 1964, Etzioni define a la organización como una unidad social que pretende alcanzar un fin. Según este autor, las organizaciones se caracterizan por la división del trabajo, por sistemas de comunicación y por competencias de poder. (Guillen, C. y Guil, R., 2000).

En 1957, Argyris menciona que las organizaciones formales están basadas en determinados principios, tales como la especialización de tareas, la cadena de mando, la unidad de dirección y la racionalidad. Porter, Lawler y Hackman, (1975), añaden a la definición de organización la permanencia en el tiempo, tanto de la misma organización como de la coordinación y dirección de las funciones diferenciadas dentro de esta (citado por Fernández-Ríos y Sánchez, 1997).

Para Mayntz (1977), toda organización tiene tres aspectos comunes; en primer lugar, una organización es una formación social con un preciso número de integrantes, con una diferenciación interna de las funciones y está dirigida hacia un fin determinado. En segundo lugar, están orientadas conscientemente hacia fines y objetivos específicos, y en tercer lugar, están configuradas racionalmente, hacia el cumplimiento de tales fines u objetivos.

La teoría general de sistemas caracteriza a las organizaciones como sistemas abiertos de carácter social, es decir, con una transacción con el medio externo. Las organizaciones son formaciones sociales complejas y plurales que consisten en actividades pautadas de cierto número de individuos. Tales actividades son complementarias e interdependientes respecto a algún resultado común; se repiten de forma relativamente constante y están limitadas en el espacio y en el tiempo (Katz y Kahn, 1977), aunque la permeabilidad de los límites puede variar (Huse, 1975). Para comprender el funcionamiento de una organización, es necesario considerar la influencia de otros subsistemas y del ambiente; uno de los conceptos importantes

Sistema Organizacional

de un sistema abierto, es el "input", o la importación de energía del entorno (Huse, 1975; Katz y Kahn, 1977). Una vez dentro del sistema, el input sufre una transformación, y ya transformado se convierte en outputs o resultados. Otro concepto importante para comprender al sistema es el de retroalimentación, el cual se originó en los estudios sobre cibernética dirigidos por Wiener (citado por Huse, 1975), y dentro de la organización se refiere a una parte del output de un sistema o subsistema que realimenta los inputs para afectar a los sucesivos outputs.

A continuación se muestra un esquema de la organización vista como un sistema.

FIGURA 1.1. SISTEMA ABIERTO: TRANSACCION ENTRE LA ORGANIZACIÓN Y EL MEDIO (De Faria, 1999)

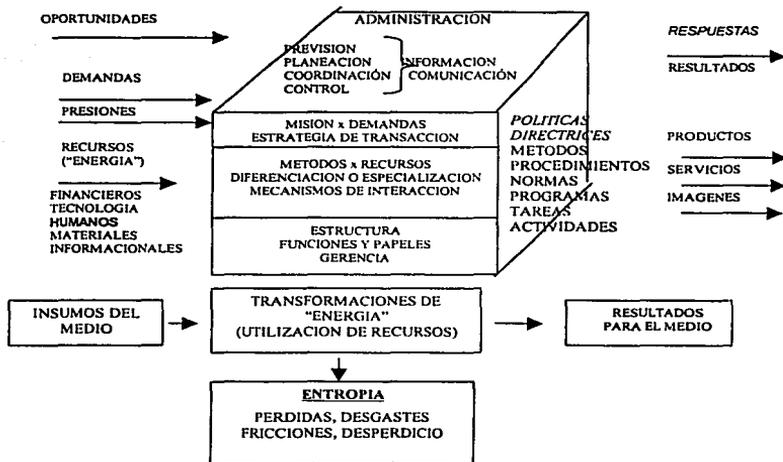


Fig 1.1. Los tipos comunes de *insumos* del medio externo son las demandas, las oportunidades, las presiones, las restricciones, los recursos tanto financieros, tecnológicos, *humanos*, materiales energéticos, la información, etc. Las *transformaciones* se caracterizan como procesos de administración o uso de los diversos recursos financieros necesarios para la empresa: Los *resultados* para el medio exterior: son las respuestas o resultados, productos, servicios, imágenes, etc. La *entropía*, son las pérdidas, desgastes, fricciones y desperdicios que ocurren durante los procesos de uso o transferencia de los recursos (De Faria, 1999).

Sistema Organizacional

En sí, las definiciones de organización más comunes tienen ciertos componentes como son los siguientes :

- a) Conjunto de individuos y/o grupos interrelacionados
- b) Con objetivos definidos dirigidos a una meta
- c) Especialización y diferenciación funcional
- d) Coordinación racional e intencionada
- e) Continuidad temporal
- f) Interactúan con el medio

1.1.1 Concepto de Organización.

Para el presente trabajo se considerará la siguiente definición de organización:

La organización es el sistema o unidad social abierto, que se compone de dos o más personas, que coordinan conscientemente actividades complementarias e interdependientes con el fin de alcanzar una meta o conjunto de metas comunes de dicha organización; tales actividades se repiten de forma relativamente constante y están limitadas en el espacio y en el tiempo (Katz y Kahn, 1977). Además, los objetivos de una organización tienen que dar como resultado un producto o servicio útil para los miembros de la organización, para otras organizaciones y/o para el público en general (Robbins, 1991).

De acuerdo a Schein (1972), existen tres tipos de organización: la formal, la informal y la organización social. La organización social es una estructura de coordinación que surge espontánea o implícitamente de las interacciones de las personas, sin implicar una coordinación racional para la consecución de objetivos comunes explícitos. La organización informal se refiere a esas estructuras de coordinación que surgen entre los miembros de una organización formal y que no han sido definidas explícitamente. En un tipo de organización formal, en la cual se enfoca el presente trabajo, cada parte de la organización debe tener definidos sus papeles, funciones o roles a cumplir para alcanzar los objetivos planteados.

1.2 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS ORGANIZACIONES.

Una organización está compuesta por dos grandes subsistemas generales: el *sistema técnico-administrativo* y el *sistema psicosocial o sistema humano*. (De Faria, 1999). De acuerdo a este autor, el sistema técnico administrativo está formado por metas u objetivos, la economía y finanzas, las estructuras formales de organizaciones, los procesos administrativos (previsión, planeación, organización, gerencia, coordinación, control) cargos, tareas, información, políticas, normas y directrices. El sistema psicosocial o de comportamiento humano son las necesidades, la salud, las motivaciones, aspiraciones, valores, intereses, actitudes, percepciones, sentimientos y emociones, expectativas, relaciones personales, moral, clima, organización informal, cultura, entre otras.

El ambiente en el que se desenvuelve la organización genera ciertos desafíos externos, mientras que la tecnología presenta retos internos. Para enfrentar ambos, las organizaciones se desdoblán en tres niveles organizacionales que se muestran a continuación:

1. Nivel Institucional o Ejecutivo: es el nivel más alto de la organización y está compuesto por los directores, propietarios o accionistas. Se denomina nivel estratégico ya que ahí se toman las decisiones y se establecen los objetivos de la organización. Se trata de un nivel periférico y está orientado hacia el exterior.
2. Nivel intermedio: se encarga de que las decisiones tomadas en el nivel más alto sean adecuadas a las operaciones en el nivel operacional.
3. Nivel operacional: es el nivel organizacional más bajo en donde se ejecutan las tareas y se llevan a cabo las operaciones (Chiavenato, 2000).

Para lograr sus objetivos la organización requiere de una serie de recursos (fig. 1.1); los recursos humanos son los más importantes para la organización, ya que pueden mejorar y perfeccionar el manejo y el diseño de los otros tipos de recursos, lo cual no sucede a la inversa (Arias, 1999). Este autor menciona que los recursos humanos cumplen con ciertas características, las cuales se muestran a continuación:

Sistema Organizacional

- a) Los recursos humanos no pueden ser propiedad de la organización, a diferencia de los otros recursos, ya que implican una disposición voluntaria de la persona.
- b) No por el hecho de existir un contrato de trabajo la organización va a contar con el mejor esfuerzo de sus miembros; al contrario, solamente contará con él si perciben que esa actividad va a ser "provechosa" en alguna forma, esto es, si los objetivos de la organización son congruentes con los objetivos personales, los individuos pondrán a disposición de la organización los recursos humanos que poseen y su máximo esfuerzo.
- c) El total de los recursos humanos de un país o de una organización en un momento dado puede ser incrementado; esto a través de dos formas básicas que son el descubrimiento y el mejoramiento. Igualmente, este total de recursos humanos puede ser disminuido, por enfermedades, accidentes, etc.

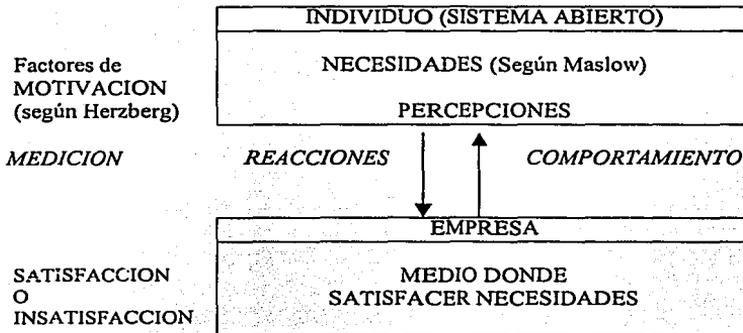
En la actualidad existen diversas perspectivas respecto a las organizaciones. El presente trabajo se centra en la perspectiva humana que se basa principalmente en los seres humanos y en los modos en que estos interactúan en la organización (Huse, 1975). Desde este enfoque, el estudio del comportamiento organizacional plantea un triple nivel de análisis o acercamiento:

- a) Nivel individual. El individuo es considerado como un subsistema dentro de la organización y como tal tiene ciertas características psicológicas y conductuales que interaccionan con las variables ambientales de la organización y pertenece también a grupos (subsistemas más grandes).
- b) Nivel de grupo. Ya que el individuo no trabaja aislado, su conducta en la organización se da siempre en un grupo, por lo que se destaca la dimensión social de la conducta individual, además, el grupo facilita varios tipos de interacción entre los individuos y entre los grupos.
- c) Nivel organizacional. Que es el marco organizacional que envuelve la conducta del individuo y de los grupos que determina el comportamiento organizacional en función de su estructura, funcionamiento y cultura.

Sistema Organizacional

La organización es una red de relaciones entre personas, y vista como un conjunto de instalaciones, máquinas, equipos y procedimientos es como una "maqueta", sólo las personas pueden infundirle vida (De Faria, 1999). Por tanto, los resultados de la organización están determinados y dependen de la relación individuo-empresa, y de la relación sistema humano-sistema técnico. Esta relación se muestra en la siguiente figura.

FIGURA 1.2 .TRANSACCION INDIVIDUO x EMPRESA (De Faria, 1999)



1.2.1 El Individuo en la Organización.

La mayoría de las personas adultas pasan la mayor parte de su vida trabajando, por lo cual el trabajo cumple diferentes funciones para el individuo. En primer lugar está la función integrativa o significativa, que se refiere al trabajo como una fuente que puede dar sentido a la vida en la medida en que permite a las personas realizarse personalmente a través de este; la función de proporcionar estatus y prestigio social, la de ser una fuente de identidad personal, la función económica, la función social, el ser una fuente para desarrollar habilidades y destrezas, y la función de proporcionar poder, control y comodidad, entre otras (Gracia et al, 1995). Por lo tanto, parte de la importancia del trabajo para la persona depende de las funciones que este cumple para ella.

Sistema Organizacional

El desempeño de un individuo depende de un proceso de regulación entre el y la organización. La organización es el medio donde el individuo satisface o no sus necesidades. De tal satisfacción o insatisfacción de necesidades, depende su motivación en la tarea, su dedicación al trabajo, su productividad, eficiencia y eficacia entre otros (figura 1.2) (De Faria, 1999).

La interacción entre organización e individuo es un proceso de reciprocidad; las dos partes están guiadas por directrices que definen lo que es correcto de lo que no. A esta relación de reciprocidad muchos psicólogos la llaman contrato psicológico, el cual se refiere a la expectativa de ambas partes que se extiende más allá de cualquier contrato formal (Chiavenato, op cit).

En la actualidad, muchas teorías mencionan que para el estudio de la organización es necesario el estudio de los seres humanos que la componen. En este sentido se le da un énfasis motivacional a la relación organización-individuo (Howell, 1979). El esfuerzo del individuo dentro de la organización, se basa en la motivación individual, pero es matizado por la sociedad y la organización; así mismo, este esfuerzo está determinado de acuerdo a los objetivos individuales y de la organización y puede conducir a premios y castigos que determinaran la motivación (Arias, 1999). A este respecto, Maslow (1991) menciona que las organizaciones requieren la participación de un grupo de personas, que con sus habilidades, conocimientos y actitudes alcancen los objetivos organizacionales. Al mismo tiempo, las organizaciones deben de ser el medio a través del cual el sujeto alcance sus metas y necesidades.

1.2.2 Grupos y Organización.

El hombre es por naturaleza un ser social, y por lo tanto se organiza en grupos sociales. La participación de las personas en las organizaciones se da a través de diferentes grupos, estructurados en función de las tareas, sus habilidades y otros criterios orientados a la

Sistema Organizacional

consecución de los objetivos. Buena parte de la influencia que la organización ejerce sobre sus miembros se da a través de los grupos (Gil-Rodríguez, 1998).

Un grupo está definido como un conjunto de individuos que participan en interacciones frecuentes, se definen entre sí como integrantes de un todo común, comparten normas comunes, tienen objetivos comunes, tienen una percepción colectiva de su unidad y comparten la misma cultura (regional, ocupacional u organizacional) (Arias, 1999).

Tipos de Grupos. Respecto a la dimensión temporal de los grupos estos se dividen en permanentes y temporales. Respecto al nivel de formalidad existen los formales y no formales. De acuerdo a su finalidad se enfocan en las áreas de producción, de solución de problemas, en la resolución de conflictos y en el cambio y desarrollo organizacional (Gil-Rodríguez, 1998).

Los grupos evolucionan a través de sus diversas etapas de desarrollo y comienzan a mostrar ciertas características como son: estructura, jerarquía, roles, normas, liderazgo, cohesión y conflicto (Gibson, 1997).

Las funciones para los miembros del grupo pueden dividirse en psicológicas y personales, y en funciones múltiples o mixtas. Algunas necesidades psicológicas que cumplen los grupos son: la satisfacción de las necesidades de afiliación, proveen de medios para desarrollar, alentar o confirmar su identificación y autoestima, permiten establecer y examinar la realidad en la que viven, pueden aumentar la seguridad y el sentimiento de poderío para enfrentarse con alguna amenaza de cualquier tipo, entre otras (Gil-Rodríguez, 1998). Los grupos en una organización deben ser eficaces para satisfacer tanto los objetivos de la organización como las necesidades de sus miembros por lo que es importante establecer relaciones de alta productividad y cohesión dentro del grupo para su buen funcionamiento (Shein, 1972).

Sistema Organizacional

Dentro de los grupos de trabajo existen algunas normas. Generalmente, los grupos de trabajo informan a sus miembros respecto a la cantidad de trabajo, al cómo hacer el trabajo, el nivel de resultados, los canales de comunicación adecuados, entre otros, tales normas repercuten en el desempeño laboral de un individuo (Robbins 1991).

Para alcanzar la integración máxima de los individuos en la organización, esta debe enfocarse en mantener un equilibrio entre los objetivos de la organización y las necesidades de sus miembros, tanto individuales como de grupo. Así mismo, Gil-Rodríguez, (1998), menciona que es importante tener algunas consideraciones al trabajar con grupos, como por ejemplo, reconocer su importancia, la variedad de funciones que cumplen y las ventajas e inconvenientes que puede tener el trabajo en grupos; es importante considerar la coexistencia de grupos formales e informales y considerar las funciones de ambos.

1.3 DESEMPEÑO LABORAL Y PRODUCTIVIDAD.

Desempeño Laboral.

El desempeño laboral de cada individuo es el resultado de su comportamiento frente al contenido de su cargo, sus atribuciones, sus tareas, actividades o "inactividades", y depende de un proceso de mediación o regulación entre el y la empresa (Robbins, 1991).

Dependiendo de la satisfacción o insatisfacción de necesidades que el individuo obtenga en la empresa dependerá su motivación en la tarea, su dedicación al trabajo y su desempeño (De Faria, 1999).

La evaluación del desempeño de los trabajadores dentro de las organizaciones es necesaria para conocer el desempeño de la organización y para ubicar los puntos donde se necesita intervenir y para tener una idea de cómo se intervendría (Chiavenato, 2000). Asimismo, ésta determina el futuro laboral del empleado, representa el grado de cumplimiento del trabajador, así como la efectividad y la necesidad de programas de capacitación y entrenamiento. Otro de los objetivos de la evaluación del desempeño laboral es dar

Sistema Organizacional

retroalimentación a los empleados respecto a como la organización ve su desempeño, así mismo, se utiliza para determinar los estímulos que se les da a los empleados (Robbins 1991).

La evaluación puede ser tanto objetiva como subjetiva. La objetiva se refiere a cuando esta es cuantificable o medible; por ejemplo, cuantas ventas realizó un vendedor, el número de objetos que realizó un obrero, etc. La evaluación subjetiva es cuestión de juicios de la persona que evalúa, lo que el o ella consideran buen o mal desempeño o características o conductas de los empleados (Robbins, 1991).

La evaluación debe cumplir con ciertos objetivos como son:

- a) Permitir condiciones de medida del potencial humano en el sentido de determinar su plena aplicación.
- b) Permitir el tratamiento de los recursos humanos como un recurso básico de la organización y cuya productividad puede ser desarrollada indefinidamente, dependiendo de la forma de administración de la organización.
- c) Proporcionar oportunidades de crecimiento y condiciones de efectiva participación a todos los miembros de la organización, teniendo presente por una parte los objetivos organizacionales y por otra los objetivos individuales (Chiavenato, 2000)

Robbins (1991) menciona que los tres criterios más populares para evaluar el desempeño laboral son a) los resultados individuales de la tarea o de las tareas que el puesto requiere, b) las conductas y c) los rasgos.

Los resultados individuales se toman en cuenta cuando son los resultados los que importan y no los medios que se utilizan para alcanzar estos resultados; se evalúan criterios como cantidad producida, desechos o desperdicio generados y costo por unidad de producción, entre otros.

Sistema Organizacional

Las *conductas* se evalúan cuando es difícil identificar resultados específicos que puedan ser atribuibles directamente a las acciones de un empleado. Esto se da especialmente en personal administrativo y en individuos cuyos trabajos asignados son parte de un esfuerzo de grupo; así, el desempeño del grupo puede ser evaluado pero el desempeño de cada miembro del grupo puede ser difícil o imposible de identificar claramente, es en estos casos donde se evalúa la conducta o conductas de los individuos.

Rasgos. El criterio que evalúa los *rasgos* del empleado es considerado el más débil, y aun así, es uno de los más utilizados; algunos de estos son: "buena actitud", muestra "confianza", es "inteligente" o "amigable", "siempre se mantiene ocupado", entre otros.

Productividad.

Una organización es productiva si alcanza sus metas, y lo hace convirtiendo los "inputs" en "outputs" al menor costo. Es aquí donde intervienen los términos de eficacia y eficiencia los cuales determinan la productividad (De Faria op cit).

Robbins (1991) menciona que existen variables que son determinantes críticos de la productividad de los recursos humanos y estas son: eficacia, eficiencia, absentismo, rotación de personal y satisfacción laboral entre otras.

La *eficiencia* se refiere a la forma en la que se logran los objetivos de la organización, basándose en la relación de los inputs utilizados con los outputs obtenidos, también se define como la capacidad técnica para obtener productos con el uso mínimo de recursos, es decir, los costos incurridos en el logro de objetivos (Fernández-Ríos, 1997).

Este mismo autor menciona que la *eficacia* se refiere al grado en el cual se logran los objetivos, basándose en la relación outputs obtenidos-outputs deseados; es el grado en el que los outputs, políticas y situaciones de las organizaciones sirven para alcanzar los objetivos fijados.

Sistema Organizacional

El *ausentismo* está constituido por todas las faltas de asistencia al trabajo, que ocurren cuando el empleado debe presentarse a laborar (Arias, 1999). Este se puede calcular de acuerdo a la gravedad y a la frecuencia. De acuerdo a la gravedad se tiene la siguiente fórmula:

$$\text{Gravedad} = (\text{Días hombre perdidos} / \text{días hombre perdidos} + \text{días hombre trabajados}) * 1000;$$

la frecuencia se mide con la siguiente fórmula:

$$\text{Frecuencia} = \text{casos de ausencia} * 100 / \text{número de trabajadores.}$$

La *rotación de personal* se refiere al retiro permanente voluntario o involuntario de la plantilla en una organización. La rotación de personal implica el incremento de los costos de reclutamiento, selección y capacitación. También puede implicar la ruptura de la administración eficiente de la organización cuando el personal con experiencia y conocimientos adecuados se va y este se tiene que reemplazar (Robbins, 1991).

La *satisfacción laboral* se define como la diferencia entre la cantidad de recompensas que los trabajadores reciben y la cantidad de recompensas que ellos creen que deben recibir. Existe una relación entre la satisfacción laboral y el desempeño laboral. En la década de los 50 y 60's del siglo pasado, diversos investigadores comenzaron a realizar estudios para establecer la relación entre satisfacción laboral y la productividad, y en el presente se ha postulado que la productividad lleva a la satisfacción laboral (Robbins, 1991)

En si, la productividad se refiere a hacer lo que hay que hacer dentro de la organización. Está definida como la ratio input/output; es una variable orientada a los resultados y está en función de la conducta de los trabajadores.

1.4 SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ORGANIZACIONES.

A partir de las últimas décadas del siglo pasado el rumbo mundial de la economía ha dictado el rumbo de las organizaciones tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Esta situación determina también los nuevos patrones de empleo a nivel mundial (Robbins, 2000). El enorme crecimiento del sector de servicios, incluyendo al sector financiero y el desarrollo de industrias de alta tecnología, ha marcado el predominio de los países de ingresos altos en la economía mundial. Sin embargo, esto no ha evitado la aparición de condiciones de trabajo deteriorantes para poblaciones laborales específicas incluso cuando han predominado tendencias prósperas. Tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, la regulación de los mercados de trabajo y su creciente flexibilización, ha generado nuevos retos, especialmente cuando la competencia de mercado provoca la búsqueda de costos de producción más bajos (Beneria, 2001).

Las organizaciones de hoy viven en un medio muy dinámico. Las transformaciones tecnológicas, los cambios sociales y políticos que se dan en nuestro mundo determinan una exigencia constante de nuevos servicios y la expansión de los actuales. La llegada de las computadoras y de la automatización, está cambiando la naturaleza de las organizaciones. Por lo tanto si las organizaciones tienen que adaptarse a una metamorfosis tan rápida e imprevisible, deben mostrar flexibilidad y capacidad para enfrentarse con nuevos retos (Robbins 2000). Tal flexibilidad y capacidad para enfrentarse con las transformaciones radica, en último término, en los recursos humanos de la organización, por lo que es importante su cuidado (Kramer, 2001).

Las tendencias económicas mundiales como son los tratados de libre comercio, la inserción de empresas transnacionales en países donde la mano de obra es más barata –como el nuestro-, la tendencia del mercado laboral al trabajo de los servicios, entre otros., apuntan a la necesidad de tomar en cuenta las diferencias culturales de los individuos así como su salud (Druker, 1996).

Sistema Organizacional

En los últimos tiempos, las organizaciones han hecho hincapié sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Actualmente es necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de la organización, ya que la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (por ejemplo, absentismo, rotación, disminución de la productividad, etc.) (Peiró, 1992, citado por Gil-Monte, 1997).

1.5 SALUD Y TRABAJO.

El trabajo es una faceta importante en la vida de las personas ya que gracias a él, la persona obtiene una serie de compensaciones de diversos tipos. Como se mencionó anteriormente, el trabajo puede ser el medio para que el individuo cumpla ciertas expectativas y satisfaga ciertas necesidades, en función de que el trabajo sea capaz de satisfacer tales expectativas ofrece menor o mayor calidad de vida laboral. El concepto de calidad de vida laboral, abarca todas aquellas condiciones relacionadas con el trabajo, como son los horarios, sueldos, ambiente laboral, condiciones de salud, posibilidades de carrera, entre otros, que pueden ser relevantes para la satisfacción y motivación laborales, así como para la productividad tanto del individuo como de la organización (González, P., 1995). Por lo tanto se considera importante cuidar la salud del individuo que forma parte de la organización.

Para entender la relación entre salud y trabajo se considera necesario en primer lugar conocer la definición tanto de salud como de salud mental.

1.5.1 Salud.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la *salud* es un estado de completo bienestar físico, social y mental, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia (Pedrosa, 1984; www.who.int). Como la misma definición lo menciona, tanto los aspectos sociales como los personales y las capacidades físicas tienen gran importancia en el estado de salud.

Sistema Organizacional

De hecho, una de las variables utilizadas habitualmente para medir el capital humano de un trabajador y su productividad es precisamente la salud (Anker, 1997).

1.5.2 Salud Mental.

El funcionamiento mental tiene una estructura fisiológica y están interconectados fundamentalmente el funcionamiento físico y social y los resultados en cuanto a salud (Higashida, 1991). La salud mental se define como un estado psicológico de bienestar, caracterizado por un crecimiento personal continuo, un sentido de propósito en la vida, la autoaceptación y relaciones positivas con otros (OMS, 2002).

La salud mental está compuesta por distintas dimensiones como son: la autoaceptación o autoestima que se caracteriza como una evaluación positiva de uno mismo y de las experiencias del pasado; el crecimiento personal que se refleja en el sentido de un crecimiento y desarrollo psicológico continuos; un sentido de que la vida propia tiene un significado y un propósito; relaciones positivas con otros; capacidad de sobreponerse al medio ambiente; la capacidad de manejar efectivamente el mundo que lo rodea y autonomía, un sentido de autodeterminación y la habilidad de controlar la propia vida (www.iwh.org). De acuerdo a Burijovich (1998), se tiene que enfatizar en el cuidado de la salud mental de los individuos a todos los niveles, organizacional, de políticas sociales y económicas, a nivel comunitario, etc.

Existen diferentes factores que influyen en la salud mental. En Estados Unidos, a mediados de los 70's del siglo pasado en un estudio se identificaron áreas claves que influyen en la salud mental como son: la vida laboral, la vida familiar y el rol social que el sujeto ocupa en la comunidad; las experiencias negativas en estas áreas pueden reducir el sentido de bienestar del sujeto (Buendía, 1998).

Otra influencia importante en la salud mental es el estrés. La gente experimenta estrés crónico cuando se enfrenta continuamente a demandas que reducen su habilidad para funcionar. El trabajar largas jornadas bajo circunstancias difíciles, dificultades económicas, el

Sistema Organizacional

desempleo y la pobreza pueden provocar estrés crónico y así afectar la salud mental (OMS, 2002).

1.5.3 Salud Ocupacional

De acuerdo a la OIT, la fuerza laboral actual es de 2600 millones y crece continuamente; aproximadamente 75% de esta gente se encuentra trabajando en países en desarrollo. La población de trabajo oficialmente registrada constituye 60-70% del varón adulto a nivel mundial y del 30-60% de población femenina adulta. Cada año, otros 40 millones de personas se unen a la fuerza laboral. Los peligros ambientales de lugar de trabajo son por lo tanto una amenaza para una gran proporción de la población mundial.

De acuerdo a la Red Mundial de Salud Ocupacional (GOHNET, The Global Occupational Network, 2002), la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por las Naciones Unidas en 1948, reconoce el derecho de todas las personas a unas condiciones de trabajo justas y favorables. Sin embargo, los trabajadores sufren 250 millones de accidentes todos los años a consecuencia de los cuales se producen 330 000 defunciones. Otros padecimientos son los causados por 160 millones de casos de enfermedades ocupacionales así como diversas adversidades que repercuten en la salud física y mental de los trabajadores. Las pérdidas económicas equivalen al 4 por ciento del producto nacional bruto del mundo. Los encargados de la formulación de políticas y los empleadores deben velar por brindar un ambiente de trabajo seguro y saludable.

En circunstancias favorables, el trabajo contribuye tanto a la buena salud de los individuos como a la salud económica de los países (Robson, 1998). Sin embargo, el ambiente de trabajo expone a muchos trabajadores a peligros de salud que contribuyen a alteraciones como son: enfermedades respiratorias, cáncer, desórdenes musculoesqueléticos, desórdenes reproductivos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales y neurológicas, pérdida del sentido de la escucha y de visión, todas las cuales influyen en sus estados emocionales y se ven reflejados en los otros ámbitos de su vida así como en el

Sistema Organizacional

funcionamiento de las organizaciones. Muchos trabajadores se ven expuestos a riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales o ergonómicos en su entorno laboral (IWH, 2000).

En países en vías de desarrollo, la limitación de los recursos técnicos y financieros influye directamente en todos los aspectos de la producción, como son la salud y seguridad en el trabajo y la salud del ambiente de trabajo, así como la del ambiente externo. La tensión psicológica ocasionada por las presiones de trabajo y tiempo ha llegado a ser más frecuente durante la década pasada. El trabajo monótono que requiere de constante concentración, las horas de trabajo irregulares, cambios de trabajo, etc., también pueden tener efectos psicológicos adversos. La sobrecarga y tensión psicológica se han asociado con perturbaciones de sueño, síndrome de burn out y depresión. Existe evidencia epidemiológica de un alto riesgo de desórdenes cardiovasculares, enfermedades del corazón particularmente coronarias e hipertensión que se asocian con la tensión de trabajo(OIT).¹

Las condiciones sociales de trabajo tales como género, distribución y segregación de trabajos e igualdad -o carencia de esta- en el lugar de trabajo, y relaciones entre gerentes y empleados, despiertan el interés en cuanto a estrés en el lugar de trabajo (Robinson, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), mediante su estrategia mundial de salud ocupacional para todos, propuso diez objetivos en pro de la salud de los trabajadores entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Fortalecer las políticas nacionales e internacionales en pro de la salud en el trabajo y formular los instrumentos normativos necesarios.
- Crear ambientes de trabajo saludables.
- Formular métodos de trabajo saludables y fomentar la salud en el trabajo.
- Crear servicios de apoyo en pro de la salud en el trabajo.
- Desarrollar los recursos humanos en pro de la salud en el trabajo.

¹ Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo - Revista Internacional del Trabajo - Publicaciones VOLUMEN 117, NUMERO 3 1998/3

Sistema Organizacional

En países como Estados Unidos, los gastos de salud son casi un 50% mayores entre los trabajadores que sufren niveles elevados de estrés. El estrés en el trabajo va asociado a riesgos más elevados de morbilidad cardiovascular, en particular hipertensión, así como de trastornos mentales (Somavia, 1999).

1.6 MUJER, TRABAJO Y SALUD.

A partir de la década de los 60's del siglo pasado, las mujeres comenzaron a luchar por que los roles que les habían sido impuestos por la sociedad cambiaran. La lucha por la igualdad de derechos entre hombres y mujeres comenzó a crecer a nivel mundial y se fue expandiendo. La situación económica global y el crecimiento del capitalismo como sistema económico, también influyeron en la nueva situación de las mujeres: un gran porcentaje de mujeres pasaron de ser amas de casa a incorporarse a la fuerza laboral. El crecimiento anual de ésta fue de 7% en el período de 1980-1988; por lo que el nivel de participación pasó de 27.1% en 1970 a 33.5% en 1988 (Ravelo, 1995).

Los cambios estructurales más relevantes de la mano de obra femenina se pueden observar en las ramas de la transformación y de los servicios, siendo la transformación la que continúa creciendo (Ravelo, 1995). A partir de los años 80's y 90's el perfil de las mujeres que ingresaron a la fuerza laboral cambió: el sector de más bajos recursos comenzó a formar parte de la fuerza laboral en un mayor número y simultáneamente empeoraron las condiciones trabajo para este sector (Moncaraz, 2001).

Existen diversas razones que provocaron el crecimiento de la fuerza laboral femenina, entre ellas está la decisión de la mujer de tomar una carrera y de buscar su desarrollo profesional, el control de la natalidad; la situación económica mundial y nacional de inflación y recesión ha provocado situaciones como la migración de las mujeres pero más de los hombres, hacia ciudades y países con más oportunidades, lo que ha provocado que cada vez

Sistema Organizacional

más mujeres se encuentren al frente de las familias (Witkin-Lanoil, 1985; Acosta, 1993, citado por Langer, 1998).

Hoy en día, las trabajadoras constituyen aproximadamente el 42% de la población activa mundial según las estimaciones OIT, por lo cual es necesaria una comprensión más amplia de los factores de riesgo ocupacionales en el caso de las mujeres a medida que entran a formar parte de la mano de obra. La mundialización y globalización tiene repercusiones considerables para el trabajo y la salud de las mujeres. Así se ve en el pronunciado aumento del empleo femenino en las industrias de exportación radicadas en países en desarrollo (Koehoorn, 2000, en GOHNET).

En México, la mujer se ha incorporado crecientemente al mercado laboral, pasando del 17.6% en 1970 a 31.5% en 1991, y a 35.9% en 1999. El mayor porcentaje de mujeres que laboran son de edades de 20 a 24 años (15%), seguido por un 14% de mujeres en edad de 25 a 29 años; el menor porcentaje en mujeres de 60 a 64 años (2.3%). La Encuesta Nacional de Empleo reporta que el porcentaje de trabajadoras con edades de 12 a 19 años, ha disminuido casi en un 50% de 1970 a la fecha, pasando de 5.3% de mujeres de edades entre 12 y 14 años en 1970, a 2.8% en 1999, y de las mujeres de edades de 15 a 19 años, de 22.3% en 1970 a 11.3% en 1999 (INEGI, 2002). Así mismo, el rango de edades de trabajadoras con edades de 30 a 40 años ha aumentado de 8% en 1970 a 12.8% en 1999, de 40 a 44 años también ha ido en aumento de 6.1% en 1970 a 10.1 en 1999. Estos datos muestran el aumento de la fuerza laboral femenina y pudieran sugerir la preparación escolar de más mujeres ya que su ingreso a la fuerza laboral ha disminuido respecto a la edad de 12 a 19 años respecto al 1970.

De acuerdo a Langer (1998), la participación laboral de la mujer siempre ha reflejado inequidad de género; esta se concentra en el sector servicios, los ingresos son generalmente inferiores a los de los hombres y prevalecen las ocupaciones temporales y la inestabilidad laboral. En México, datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), señalan que 14.1% de las unidades domésticas están encabezadas por mujeres, de las cuales el 86% se encuentra en las ciudades; 41.9% del total de estos hogares está formado por las mujeres y sus

Sistema Organizacional

hijos; 63.9% de las jefas de familia perciben un ingreso de un salario mínimo o menos y el 27.5% no ha estudiado.

1.6.1 Salud de la Mujer en el Trabajo.

En la actualidad los estudios de trabajo femenino y salud están tomando en cuenta factores como las condiciones y los procesos de trabajo, los factores de riesgo, los patrones de desgaste, la organización de la producción, el trabajo doméstico y la doble jornada entre otros (Lara, M.A., 1995).

Si bien la situación de las mujeres ha mejorado mucho en muchas partes del mundo (Harlem, 1999) en los últimos años, estas, junto con los migrantes, los grupos minoritarios y los niños siguen siendo particularmente vulnerables a los riesgos ocupacionales (Robinson, 1998).

Investigaciones acerca de la intensidad del trabajo han revelado que ciertas tareas femeninas que se consideran relativamente sencillas y seguras, pueden tener también algunas características del trabajo considerado como "duro". Un ejemplo es el trabajo a destajo repetitivo y a gran velocidad hecho por mujeres en fábricas; con el tiempo, esas tareas pueden originar graves trastornos osteoarticulares y discapacidad, así como niveles altos de tensión nerviosa. Las trabajadoras también sufren problemas relacionados al estrés causado por las prácticas discriminatorias en el ámbito laboral (por ejemplo la desigualdad de los salarios y una participación menos importante en la adopción de decisiones) o por acoso sexual (Harlem, 1999).

1.6.2 Salud Mental de la Mujer.

En cuanto a la salud mental de las mujeres, según la Hoja Informativa #21 del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS (junio 2000), las enfermedades mentales en general, y la depresión en particular, presentan una de las

Sistema Organizacional

diferencias de género más notorias en cuanto a su prevalencia. Los casos de depresión son dos veces más frecuentes en mujeres que en varones, lo que muchas veces se asocia a estados de ansiedad y a otros cuadros severos, aumentando las posibilidades de discapacidad temporal o permanente (Gómez, 2001). Actualmente, cuando se considera la salud de la mujer, y en especial, su salud mental, se mantiene la mirada hacia los aspectos reproductivos y particularmente a la injerencia de los hormonales (Moncaraz, 2001).

Hoy en día, las mujeres deben responder a nuevos y mayores desafíos debido a su ingreso cada vez más masivo al mercado de trabajo que dicta la creciente pobreza y las crisis sociales, así como la emergencia de tecnologías y sistemas de trabajos despersonalizados, las exigencias de la sociedad y la cultura. Todos estos factores provocan nuevos y graves problemas en su salud mental, por lo cual, en el estudio de la salud mental de las mujeres se deben de tomar en cuenta nuevos paradigmas (López y Grella, 2001).

Las investigaciones epidemiológicas confirman que las mujeres presentan mayor frecuencia de síntomas psicológicos que los varones. A nivel de los síntomas más comunes, como son la ansiedad y la depresión, se constata esta mayor presencia (Buriyovich, 1998) También existen estudios que afirman la asociación entre la mala salud mental femenina y la baja escolaridad, el desempleo y los bajos ingresos (Paez, 1986 citado por Buriyovich 1998).

Buriyovich (1998) realizó un estudio para describir y caracterizar la sintomatología mental de las mujeres en Argentina y comparó esta con la sintomatología encontrada en los varones. En este estudio detectó que las mujeres sufren más gastritis y dolores de cabeza que los hombres. En cuanto a los eventos estresantes, la media para los varones se mostró más alta que para las mujeres. En síntesis, las mujeres de este estudio presentaron mayor sintomatología que los varones, se autoperiben con mayores dificultades psicológicas, consultan más los servicios de salud y consumen más psicofármacos.

De acuerdo a Eisenberg, (1979), los estudios epidemiológicos indican la predominancia femenina en los estados depresivos. En 1984, la OMS publicó datos que

Sistema Organizacional

sostienen que el riesgo de depresión para mujeres es de dos a tres veces más alto que para los hombres (Kastrup, M., 1998). El síndrome depresivo se caracteriza por un cambio afectivo normal y persistente, en el que predominan sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, llanto, pérdida del interés, y una cierta incapacidad para cumplir con las tareas cotidianas; se acompaña por ciertos rasgos psicósomáticos (Páez, y col.1986). Es frecuente que las mujeres ante un estado depresivo, consulten en primer lugar al médico clínico o ginecológico, y mucho después a un especialista en el campo de la salud mental (Wissman, M. M. et al 1979). Lara, H. y Trejo (1984) indica que la respuesta patológica tanto física como mental está directamente relacionada con un estilo cognitivo y conductual para enfrentarse a la frustración y al estrés.

La mujer de conducta tipo A. Hoy en día cuando las mujeres están llegando a posiciones ejecutivas, empiezan a mostrar su propia forma de conducta de tipo A lo cual tiene las mismas consecuencias que un tipo de personalidad A significa para los hombres pero extrapolando más presión por las responsabilidades extra que tiene la mujer -familiares y sociales— (Witkin-Lanoil, 1985). De acuerdo a Lara H. y Trejo (1984), las mujeres trabajadoras con personalidad tipo A, tienden a utilizar una variedad de métodos anticonceptivos, con lo que su sistema hormonal se puede ver afectado, lo que se traduce en alteraciones menstruales entre otros aspectos.

1.6.3 Diferencias en cuanto a Género.

Lo anterior lleva a tomar en cuenta la división del trabajo respecto al género, es decir, el tema de cómo a lo largo de la historia se han estereotipado ciertos empleos como característicos de las mujeres y de los hombres, cerrando las posibilidades de acuerdo al género.

La “tradicional” división del trabajo por sexos define las raíces de la jerarquía sexual y el estatus social actual de las mujeres (Hartmann, 1980 citado por Ravela, 1995) que no sólo se expresa en la segregación ocupacional, en la que realiza los trabajos mal pagados y menos

Sistema Organizacional

calificados, sino también en la discriminación salarial que significa un menor pago para un trabajo igual (Ravela, 1995).

La segregación profesional basada en el sexo es una de las características más importantes y persistentes de los mercados de trabajo de todo el mundo. Esta situación, limita la condición social y económica de la mujer, lo que repercute en las tasas de mortalidad y de morbilidad, pobreza y la desigualdad de ingresos de estas (Abel, 1994).

Anker (1997), menciona que los investigadores que tratan de explicar la segregación profesional entre los sexos distinguen entre los factores de oferta y de demanda de mano de obra. La oferta, se enfoca en las razones por las que las mujeres prefieren ciertas profesiones. La demanda se centra en las razones por las que los empleadores suelen preferir la contratación de mujeres o de hombres para determinadas ocupaciones. Esa preferencia obedece en gran medida a las ideas y valores que tiene la sociedad sobre las funciones y atributos del género masculino y del femenino. Las ideas estereotipadas de lo masculino y lo femenino que predominan en todo el mundo encierran consecuencias importantes para el desarrollo y la competitividad.

De acuerdo a este autor, las teorías que explican la segregación ocupacional entre los sexos se pueden clasificar en tres categorías: *a) teorías neoclásicas del capital humano, b) teorías de la parcelación del mercado de trabajo y c) teorías no económicas y feministas o «sociosexuales».*

La primera postula que los trabajadores intentan conseguir los empleos más rentables luego de evaluar sus dotes personales, sus circunstancias condicionantes y sus preferencias. Los empleadores intentan maximizar sus beneficios elevando la productividad y reduciendo costos hasta donde sea posible (Anker 1997). Según esta teoría es justo que las mujeres perciban remuneraciones más bajas que los hombres porque su productividad es inferior. También postula que en la elección de ocupación de las mujeres influyen dos variables relacionadas con la productividad: la instrucción y la experiencia laboral; además, las mujeres

Sistema Organizacional

prefieren ocupaciones en las que es más fácil colocarse y que ofrecen horarios de duración flexible. La teoría neoclásica subraya también que en todo el mundo, las mujeres son casi las únicas responsables del cuidado del hogar y de los hijos (por ejemplo, PNUD, 1995, y ONU, 1991). Este autor menciona que existen diversos problemas que influyen en la validez de esta teoría: uno es que la continuidad de las mujeres en el mercado laboral, ha ido en aumento en las últimas décadas, otro es el progresivo aumento del número de hogares encabezados por mujeres (Buvinic, 1995), lo que ha provocado que las mujeres estén adquiriendo una mayor experiencia profesional.

Con frecuencia se piensa que el trabajo femenino resulta más caro, incluso en condiciones de igualdad salarial. Se suele afirmar que las mujeres tienen mayores índices de absentismo, que llegan tarde al trabajo con más frecuencia y que sus índices de rotación laboral son superiores (el cual se atribuye a que muchas mujeres abandonan la actividad laboral para atender a sus hijos) y a veces se aduce que tienen menos flexibilidad que los hombres para trabajar hasta tarde (Firth-Cozens, 1993). Es importante cuestionar la idea de que el trabajo femenino tiene mayores costes laborales directos e indirectos. A este respecto, se realizaron una serie de estudios empíricos en países del tercer mundo (Anker y Hein, 1985 y 1986, citado por Anker, 1997) y aunque se comprobó que las mujeres tenían individualmente mayores índices de absentismo, en promedio la diferencia entre los índices de absentismo masculino y femenino resultó ser pequeña.

Las teorías de la parcelación del mercado de trabajo presuponen que estos están segmentados de ciertas maneras, y que es difícil para los trabajadores pasar de uno a otro. Dentro de estas teorías, la más conocida es la teoría del mercado de trabajo dual, que distingue entre un sector primario y otro secundario. Otras teorías de la parcelación del mercado de trabajo lo dividen en sectores estructurado y no estructurado (formal e informal) (OIT, 1972). (Bergmann, 1974, citado por Anker, 1997). Los hombres, en cambio, se benefician de una competencia menor dentro de una gama de ocupaciones más extensa, por lo que suelen disfrutar de salarios superiores.

Sistema Organizacional

Para comprender la segregación ocupacional entre hombres y mujeres es necesario entender cuestiones no económicas claves como el acceso de las mujeres al mercado laboral con niveles de instrucción más bajos, la responsabilidad del cuidado del hogar y de los hijos que casi siempre recae en la mujer, la existencia de los estereotipos sexuales de la mujer respecto a ocupaciones típicamente femeninas y la segregación ocupacional que sigue siendo tan fuerte pese a que el nivel de estudios de las mujeres y su tasa de actividad han aumentado mucho en los últimos tiempos (Abel, 1994).

Las teorías feministas o «sociosexuales» postulan que la situación de desventaja de las mujeres en el mercado laboral es un reflejo del patriarcado y del lugar subordinado que se asigna a la mujer en la sociedad y en la familia. La teoría «sociosexual» hace hincapié en las desventajas socioeconómicas y culturales de la condición femenina; asimismo, pone de manifiesto de qué manera tan exacta las ocupaciones femeninas plasman en el mercado de trabajo los estereotipos comunes y dominantes sobre las mujeres y sus presuntas aptitudes. De acuerdo a este enfoque, las posibilidades laborales de la mujer son restringidas e inferiores debido a la segregación ocupacional. También explican que el trabajo de medio tiempo o los horarios flexibles son frecuentes en muchas ocupaciones femeninas precisamente por ser femeninas (Anker, 1997).

Respecto a la salud de la mujer y su estatus de empleo, existen dos teorías. La primera es que el empleo incrementa los roles y obligaciones de la mujer, lo cual puede causar una sobrecarga que predispone a la mujer a tener una salud más propensa a deteriorarse. La otra teoría es que el empleo incrementa la afiliación y que este apoyo social extra la beneficia y protege contra la enfermedad (Cooper, 1991); a las mujeres el “salir” a trabajar les brinda un contacto con el mundo “externo” que implica relaciones sociales (de clase, de género, sexuales, etc.), lo cual perciben de una forma positiva y refuerza los niveles de buena salud mental.

Diversos enfoques de género toman en cuenta las condiciones de vida de las trabajadoras y las condiciones de su trabajo. Muchas de las empresas que contratan

Sistema Organizacional

principalmente fuerza de trabajo femenina son enfocadas en la transformación y por tanto sus procesos de trabajo inciden directamente en el proceso de desgaste de la salud de las obreras (Ravelo, 1995).

Es importante entender y tomar en cuenta que las condiciones laborales, sociales, familiares y personales de la mujer pueden repercutir negativamente en su salud, a continuación se expondrán algunas de ellas:

- Por su condición de mujer, muchas veces las opciones de empleo se dan en sectores productivos con salarios bajos, contrataciones temporales, pago por destajo o por hora, sitios insalubres, y algunas veces falta de prestaciones y de seguridad.
- Por su condición reproductiva (ciclo menstrual, embarazo, lactancia y cuidado de los hijos), se le considera como no rentable, por lo que las condiciones laborales pueden ser deficientes
- Por su condición de esposa y madre, participa en roles múltiples, por lo que tiene que sumar sus tareas domésticas al trabajo asalariado, situación que la somete a largas jornadas de trabajo y, aún cuando las mujeres están totalmente integradas al mercado laboral, las investigaciones confirman que aun se espera que cumplan sus roles tradicionales en el hogar, roles aprendidos a través de las costumbres y la cultura (Robinson, 1998)

1.6.4 Rol de la Mujer, Estrés y Trabajo.

Las mujeres que trabajan y que tienen doble rol sufren estrés de una forma distinta que la de los hombres que trabajan y de las mujeres que no trabajan (Lara, H., 1984). A diferencia de la época actual, en los 50's cuando las mujeres trabajaban se esperaba de ellas que conservasen el trabajo, no que desarrollasen una profesión. El hecho de desarrollar una profesión implica hacer planes y contraer compromisos a largo plazo. Asimismo, esto implica una competencia con los demás y generalmente los demás son hombres. A partir de esta situación, más y más mujeres desempeñan roles organizacionales que antes no hacían, por lo cual, ahora están

Sistema Organizacional

expuestas a experimentar más estresores de carrera y de trabajo en un nivel más alto (Benería, 2001).

Salgado, (1992) menciona que la literatura sobre el estrés sugiere que éste y sus consecuencias psicológicas tienen un impacto diferencial en hombres y mujeres. De acuerdo a esta autora, las mujeres tienden a sufrir trastornos afectivos y de depresión debido al estrés más que los hombres. Varios investigadores han identificado la estratificación de los sexos, las expectativas en cuanto al rol sexual, las demandas del rol, el conflicto de roles y las experiencias en general que tienen las mujeres en su trabajo y en la familia, como factores potenciales que generan las experiencias más estresantes para este grupo (Aneshensel, 1986; Aneshensel, y Pearlin, 1987 citado por Salgado, 1992). Así, los roles de la mujer en la familia y en el trabajo parecen explicar las diferencias de género en la evaluación del estrés (Gove, 1972, citado por Salgado, 1992).

Respecto a los problemas de salud mental que pueden padecer las mujeres, un estudio realizado en derechohabientes del ISSSTE encontró que quienes presentaron problemas psiquiátricos fueron en una proporción de 1.3 mujeres por cada hombre. De los padecimientos encontrados fueron la esquizofrenia (41.4%) la neurosis depresiva (12.8%), la neurosis histérica (12.8%), el alcoholismo (5.7%), y la farmacodependencia (2.8%), entre otros (Lara, H. 1975).

Es importante entender algunos de los problemas más frecuentes que enfrenta la comprensión de la salud de las trabajadoras. Uno de ellos es el hecho de que el fenómeno salud-enfermedad de los trabajadores ha sido reducido a la categoría de "riesgos de trabajo", los cuales en su definición estricta se limitan a los "accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo" - Ley Federal del Trabajo, artículo 473- (Bailón, 1991), definición que no contempla la salud de los trabajadores de manera integral. Otro problema es que el modelo médico que subyace al concepto de accidentes de trabajo es un modelo biológico mecanicista que limita la comprensión, las políticas de atención, la rehabilitación, la indemnización y prevención; otra limitación de este

Sistema Organizacional

campo son las deficiencias en la capacitación y cobertura de los registros sobre mortalidad y morbilidad entre la población trabajadora, y por último, la escasa investigación en nuestro país respecto a las condiciones de trabajo femenino y sus efectos sobre la salud física y emocional (Córdova y Martínez, 1989, citado por Lara, M.A., 1995)..

En cuanto a las diferencias salariales y la segregación entre hombres y mujeres, a nivel mundial las mujeres están peor remuneradas que los hombres; según un informe de la OIT, las mujeres registran tasas de desempleo superiores a las de los hombres y cuando están empleadas, suelen concentrarse en puestos de más baja calificación, percibiendo menores ingresos (OIT, 2001).

Gunderson (1994, Anker, 1997) enunció cinco motivos de la disparidad salarial entre hombres y mujeres, esto son: a) diferencias en cuanto al capital humano acumulado, (instrucción, experiencia, etc.), b) diferencias de salario dentro de una misma ocupación (ocasionadas por la discriminación directa y la dualidad del mercado de trabajo), c) diferencias de salario por trabajo de «igual valor» (debidas a que el nivel de salario de una ocupación depende del grado en que esté feminizada), d) diferencias en los empleos deseados y c) diferencias en los empleos disponibles.

Existen diversas investigaciones a nivel mundial que han demostrado las diferencias en cuanto a las oportunidades o a las condiciones laborales respecto al género. Por ejemplo, Scott (1986, citado por Anker, 1997) examinó el caso del Perú, donde los niveles de titulación de las mujeres aumentaron durante varios años hasta sobrepasar los niveles masculinos, pese a lo cual la relación media entre los salarios femeninos y masculinos apenas varió.

En Nikko Securities, una gran compañía japonesa a la que se considera líder en la promoción del empleo femenino, son pocas las mujeres en puestos con buenas perspectivas de carrera. Según un informe reciente, Nikko Securities contrató a un porcentaje relativamente elevado de mujeres para sus cargos directivos (148 hombres y 75 mujeres), pero no para los

Sistema Organizacional

puestos con posibilidades de ascenso (148 hombres y sólo tres mujeres) (Manpower, 1994, citado por Anker, 1997).

1.6.5 Ciclo Menstrual y Trabajo.

El ciclo menstrual tiene importancia ya que se produce trece veces al año durante la mitad de la vida de las mujeres. Existen muchos prejuicios que descalifican a la mujer para tener puestos de responsabilidad debido a las supuestas alteraciones físicas asociadas al ciclo menstrual y a la menopausia (Philips y Bedeian, 1989 citado por Lara, M.A., 1995), así mismo, se le acusa de tener conductas agresivas durante este ciclo.

Respecto a los efectos del trabajo sobre el ciclo menstrual, se realizó un estudio con madres japonesas trabajadoras en el cual se reportan mayores irregularidades en el ciclo menstrual de las trabajadoras en comparación con las que no trabajaban (Sugawara, 1987 citado por Lara, M.A., 1995). En cuanto al ciclo menstrual, se ha observado que un esfuerzo físico intenso durante ese período origina fatiga intensa en relación con los otros días.

A este respecto González (2000) realizó una investigación donde estudió la relación entre los trastornos menstruales y la conducta laboral en una empresa bancaria y en una muestra de 35 mujeres de niveles ejecutivo medio y operativo encontrando que existe un mayor índice de ansiedad y depresión en la fase premenstrual y que se pudieron observar cambios cognitivos y conductuales en las mujeres estudiadas modificando de manera notable su rendimiento laboral en un 80%. De acuerdo a este estudio los episodios depresivos con un marcado nivel de ansiedad influyen en forma significativa y muestran una variación en relación al nivel jerárquico propiciando un clima laboral desagradable.

Santiago Ramírez (1962) y Lara H. (1975), mencionan que existe una relación directa entre las influencias socioculturales y los efectos del síndrome premenstrual. Otro factor que influencia la salud de la mujer es el exceso de métodos anticonceptivos que se utilizan hoy en día y que han sido dictadas tanto por influencias de otras culturas —como la anglosajona—

Sistema Organizacional

(Birke, L., Gardner, 1983) como por el ritmo de vida que dicta la economía mundial de un ingreso masivo a la fuerza laboral por parte de la mujer, ocasionado por una serie de factores como la crisis económica, el aumento del índice de divorcios y de mujeres al frente de la familia, el control de la natalidad, entre otros (Feijoó, 1992). Respecto al control de la natalidad, este responde entre otras cosas a expectativas de las mujeres que van más allá de solo ser madres y tener un hogar (Kolb, L. et al, citado por Feijoó, 1992) , como son la necesidad de autorealización profesional y la independencia económica (Feijoó, 1992). Lara, H. (citado por González, 2000) menciona que tal exceso de técnicas anticonceptivas alteran en forma negativa la salud de las mujeres afectando sus componentes biológicos que tienden a manifestarse en alteraciones de tipo menstrual.

Si bien en diversos estudios se postula que existe una influencia negativa sobre el rendimiento laboral y los síntomas del síndrome premenstrual, otros muchos han demostrado que no existe tal influencia; sin embargo, se considera importante tomar en cuenta las diferencias de género muy cuidadosamente para evitar caer en estereotipos que afecten a este grupo.

Los costos asociados con enfermedades y daños en los empleados se reflejan en un gasto significante para los empleadores en la forma de bonos de compensación, demandas de salud, incremento de los índices de absentismo y de rotación de personal, así como un decremento en el desempeño del trabajo. Por lo tanto, los empleadores están cada vez más interesados en promover el bienestar entre los empleados, no solo evitando los costos de las enfermedades y daños sino también incrementando la salud del individuo y así mejorando el desempeño de los trabajadores (Robson, L., 1998). A continuación se expone el estrés y sus efectos en la salud de los trabajadores.

CAPITULO II

ESTRÉS

2.1 CONCEPTO DE ESTRÉS.

Hoy en día la palabra estrés se ha convertido en un término común que está relacionado con la salud tanto física como mental de los individuos. Si bien es una palabra ya muy familiar para muchas personas, es necesario definirla; y aunque esta tarea puede ser un poco complicada ya que realmente no existe un consenso en cuanto a su definición, a continuación se examina la historia del concepto estrés.

La palabra estrés proviene del griego *stringere* que significa provocar tensión (Skeat, 1958 citado por Ivancevich y Matteson, 1989). El término estrés parece provenir del idioma inglés (entre los siglos XII y XVI) que a su vez, proviene del francés antiguo *destresse*, que significaba ser colocado bajo estrechez u opresión (francés antiguo: *estresse*) (Fontana, 1992).

A mediados del siglo XIX, el fisiólogo francés Claude Bernard sugirió que cambios externos en el ambiente podían alterar al organismo, y que para mantener un ajuste apropiado al enfrentar tales cambios, era necesario que el organismo lograra estabilidad de su medio interno —*milieu intérieur*— (Bernard, 1867 citado por Ivancevich y Matteson, 1989).

En la década de 1920, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon introdujo el término homeostásis para referirse al mantenimiento del medio interno (Ivancevich y Matteson, 1989); esto es, ver al organismo como un sistema encargado de mantener el equilibrio interno mediante mecanismos de retroalimentación o *feedback*, haciendo la comparación con el termostato que mantiene estable la temperatura del agua al recibir la información del termómetro que registra. Este modelo entendió al estrés como una reacción de alarma vehiculada a través de la actividad simpático-adrenal, y a partir de esta premisa se supuso una relación causal entre enfermedad y ruptura homeostática. En sí, Cannon postula al estrés como una estimulación perturbadora del equilibrio interno, y por tal, lo definió como sobrecarga (Valdés, 1990).

Estrés

En 1950, Hans Selye, endocrinólogo de la Universidad de Montreal, a quien se conoce como "el padre del estrés", definió el estrés como una condición interna del organismo que es resultado de la respuesta a agentes evocadores. Selye propuso el nombre de estresores para dichos agentes; detalló los ejes biológicos a través de los cuales se ejecuta la transformación del organismo y supuso que la secuencia de respuestas decidía si el organismo se sobreponía o no a la adversidad cualquiera que esta fuese. Entonces, el estrés fue entendido como una respuesta específica en sus manifestaciones pero no específica en cuanto a las causas que lo provocan: cualquier estímulo interno o externo podría provocar una respuesta de estrés. Tales estímulos podrían ser amenazadores para el organismo aun cuando el sujeto no los percibiera de tal manera. Selye ubicó tres fases dentro de esta respuesta no específica del organismo y la llamó *Síndrome General de Adaptación (SGA)*; *síndrome*, ya que es un conjunto de signos y síntomas que tienen lugar al mismo tiempo, además de ser dependientes unos de otros, *general* debido a que las consecuencias de los estresores ejercen influencia sobre diversas partes del organismo y *adaptación* se refiere a la estimulación de las defensas destinadas a ayudar al organismo para que se ajuste al estresor o a que lo afronte. Las tres fases que conforman el SGA son el estado de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento (Selye, H. 1993).

La versión inicial de Selye acerca del estrés dejaba la duda respecto al agente responsable de la activación hipotalámica ante este, promotora de la respuesta hormonal. Por tal motivo, J. W. Mason en 1968 (citado por Valdés, 1990) recurrió al estudio de la relación con la actividad emocional -por la demostrada implicación hipotalámica en ésta-, y estableció su teoría neuroendócrina del estrés que se desarrolló en paralelo a las teorías de la emoción. De ahí en adelante la investigación sobre el estrés ya no se desligó de la biología de las emociones. (Valdés, 1990).

A partir de los años 60's del siglo pasado, muchos experimentos dieron paso a la evolución de las teorías de la emoción que postulaban relaciones vegetativas-periféricas hacia los planteamientos actuales de actividad cognoscitiva hemisférica-cerebral (Valdés, 1990). Esto abrió paso a teorías cognitivas del estrés, como la de R. Lazarus. En la teoría de Lazarus

Estrés

se habla de "*primary appraisal*" o evaluación primaria como una evaluación de los acontecimientos y de la situación en términos de su significado para el bienestar personal. De acuerdo a esta teoría, los organismos difieren en cuanto a la percepción y evaluación de los eventos estresantes; algunos eventos se pueden presentar como condiciones amenazadoras para algunos y estas mismas condiciones se pueden manifestar como placenteras para otros. Cuando el sujeto percibe algún estímulo o situación amenazadora —evaluación secundaria—, evalúa sus recursos y opciones para responder y adaptarse. La convicción o la desconfianza respecto a los propios recursos determinará estrategias de afrontamiento para adaptarse en el sentido de atenuar la sobreestimulación; así, el estrés se sitúa entre la sobreestimulación (sobrecarga) y la acción atenuadora (o restauradora) del organismo, que implica una estrategia adaptativa y no una simple evitación. Valdés (1990) menciona que el sujeto se adapta a través de cuatro ejes: psicofisiológico, psiconeuroendócrino, psicoinmunológico y conductual, y es el mismo sujeto el que puede intervenir para adaptarse, dependiendo de su "estrategia de afrontamiento".

Albert Bandura (1977) propuso la noción de autoeficacia. Autoeficacia es la percepción de capacidad, la creencia de que poseemos las habilidades personales y de desempeño que nos harán capaces de actuar correcta y exitosamente en determinadas situaciones. La teoría de Bandura distingue entre las expectativas de la eficacia y las expectativas de los resultados; esto es, cada vez que nos involucramos en una conducta, esta tiene algunas consecuencias malas o buenas, estas consecuencias son recompensas para actos apropiados o castigos para actos inapropiados. Una expectativa de eficacia es la creencia de que podemos desempeñar exitosamente la conducta que producirá el resultado.

Ivancevich y Matteson (1989) resumen las definiciones de estrés dentro de tres categorías: las que postulan al estrés como estímulo, las que lo ven como respuesta y las definiciones estímulo-respuesta. Los enfoques del estrés como estímulo postulan al estrés como la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que resulta en una respuesta presión o, en un sentido físico, deformación —strain—. El estrés visto como respuesta, es la

Estrés

respuesta fisiológica o psicológica que un individuo emite ante un estresor ambiental, donde el estresor es un evento externo o situación potencialmente dañina. Y por último el estrés visto como estímulo-respuesta, es la consecuencia de la interacción entre un estímulo ambiental y la respuesta idiosincrásica del individuo.

Para fines del presente trabajo se considera la definición de Ivancevich y Mattenson (1989): *"estrés es una respuesta adaptativa, mediada por características individuales y/o procesos psicológicos, que es una consecuencia de cualquier acción interna, situación o evento que requiere demandas físicas y/o psicológicas especiales de una persona". Estas características pueden incluir variables como edad, sexo, raza, salud y herencia. Los procesos psicológicos pueden incluir componentes actitudinales, creencias, valores y muchas otras dimensiones de la personalidad como el locus de control y la tolerancia de ambigüedad. Tanto las demandas físicas como las psicológicas pueden provocar una alteración en el equilibrio del organismo.*

2.2 PSICOFISIOLOGÍA DEL ESTRÉS

Todos los organismos vivos responden bioquímicamente ante los acontecimientos del medio en el que se desenvuelven; los seres humanos lo hacen también psicológicamente. La Teoría General de Sistemas (TGS) (Von Bertalanffy, 1976) considera al organismo como un sistema abierto, jerarquizado en niveles de complejidad variable y que intercambia materia, energía e información con el exterior. Jacob (1970, citado por Valdés, 1990) hace un planteamiento del organismo como un conjunto de relaciones al servicio de un orden mantenido por la información biológica. Por lo anterior, se considera necesario el estudio de las reacciones fisiológicas del organismo ante el estrés, mismas que se exponen a continuación.

El término de estrés no necesariamente es percibido por el organismo como una activación; es importante aclarar que lo que pone en riesgo al organismo es su incapacidad

Estrés

para mantener parámetros óptimos para un máximo rendimiento psíquico y conductual. Así, siempre que se habla de estrés en la teoría de la enfermedad, se hace referencia a un fracaso adaptativo, consistente en una excesiva activación, de gran resonancia emocional (Valdés, 1990).

Existen tres tipos de activación o "arousal" en el organismo: activación cerebro-cortical, activación autonómica y activación conductual. Esta activación prepara al organismo para la acción y no siempre tiene que ser observable.

Activación Autonómica.

El estrés implica una cognición y una consecuencia. La consecuencia es la activación del organismo a partir de la primera unidad funcional del cerebro que es *la formación reticular*. La activación nervioso-central parece alcanzar su punto máximo en situaciones que exigen esfuerzo conductual (agresión, control territorial, defensa de estatus). La preparación del organismo para el afrontamiento de tales situaciones se realiza a través del *sistema simpático-adrenal*, cuya función es mantener el medio interno en estado de alerta y facilitar respuestas de lucha o de huida.

El sistema nervioso está integrado por el cerebro, la médula espinal y los nervios. El cerebro y la médula espinal forman el sistema nervioso central (SNC) —o sistema nervioso cerebro-espinal— y responde a los diversos estímulos externos que continuamente se reciben. Los nervios forman el sistema nervioso periférico (SNSP) o sistema nervioso autónomo, a diferencia del otro, su funcionamiento es independiente de la voluntad y sus reacciones de control son autonómicas. El estudio de la psicofisiología del estrés se enfoca en el sistema nervioso autónomo que se define como sistema motor visceral y está formado por fibras nerviosas del sistema nervioso periférico que inervan a los músculos lisos y a las glándulas viscerales. El sistema nervioso autónomo está formado por parte de los centros del encéfalo y de la médula espinal, así como una porción de los nervios craneales y raquídeos a partir de los

Estrés

cuales sus fibras llegan a todos los órganos; se subdivide en dos sistemas: el sistema simpático y el parasimpático. Uno es inhibitorio y el otro activador; el primero predispone al organismo para la acción mientras que el segundo para el reposo. Cada órgano del cuerpo tiene una inervación de cada subsistema; ambos intervienen en las respuestas correspondientes a la digestión, la respiración y otras funciones internas. El sistema nervioso simpático controla las diversas respuestas viscerales que caracterizan a las emociones, como son el aumento de frecuencia cardíaca y respiratoria y los cambios en los vasos sanguíneos que preparan para el esfuerzo. El parasimpático ejerce influencia tan solo sobre unas pocas estructuras viscerales a la vez; además, es el encargado de la secuencia de las reacciones viscerales que intervienen en la digestión, el metabolismo, etc. El sistema nervioso simpático estimula a la médula suprarrenal, que segrega noradrenalina y adrenalina.

El sistema simpático-adrenal está compuesto por el sistema nervioso simpático, que viene del hipotálamo, y por la parte medular de las glándulas suprarrenales.

Las glándulas suprarrenales así llamadas ya que se encuentran sobre los riñones; constan de dos partes: la médula suprarrenal o parte interna de la glándula; proviene del tejido nervioso y está inervada por el sistema nervioso autónomo o vegetativo; y la parte externa o corteza de la glándula. Las hormonas más importantes producidas por la corteza suprarrenal son los esteroides, o corticoesteroides o corticoides. Estas hormonas regulan el equilibrio de sodio y de potasio, entre otras funciones. Los corticoides mantienen la excitabilidad de las células, además de que estimulan el almacenamiento de glucosa sanguínea en el hígado en forma de glucógeno y aumentan el metabolismo hidrocarbonado elevando el metabolismo basal. La corteza suprarrenal produce una hormona sexual masculina. La producción de corticoides por la corteza suprarrenal está bajo el control de una hormona estimulante del lóbulo anterior de la hipófisis -hormona adrenocorticotropa (ACTH)-. El funcionamiento normal de la corteza suprarrenal es necesario para que se dé la excitabilidad normal del nervio y del músculo. Los corticoides colaboran con la médula suprarrenal y con la hipófisis en la

obtención de resistencia a las sobrecargas ambientales. La tolerancia individual a los estresores es afectada por el funcionamiento de la glándula suprarrenal.

Médula Suprarrenal. El núcleo de las glándulas suprarrenales está relacionado con el sistema nervioso autónomo y procede del mismo tipo de tejido. Postganglionarmente, la médula suprarrenal libera catecolaminas en la sangre, sobretodo adrenalina. La glándula suprarrenal segrega noradrenalina y adrenalina cuando es estimulada por el nervio simpático, lo cual es una característica de la respuesta al estrés por parte del organismo. La noradrenalina parece ser la sustancia transmisora de las terminaciones del nervio simpático y refuerza sus efectos sobre las vísceras. Tales efectos incluyen un aumento de la tensión arterial, al contraerse las arterias -vasoconstricción-. La adrenalina se deriva de la noradrenalina y tiene efectos parecidos, con excepción de que eleva la tensión arterial acelerando la frecuencia cardiaca, más bien que por vasoconstricción. La liberación de adrenalina estimula al lóbulo anterior de la hipófisis para que segregue ACTH, la cual a su vez, estimula la secreción de corticoides a partir de la corteza suprarrenal, para aumentar la excitabilidad y elevar el metabolismo basal (Figura 2.1).

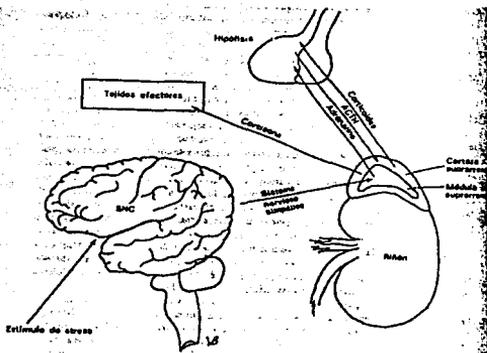


Figura 2.1 Interacción entre la corteza suprarrenal y la médula supraenal en las reacciones de estrés y de alarma. La percepción del estresor provoca una respuesta por parte del SNS, que involucra un aumento en la secreción de adrenalina el cual a su vez, estimula la secreción de ACTH, que a su vez estimula a la corteza suprarrenal para aumentar la secreción de corticoides. Los corticoides elevan la excitabilidad del tejido nervioso y el metabolismo (Leukel, 1986).

El hipotálamo es la estructura que controla las reacciones del SNA. Los cambios en cuanto a las condiciones internas provocan reacciones compensadoras por parte del sistema nervioso simpático o parasimpático, que restauran la estabilidad. El hipotálamo es la única estructura nervioso-central que absorbe noradrenalina (NA). En el sistema nervioso central hay poca adrenalina y casi toda es producida por la médula suprarrenal. Durante el estrés agudo, la concentración de NA oscila en la mayoría de las regiones cerebrales y esta variación parece depender del tipo de estrés (el estrés físico modifica mucho la NA cerebral) y de la condición de control que el sujeto tenga sobre la situación. La síntesis de NA parece incrementarse en caso de estrés físico agudo o crónico, en estados de cólera, de agresividad, de interacción social difícil y en caso de conductas de alto riesgo. El hecho de que la excreción de NA fluctúe de acuerdo a las apreciaciones del organismo respecto a la situación y a sus recursos para afrontarla, ha provocado que esta catecolamina se haya utilizado como indicador bioquímico de la capacidad adaptativa. La adrenalina (A) es considerada como el indicador bioquímico de la actividad emocional del sujeto.

Tanto la estimulación de los nervios simpáticos como las situaciones de estrés aumentan la conversión de tirosina marcada en noradrenalina (NA) de manera proporcional a la estimulación. Este aumento se da por un aumento de la actividad de la tirosina-hidroxilasa, igual que de la dopamina-B-hidroxilasa, la cual también hace que la formación de NA incremente. La producción de adrenalina solo se da en las suprarrenales y depende de la enzima PNMT (fenilalanol-amin-N-metiltransferasa) que depende del nivel de glucocorticoides.

Las consecuencias biológicas de la activación se concretan en el aumento de la TA (tiroxina-hidroxilasa), de la frecuencia cardiaca, de la glucogenolisis y la lipolisis, la disminución de la secreción de insulina y el aumento de la secreción de ACTH, de la hormona del crecimiento, de la hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales, un decremento de la actividad intestinal, una mayor dilatación bronquial, una vasoconstricción cutánea y una vasodilatación muscular. Se trata de un estado biológico de predisposición al consumo de

energía, desde la presunción de que será necesaria para la confrontación con el ambiente (Valdés, 1990).

Activación Neuroendócrina.

Al afrontar una situación, el organismo emite una respuesta multi-hormonal; por lo que es en el hipotálamo donde se producen simultáneamente factores liberadores de distintos sistemas hormonales, con el fin de lograr una adaptación sistémica. Existe una relación entre los neurotransmisores y la liberación de hormonas, por ejemplo, la hormona luteinizante (LH), la foliculo-estimulante (FSH), el factor de la hormona de crecimiento (GHRF) (Kizer y Youngblood, 1978, citado por Valdés, 1990).

En la activación neuroendócrina se han identificado diferencias en el tipo y la cronología de las respuestas hormonales. Respecto al tipo, estas diferencias pueden ser especulares respecto al incremento inicial de la adrenalina, la disminución de la insulina, los estrógenos y los andrógenos, en particular la testosterona, que descienden por debajo de sus niveles basales para después subir por encima de los valores previos a la activación. En cuanto a diferencias cronológicas se distinguen tres sistemas secuenciales de reacción: uno es el sistema de reacción rápida, formado por catecolaminas (responsables de la activación autonómica), la prolactina (PRL), la hormona de crecimiento (GH) y la insulina y las hormonas sexuales (andrógenos y estrógenos); el segundo sistema es el de reacción semi-rápida, formado por el ACTH-cortisol y el tercero es el de reacción lenta, representado por la hormona tiroidea. En la práctica, el registro de la activación neuroendócrina se centra en el sistema de reacción semi-rápida, representado por el eje hipófiso-suprarrenal (Valdés, 1990).

El sistema *hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal* está constituido funcionalmente por tres componentes: a) señales cerebrales enviadas al hipotálamo medio, b) el factor liberador de ACTH (CRF) que activa la corteza suprarrenal y c) por hormonas corticales entre ellas los glucocorticoides 17-hidroxycorticosteroides (17-OHCS) que son hormonas con un

Estrés

valor adaptativo y restaurador. La importancia de los 17-OHCS en la psicobiología del estrés se basa en su capacidad para indicar bioquímicamente los efectos estresantes de la activación. La actividad del eje suprarrenal como fenómeno concomitante de la activación se da en los estadios de peligro, amenaza, pérdida de control, incertidumbre, huida, derrota, ansiedad o depresión y se expresa subjetivamente bajo la forma de un estado emocional desagradable o de malestar. Así lo prueban los altos niveles de 17-OHCS detectados en sujetos que experimentan situaciones y estados definidos como estresantes (Serrano, 1991).

Las manifestaciones fisiológicas del estrés pueden ser variadas y dependen esencialmente de la magnitud de la respuesta simpática como se menciona en los párrafos anteriores; dicha respuesta varía de acuerdo a diferencias individuales. Tales manifestaciones pueden ser las siguientes: frecuencia cardíaca alta, palpitaciones, elevación temporal de la presión arterial, alteraciones de la temperatura cutánea, sudoración de manos y/o pies, temblor de extremidades que se produce por la vasodilatación súbita que provoca que los músculos consuman más glucosa y oxígeno, así como por un incremento del tono muscular, trastornos digestivos, cefáleas y mialgias o dolores musculares provocados por la hipertonía que obliga a adoptar posiciones anatómicas viciosas (Serrano, 1991).

2.3 ENFOQUES DEL ESTRÉS.

De acuerdo a Villalobos (1994) existen cuando menos nueve líneas de investigación en cuanto a la relación estrés-enfermedad. La primera es la perspectiva biológica representada por Selye y su Síndrome General de Adaptación, mencionado anteriormente. La segunda es la aproximación psicósomática clásica donde se postula que una enfermedad puede ser causada por un conflicto intrapsíquico específico, incluso en ausencia de una patología física predisponente. De tal aproximación se han derivado dos líneas de investigación: por un lado, la que establece que la personalidad puede ser un factor etiológico, y por otro lado la que postula que algunos estados psicológicos constituyen elementos importantes de la enfermedad.

Estrés

La tercera perspectiva es conocida como "eventos de la vida" y establece la importancia de las crisis de la vida y de sus efectos adversos potenciales para la salud. La cuarta aproximación es la transaccional siendo Lazarus su representante y toma como sus dos postulados principales el proceso de evaluación y el proceso de afrontamiento.

El quinto enfoque toma en cuenta los estilos de vida y la conducta. El concepto central, "patogenia conductual", se refiere a los hábitos personales y a los estilos de vida conductuales como factores etiológicos importantes en muchas enfermedades. El siguiente enfoque se basa en las diferencias de grupo en la vulnerabilidad al estrés, donde las diferencias más estudiadas han sido las de sexo, clase social, estatus marital y raza. Otra perspectiva toma en cuenta los macrofactores socioculturales y su efecto sobre la vulnerabilidad a la enfermedad y al estrés. En esta teoría se sugiere que la cultura influye en los patrones de enfermedad de las personas.

El trabajo, los aspectos organizacionales y su relación con el estrés, es otra línea de investigación donde se estudian por ejemplo, los efectos sobre el funcionamiento somático y psicológico de variables como el desempleo y otras condiciones físicas y sociales del trabajo (Villalobos, 1994).

La perspectiva de Lazarus y Folkman (1991) define al estrés como la relación entre el individuo y el entorno, en la cual se tienen en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por otro. El estrés psicológico es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, el cual es evaluado como amenazante y por lo tanto, pone en peligro su bienestar. Esta evaluación de ciertos eventos como amenazantes tiene que ver directamente con la evaluación cognitiva del sujeto.

Dentro de esta teoría del estrés, Lazarus y Folkman consideran que la evaluación cognitiva de los eventos estresantes depende de las diferencias individuales y de grupo. Para entender como es que algunos eventos son percibidos como estresantes por algunos sujetos

Estrés

mientras que por otros no, es importante tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación. Entre estos factores se encuentran los compromisos y las creencias. Los compromisos afectan la evaluación dirigiendo o apartando a los individuos de situaciones de amenaza, daño o beneficio, y lo hacen adaptando su sensibilidad a las señales emitidas por el entorno. Las creencias determinan la forma en que una persona evalúa lo que ocurre o va a ocurrir a su alrededor. La teoría del estrés de estos autores se enfoca en las creencias existenciales y en las que se refieren al control personal.

Esta teoría menciona que existen ciertas características que originan la posibilidad de amenaza, daño o desafío. Entre estas se encuentran la novedad, la predictibilidad y la incertidumbre del acontecimiento. Una situación nueva provocará amenaza solo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño. En cuanto a los factores situacionales temporales, se consideran tres: la inminencia, la duración y la incertidumbre temporal del acontecimiento. Cuanto más inminente es un acontecimiento más urgente e intensa es su evaluación y viceversa. Aunque el tiempo puede aumentar la sensación de amenaza, también puede permitir al individuo dominarla; el aumento del tiempo de anticipación puede producir una reducción de las reacciones desarrolladas ante el estrés. La incertidumbre temporal se refiere al desconocimiento del momento en que un acontecimiento ocurrirá. Cuando mayor es la ambigüedad de la situación, más factores personales determinan la importancia de esta. También aumentará la amenaza si existe predisposición a ella o si hay otras señales que indican daño. La cronología de los acontecimientos estresantes dentro del ciclo vital puede afectar también su evaluación. Es importante recalcar que los factores individuales y situacionales siempre son interdependientes y su importancia respecto al estrés y el afrontamiento provienen de los procesos cognitivos que los soportan (Lazarus y Folkman, 1991).

Afrontamiento. Este se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas

Estrés

y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991). La actividad de afrontamiento es un proceso y no un rasgo, que implica esfuerzo, y además el afrontamiento se identifica con el éxito adaptativo; este no debe confundirse con el dominio sobre el entorno. El afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción se influyen mutuamente y ambos pueden potenciarse o inferirse. El modo del afrontamiento de un sujeto depende de los recursos que dispone, las creencias existenciales, las creencias generales sobre el control, la motivación, los recursos para la solución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social, etc. (Lazarus y Folkman, 1991).

2.4 ESTRESORES.

Las exigencias físicas o psicológicas del ambiente que ocasionan estrés se llaman agentes estresores (Hellriegel, 1999). Serrano (1991), menciona que aunque los estresores físicos se relacionan directamente en el inicio de la reacción del estrés, el componente emocional provocado por éstos es el que tiene un peso mayor sobre la respuesta de estrés. Así, los efectos del estrés dependen de la valoración emocional de los estresores.

Mc Lean (1976, citado por Ivancevich y Matteson, 1989) propuso dos factores que determinan el grado en que un estresor provoca una respuesta al estrés; uno es el *contexto*, que es el ambiente físico y social del estresor y el otro es la *vulnerabilidad*, que se refiere a las características individuales como la edad, el sexo, la personalidad y las predisposiciones emocionales de los individuos.

2.4.1 Tipos de Estresores.

La percepción del estrés en la vida diaria tanto en el trabajo como fuera de él, es parte de los individuos y su vida cotidiana. El presente trabajo se centra en aquellos estresores que afectan

Estrés

a los individuos dentro de la organización; sin embargo, es importante subrayar que el ser humano es una entidad biopsicosocial, por lo que existe una interrelación e interacción de los estresores individuales, laborales, sociales, etc. y es necesario conocer y comprender las diversas fuentes de estrés.

Ivancevich y Matteson (1989), mencionan que todos los estresores son de origen ambiental, algunos aspectos del ambiente son físicos otros psicológicos, otros antropológicos y otros sociológicos. A continuación se describen algunos tipos de estresores dentro del trabajo.

a) Estresores del Ambiente Físico.

Dentro de este rango se consideran estresores los niveles de iluminación, de ruido, de temperatura, vibración y movimiento, entre otros.

Cuando no existen niveles adecuados de *iluminación*, se puede afectar la ejecución de la tarea. La luz insuficiente provoca un menor desempeño, ya que se utiliza más tiempo del requerido para la tarea, lo cual puede agotar la vista, disminuir la agudeza visual, etc. De igual forma, una exposición prolongada a la luz provoca efectos negativos en el individuo. El *ruido* excesivo o intermitente interfiere con la concentración. Una exposición constante al ruido puede provocar fatiga y así una disminución del desempeño. Los extremos de *temperatura* influyen psicológicamente alterando los niveles energéticos y posiblemente disminuyendo la motivación.

En cuanto a la *vibración y el movimiento*, se considera que la vibración es un estresor mayor que el movimiento. La mayoría de las consecuencias de un estresor vibratorio son físicas: visión borrosa, dolores de cabeza, temblorina —especialmente en las manos—, y tensión muscular. Psicológicamente, se pueden presentar alteraciones a largo plazo debido a los

Estrés

malestares físicos, como por ejemplo, la aparición la enfermedad de Reynaud que precipita las reacciones fisiológicas de estrés.

b) Estresores a nivel individual.

Este tipo de estresores está asociado directamente con el papel que los individuos desempeñan dentro de la organización o las tareas que les son designadas. Dentro de estos, los más importantes son: la carga de trabajo, sobrecarga de funciones, las condiciones del empleo, el conflicto y la ambigüedad de funciones, el desarrollo de la carrera profesional, las relaciones interpersonales, el nivel de complejidad de la tarea, el cambio organizacional (Ivancevich y Matteson, 1989) y el conflicto entre las obligaciones del trabajo y fuera del trabajo, entre otros (Hellriegel, 1999).

Para muchas personas, el tener un *exceso de trabajo* pendiente y la falta de tiempo y recursos para realizarlo, produce estrés. La *sobrecarga de funciones* se da cuando las exigencias del puesto exceden la capacidad del individuo. De acuerdo a Melamed (1995, citado por Hellriegel, 1999), el tener muy poco trabajo crea también estrés.

El *conflicto de funciones* se da cuando existe una diferencia de las expectativas de las funciones de una persona en el trabajo o las exigencias del mismo trabajo. El conflicto de funciones o de roles puede ser objetivo o subjetivo. El objetivo se da cuando dos o más personas dan órdenes contradictorias al empleado y los subjetivos se dan cuando hay un conflicto entre las funciones formales que requiere el puesto y los deseos, metas y valores del sujeto (Ivancevich y Matteson, 1989). La *ambigüedad de funciones* es la situación en la que el empleado está inseguro respecto a los deberes y responsabilidades que el puesto requiere.

En cuanto a los estresores que influyen en el *desarrollo de la carrera profesional* se encuentran la seguridad en el empleo, los ascensos y la velocidad en la que estos se dan, los traslados y las oportunidades de desarrollo, entre otros.

Estrés

Las *relaciones interpersonales* son muy importantes en cuanto al funcionamiento de la organización. La naturaleza de las relaciones con los compañeros de trabajo influye en la forma en que los empleados reaccionan frente a otros agentes estresantes. Las relaciones interpersonales pueden ser una fuente de estrés o de respaldo social, y estas a su vez, contribuyen a la respuesta de los empleados ante los estresores.

Cuando una persona desempeña *varias funciones en la vida*, se puede dar un conflicto entre las funciones del trabajo y funciones externas a este. De acuerdo a V.J. Dolby (1995, citado por Hellriegel, 1999), las tendencias demográficas actuales (por ejemplo el número cada vez mayor de parejas con trabajo remunerado), pueden provocar en los individuos ciertos conflictos entre el trabajo y el papel de la familia; por ejemplo, el individuo que tiene obligaciones laborales y familiares que se le pueden traslapar, lo cual le provoca estrés.

La *complejidad en la tarea*, se refiere a cuando una tarea demasiado simple se puede volver rutinaria y así ser percibida como aburrida y provocar estrés. Asimismo, una tarea muy compleja implica demasiados cambios y esfuerzo lo que también provoca estrés (Turcotte, 1986).

El *cambio organizacional* se refiere a la tendencia actual de reorganización y adelgazamiento de las empresas que amenaza gravemente las carreras profesionales. Cuando se reestructuran los puestos, los departamentos, los equipos de trabajo o las organizaciones completas, los empleados tienen muchas preocupaciones respecto a su carrera profesional y a su futuro laboral lo cual les produce estrés e inestabilidad (Robbins, 2000).

c) *Estresores Organizacionales o Grupales.*

Estresores Grupales.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la influencia del grupo puede producir satisfacciones o insatisfacciones entre los miembros de este, así como creencias, actitudes y valores; también puede elevar el conocimiento laboral y brindar diferentes puntos de vista a sus miembros. Existen muchas características grupales que pueden clasificarse como estresores; por ejemplo la falta de cohesión del grupo, un apoyo grupal inadecuado, el conflicto intragrupal y un conflicto intergrupalo, entre otras (Ivancevich y Matteson, 1989). La *cohesión grupal* se refiere a la cercanía entre los miembros de un grupo y la tendencia a mantenerse unidos. Si la cohesión es una característica altamente valorada por el individuo, la falta de esta podría causar una baja moral, un desempeño pobre o deficiente. Sin embargo, la falta de cohesión grupal puede no tener significado para ciertos empleados.

Se habla de un *apoyo de grupo* cuando los efectos que un estímulo estresor tiene en el empleado son menores, ya que el grupo comparte el estrés. Para algunos individuos, el hecho de estar con otros es una forma de apoyo de grupo (Schacter, 1959, citado por Ivancevich y Matteson, 1989); por lo tanto, la falta del apoyo grupal puede ser percibida como estresante.

El conflicto intragrupal es el que surge dentro del mismo grupo y puede ser causado por los conflictos de rol, los conflictos respecto a la solución de un problema y los conflictos debido a la misma interacción del grupo. Los conflictos intergrupales se dan entre los diferentes grupos de una organización.

d) *Estresores Organizacionales.*

Los estresores organizacionales se conocen también como macrofenómenos, ya que están asociados a una perspectiva global del trabajo. Tales estresores son: *el clima organizacional*,

Estrés

que se refiere al ambiente que distingue a una organización de otra (Gibson, Ivancevich, et al, 1979, citado por Ivancevich y Matteson, 1989); es decir, la "personalidad" de la organización. Depende de la interacción entre las personas, las políticas de organización y las metas de ambas partes –empleados y organización-. Otros tipos de estresores organizacionales son: *el nivel jerárquico organizacional, el lugar o área de trabajo, la tecnología que utiliza la organización, el tipo de liderazgo de la organización, la participación de los empleados en la toma de decisiones, y los turnos de trabajo*. Estos estresores, junto con otras características temporales de la organización (por ejemplo: sistemas diferidos de turnos, las horas extras, las semanas o periodos intensivos de trabajo, la flexibilidad de los horarios, entre otros), influyen en el rendimiento y la salud de los trabajadores (Parkes, 1998).

e) Estresores Extraorganizacionales.

Eventos de la Vida. Ya que el trabajo no está aislado de otros aspectos de la vida del individuo, el estrés en el trabajo repercute en la familia y viceversa (Parkes, 1998). Tanto los agentes estresantes del trabajo como los de la familia contribuyen al conflicto trabajo-familia, pues el estrés en una área reduce la capacidad de enfrentar el estrés del otro ámbito. Los agentes estresantes de la vida son los ocasionados por cambios determinantes en la vida de un individuo como son: el divorcio y el matrimonio, la muerte o enfermedad de un integrante de la familia, etc.

Existen dos aproximaciones conceptuales, pioneras de la investigación trabajo-familia: el modelo de "compensación", que sugiere que los sujetos buscan actividades no laborales que suplan los déficits en su situación laboral; y el modelo de desbordamiento, que asume que las conductas y experiencias en un dominio se extienden directamente al otro (Parkes, 1998). Greenhaus y Parasuraman (1986 citado por Parkes, 1998) identificaron tres categorías de estresores del trabajo-familia: a) los estresores que surgen del trabajo en sí mismo, b) los estresores que surgen en áreas no laborales de la vida y c) los estresores derivados de la interacción trabajo-familia.

Estrés

Inseguridad Laboral y Pérdida del Trabajo. A partir de la década de los 80's, el modelo económico mundial de globalización, marca un incremento del uso y desarrollo de tecnología, una industrialización acelerada y no planeada, etc.; debido a esto, se ha incrementado la inseguridad laboral, y la pérdida del empleo real ha ido en aumento. Tal tendencia se traduce en inseguridad laboral generalizada y provoca una situación de estrés en la comunidad laboral en gran parte del mundo (Parkes, 1998). De acuerdo a Rockies y Louis-Guerin (1990 citado por Parkes 1998) la gravedad de la inseguridad laboral percibida es un predictor significativo de una salud más pobre y de distres psicológico.

2.5 EFECTOS DEL ESTRÉS

Cox (1978, citado por Ivancevich y Matteson, 1989) presenta una taxonomía de los efectos del estrés que se divide en las siguientes áreas:

- Efectos subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpa y vergüenza, irritabilidad y mal carácter, cambios de humor, baja autoestima, miedo y tensión, nerviosismo y soledad.
- Efectos conductuales: propensión a accidentes, alteraciones emocionales, apetito excesivo o pérdida de este, beber y fumar en exceso, irritabilidad, conducta impulsiva, discurso incoherente, risa nerviosa, falta de descanso y temblor.
- Efectos cognitivos: incapacidad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.
- Efectos fisiológicos: un incremento de las catecolaminas y corticoesteroides sanguíneos y urinarios, un incremento de la glucosa de la sangre, un incremento del pulso cardiaco y de la presión sanguínea, resequedad de la boca, sudoración, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, entre otras.

Estrés

- **Efectos organizacionales:** absentismo, relaciones industriales pobres, baja productividad, altos índices de accidentes y de acumulación de trabajo, un clima organizacional pobre, antagonismo en el trabajo e insatisfacción laboral.

Salud Física y Estrés.

Muchos de los textos clínicos atribuyen los orígenes del 50 al 70% de las enfermedades al estrés (Ivancevich y Matteson, 1989). Selye (1993), menciona que el cuerpo no siempre responde de manera eficaz ante el estrés, lo cual puede dar como resultado un padecimiento de adaptación. Dentro de tales enfermedades de adaptación, Selye consideró la presión arterial alta, los padecimientos del corazón, del riñón, artritis, erupciones de la piel, alergias, enfermedades mentales, disfunciones sexuales, enfermedades digestivas y metabólicas y posiblemente el cáncer (Ivancevich y Mattenson, 1989). De acuerdo a estos autores, quizá la relación más significativa de las enfermedades de adaptación con el estrés, es la enfermedad coronaria cardiaca. En E.U.A., las enfermedades cardiovasculares representan el 50% de las razones de muerte, incluyendo las muertes accidentales. Las enfermedades relacionadas con el estrés, tanto físicas como mentales, enfatizan el papel del estrés en el estado de salud de la población. Debido a tales enfermedades, los costos de la eficiencia industrial baja, la pérdida de la producción y los gastos de reemplazo, son muy altos.

Díaz Guerrero (citado por Lara, H. y Trejo, M., 1988), menciona que la cultura mexicana en general, tiene un estilo "pasivo" de afrontamiento ante el estrés, lo cual, en caso de un fracaso de afrontamiento ante el estrés, facilita la manifestación de una psicopatología también pasiva, como son los trastornos digestivos o cutáneos, mientras que los sujetos "activos" tendrían mayor predisposición a la enfermedad coronaria, hipertensión o úlcera gástrica.

Experiencia del Estrés.

El que un individuo viva una experiencia como estresante o no, depende de muchos factores. Hellriegel (1999) identifica los siguientes cuatro factores como unos de los más importantes para determinar una experiencia como estresante: a) la percepción que la persona tiene de la situación; b) la experiencia de la persona; c) la presencia o ausencia de respaldo social, y d) las diferencias individuales en relación con las reacciones ante el estrés.

La *percepción* del evento se refiere al proceso psicológico mediante el cual se organiza y se selecciona la información recibida en un concepto de realidad. La *experiencia del evento*, se refiere a la familiaridad que la persona tiene con una situación estresante, lo cual hace que experimente tal situación como más o menos estresante; esta relación entre la experiencia y el estrés, se basa en el reforzamiento. El *respaldo social* se refiere a la influencia de la existencia o ausencia de otras personas en la percepción del estrés, tomando en cuenta el significado de estas personas como individuos y/o como grupo. En cuanto a las *diferencias individuales*, Ivancevich y Matteson (1989), dividen las diferencias individuales en dos grupos: cognitivo/afectivas y demográfico/conductuales. Dentro del primer grupo se incluyen el tipo de personalidad, el locus de control, la tolerancia a la ambigüedad, los niveles de necesidades y la autoestima entre otros; además, en el presente trabajo se incluye la afectividad negativa como un factor que puede determinar la forma de afrontamiento del estrés. En el segundo grupo se incluye la edad, el sexo, el nivel educativo, la ocupación, el estatus de salud, número de horas trabajadas, etc. A continuación se definen cada una de estas diferencias.

2.6 EL ESTRÉS Y LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES.

Las diferencias individuales juegan un papel muy importante en el modo en que los individuos perciben, interpretan y responden a los estresores laborales y a aspectos del entorno laboral potencialmente estresantes. Las variables implicadas incluyen factores demográficos, experiencia previa de trabajo, rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento, actitudes y

Estrés

creencias, conductas relacionadas con la salud y aptitudes y habilidades. Estos factores pueden determinar la naturaleza y amplitud de los recursos psicológicos y físicos que un individuo puede utilizar para responder a las demandas adaptativas (Parkes, 1998). A continuación se explican las diferencias individuales de acuerdo a Ivancevich y Matteson (1989).

2.6.1 Diferencias Cognitivo/Afectivo.

Niveles de Necesidad. La conducta del individuo se da de acuerdo a sus necesidades y estas pueden ser tanto básicas como de un mayor nivel, como son las necesidades de autorealización. En el contexto organizacional, las necesidades como moderadoras de estrés con un mayor significado son aquellas relacionadas con la necesidad de éxito y logro.

Autoestima. Se han relacionado niveles altos de autoestima con una mayor confianza en la habilidad de manejar exitosamente el ambiente. La autoestima también ha sido relacionada con los cambios de salud debidos al estrés laboral.

Tolerancia de Ambigüedad. El sujeto con una baja tolerancia a la ambigüedad percibirá las condiciones de ambigüedad de rol como más productoras de estrés y de enojo que aquella persona con una alta tolerancia a la ambigüedad.

Personalidad y Afrontamiento. Las diferencias individuales en cuanto a personalidad y afrontamiento tienen fuertes implicaciones para el bienestar y el rendimiento laboral en relación con las experiencias vitales más generales. Parkes (1998), menciona que el impacto de las variables de personalidad sobre los procesos de estrés está parcialmente mediado por la relación entre personalidad y conductas de afrontamiento; de acuerdo a esta autora, determinadas características de personalidad se relacionan con el tipo de afrontamiento ante los estresores. Allport (1966) define la personalidad como "la organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento

Estrés

característico". La personalidad es estable y duradera, y provee de un punto de referencia único dentro de un ambiente de cambio constante. Presumiblemente esta durabilidad puede predecir el cómo se comporta la persona en general (Rice, 1999). En la década de los 50's del siglo pasado, a raíz de las investigaciones sobre enfermedades coronarias se definieron dos tipos de personalidad: tipo A y tipo B. El tipo A se caracteriza por impaciencia, hostilidad, irritabilidad, implicación en el trabajo, competitividad, lucha por el éxito, dinamismo excesivo, competitividad, prisa, etc. La personalidad tipo B se caracteriza por lo opuesto a la tipo A; las personas con personalidad tipo B tienden a ser más tranquilas y relajadas, menos preocupadas por las presiones de tiempo y es menos probable que reaccionen en forma agresiva u hostil. Las investigaciones señalan que las personas con personalidad tipo A, tienen mayores posibilidades de percibir y ser afectados por más estresores que los de personalidad tipo B (Friedman y Booth-kewley, 1987 citado por Hellriegel 1999).

Otro factor que determina el tipo de afrontamiento del estrés, son los *factores socioculturales*. Díaz-Guerrero (citado por Lember y Fernández, 1982), ha investigado las condiciones socioculturales de actividad-pasividad y las premisas socioculturales en relación al afrontamiento del estrés. Las culturas activas son aquellas que afrontan el estrés de manera que modifican el medio para adaptarse a el, y las pasivas son aquellas que alteran el organismo para adaptarse al medio. Se considera que un sujeto activo dentro de una cultura pasiva tendrá como consecuencia mayor tensión y estrés que el sujeto activo en su cultura activa. Dentro de los ámbitos laborales más estables, como son las dependencias gubernamentales, la personalidad activa o pasiva del sujeto puede manifestarse con mayor claridad ya que no existe la presión creada por la necesidad de "productividad económica" derivada de las exigencias laborales de la iniciativa privada. Así mismo, los sujetos activos mostrarían las condiciones de conflicto frente a los sujetos pasivos dadas exclusivamente por sus factores motivacionales personales, más que por los del medio de trabajo del sujeto.

Locus de Control. Las medidas de locus de control evalúan la magnitud en la que el individuo cree que los resultados están determinados por el esfuerzo personal y la capacidad,

Estrés

más que por el destino, la casualidad y otras fuerzas (Rotter, 1966). El locus de control es una dimensión que contiene los extremos conocidos como locus de control interno y locus de control externo. El tipo de locus de control de cada individuo tiene implicaciones importantes para el rendimiento y el bienestar en el trabajo. Los internos comparados con los externos tienden a ser más resueltos y orientados hacia metas en la actividad laboral y a ser más activos al intentar controlar su situación laboral. Un modo en que el *locus* de control puede influir en los resultados en el trabajo es a través de sus efectos sobre las conductas de afrontamiento; los internos tienden a usar más afrontamiento centrado en los problemas que los externos, especialmente en situaciones que perciben como controlables (Parkes, 1984, citado por Parkes 1998). En un estudio realizado por Anderson (1977), se encontró que los externos perciben estrés más alto que los internos en una situación dada y que los externos responden con una actitud más defensiva y con un comportamiento de afrontamiento menos orientado a la tarea que los internos. Por otra parte, algunos estudios han indicado que el estilo de locus de control puede estar determinado por la cultura, donde influyen la orientación individualista versus la orientación colectivista de la cultura; por ejemplo, en la cultura occidental predomina la orientación individualista y en la oriental la colectivista.

Afectividad Negativa. Watson y Clark (1984) mencionan que este término es una dimensión negativa parecida al término de neuroticismo de Eysenk (1975, citado por Watson y Clark, 1984), pero esta involucra factores del rasgo de ansiedad, de desajuste general, así como factores sociales. De acuerdo a estos autores, la presencia de esta dimensión en un índice elevado determina cierta predisposición a experimentar estrés negativo o distrés.

2.6.2 Diferencias Demográfico/Conductuales.

Edad. La edad fisiológica, que se refiere al desgaste fisiológico del individuo, se ve afectada por los niveles de estrés. Ivancevich y Matteson (1989) relacionan la edad con las etapas de la carrera laboral de un individuo y sus fuentes y niveles de estrés.

Educación. Esta se refiere a la relación del estrés cuando las diferencias educativas son traducidas en diferentes reacciones de estrés.

Ocupación. Dentro de ésta, se encuentran otras variables que influyen en la manera de percibir el estrés, como por ejemplo las ocupaciones estresantes y el ajuste ocupacional. Las ocupaciones estresantes son aquellas que provocan altos niveles de estrés per se; por ejemplo el trabajo del policía, de los pilotos, de los controladores de tráfico aéreo, etc.; es decir, contienen más estresores y por tal razón, intensifican la relación entre estresores y estrés. El *ajuste ocupacional* se da cuando existe una correspondencia entre las habilidades, necesidades y objetivos del individuo y la descripción o los requisitos y oportunidades de la ocupación elegida. Los individuos que se encuentran en ocupaciones a las cuales no se pueden adaptar, pueden vivenciar más estresores potenciales.

Sexo. Las diferencias individuales de sexo relacionadas con el estrés parecen estar centradas en las diferencias de rol de género. De acuerdo a Di Salvo y cols (1988), el género influye en la percepción del estrés laboral. Existen diversos factores que determinan las diferencias en cuanto al género y la percepción del estrés, por ejemplo, factores culturales, sociales, económicos, etc. Karasek (1987, citado por Parkes 1998) menciona que en general las mujeres tienen empleos en los que tienen poca libertad de decisión a diferencia de los hombres. También las demandas familiares y laborales son percibidas de forma diferente por hombres y mujeres. Respecto a las respuestas fisiológicas del estrés, Orland (1999) expuso que el estrés tendría más costo psicológico para la mujer y más costo fisiológico para el hombre. Sin embargo, este autor menciona que se ha observado que las mujeres con personalidades más rígidas y ambiciosas, responden al estrés igual que los hombres. Frankenhause (citado por Gray, 1993), encontró que los hombres respondían al estrés con mayor elevación de la liberación de catecolaminas que las mujeres. Gray (1993) menciona que existe una relación entre la fisiología de las diferencias sexuales y la fisiología del miedo, lo cual según este autor puede ayudar al estudio de las diferencias sexuales y el estrés.

Estrés

Pennebaker y Roberts (1992), mencionan que, en general, las mujeres y los hombres utilizan estrategias diferentes para percibir las emociones. Estos autores mencionan que hombres y mujeres tienden a experimentar el enojo y la tristeza en niveles equivalentes, la diferencia radica en las prescripciones sociales respecto a la expresión femenina o masculina "apropiada" de tales emociones. De acuerdo a estos autores, los individuos difieren en sus estilos de afrontamiento ante señales fisiológicas internas relevantes y ante señales relevantes externas ambientales; por ejemplo, los hombres tienden a responder enfocándose más en su percepción de un ritmo cardiaco elevado, ante una situación de enojo; mientras que el estilo de las mujeres se enfocarían más en la percepción de señales ambientales apropiadas provocadoras del enojo. En cuanto al uso de señales respecto a la percepción del estado interno, diversos estudios sugieren que los hombres tienden a utilizar más las señales fisiológicas internas, mientras que las mujeres utilizan más las señales situacionales externas para definir sus estados emocionales (Roberts y Pennebacker, 1995).

Existen dos teorías que podrían explicar tales diferencias, una es la social y otra la biológica. La social menciona que los hombres y las mujeres viven diferentes experiencias de aprendizaje respecto a la comprensión o reconocimiento de sus señales corporales; por ejemplo, las niñas deben aprender a vivir con la menstruación, evento que se percibe por la cultura como aversivo, sucio, algunas veces impredecible y ambiguo. Adair (1990, citado por Pennebaker y Roberts, 1992) argumenta que la insistencia de la sociedad con respecto a ver a la menstruación como algo vergonzoso, es una fuerte socialización que alienta a las mujeres jóvenes a alejarse y a desconfiar de sus señales fisiológicas. También, de acuerdo a esta teoría, los hombres poseen un estatus más alto que las mujeres en muchas culturas; a este respecto, diversos estudios muestran que los individuos que ejercen un estatus menor de poder social son más atentos y más hábiles para comprender las señales socioemocionales en el ambiente que los sujetos con un estatus más bajo (Frieze y Ramsey, 1976, citado por Pennebacker y Roberts, 1992), de acuerdo a estos autores, la mayor atención y habilidad de las mujeres para leer estas señales ambientales se puede explicar debido a su estatus social más bajo en la mayoría de las interacciones sociales.

Estrés

La teoría biológica se basa en la lateralización con respecto a los estilos de detección visceral. Aparentemente los hombres muestran una fuerte lateralización de hemisferio derecho, mientras que las mujeres muestran menor lateralización debido a que presentan un cuerpo calloso más grueso, lo que le permite a la mujer tener una mayor integración tanto de los estímulos internos como de los estímulos externos. Respecto a la respuesta ante el estrés, muchos estudios han demostrado que la fisiología del hombre es más reactiva que la de la mujer; además, el hombre toma más tiempo para regresar al estado de calma una vez que se ha activado la respuesta. Lo cual, de acuerdo a estos autores puede significar que los hombres tienen más información interna para determinar su estado emocional, es decir, el hombre se puede basar más que la mujer en datos como un ritmo cardíaco o presión sanguínea para identificar su estado emocional. Estos autores concluyen que el conocer tales diferencias respecto a la percepción de la emoción, puede ayudar en la comprensión y el tratamiento de los patrones de comunicación femeninos y masculinos, así como para entender las reacciones y percepción ante el estrés (Pennebacker y Roberts, 1992).

Respecto a las diferencias de género, Witkin-Lanoil, (1985), menciona que el género femenino parece sensible al estrés provocado por las desavenencias familiares y el fracaso de la pareja; las presiones respecto a la responsabilidad del cuidado de los hijos o de padres ancianos y las tareas domésticas afectan particularmente a las mujeres; de acuerdo a esta autora, diversos estudios demuestran que el hombre soporta mejor el estrés de deportes violentos, de trabajos de gran esfuerzo y de tareas militares. Tales diferencias no significan que el hombre es más resistente que la mujer al estrés, sino que ambos tienen vulnerabilidades y resistencias específicas dependientes de su sexo biológico y de su rol genérico social (Orland, 1999).

2.7 EL ESTRÉS EN LA MUJER.

Al igual que los hombres, las mujeres pueden estar estresadas y sufrir los mismos efectos. Sin embargo, las mujeres experimentan algunas formas de estrés que les son totalmente propias,

Estrés

determinadas por factores que solo ellas experimentan. Estos factores provocan un cierto estrés con síntomas físicos y psicológicos específicos para el género femenino. Algunos tipos de estrés considerado como específicos para el género son estrés derivados de su fisiología como son los cambios hormonales, la menstruación, el embarazo y la menopausia (Witkin-Lanoil, 1985).

Existen ciertos tipos de estrés, que son particulares de las mujeres como son los cambios de vida, como el matrimonio, el divorcio en un periodo de recesión económica, viudez, madres solteras, entrar a la época adulta en una cultura que venera la juventud y que impone ciertos patrones de belleza, las metas profesionales, etc. Estrés ocultos como son el machismo, el sexismo, y estrés de los ciclos vitales como son la atención a los padres enfermos o moribundos, el cuidado de hijos, etc. (Witkin-Lanoil, 1985). Todavía en muchos países la cultura asume que la educación y el cuidado de los hijos así como del hogar recae en las mujeres. Asimismo, existen todavía estereotipos acerca de las mujeres y los hombres que pueden ser determinantes en cuanto a la percepción del estrés (Fernández, 1992).

Vingerhoets y Van Heck (1990 citado por Cooper 1991) estudiaron las diferencias de género en cuanto al afrontamiento del estrés y encontraron que los varones prefieren estrategias de afrontamiento centradas en el problema, acciones planeadas y racionales, pensamiento positivo, crecimiento personal, fantasías y soñar despiertos, mientras que las mujeres prefieren estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, autoculpa, expresión de las emociones, búsqueda de apoyo social, entre otras.

Respecto a la salud, estudios de hombres y mujeres en trabajos parecidos, respecto a la responsabilidad y demanda parecen encontrar una reducción en los rangos de mortalidad que son más bajos entre mujeres. De acuerdo a Verbrugge (1976, citado por Cooper 1991), en los países occidentales la longevidad de la mujer es mayor ya que aunque ella sufre más enfermedades que los hombres, utiliza más los servicios médicos, lo cual aumenta su salud y su longevidad. En cuanto a enfermedades mentales, se diagnostican más enfermedades mentales a las mujeres que a los hombres (Lara, H. 1984).

Estrés

Lara H. y Trejo (1988), mencionan que el estrés que afrontan las mujeres varía en cuanto a las mujeres que laboran fuera del hogar y las que se dedican solo a este. Las mujeres que ejercen una actividad laboral remunerada se enfrentan a la competencia con su papel social sexual. De acuerdo al estudio realizado por estos autores, en el caso de la planificación familiar, las mujeres que trabajan tienen más control de sus embarazos que las mujeres que se dedican al hogar; esta situación produce una situación de tensión psíquica con correlatos musculares y, en consecuencia un índice mayor de somatizaciones con manifestaciones clínicas como cefalea tensional que llega a producir alteraciones cervicales entre otras, lo cual es una muestra objetiva de respuesta somática ante el estrés.

En 1989, Belk y Snell realizaron un estudio con el propósito de examinar si la adherencia a los estereotipos respecto a las mujeres, predispone a los sujetos al estrés de las experiencias de la vida estresantes. Los sujetos reportaron niveles altos de depresión y de desesperanza al extremo de que personalmente se adhirieron a los estereotipos de que las mujeres se ven debilitadas por la menstruación y que las mujeres son menos orientadas hacia una carrera, menos inteligentes, menos decisivas y menos sexuales que los hombres. Estos individuos por lo general experimentaron déficits de comportamiento en la forma de un desempeño académico bajo. Los hallazgos revelaron que la desesperanza, la depresión y los déficits académicos fueron asociados con niveles más altos de experiencias de vida estresantes y mayor adherencia a los estereotipos de que las mujeres actúan de una forma más tonta que los hombres y que las mujeres utilizan estrategias manipulativas con otros. De acuerdo a este estudio, los estereotipos de género existen y pueden determinar la percepción de los efectos del estrés.

El presente trabajo se enfoca en las diferencias individuales sexuales y de género, específicamente, en las mujeres como grupo. Se estudia la tensión premenstrual y su relación con el estrés. En el siguiente capítulo se estudiará detalladamente las características del síndrome de tensión premenstrual.

CAPITULO III

**SÍNDROME
PREMENSTRUAL**

3.1 CICLO MENSTRUAL DE LA MUJER.

El ciclo menstrual es el ciclo periódico de la mujer, de cambios hormonales y su efecto sobre el aparato reproductor que culmina con el menstuo. La duración de este varía entre 21 y 45 días dependiendo de diversos factores siendo 28 días el promedio y puede ser interrumpido por un embarazo. Los ciclos menstruales inician con la primera menstruación o menarca que presenta la mujer cuando su organismo está preparado para la reproducción, y finalizan en la etapa llamada menopausia (Higashida, 1991). La menopausia es el cese definitivo de la menstruación y su ocurrencia también varía de acuerdo a diferencias individuales, pero generalmente ocurre entre los 45 y 50 años de edad; en la menopausia, los ovarios ya no responden a los estímulos de la hipófisis y los cambios hormonales como resultado de esto, provocan diversas alteraciones tanto fisiológicas como conductuales y psicológicas (Higashida, 1991).

Para entender el ciclo menstrual, es necesario conocer lo que es el sistema reproductor femenino así como el sistema hormonal que influye en este, lo cual se estudiará a continuación.

3.2 SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO.

El sistema reproductor femenino está formado por los ovarios, las trompas de falopio, el útero, la vagina y los genitales externos. Los dos *ovarios* situados en el abdomen contienen folículos inmaduros, cada uno de los cuales posee un *óvulo* o célula germinal. Las *tubas uterinas* o *trompas de falopio*, se encuentran cerca de los ovarios y cuando se da la *ovulación* que produce un óvulo maduro, la correspondiente trompa de falopio lo conduce al *útero*. Si el óvulo es fertilizado por una célula espermática, se desarrolla para formar un embrión en la pared del útero. En el parto, el producto sale al exterior a través de la *cérvix* y la *vagina*. El ciclo reproductor femenino está ilustrado en la figura 3.1.

Síndrome Premenstrual

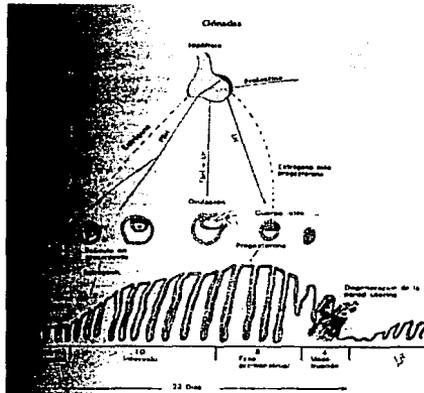


Figura 3.1 Ciclo Reproductor de la Mujer. (Leukel, 1986)

El ciclo comienza al final de la menstruación con una secreción aumentada de la hormona folículo estimulante (FSH) a través del lóbulo anterior de la hipófisis; dicha hormona da lugar a un aumento en el crecimiento de un folículo en el ovario. El folículo en vías de crecimiento segrega estrógenos que estimulan el crecimiento de tejidos vascular y conjuntivo en la pared del útero preparando a este para recibir al óvulo. Los *estrógenos* estimulan la secreción de la hormona luteinizante (LH) por el lóbulo anterior de la hipófisis.

La doble influencia de la LH y la FSH hipofisarias, estimula al folículo para alcanzar la superficie del ovario y liberar al óvulo (ovulación) hacia el catorceavo día del ciclo. El óvulo es transportado a través de la trompa de falopio hacia el útero y se une en la pared de este hacia el decimoséptimo día. Este intervalo entre el 14^{vo} y el 17^{vo} día es el período de máxima fertilidad, conocido también como fase folicular.

Mientras tanto la LH hipofisaria y la prolactina estimulan al folículo para convertirlo en un *corpo lúteo* que segrega *progesterona*. La progesterona detiene la secreción de FSH

Síndrome Premenstrual

por la hipófisis, para impedir que maduren nuevos folículos y produzcan óvulos. La LH y la prolactina estimulan también la secreción continua de estrógeno por el cuerpo lúteo. El estrógeno actúa para continuar el desarrollo en la pared del útero. La prolactina prepara también a las glándulas mamarias para la producción de leche.

Si no se da un embarazo, se da paso a la segunda mitad del ciclo lo que se conoce como fase lútea; esta va desde la ovulación hasta lo que se conoce como menses o flujo menstrual. En esta fase, el cuerpo lúteo degenera y se reducen la producción de estrógeno y progesterona. Al final de esta fase, la pared uterina se desprende ocasionando hemorragia (menstruación) a partir de las estructuras vasculares que se formaron (Figura 3.2).

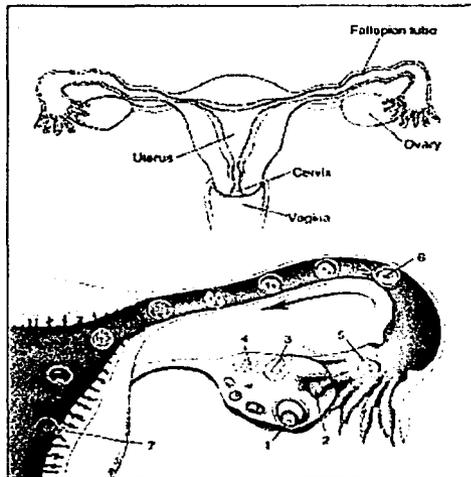


Figura 3.2. El óvulo madura en el folículo (1) y es liberado en la ovulación (2). El folículo se convierte en el cuerpo lúteo (3), el cual se encoge y desaparece si no se da un embarazo (4). Si el óvulo es fertilizado en la trompa de falopio (6), este se mueve a través del tubo hacia la pared del útero (7) donde se implanta y se desarrolla (<http://www.medem.com>)

Síndrome Premenstrual

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 folículo en desarrollo, el endometrio aumenta rápidamente de espesor en el período entre el 5º y el 14º día del ciclo menstrual. Las glándulas uterinas crecen en longitud pero casi no secretan. Estos cambios en el endometrio se llaman proliferativos y a esta parte del ciclo se le conoce también como proliferativa. Después de la ovulación, el endometrio se vuelve ligeramente adematoso bajo la influencia de los estrógenos y de la progesterona que provienen del cuerpo lúteo. Estos son los cambios secretorios o progestacionales y este período recibe el nombre de fase secretoria del ciclo menstrual.

Posteriormente, las arterias espirales se dilatan una por una y sus paredes necróticas se rompen produciendo hemorragia, desprendimiento y flujo menstrual. Por tanto, el sangrado menstrual es predominantemente arterial y solo el 25% de la sangre que fluye es de origen venoso. La duración promedio del flujo menstrual es de 5 días pero varía de acuerdo a muchos factores.

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, en el momento de la ovulación el moco es más fluido.

Ciclo Ovárico. Desde la época del nacimiento, existen numerosos folículos primordiales debajo de la cápsula ovárica, cada uno con un óvulo inmaduro al iniciarse cada ciclo. Varios de estos folículos se agrandan y forma una cavidad alrededor del óvulo en la mujer (formación del entro); uno de ellos 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 estos provienen, al parecer de las células granulosas.

Síndrome Premenstrual

Aproximadamente al 14vo día del ciclo, el folículo destendido se rompe y el óvulo es expulsado a la cavidad abdominal, lo cual se conoce como ovulación. El óvulo es recogido por los extremos fimbriados de las trompas de falopio y transportado al útero y de ahí a través de la vagina, a menos que la fecundación se produzca. 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 las células lúteas llenas de lípidos amarillentos que forman el cuerpo lúteo.

3.3 ENDOCRINOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL.

El sistema endócrino está compuesto por un conjunto de glándulas y hormonas. Tanto el sistema nervioso como el endócrino u hormonal, están estrechamente relacionados y desempeñan funciones complementarias en cuanto a la regulación del funcionamiento de diversos órganos y ambos se influyen entre sí.

El sistema endócrino utiliza unos “mensajeros químicos” –conocidos como *hormonas*– que viajan a través de la sangre, llevando determinadas instrucciones a los órganos. La cantidad de cada hormona en el torrente sanguíneo debe estar estrictamente regulada, ya que una pequeña variación en la misma puede causar daños severos. (Figura 3.3) (Pedrosa, 1984).

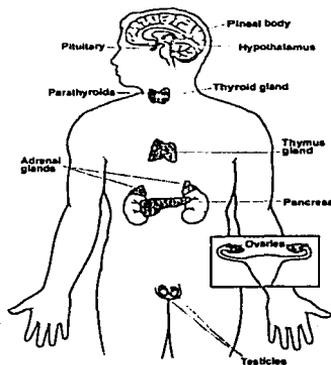


Figura 3.3 Sistema Endócrino (<http://www.medem.com>)

3.3.1. Glándulas.

Glándulas endócrinas y exócrinas.

Las glándulas son órganos que contribuyen a la secreción de sustancias necesarias para el organismo. Todas las células poseen funciones secretoras, pero las glándulas contienen células especializadas para la secreción. Las glándulas *exócrinas* vierten sus secreciones a través de un tubo, el cual las lleva a su destino. Este puede estar representado por una parte del tracto digestivo, como es el caso de las glándulas salivares y las glándulas del intestino, o puede ser la superficie del cuerpo, como es el caso de las glándulas sebáceas, y las glándulas sudoríparas de la piel.

Las glándulas *endócrinas* vierten sus secreciones directamente en los vasos sanguíneos que pasan por ellas. Las secreciones de las glándulas endócrinas conocidas como *hormonas*, son transportadas a través del cuerpo por el sistema circulatorio. De acuerdo a la hormona producida y las características de las células a las que va a parar, una glándula endócrina puede afectar al funcionamiento de células, tejidos y órganos muy distanciados entre sí, en el interior del organismo. Así pues, una glándula es endócrina si produce una hormona que cumple con ciertas características como son:

- 1) es específica de dicha glándula
- 2) es distribuida por el torrente sanguíneo a través del cuerpo
- 3) ejerce una influencia específica en algún lugar del organismo, un tejido o un órgano efector.

3.3.2 Características de las Hormonas.

Las hormonas se componen de diversas sustancias químicas (por ejemplo, esteroides, polipéptidos y aminoácidos) que ejercen efectos específicos de diversas clases sobre diferentes

Síndrome Premenstrual

variedades de tejidos especializados. Algunas hormonas afectan a la mayoría de las células corporales, sea cual fuere su estructura y funcionamiento especializados; otras hormonas afectan exclusivamente a células especializadas. Sin embargo, una determinada glándula endócrina puede producir varias hormonas diferentes, si posee diversas clases distintas de células secretoras o si sus células producen más de una clase de secreción. En este caso, las hormonas actúan sobre una variedad de tejidos efectores, con diferentes efectos en cada tejido.

Las gónadas. Las gónadas o glándulas sexuales son los testículos en el varón y los ovarios en la mujer. Los órganos reproductores del varón y de la mujer poseen papeles dobles. Una de sus funciones incluye la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de rasgos sexuales secundarios (distribución de la grasa corporal, desarrollo del vello pubiano, axilar y torácico, timbre de la voz más profundo o más alto, etc.). La otra función comprende el crecimiento y el desarrollo del *tejido germinal* o *células germinales* (esperma u óvulos) en ambos sexos y en una sucesión ordenada de los acontecimientos anexos a la reproducción de la mujer. Las gónadas secretan hormonas llamadas *hormonas sexuales o gonadales*, y estas se clasifican en tres tipos:

- 1) andrógenos: cuya principal producción se da en los testículos,
- 2) estrógenos: cuya principal producción se da en los ovarios y en la placenta y
- 3) progestinas: que se producen principalmente en el cuerpo lúteo.

Los estrógenos son esteroides sin un grupo metilo. Los estrógenos 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 su influencia, el endometrio aumenta rápidamente de espesor en el período comprendido entre el 5º y el 14º día del ciclo. Los estrógenos también facilitan el crecimiento de los folículos ováricos aumentando la motricidad de las trompas de falopio. Entre otras funciones, los estrógenos disminuyen la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) y en algunas circunstancias inhiben la secreción de la hormona luteinizante (LH). En el período de la ovulación, los

Síndrome Premenstrual

estrógenos hacen el moco más fluido y alcalino para la supervivencia y transportación de los espermatozoides. Así mismo, los estrógenos influyen en el crecimiento de la glándula hipófisis 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. Esta es termógena ya que en la ovulación se presenta en la mujer un aumento en la temperatura corporal. Esta hormona es incrementada por la LH y cuenta con un efecto antiestrogénico sobre las células del miometrio, que hace decrecer su excitabilidad.

A continuación se estudian las glándulas que se relacionan con el ciclo menstrual de la mujer.

a) *Hipófisis*. La hipófisis o pituitaria es la glándula endócrina que influye significativamente en cada fase del ciclo menstrual de la mujer y específicamente en las gónadas. Se localiza en la base del cerebro en una depresión del hueso esfenoides llamada silla turca que se encuentra debajo de la superficie ventral del diencefalo (Ardila, 1986) y se conecta con el hipotálamo por un pequeño tallo llamado infundíbulo. La hipófisis se divide en dos partes la anterior y la posterior.

La hipófisis posterior. Esta se conoce también como neurohipófisis ya que recibe fibras nerviosas del hipotálamo y parece hallarse bajo el control nervioso (Leukel, 1986).

Se conocen tres hormonas en la hipófisis posterior: la *vasopresina*, la *oxitocina* y la hormona *antidiurética*. Estas tres hormonas poseen los siguientes cuatro efectos, que se relacionan entre sí:

1. contraen los vasos sanguíneos en las pequeñas arterias, lo cual aumenta la presión sanguínea (efecto presor),

Síndrome Premenstrual

2. estimulan la contracción de otros músculos lisos, aparte de los situados en las paredes de las arterias, y sobretodo los del útero,
3. estimulan la producción de leche por las glándulas mamarias y
4. estimulan al riñón para que reabsorba agua a partir de la orina (efecto anti diurético)

La vasopresina es más efectiva en cuanto al efecto presor, mientras que la oxitocina tiene más que ver con las contracciones del útero y con la producción de leche. La oxitocina desempeña un papel en las intensas contracciones uterinas que se dan durante el parto y en la consecutiva aptitud para lactar al hijo.

El papel anti diurético de la hipófisis posterior es importante para controlar el equilibrio del agua en el organismo. La deshidratación en las células nerviosas del hipotálamo da lugar a una estimulación de la hipófisis posterior, a través de nervios que llegan a la misma a partir del hipotálamo; así, la hipófisis posterior segrega sus hormonas. Estas a su vez, estimulan al riñón para reabsorber hasta una tercera parte del agua que utiliza para filtrar sustancias de desecho, lo cual da lugar a una rehidratación en las células hipotalámicas; esto, detiene la estimulación de la hipófisis posterior a través de otro circuito reverberante. El mecanismo constituye una parte importante de la sed. La hiposecreción de la hipófisis posterior origina una *diabetes insípida*, con excreción de grandes cantidades de agua, junto con una sed intensa y una ingestión de agua, a fin de mantener el equilibrio de la misma en el organismo y prevenir la muerte por deshidratación. Dicho estado puede curarse mediante la administración de extracto de lóbulo posterior de la hipófisis.

Hipófisis Anterior o Adenohipófisis. Se conoce como "glándula rectora", ya que regula la secreción de tres glándulas endócrinas "efectoras" por medio de hormonas conocidas como "tropas". Controla en cierta medida la corteza suprarrenal, la tiroides y tres actividades de las gónadas (el desarrollo del tejido germinal, y la producción de hormonas sexuales y del embarazo). Las sustancias transmisoras pueden excitar o inhibir las secreciones del lóbulo

Síndrome Premenstrual

anterior de la hipófisis. Así, el hipotálamo, que es un importante centro en el control del comportamiento motivado, regula las secreciones de la hipófisis anterior y posterior. Los estudios de Guyton (1984, citado por González, 2000) 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 que son las arteriolas ordinarias y el llamado sistema porta hipotálamo-hipofisario. El hipotálamo produce una serie de sustancias neurosecretoras diferentes que se denominan factores hipotálamos liberadores e inhibidores. Tales factores se secretan hacia la sangre y hacia los senos venosos de la hipófisis anterior donde regulan la secreción de las diversas hormonas de esta glándula. Casi todo el control de la hipófisis anterior depende de la estimulación o inhibición de los centros neuronales de control del hipotálamo, que a su vez, regulan la excreción de factores hipotalámicos de liberación e inhibición (Guyton, 1984 citado por Ramírez).

A continuación se mencionan las diferentes hormonas secretadas por la adenohipófisis. La hormona *somatotropa (STH)* no afecta a otras glándulas, actúa directamente sobre el crecimiento normal del organismo. La hormona *tireotropa (TTH)* está controlada por el nivel de tiroxina en la sangre, y estimula la captación de yodo y la síntesis de tiroxina. La hormona *adrenocorticotropa (ACTH)* estimula y regula la secreción de hormonas por la corteza suprarrenal y aumenta por la adrenalina procedente de la médula suprarrenal en situaciones de estrés; también estimula a la corteza suprarrenal a fin de aumentar la secreción de corticoides que controlan el equilibrio del sodio y del potasio del organismo a fin de mantener la excitabilidad del sistema nervioso, regulan el metabolismo hidrocarbonado y favorecen el vigor sexual y el desarrollo de rasgos sexuales secundarios. Las hormonas *gonadotropas (GTH)* producen sus efectos en la secreción hormonal de las glándulas sexuales o gónadas y estas son la hormona folículo estimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH) y la hormona *lactogénica (prolactina)*.

Síndrome Premenstrual

El lóbulo anterior de la hipófisis controla la secreción de otras glándulas endócrinas y está íntimamente relacionada con el hipotálamo que gobierna las "pulsiones" (hambre, sed, etc.) a través del lóbulo posterior de la hipófisis y del sistema portal de vasos sanguíneos. Por estos dos motivos, el lóbulo anterior de la hipófisis es el que más influencia el comportamiento. Por su dominio sobre la corteza suprarrenal y su relación con la médula suprarrenal tiene que ver con el vigor y la capacidad del individuo para resistir al estrés (Figura 3.4).

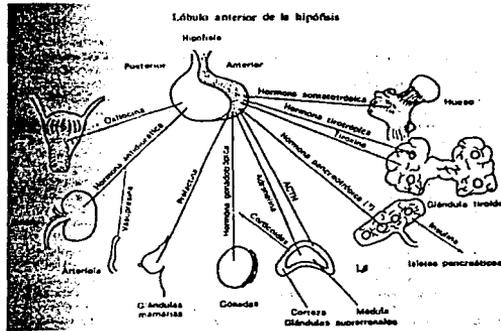


Figura 3.4 Hormonas y tejidos efectores de los lóbulos anterior y posterior de la hipófisis (Leukel, 1986)

b) Epífisis o glándula pineal.

La epífisis es una pequeña estructura, en forma de guisante, que está situada en la parte superior de la porción posterior del tercer ventrículo cerebral. Su hormona, la *melatonina*, actúa probablemente blanqueando las células pigmentarias de la piel. En la actualidad, se sabe que la epífisis rige la actividad del sistema reproductor como respuesta a los cambios de luz que acompañan al ciclo diario de luz y oscuridad, o bien a los cambios de luz diurna que corresponden a las estaciones del año. La epífisis es estimulada por excitaciones originadas

Síndrome Premenstrual

en el ojo; la melatonina segregada por la epífisis suprime o inhibe la actividad de las gónadas y afecta así el comportamiento sexual. Ya que la luz suprime la secreción de la epífisis, la actividad gonadal es liberada por la luz, por lo que la actividad sexual es aumentada por la luz y reducida por la oscuridad, dentro del ciclo diario luz-oscuridad. El aumento de iluminación solar de los días más prolongados durante la primavera estimula el desarrollo anual de las gónadas y la actividad sexual en algunas especies animales. La función pineal es un importante factor que rige la iniciación de la pubertad en el ser humano y esto puede explicar por qué la maduración sexual se da más temprano en las regiones tropicales en las que existe más luz solar. La función pineal puede regular el ritmo del ciclo menstrual de la mujer y en las hembras animales.

3.4 ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL.

Como se mencionó anteriormente, el ciclo menstrual, -su duración y alteraciones- varía de una mujer a otra de acuerdo a muchos factores, tanto físicos como psicológicos e incluso culturales (Morelos, 1994). Ya que existe una gran diversidad de clasificaciones de los trastornos menstruales a continuación se resumen algunos de acuerdo a Iglesias (1987).

a) Amenorrea. Es la ausencia temporal o permanente de la menstruación. Existen tres tipos fundamentales de amenorreas: las fisiológicas, las primarias y las secundarias. La primaria es la ausencia de menstruación en una mujer de 18 años cumplidos. Las causas se pueden agrupar en tres: causas centrales: neurohipofisarias, adelgazamiento y obesidad y anomalías genéticas genitales. La amenorrea secundaria se da cuando el período de una mujer se detiene por tres meses o más.

b) Menstruación Escasa. El flujo menstrual puede ser de escasa cantidad, de corta duración o ambas. Aunque es difícil establecer una definición, de acuerdo a Iglesias (1987), una menstruación que dure dos días o menos es infrecuente y se conoce como hipomenorrea. En la mayoría de los casos, este tipo de menstruación es constitucional y no tiene una connotación patológica. Una menstruación escasa puede darse en mujeres que han sido

Síndrome Premenstrual

sometidas a tratamientos quirúrgicos en el útero, lo que reduce el tamaño de su cavidad. Por otra parte, de acuerdo a este autor, se cree que hay factores psicológicos que pueden disminuir el flujo menstrual.

c) *Menstruación Infrecuente.* Oligomenorrea es el término usado para aquellas mujeres con menstruaciones que aparecen más allá de los 35 días. Es frecuente que estas mujeres tengan ciclos cada 90-120 días ya que la fase pre-ovulatoria se alarga. El flujo menstrual es de duración normal y no suele ser excesivo, aunque algunas veces las pérdidas son abundantes durante el segundo y tercer día de la menstruación con expulsión de coágulos. Este tipo de ciclos son frecuentes después de haberse iniciado la menarca y durante la premenopausia y se pueden presentar debido a fluctuaciones de la actividad ovárica, a algunas enfermedades sistémicas, la malnutrición, la obesidad, algunos trastornos de los órganos endócrinos, así como alteraciones psíquicas, entre otros.

d) *Ciclos Acortados.* Algunas mujeres tienen ciclos menstruales que se repiten cada 18-21 días y que pueden considerarse como normales para aquella mujer determinada. Aquellos ciclos de menos de 18 días se consideran anormales y se conocen con el nombre de polimenorreas. Estas alteraciones son relativamente frecuentes después de la menarca como consecuencia de fluctuaciones en la actividad ovárica. También pueden presentarse en la premenopausia.

e) *Hemorragias Menstruales más Abundantes y Prolongadas.* Se habla de hipermenorreas cuando las pérdidas menstruales son más abundantes de lo normal y se habla de menorragias cuando estas son abundantes y prolongadas. Es muy difícil poder definir estos términos ya que existen grandes variaciones individuales, tanto respecto a la cantidad de hemorragia menstrual como al número de días que dura la menstruación. Se suele considerar como normal una pérdida menstrual que obliga a la mujer a cambiarse 3 o 4 veces al día y la duración de entre 4 y 6 días. En general, deberá considerarse anormal cualquier pérdida que altere los niveles normales del hemograma.

Síndrome Premenstrual

f) *Pérdidas Menstruales.* Algunas mujeres tienen pequeñas pérdidas unos pocos días antes de iniciarse la menstruación. Puede ser debido a tumores benignos, como el mioma cuando se encuentra en la cavidad uterina, pero la causa más frecuente suele ser hormonal.

g) *Dolores a la Mitad del Ciclo.* Muchas mujeres presentan dolores en la parte baja del abdomen en el momento de la ovulación, es decir, a mitad del ciclo; estos conocen como *Mittelschmerz*, y parecen provocados por la ruptura del folículo ovárico que provocaría una irritación del peritoneo por el líquido folicular o por la sangre, algunas veces, también aparecen pequeñas pérdidas.

h) *Metorragia.* Se produce cuando aparecen pérdidas durante el ciclo, pero fuera del tiempo de la menstruación. Las causas pueden ser: lesiones en el cérvix uterino o en el endometrio, o neoplasmas del útero o de los ovarios, etc. Es importante determinar las causas de las metorragias ya que pueden ser graves.

i) *Dismenorrea.* Es aquella menstruación dolorosa, que se conocen comúnmente como cólicos menstruales. Se suele hablar de dismenorrea primaria como la que aparece después de la menarca, habitualmente algunos meses después de la aparición de las primeras reglas sin que se encuentre una causa orgánica que la explique. La dismenorrea secundaria se produce como consecuencia de una patología orgánica conocida y se inicia mucho más tarde. La primaria está asociada a ciclos ovulatorios y es más intensa durante el primer día de la pérdida menstrual, siendo frecuentes otros síntomas como náuseas, diarrea y fatiga. Esta sintomatología es más intensa durante las menstruaciones abundantes y tiende a disminuir con la edad y después de un parto. La sintomatología de la dismenorrea secundaria puede extenderse más allá de la menstruación, y las causas más frecuentes son la endometriosis (presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad endometrial), la adenomiosis (tejido endometrial entre los haces musculares del útero), la enfermedad inflamatoria pélvica y los miomas uterinos.

j) *Síndrome Premenstrual.* El síndrome premenstrual se define como el conjunto de alteraciones físicas, psicológicas y de comportamiento que son lo suficientemente severas

Síndrome Premenstrual

como para interferir en algunos aspectos de la vida y los cuales aparecen con una relación consistente y predecible al menses o flujo menstrual (Rubinow, 1984; Iglesias, 1987). A continuación se abundará sobre este tema.

3.5 SÍNDROME PREMENSTRUAL.

A continuación se expone brevemente la historia del SPM

Históricamente, en el siglo VI AC se señaló que la mujer era como el mar, con sus períodos de tormenta y calma (Semonides). Hipócrates asoció ciertos trastornos mentales con la menstruación, lo que dio origen a la palabra histeria (hysteros = útero). En culturas antiguas se supuso la existencia de una sustancia tóxica producida en el útero y que se eliminaba con la menstruación. Galeno, al igual que Hipócrates, asoció las reacciones histéricas premenstruales a un "fluido" producido por el útero, y así, algunas culturas antiguas sostenían la producción de una sustancia tóxica uterina o "menotoxina", que se eliminaba con el flujo menstrual. En el siglo XIX, B.Boismont y S. Icard publicaron en Francia trabajos que señalan la existencia de cierto grado de tendencias psicóticas en el período premenstrual. En 1838 Esquirol, en su libro "Des maladies mentales", estableció que de 730 mujeres con trastornos mentales, un porcentaje significativo era causado por desórdenes menstruales. En 1888, un informe del English Lunacy Commissioners, cita a las enfermedades uterinas y ováricas como causa de trastornos mentales. En 1896, F. Barnes reporta varios casos de enfermedades psiquiátricas asociados con dismenorrea secundaria a la presencia de un pólipo uterino o a la obstrucción mecánica del flujo menstrual causada por una estrechez cervical. Entre los años 1900 y 1930, se publicaron más de 20 trabajos relacionados con la alteración de la fase premenstrual: artritis, epilepsia, edema, problemas cutáneos, cefalea, psicosis y otros (Lolas, 2001).

El desorden del síndrome premenstrual fue descrito por primera vez en un escrito científico publicado en 1931 por el Dr. Robert Frank (Norris, 1985). En la década de los 80's fue popularizado por un artículo que apareció en la revista estadounidense *Family Circle*, quien mencionó el sufrimiento mensual de millones de mujeres (Northrup, 1998). Dalton (1983) desde hace más de 30 años ha observado que los cambios en el período menstrual

Síndrome Premenstrual

podrían conducir en casos extremos a una agresividad irracional, pudiendo llegar a una conducta criminal, accidentes e intento de suicidio. De acuerdo a esta autora, el SPM es la más común de las perturbaciones endócrinas, encontrándose con mucha frecuencia en la práctica médica general, debido al impacto de los cambios cíclicos y sus efectos sobre la paciente y el círculo familiar..."

El síndrome premenstrual o SPM, es también conocido como Trastorno Disfórico Premenstrual TDPM (Camarero y cols, 1980, citado por Norris 1985). La mayoría de las mujeres –quizá un 85% de la población femenina menstruante-, han experimentado síntomas del SPM por lo menos en algún ciclo de su vida (Norris, 1985). De acuerdo este autor, de un 5 a un 10% de las mujeres menstruantes sufren de SPM severo. Nurthrup (1998) menciona que al menos un 60% de las mujeres sufren de SPM, y de acuerdo a esta autora, es más probable que ocurra en las mujeres en sus treintas, sin embargo también puede ocurrir en la adolescencia y en los años premenopausicos. Para estas mujeres, los días antes de su menstruación están marcados por una serie de síntomas físicos y psicológicos que pueden alterar sus vidas profesionales y personales.

En los últimos años, el SPM se ha convertido en tema de discusión debido a que aun no existe un acuerdo o un consenso entre las autoridades profesionales (médicos, ginecólogos, psiquiatras, psicólogos, etc.), que ayude a delimitar tanto el trastorno mismo como la etiología, diagnóstico y tratamientos. Como menciona Endicott (1981), "los dos principales problemas respecto a la definición del SPM radican en la falta del uso de un criterio específico para categorizar los cambios menstruales y delimitarlos en remisión y duración". De acuerdo a este autor, existe la tendencia de tratarlo como una variable unidimensional. Existe cierta controversia respecto al diagnóstico de este síndrome, así como respecto a su existencia, ya que aun muchos profesionales tienen dudas acerca de si es psicósomático o psicogénico, o simplemente no creen que exista. Ya que el SPM presenta una gran variedad de síntomas que a su vez también presentan variaciones, muchos especialistas lo consideran como un problema psicósomático (Norris, 1985). Reid (1987, citado por Lolas, 2001) realizó un análisis sobre el problema del diagnóstico del SPM y señala que existe una gran falta de información e indiferencia por parte de muchos médicos -y profesionales- para enfrentar el impacto que pueden llegar a tener los cambios bioquímicos premenstruales.

Síndrome Premenstrual

Es importante tener cuidado al identificar el SPM. Mitchell (1991) menciona que para conocer las causas del SPM, así como para elevar la confiabilidad de las investigaciones en este tema y así ayudar a los clínicos a diagnosticar y tratar a mujeres con SPM, es necesario hacer esfuerzos para definir a este síntoma más específicamente. De acuerdo a esta autora, actualmente el síntoma no siempre es reconocido cuando se presenta o se diagnostica como presente cuando no lo está. Se debe de enfocar en la severidad del síntoma solo durante la fase premenstrual del ciclo menstrual (Mitchell, 1991), así como en su ciclicidad.

3.5.1 Definición del Síndrome Premenstrual.

En el DSM-IV, en el apéndice dedicado a las categorías diagnósticas propuestas que requieren estudios ulteriores, se incluye al SPM como Trastorno Disfórico Premenstrual (Ontiveros, 1995). El DSM IV incluye once síntomas donde se deben presentar cinco o más de los siguientes: ánimo depresivo, ansiedad y/o tensión, labilidad afectiva, enojo o irritabilidad persistentes, disminución del interés en actividades cotidianas, laborales, sociales, etc., dificultad para concentrarse, letargia, cambios en el apetito, hipersomnia o insomnio, sensación de estar fuera de control y síntomas físicos como son: senos congestionados o dolorosos, dolor de cabeza, dolores musculares aumento de peso, etc. A pesar de que existan estos criterios, de acuerdo a Marván (1993), "los síntomas pueden causar confusión en quien lo padece y en quienes intentan diagnosticarlo".

Rubinow, (1984) menciona que un desorden de ánimo relacionado con la menstruación puede ser definido como una ocurrencia cíclica de síntomas que son de severidad suficiente como para interferir con algunos aspectos de la vida y los cuales aparecen con una relación consistente y predecible al menses.

Norris (1985) menciona que el síndrome premenstrual es un complejo desorden aparentemente relacionado a la actividad cíclica del eje hipotálamo-pituitario-ovárico y está asociado con un amplio rango de síntomas recurrentes regularmente en la misma fase de cada ciclo menstrual seguido por una fase libre de síntomas en cada fase.

Síndrome Premenstrual

Para fines de este trabajo se tomarán las definiciones de Norris (1985) y de Rubinow (1984):

Síndrome Premenstrual es un patrón cíclico de síntomas físicos, emocionales y conductuales que ocurren durante la última semana de la fase lútea y que desaparecen cuando se presenta el flujo menstrual o un poco después; tales síntomas se presentan lo suficientemente severos como para causar una alteración mayor a nivel social u ocupacional.

Cuando las modificaciones causadas por el SPM son lo suficientemente importantes como para alterar el estado normal de la mujer, pueden tener un impacto social importante en ella misma, en sus relaciones y el trabajo (Sanders, 1983; Keller, 1987, citado por Landeros, 1990).

Ramírez (1962) y Lara H. (1975), mencionan que existe una relación directa entre las influencias socioculturales y los efectos del síndrome premenstrual. Un factor que influye a la salud de la mujer es el exceso de métodos anticonceptivos que se utilizan hoy en día y que han sido influenciados por otras culturas –como la anglosajona–.

De acuerdo a Iglesias (1987), una de las causas por las que el SPM comenzó a atraer más atención tanto del público en general como de los profesionales e investigadores fue un período de expansión de la industria farmacéutica donde la idea de tratar al SPM con medicamentos se hizo más atractiva. Respecto a esto, en la actualidad, la industria norteamericana farmacéutica, Eli Lilly and Co., planea introducir en el mercado un medicamento parecido al prozac para tratar o aliviar los malestares emocionales del SPM llamado Sarafem (Spartos, 2000). De acuerdo a Stotlan (citado por Spartos, 2000) esta noticia es relevante ya que según esta autora, la compañía se está enfocando en los especialistas gineco-obstetras lo cual coloca a estos en la posición de tratar enfermedades mentales; además de que la campaña publicitaria de Lilly-Sarafem podría convencer a las mujeres lo suficiente como para creer que necesitan este medicamento, presionando a sus médicos a su prescripción sin el seguimiento adecuado para corroborar o no la presencia del SPM, y ya que Sarafem

Síndrome Premenstrual

también ayudará a aquellos con depresión crónica, un mal diagnóstico se podría dar. Respecto a este tema existe cierta controversia en Estados Unidos ya que muchos profesionales de la salud temen que la campaña publicitaria de este producto farmacéutico influya en la población de una forma negativa, inculcando la creencia de que este síndrome es generalizado para toda la población femenina, e induciendo el aumento del consumo de antidepresivos sin un diagnóstico cuidadoso el cual es imprescindible para determinar el SPM, así como su tratamiento (Parker-Pope, 2001)

3.5.2 Síntomas del SPM.

Como se mencionó anteriormente el SPM incluye la presencia de componentes físicos emocionales y del comportamiento. El SPM involucra diversos síntomas, pero los cambios más notados (Iglesias, 1987) son los siguientes:

- Dolor: tensión muscular, dolor de cabeza, migraña, calambres, dolor de riñones, y dolor y malestar generalizados que provocan cansancio.
- Cambios en la capacidad de concentración: confusión, mala memoria y falta de concentración.
- Otros cambios de conducta: que comprenden el insomnio, menor rendimiento en el trabajo y menor eficacia.
- Reacciones autonómicas: mareos, sudores fríos, náuseas, vómitos, sofocaciones y desmayos.
- Retención de líquido: hinchazón del abdomen, hinchazón de las mamas que suele producir dolor, hinchazón de los tobillos, así como de las manos suelen estar adoloridas, y aumento de peso.
- Cambios de humor: ansiedad, irritabilidad, depresión, tensión y propensión al llanto.
- Antojos de cierto tipo de alimentos.

Lolas, (1993) divide el cuadro clínico del STPM en siete esferas que comprenden la psíquica, la neurológica, la digestiva, la mamaria, la metabólica, la dermatológica y la ginecológica. En la esfera *psíquica* los síntomas prevalentes son de tipo depresivo, e incluyen la irritabilidad, agresividad, labilidad emocional, falta de autocontrol, aislamiento, trastornos

Síndrome Premenstrual

del sueño y del apetito, frigez, disminución del rendimiento laboral, de la capacidad de concentración y memoria y ausentismo laboral. En cuanto a la esfera *neurológica*, se incluyen cefaleas y/o jaquecas, puede haber vértigo, agravación de cuadros neurálgicos etc. En cuanto a la esfera *digestiva*, se presentan molestias y distensión abdominal, alteraciones en el tránsito abdominal con tendencia al estreñimiento. Los fenómenos inflamatorios que se presentan en el SPM, provocan dolor y sensibilidad mamaria o mastodinia. Respecto a la función electrolítica, se presenta edema generalizado (inflamación especialmente de cara, párpados, manos y tobillos), factor importante en la distensión abdominal que presentan mujeres con SPM. Respecto a la esfera *cardiovascular*, se presentan palpitaciones, hipotensión arterial, entre otros. En cuanto a las *alteraciones músculo esqueléticas*, se presentan mialgias, calambres y molestias en las articulaciones. Respecto a alteraciones dermatológicas, existe la aparición de algún grado de acné, así como una mayor tendencia a la caída del cabello, uñas frágiles y piel seca.

De acuerdo a Dalton (1983), lo más importante para ubicar el SPM no es reconocer los síntomas sino determinar el tiempo de su aparición o desaparición. Esta sintomatología puede aparecer 7 e incluso 10 o más días antes de la menstruación, alcanzando su cúspide 24-48 horas de la misma (Iglesias, 1987), desapareciendo en cuanto comienza la hemorragia franca de la menstruación (Dalton, 1982 citado por Iglesias, 1987).

3.5.3 Etiología.

La compleja interacción entre factores culturales, biológicos, psicológicos (Landeros, 1990), así como las diferencias individuales que se relacionan con el ciclo menstrual han provocado que exista un poco de confusión acerca de la etiología del SPM (Iglesias, 1987). Aún cuando se han hecho muchos intentos para identificar la patofisiología del SPM, su etiología permanece incompleta (Robertson, 1991). Por lo tanto, para explicar la etiología del SPM, es necesario buscar la relación entre muchos factores, ya que este síndrome es influido por el medio, el aprendizaje social, condiciones psicofisiológicas, personalidad, etc. (Foresti, G. et al, citado por Landeros, 1990). A este respecto tenemos por ejemplo que de acuerdo a Severino (citado por Spartos, 2000) a pesar de que se han realizado estudios transculturales donde se

Síndrome Premenstrual

han identificado molestias físicas relacionadas con la menstruación a nivel mundial, los síntomas de estado de ánimo como la irritabilidad y el enojo no se han encontrado en el mismo grado que en Norteamérica.

A continuación se exponen algunas de las teorías que explican la etiología del SPM. Dentro de las teorías biológicas que explican el SPM se encuentran las *teorías hormonales*. La descripción inicial de Frank del SPM asumía que la naturaleza cíclica de los síntomas era debido a alteraciones en los niveles hormonales; a partir de esto cada hormona del sistema endócrino se ha postulado como involucrada en el STPM (Robertson, 1991).

Progesterona. Los síntomas emocionales se han relacionado con el decremento de los niveles de progesterona. Los síntomas afectivos negativos a menudo parecen comenzar al principio de la fase lútea e incrementan en intensidad conforme la progesterona desciende de su cresta lútea a su nivel bajo premenstrual (Clare, 1985). Dalton (1982, citado por Iglesias, 1987), menciona que las pacientes que sufren de STPM están libres de este durante el embarazo, cuando la progesterona alcanza niveles muy altos. Sin embargo, no se conoce con exactitud si el problema se genera en los ovarios, en la hipófisis, en los centros hipotalámicos o en la producción de las hormonas. Sin embargo, se ha observado que las pacientes con STPM no siempre tienen niveles bajos de progesterona, y algunas mujeres con niveles bajos de progesterona no padecen el SPM. Debido a lo anterior, la teoría de Dalton acerca de la progesterona, ha sido criticada (Iglesias, 1987). Laursen (1983, citado por Landeros, 1990), menciona que la progesterona puede cambiar la tolerancia al azúcar, provocando que el nivel de azúcar alto en la sangre incremente el apetito, cambio que se presenta en relación al SPM.

Phillis (1991), menciona que la tensión premenstrual y la depresión post-parto comparten algunos síntomas como tensión, irritabilidad, y cansancio extremo; su ocurrencia coincide con una caída en los niveles de progesterona circulante. Los niveles altos de progesterona en la fase lútea temprana podrían evocar un síndrome de abstinencia con síntomas como ansiedad y depresión. Según este autor, ha habido reportes recientes de la relación entre el consumo del antagonista de la adenosina, caféina, y síntomas severos del SPM en mujeres jóvenes (Rossingol, 1985, 1989, citado por Phillis, 1991).

Síndrome Premenstrual

Estrógenos. Durante la fase lútea, los niveles de estrógeno están altos pero estos bajan cuando los síntomas del STPM están en su nivel más severo. Por lo tanto se ha propuesto la disminución de estrógeno (Clare, 1985). Sin embargo, los efectos de los estrógenos se sugiere que tienen efectos antidepresivos (Kaiber, E. citado por Landeros, 1990).

Las teorías relacionadas con estrógenos y progesterona y el SPM determinaron cierta relación apoyada en estudios de anticonceptivos orales (Clare, 1985). Cullberg (citado por Clare, 1985) encontró que mujeres con una historia de irritabilidad y que ingerían píldoras de dominancia progesterógena tenían incidencias significativamente más bajas de efectos psicológicos adversos comparadas con mujeres que tomaban píldoras de dominancia estrógena. En contraste, mujeres sin una historia de irritabilidad, notaron más reacciones adversas con las píldoras de dominancia progesterógena. No está claro cual es el efecto de los anticonceptivos orales en la conducta y los síntomas premenstruales ya que existen algunos reportes revisados por Glick y Bennet (citado por Clare, 1985) de que estos mejoran el funcionamiento global y el ánimo durante el SPM (Clare, 1985).

Prolactina. La prolactina es otra de las hormonas que ha sido implicada en el STPM. Sus niveles fluctúan a través del ciclo con una cresta en la ovulación y después en las fases media y tardía lúteas (Clare, 1985). Niveles elevados de prolactina fueron reportados en una serie de 28 pacientes, mientras que Brush (citado por Clare, 1985) reportó encontrar mujeres con STPM con niveles "altos normales" de prolactina que parecen estar relacionados con niveles bajos de progesterona. Se han realizado diversos estudios para demostrar que la prolactina es la responsable de la retención de agua y la tensión mamaria, pero los resultados obtenidos son confusos (Iglesias, 1987). Al parecer la prolactina contribuye al STPM solo ocasionalmente (Laurenson, et al, citado por Iglesias, 1987) aunque de acuerdo con Kingstone (citado por Iglesias, 1987) muchas mujeres que padecen STPM tienen un alto nivel de prolactina; sin embargo, no se ha podido comprobar que las mujeres que padecen este síndrome tienen un nivel de prolactina más elevado que las otras mujeres (Iglesias, 1987).

Síndrome Premenstrual

Hormonas suprarrenales. Se ha sugerido que la alteración del ánimo premenstrual y síntomas como el aumento de peso corporal y la retención de líquidos pueden estar relacionados a la activación del sistema *aldosterona-angiotensin-renal*. En mujeres normales, se ha reportado una ligera elevación de excreción urinaria de aldosterona (hormona suprarrenal) a mitad del ciclo, seguida por una elevación lútea que alcanza su máximo durante la fase premenstrual y decremента antes o poco antes del flujo menstrual (Gray, 1993). La *aldosterona* es el principal esteroide que influye sobre el metabolismo de los electrolitos (Simpson, citado por Landeros, 1985). Dalton (1969, citado por Iglesias, 1987) menciona que si durante el premenstruo el ovario produce insuficiente progesterona para las necesidades del útero, esta se obtiene de las glándulas suprarrenales, dejándolas con insuficiente capacidad para la producción de corticoesteroides, cuyo equilibrio se altera temporalmente y puede originar retención de líquidos, alteración de sodio y de potasio, alteración del nivel de glucosa en la sangre, entre otros; lo cual podría ser la causa de algunos síntomas del STPM. De acuerdo a Iglesias (1987), ocasionalmente se ha descubierto que mujeres con STPM tienen una tasa elevada de aldosterona en la orina, pero el nivel de esta no es elevado en la sangre, lo cual ha teorizado que una alta tasa de aldosterona en la orina puede estar relacionada con fluctuaciones de estrógenos y progesterona, o puede ser resultado de una situación de estrés, debido a la relación entre el SNC y el sistema endócrino. Sin embargo, no se ha encontrado una relación clara entre los niveles del sistema *aldosterona-angiotensin-renal* y los síntomas del STPM (Raush y Janowsky, 1982, citado por Iglesias, 1987).

La *melatonina* también se ha relacionado con el SPM (Clare, 1985). La melatonina ejerce su efecto en la función gonadal y en el sueño; incrementa la síntesis de progesterona en gel cuerpo lúteo, fluctuando con las fases del ciclo menstrual con su nivel más alto en las fases menstrual y premenstrual (Clare, 1985). Se ha reportado que la melatonina puede exacerbar disforia si se da a pacientes deprimidos, dato de especial interés en el hecho de que mujeres que padecen de un desorden de tipo afectivo tienden a experimentar exacerbaciones de este desorden en la fase premenstrual (Kashiwagi y Diamond, 1976, citado por Clare, 1985). Sin embargo, en la actualidad, la melatonina no ha sido estudiada en mujeres con STPM (Clare op cit).

Síndrome Premenstrual

Los cambios en los *opiáceos endógenos* también han sido propuestos como la causa básica del STPM debido a los efectos fisiológicos en los cuales están involucrados como son: el aumento de la sed asociado con un efecto antidiurético (Lightman y Forsling, 1980, citado por Iglesias, 1987), un incremento del apetito asociado a la alteración del metabolismo de los carbohidratos y la inhibición de la prostaglandina E_1 (PGE_1) (Coupar, 1978, citado por Iglesias, op cit); sin embargo, Iglesias (1987) menciona que no hay evidencia que apoye esta hipótesis. Lolas (1993) menciona que la relación de un bajo déficit de endorfinas tendría su explicación en una baja del umbral de sensibilidad del dolor frente a la presencia de niveles inflamatorios elevados presentes en alteraciones de tipo menstrual. Diversos autores (Giannini, et al, Merriam, J., Peck, S. y Price, E., citados por Landeros, 1990) han encontrado variaciones en los niveles de endorfinas a través del ciclo menstrual con mayores niveles en la fase premenstrual en mujeres que padecían el STPM.

El creciente interés en cambios *neuroendocrinológicos* que ocurren en enfermedades psiquiátricas y en especial en enfermedades psiquiátricas afectivas, aunado al aumento en la investigación de la compleja interacción de las hormonas sexuales y el sistema de los neurotransmisores, ha centrado la atención en el posible papel de la serotonina, noradrenalina y dopamina en las alteraciones afectivas del SPM (Clare, 1985). Algunos autores (Collins, et al, 1985; Nilsson, L. et al, citados por Landeros, 1990), han encontrado niveles altos de noradrenalina en la orina y en el plasma durante la fase lútea menstrual. Durante situaciones de estrés mental, la secreción de noradrenalina y adrenalina varían como función del ciclo ovulatorio, con menores niveles durante la fase folicular y media del ciclo, y mayores en la fase lútea, cuando los esteroides sexuales están altos (Collins, et al, 1985, citado por Landeros, 1990). El interés respecto al posible papel de la piridoxina, en la síntesis de dopamina y serotonina, ha sido móvil en la investigación acerca del STPM. Con respecto a los neurotransmisores, si bien es cierto que juegan un papel importante en relación a algunos de los síntomas del SPM, no se ha llegado a un acuerdo que los postulen como factores primordiales de la etiología del SPM (Clare, 1985; Lolas, 1993).

Otro aspecto biológico del SPM son las *vitaminas*. Iglesias (1987) menciona que en la actualidad muchas mujeres presentan una carencia de vitaminas del grupo B debido al

Síndrome Premenstrual

aumento del consumo de alimentos refinados. Según Laursen y cols (1983, citado por Iglesias, 1987) esta carencia puede afectar la regulación de producción de estrógeno dando como resultado un círculo vicioso ya que el exceso de estrógeno eleva la carencia de vitamina B que a su vez, hace que se produzca más estrógeno. Estos autores mencionan la posibilidad de que las mujeres que presentan SPM presenten una carencia de vitamina A. Iglesias (op cit) menciona que una carencia de vitamina B₆ (piridoxina), puede provocar un decremento en la dopamina y serotonina, neurotransmisores que estabilizan el humor, con lo cual se podría explicar los estados afectivos negativos que se presentan en el SPM. De acuerdo a Rubinow (1984), en general, estudios de niveles de prolactina en el SPM no han encontrado diferencias entre pacientes y grupos control. Según este autor, en dos estudios que mostraron diferencias, Hallbreich y cols (citado por Rubinow, 1984), demostraron niveles elevados de prolactina de la segunda a la cuarta semana del ciclo menstrual en pacientes con SPM, y Andersch y cols (citado por Rubinow, 1984) encontraron niveles bajos de prolactina en la fase folicular de las pacientes, sin diferencias significativas entre pacientes y controles durante la fase lútea. Hasta el momento no se han realizado estudios que demuestren la acción directa o indirecta de la vitamina A, aunque existen hipótesis que podrían explicar su acción.

Nutrición. A este respecto, Iglesias (op cit) menciona que las mujeres que padecen SPM suelen presentar alteraciones de sus hábitos alimenticios, que pueden manifestarse por un deseo de alimentos salados, de carbohidratos o de dulces entre otros, con un aumento en el apetito. Laursen y cols (1983, citado por Iglesias, op cit) mencionan que la progesterona puede cambiar la tolerancia al azúcar, así, el nivel de azúcar en la sangre provoca un aumento en el apetito.

Hipoglucemia. Billing y Spaulding (citado por Lolas, 2001) observaron que la hipoglucemia, era un síntoma frecuente, que podía explicar la alteración nerviosa y la debilidad. Estos síntomas han sido relacionados con los de la hipoglucemia. Durante los últimos 50 años se ha sugerido que existe menos tolerancia a la glucosa después del período ovulatorio y se ha propuesto una relación entre el STPM y la hipoglucemia menstrual (Landeros, 1990). Esta hipótesis surgió debido a la eficacia del tratamiento del SPM con una

Síndrome Premenstrual

dieta hipocalórica e hiperprotéica donde se evita el azúcar para evitar la hipoglucemia y alcanzar una absorción de glucosa uniforme. Aun así, esta hipótesis no ha sido sustentada.

Infección Ovárica. También se ha postulado la infección ovárica como causa del STPM. La hipótesis es que la colonización bacteriana asintomática en el cuello uterino modifica el medio hormonal y por lo tanto causa SPM. Las bacterias poseen sistemas enzimáticos para transformar hormonas esteroides; asimismo, inician la síntesis de prostaglandinas y catabolizan hormonas proteicas. Toth (1986 citado por Landeros, 1990), informó mejoría de los síntomas del STPM en 10 mujeres tratadas con un antibiótico (doxiciclina) por infección asintomática en el cuello uterino. A este respecto, Lolas (1993), menciona que en sus estudios sobre el tema, ha encontrado que los factores microbianos (*Chlamydia Trachomatis*, *Micoplasma Hominis*, *Ureaplasma Urealiticum*, *Gardnerella Vaginalis*, *E. Coli*, etc.), agentes parasitarios, micóticos y virales, están frecuentemente involucrados en el SPM.

Patología ginecológica infecciosa, inflamatoria o endometriósica. Lolas (2001) postula que la patología uterina es de gran importancia como causa principal de agravación de la sintomatología menstrual, la cual a su vez, agrava cuadros psiquiátricos. De acuerdo a este autor, muchos informes de Papanicolaou en mujeres con SPM severo se han etiquetado de "intensa reacción de inflamación inespecífica", por lo cual, este autor menciona que los informes evidencian endocervicitis crónica severa, y en sus estudios ha encontrado fenómenos inflamatorios uterinos en estas pacientes asociados a infecciones por *Chlamydia Trachomatis*, *Micoplasma Hominis*, *Ureaplasma Urealiticum*, *Gardnerella Vaginalis*, *E. Coli* y *Papiloma Virus*. Este autor propone que el estudio de los diversos efectos de las prostaglandinas y otros mediadores inflamatorios menstruales, permite una mejor comprensión de las diversas manifestaciones producidas por estas sustancias en las pacientes más afectadas. Así mismo, los diversos efectos de los mediadores inflamatorios sintetizados en cantidades anormales por la presencia de alguna patología ginecológica (inflamatoria o endometriósica), explicarían la diversidad de los síntomas del SPM. Esta síntesis anormal de mediadores inflamatorios - prostaglandina E y Tromboxano B-, ha sido recientemente demostrada (1992) en las investigaciones de Koshikawa y cols (citado por Lolas, 2001).

Síndrome Premenstrual

Estrés. Laurensen y Stukane (1983, citado por Iglesias, 1987), mencionan que condiciones de estrés elevado agravan el SPM, debido a que las señales del cerebro que regulan las oscilaciones de las hormonas son sensibles al estrés, y a su vez, el SPM se relaciona también con oscilaciones hormonales. Dalton (1983) menciona que el estrés inhibe la producción hormonal, por lo que una disfunción o alteración en el funcionamiento hormonal o en su producción altera al organismo y por lo tanto repercute en el SPM. Norris (1985) menciona el estrés actúa como otra variable volátil y peligrosa respecto al SPM, alterando y exacerbando los síntomas del SPM, el cual, por sí solo ya es estresante. Este autor menciona que las mujeres con SPM no pueden ser tratadas exitosamente a menos que reduzcan sus niveles de estrés o que aprendan a manejarlo de una manera saludable. A este respecto, Northrup (1998), menciona que mujeres que practican meditación u otros métodos de relajación profunda, son capaces de aliviar muchos de sus síntomas. Esta autora habla de que todos los tipos de relajación decremantan los niveles de cortisol y de epinefrina en la sangre y ayudan a equilibrar la bioquímica del organismo. El cortisol en cantidades óptimas estimula al hígado a convertir aminoácidos en glucosa, controla alergias e inflamación, ayuda a regular los estados de ánimo y a mantener estabilidad emocional, estimula el incremento de la producción de glucógeno en el hígado para el almacén de la glucosa. Sin embargo, el exceso de cortisol puede llevar a una disminución del uso de la glucosa por las células lo que produce un aumento de azúcar en la sangre, el decremento de la sintetización de proteínas, la alteración en el calcio, la supresión de las hormonas sexuales, entre otros (Northrup, 1998). Cualquier evento estresante tanto positivo como negativo, influye en los mecanismos hormonales, por lo tanto cualquier reacción emocional percibida por el hipotálamo que a su vez regula las oscilaciones hormonales, puede alterar los patrones menstruales (Dalton, 1983).

En 1991, Taylor estudió la percepción del estrés relacionada con el SPM. De acuerdo a esta autora, el efecto del estrés puede aumentar la percepción negativa de los síntomas premenstruales, y la respuesta ante el estrés puede ejercer un efecto directo al alterar el eje hipotalámico-ovárico-pituitario. De acuerdo a este estudio, un ambiente social provee a la mujer tanto de eventos de la vida estresantes y retadores; así como relaciones sociales de apoyo y estresantes. Taylor (1991), menciona que la dimensión contextual tiene importancia

Síndrome Premenstrual

respecto al SPM, y sugiere que la percepción negativa de los eventos de la vida negativos se encuentra fija dentro del contexto de la experiencia menstrual o la socialización del rol femenino y los eventos específicos de género. En este estudio, el resultado más prominente es que las mujeres que presentaron vidas estresantes y quienes constantemente estaban estresadas, presentaron un SPM más severo; así mismo, el efecto de los estresores no solamente era directo sino que operaba sobre un estrés generalizado (ansiedad y depresión no relacionadas con alguna fase menstrual específica), concluyendo que los síntomas de afecto negativo están más relacionados al estrés reportado que los síntomas somáticos. En adición a esto, este autor menciona que es poco común que en los estudios acerca del SPM se consideren los contextos sociales y personales de las mujeres, y propone que los modelos que estudian el SPM deben incluir variables sociales y personales además de las físicas para así ubicar una etiología biopsicosocial. Esta última propuesta se considera importante en el presente trabajo.

Sincronización Menstrual. Otro punto a ser considerado en relación a la aparición de la menstruación es el factor conocido como sincronización menstrual. Esta se refiere a cuando la menstruación de un número de mujeres ocurre en el mismo período (Dalton, 1983). Se presenta en mujeres que viven juntas, en comunidades cercanas como son las comunas, conventos, prisiones, hospitales, universidades, y especialmente si comparten experiencias emocionales como por ejemplo exámenes finales; gradualmente su menstruación se sincroniza. Lo anterior también significa que si más de una mujer sufre de SPM, los problemas son inevitables. Se ha sugerido que esto sucede debido a los olores corporales o las feromonas (Dalton, 1983).

3.5.4 Síndrome Premenstrual y Conducta.

Se han reportado una variedad de conductas en relación a las fases del ciclo menstrual, incluyendo agresión, accidentes, desempeño deportivo, conducta sexual, depresión, (Clare, 1985), conducta criminal (Dalton, 1984), desempeño laboral (Norris, 1983), e intentos de suicidio (Lara, H., 1979; Gómez, citado por Contreras, 1989) entre otras.

Síndrome Premenstrual

Respecto al *suicidio*, en México, Lara, H. (1984), realizó un estudio acerca del suicidio encontrando, entre otros resultados, que en el caso de los intentos suicidas en mujeres con histeria o depresión, este síndrome depresivo se relaciona con cambios hormonales principalmente premenstruales, como se observa en la admisión al hospital psiquiátrico, donde la mayor incidencia ocurre en las fases premenstrual y menstrual, correlacionándose los síntomas depresivos con la conducta suicida y con los cambios endócrinos como la retención de líquidos. En general, existe una relación de intentos de suicidio y conducta suicida con Síndrome Premenstrual (Norris, 1985 pág, 131- 138); hay un gran número de estudios donde se ha observado que ya sea intentos de suicidio o la conducta suicida consumada, se han realizado durante los 3 o 4 días antes de la presencia del flujo menstrual (Dalton, 1983).

En relación a la *conducta criminal*, Dalton (1983) menciona que puede existir una relación entre el SPM y la conducta criminal; esta autora menciona que en Inglaterra se realizó una encuesta a 156 prisioneras nuevas donde la mitad de ellas había cometido su crimen durante el ciclo donde se presenta el flujo menstrual, y dos terceras partes de estas presentaban SPM. Esta autora menciona que la policía parisina reportó que a principios del siglo pasado, el 84% de los crímenes violentos cometidos por mujeres se había presentado en el período premenstrual o menstrual, lo cual fue confirmado por la policía de Nueva York, donde el 62% de los crímenes de violencia ocurrieron durante el ciclo premenstrual. Clare (1985) menciona dos estudios de significativa importancia al respecto; el primero se llevó a cabo en una correccional de Carolina del Norte y se estudió la relación entre conducta agresiva y menstruación; el segundo se hizo en 50 mujeres acusadas de un crimen violento; ambos estudios reportaron una relación significativa entre la fase menstrual y premenstrual y la conducta agresiva y crimen, pero no encontraron una relación respecto a quejas premenstruales o en otras palabras, al SPM. Es necesario diferenciar a aquellas mujeres que pretenden utilizar al SPM como justificación de sus actos criminales y a mujeres que realmente lo padecen y su magnitud es tal que las pudiera llevar a perder la conciencia de sus actos (Dalton, 1983; Clare, 1985).

En México, en 1979 Fernández y Mariel, realizaron un estudio donde relacionaron la conducta sexual, la conducta criminal y el SPM, no encontrando una relación estadísticamente

Síndrome Premenstrual

significativa, entre estas tres. Estas autoras trabajaron con dos grupos uno homosexual y otro heterosexual y mencionan que estos resultados no significativos respecto a la conducta criminal y el SPM se podrían atribuir a una diferencia de tipo cultural, respecto a lo encontrado por otros autores como Dalton (1983), aunque a su vez mencionan que las participantes estaban sometidas a control natal, lo cual pudiera alterar los resultados.

Existe una amplia literatura que estudia la propensión a accidentes en mujeres en su fase premenstrual. En relación al ámbito laboral, diversos estudios han mostrado que las trabajadoras son más propensas a tener accidentes en su período premenstrual que en otro momento. Esta situación pudiera representar ser un factor de riesgo, y podría influir en la toma de decisiones, relaciones interpersonales y productividad y producción (Norris, 1985).

Desórdenes Psiquiátricos. Muchos estudios sugieren la importancia de la esfera de tipo psiquiátrico del SPM en muchos niveles (Rubinow, 1984). En 1987, Rubinow menciona que muchos estudios han utilizado técnicas de diagnóstico retrospectivo para investigar la incidencia del SPM en pacientes con enfermedades psiquiátricas, y cita en sus publicaciones del "Journal of Reproductive Medicine", casos de mujeres cuyas enfermedades psiquiátricas comenzaron con una disfunción del ciclo menstrual, tales como amenorrea, menorragia o dismenorrea; y a la inversa, mujeres con psicosis refractaria que curaron después de la extirpación quirúrgica de su cuello uterino o de los ovarios (Lolas, 2001). Contreras y Marván (1989), realizaron un estudio para estudiar la existencia de cambios en las variables psicofisiológicas en mujeres con SPM y sin él, concluyendo que cuando aparecen las alteraciones menstruales, estas pueden representar síntomas subclínicos de naturaleza afectiva.

En México, Lara, H. (1979) realizó un estudio en 40 admisiones de mujeres al hospital psiquiátrico del ISSSTE en la Ciudad de México encontrando que el 52% de las pacientes ingresó en la semana anterior a su menstruación, encontrando una correlación positiva de los síntomas con la depresión, ansiedad y tensión, que de acuerdo a este autor, corresponden clínicamente con el síndrome histérico. También encontraron la existencia de un síndrome depresivo como predominante en la fase premenstrual, el cual está formado por las correlaciones de la depresión con alteraciones del sueño, correlatos conductuales de

Síndrome Premenstrual

disminución de actividad social y laboral, cambios bioquímicos producidos por retención de agua como dismenorrea, aumento de peso y dolor de los senos y la presentación de síntomas característicos de la histeria como son labilidad emocional y la excitación.

Existe la creencia de que la *función intelectual* de la mujer se ve alterada de acuerdo a los ciclos menstruales, en especial, en la fase premenstrual (Clare, op cit). Diversos autores mencionan que en general no se han encontrado diferencias significativas en los estudios al respecto, (Walsh, 1981; Dalton, 1986; citados por Clare, 1985; Sommer, 1973, 1983, citado por Chrisler, 1990). Un estudio realizado por Sommer (1973, 1983, citado por Chrisler, 1990) concluyó que a pesar de que no existían diferencias significativas en cuanto a la relación del desempeño académico y el SPM, muchos de los estudios de autoreportes indicaron una relación, incluyendo déficits premenstruales en la habilidad para concentrarse. Un estudio realizado en 1981, por Golub encontró que el 75% de los varones y el 32% de las mujeres creían que la menstruación afecta su proceso de pensamiento, el 51% de las mujeres creían que decrecientan su capacidad de funcionamiento cuando están menstruando. Chrisler (1990) realizó un estudio donde evaluó la relación entre pensamiento creativo y síntomas del SPM, no encontrando una relación negativa; sin embargo, el 33% de las mujeres participantes expresaron la creencia de que su desempeño premenstrual era peor que su desempeño postmenstrual; este autor concluyó así que los cambios premenstruales en general, no producen déficits cognitivos.

3.5.5 SPM y Trabajo.

Las mujeres con SPM encuentran sus vidas alteradas por sus cambios de humor, depresión, irritabilidad, y alteraciones físicas, a tal grado que se refleja en su trabajo. Las mujeres que se encargan de la casa, de los hijos además de tener un trabajo, así como las mujeres con trabajos demandantes, tienden a tener los episodios más extremos de SPM (Norris, 1985). En la actualidad, las expectativas de la sociedad hacia la mujer son muy altas. Salgado (1992) menciona que las expectativas hacia las mujeres son de tres a cuatro veces más altas que hacia los hombres; diversos autores han identificado la estratificación de los sexos, las expectativas en cuanto al rol de género, las demandas de este, el conflicto de interroles, y las experiencias

Síndrome Premenstrual

en general que tienen las mujeres en su trabajo (como acoso sexual, discriminación, sueldos más bajos por los mismos puestos, lucha de poder, etc.) como factores potenciales que generan experiencias más estresantes para las mujeres (Aneshensel, 1986; Aneshensel y Pearlin, 1987 citados por Salgado, 1992; Lara, M.A., 1995). Norris (op cit) utiliza el término de "mujer maravilla" para referirse a la expectativa de rol femenino que la sociedad tiene de la mujer que tiene la responsabilidad de la casa, de los hijos, el trabajo, y muchas veces la economía de la familia, rol que coloca a la mujer en una situación de estrés extremo. En una situación de estrés, el cuerpo debe activar muchos de sus sistemas para prepararse para una crisis o un ataque, lo puede provocar que cualquier punto débil del organismo se altere; en mujeres que padecen SPM, los síntomas se pueden alterar.

Respecto a la relación del SPM y desempeño laboral, los estudios no han encontrado una relación significativa; sin embargo, las mujeres con SPM reportan que se sienten torpes o que sienten que no son eficientes en su trabajo (Clare, 1984; Sommer, 1983, J.C.Parlee, P., 1983; citados por Chrisler, 1993). Norris (1985) menciona que el absentismo puede ser un resultado del SPM y reporta que en su practica clínica ha encontrado que muchas mujeres reportan esta conducta; las estadísticas mencionan que las mujeres tienen un rango de absentismo 43% más alto que los hombres (datos de 1981) dato que también puede deberse al cuidado de los niños y las responsabilidades del hogar.

El SPM puede repercutir en el trabajo en los accidentes de tipo laboral, así como en las relaciones interpersonales, en trabajo de equipo, con jefes, colaboradores y subordinados. Cuando algún síntoma del SPM se sale de control en una mujer en una situación de trabajo (por ejemplo las alteraciones emocionales) puede afectar su imagen ante sus jefes, colaboradores, etc., así como su autoimagen y su autoestima (Norris, 1985). Respecto a la productividad y el SPM, es importante ser cuidadoso, ya que el decir que una gran parte de la población femenina es discapacitada por el SPM puede ser mal utilizado para discriminar a la mujer, lo cual podría reforzar el estereotipo de la mujer como histérica ante los empleadores y ante ella misma (Stotland, citado por Spartos, 2000).

En México, González (2000) estudió la relación entre los trastornos menstruales y la conducta laboral en una empresa bancaria en una muestra de 35 mujeres de niveles ejecutivo

Síndrome Premenstrual

medio y operativo; se encontró que existe un mayor índice de ansiedad y depresión en la fase premenstrual y se pudieron observar cambios cognitivos y conductuales que modifican de manera notable su rendimiento laboral en un 80%. De acuerdo a este estudio, los episodios depresivos con un marcado nivel de ansiedad influyen en forma significativa; también se obtuvieron puntuaciones con correlaciones altas en cuanto a bajo rendimiento laboral y menor eficiencia, depresión y concentración, lo cual, repercute directamente en el rendimiento y conducta laboral y disminuye los estándares de producción.

3.5.6 Prevalencia del SPM.

Respecto a la prevalencia del SPM, los datos resultan imprecisos debido a las dificultades metodológicas para obtener datos fiables (Iglesias, 1987). La prevalencia que se reporta es variada debido a los distintos criterios que se utilizan para evaluar el SPM. Algunos investigadores reportan que el 40% de las mujeres en edad reproductiva presentan problemas de tipo premenstrual (Bradley, 2002). Clare (1985) menciona que la proporción de mujeres menstruantes, identificadas con cambios premenstruales lo suficientemente severos como para ser diagnosticadas con STPM es de del 8%. En un estudio con 525 mujeres se encontró que el 97% de ellas presentaba algún síntoma del SPM (Pedersen, 1981 citado por Marván, 1993); en otro estudio (Logue, C.M., Moos, R.H. citado por Marván, 1993), se reportó que el 40% de las mujeres experimenta algún síntoma del SPM, pero solo el 10% padece síntomas severos.

Reid (1981, citado por Lolas, 2002) menciona que este síndrome debe ser considerado como un problema de salud pública; sin embargo, de acuerdo a este autor, existe una actitud de cierta indiferencia, lo cual puede provocar la mala difusión que ocasiona que la sociedad considere como "normales" los cambios premenstruales, incluso los severos, y los asocia con una personalidad histérica de las mujeres. Reid menciona que esta indiferencia, ha contribuido al divorcio, la violencia, el maltrato a los niños, la interrupción de carreras y la limitación en el desarrollo personal de las mujeres (Lolas, 2002).

Reid y Yen (1981), señalaron que el SPM produjo en el año 1969 una pérdida de más de cinco mil millones de dólares en los Estados Unidos, solamente por concepto de ineficiencia laboral y ausentismo. Se ha informado la existencia en ese país de más de 5 millones de mujeres que padecen de molestias premenstruales severas y posiblemente 20

Síndrome Premenstrual

millones con síntomas muy significativos, los cuales equivalen un 5 a 10% y un 20 a 25% respectivamente de las mujeres en edad reproductiva (Lolas, 2002). En Chile, Lolas (op cit) menciona que podrían existir unas 300 a 400 mil pacientes seriamente afectadas y más de un millón de mujeres con síntomas significativos.

Finalmente, ya que la mayoría de la bibliografía respecto al Síndrome Premenstrual está basada en muestras norteamericanas o europeas, es necesario considerar las diferencias culturales, el tipo de costumbres, hábitos alimenticios y creencias y actitudes acerca de la menstruación. Asimismo, es necesario ser cuidadosos en cuanto a su diagnóstico, ya que se debe tomar en cuenta las diferencias individuales como son los niveles hormonales, hábitos alimenticios, idiosincracia, etc.

CAPITULO IV

MÉTODO

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años, se ha enfatizado el aspecto de la salud de los individuos dentro de las organizaciones; el cuidado de la salud de los trabajadores se ha planteado como un elemento clave tanto para el beneficio de las organizaciones como el de los individuos. En el ámbito laboral, el estrés se presenta como un factor de riesgo que puede generar alteraciones tanto en el funcionamiento de la organización como en el de su recurso humano. Muchos de los efectos negativos de estrés repercuten en mayores costos y menor productividad para la organización ya que disminuyen la motivación y la capacidad física y laboral del empleado y se elevan los índices de errores y accidentes, y todo lo que esto conlleva (Villalobos, 1994).

Al procurar el cuidado de la salud de los trabajadores, es necesario tomar en cuenta las diferencias tanto individuales como de género. Debido a su ciclo menstrual, las mujeres pueden presentar el Síndrome Premenstrual, que es un padecimiento que en su conjunto presenta síntomas físicos, psicológicos y conductuales (Ontiveros, 1995). Entre los síntomas que componen el SPM se encuentran la disminución de la atención y concentración, cambios repentinos de humor, períodos depresivos, labilidad emocional, cambios físicos como son: dolores musculares, inflamación abdominal y mamaria, dolores de cabeza, retención de líquidos, etc. entre muchos otros. Tales síntomas cuando se presentan severos, pueden afectar el desempeño de la mujer en sus diversos ámbitos como la familia, el trabajo, las relaciones de pareja y ella misma.

Entre los aspectos que influyen en el padecimiento del SPM se encuentra el estrés. Laurensen y Stukane (1983, citado por Iglesias) encontraron una relación entre estrés y SPM con procesos hormonales. Por lo tanto, se considera importante el estudio de la relación estrés-SPM y el desempeño laboral, en mujeres que padecen de este síndrome.

4.2 OBJETIVO.

Determinar la relación entre niveles altos de estrés y severidad de los síntomas del SPM que padecen mujeres trabajadoras de tres niveles jerárquicos laborales y la autoevaluación de su desempeño laboral

4.3 HIPÓTESIS.

1. Existe una relación significativa entre los altos niveles de estrés y la severidad de los síntomas del SPM.
2. Existen diferencias en la magnitud de los síntomas SPM y estrés de acuerdo a su nivel jerárquico laboral.
3. Existe una relación significativa entre el estrés, el SPM y el desempeño laboral de acuerdo al autoreporte de desempeño laboral y a los factores II y III del MDQ.
4. Las áreas en las cuales se obtienen niveles de estrés más elevados de acuerdo a la severidad magnitud de los síntomas del SPM son el estrés personal y la salud mental pobre.

4.4 VARIABLES.

Estrés, síndrome premenstrual y desempeño laboral.

Variables personales: edad, estado civil y la no ingestión de pastillas anticonceptivas como método de control natal.

Variables organizacionales: Nivel jerárquico.

Definición Conceptual de Variables.

Estrés. El estrés es una respuesta adaptativa, mediada por características individuales y/o procesos psicológicos, que es una consecuencia de cualquier acción interna, situación o evento que requiere demandas físicas y/o psicológicas especiales de una persona. Estas características pueden incluir variables como edad, sexo, raza, salud y herencia. Los procesos psicológicos pueden incluir componentes actitudinales, creencias, valores y muchas otras

Método

dimensiones de la personalidad como el locus de control y la tolerancia de ambigüedad. Tanto las demandas físicas como las psicológicas pueden provocar una alteración en el equilibrio del organismo (Ivancevich y Mattenson, 1989).

Síndrome Premenstrual. El Síndrome Premenstrual es un patrón cíclico de síntomas físicos, emocionales y conductuales que ocurren durante la última semana de la fase lútea y que desaparecen cuando se presenta el flujo menstrual o un poco después; tales síntomas se presentan lo suficientemente severos como para causar una alteración mayor a nivel social u ocupacional (Norris 1985; Rubinow 1984; Marván, 1993).

Desempeño Laboral. Es el ejercicio de las funciones que le son requeridas al sujeto de acuerdo al puesto que desempeña dentro de la organización (Guillén, 2000).

4.5 PARTICIPANTES.

La población está constituida por 120 mujeres de un rango de edad entre 18 y 40 años, de nivel jerárquico laboral operativo, medio y ejecutivo, de distintas empresas de servicios, gubernamentales, no gubernamentales, y otras. Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta, fueron la edad de 18 a 40 años, la presencia del ciclo menstrual, y la no-ingestión de pastillas anticonceptivas.

4.6 MUESTREO.

El tipo de muestra es no probabilística o dirigida, en conglomerado y es por etapas múltiples (Scott y Wertheimer, 1981).

4.7 TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio es correlacional.

4.8 DISEÑO.

El diseño es no experimental, transeccional/correlacional.

4.9 INSTRUMENTOS.

a) Encuesta de Estrés/Apoyo SWS-Survey (Gutiérrez, Osterman, 1994).

Se trata de un cuestionario de autoaplicación, lápiz-papel, que toma aproximadamente 45 minutos en contestar. Consta de 200 reactivos que evalúan 6 factores de estrés y apoyo en las áreas social, personal, laboral, así como la salud mental pobre y la buena salud mental. Utiliza una escala de respuesta tipo Likert con las siguientes opciones: A) nunca, B) casi nunca, C) ocasionalmente, D) frecuentemente y F) muy frecuentemente. (Anexo 1)

Los reactivos están divididos en 8 escalas de 25 reactivos cada una —que se encuentran intercalados- que miden lo siguiente:

Salud Mental Pobre (SP). Incluye síntomas clásicos y reportes de dolencias físicas, inestabilidad emocional y comportamiento socialmente inaceptado.

Buena Salud Mental (BS). Comprende los comportamientos de un individuo con autoestima alta, buena salud física y una actitud apropiada con los demás.

Estrés en el Trabajo (ET). Se refiere a los factores de estrés en el lugar de trabajo, conflictos interpersonales y supervisión, gerencia o dirección ineficaz, y a los conflictos entre el trabajo, las obligaciones y las necesidades de autorealización.

Apoyo en el Trabajo (AT). Son los elementos que propician el desarrollo de la potencialidad de la persona, buenas relaciones interpersonales y relaciones de trabajo confortables.

Estrés Personal (EP). Incluye componentes individuales que generan emociones de culpa, fracasos e ineffectividad y comportamientos socialmente inaceptados.

Apoyo Personal (AP). Refleja la disposición individual consistente, con actitudes de autoconfianza y satisfacción de ser uno mismo.

Método

Estrés Social (ES). Comprende situaciones que ocurren fuera de ámbito de trabajo e incluye situaciones de vida caóticas, peligrosas e insalubres, relaciones familiares o de amistad conflictivas.

Apoyo Social (AS). Se refiere a la ayuda proporcionada por amigos y parientes que dan a la persona que trabaja bajo situaciones de estrés. Comprende situaciones y circunstancias que están fuera del ámbito de trabajo.

La encuesta SWS-Survey funciona como un instrumento de diagnóstico prescriptivo, y puede ayudar a desarrollar un plan personal de manejo de estrés, identificar problemas y puntos fuertes, y desarrollar un plan de acción. En México, 90 jueces profesionales de la salud mental, validaron el SWS-Survey (alfa de Cronbach por subescala de .913 a .963) (Gutiérrez, et al, 1994). El alfa de todas las escalas de estrés fue de .95, las de apoyo, .948, y de la escala completa de .886; los valores de consistencia interna en una aplicación de campo de 3152 cuestionarios, fluctúan entre .78 a .90 (Gutiérrez, 2001).

b) Cuestionario de Distrés Menstrual de Moos (MDQ, Moos, R.H., 1969).

El cuestionario de Distrés Menstrual (MDQ) fue desarrollado por Moos, R.H. en 1969, en un intento para medir e identificar las variables del estado de ánimo asociadas al ciclo menstrual (Landeros, 1990). Este cuestionario es de autoaplicación, lápiz-papel y mide las molestias afectivas, somáticas y los cambios en la conducta durante la menstruación, aunque también fue hecho para medir estos cambios retrospectivamente en otras fases del ciclo (Clare, A., 1985).

El MDQ es una lista de 47 síntomas donde se le pide a la mujer evaluar mediante una escala que va del 1 al 6, siendo 1 la ausencia del síntoma y el 6 una presencia discapacitante del síntoma. La escala consta de ocho factores que Moos encontró estables y recurrentes, tales factores son: dolor, concentración, reacciones autónomas, excitación, afectos negativos, cambio en el comportamiento, retención de agua, una escala de control, y cambios en el apetito. El cuestionario presenta dos formas, la T (today=hoy) que permite a las mujeres la

Método

evaluación diaria durante un ciclo, y la forma "A" que evalúa retrospectivamente la experiencia de los síntomas en puntos específicos durante el ciclo menstrual más reciente (Anexo 2). A continuación se enlistan los reactivos de cada factor del MDQ, con el fin de facilitar la comprensión de los resultados.

Factor I Dolor

- 5. Rigidez
- 9. Dolores de cabeza.
- 16. Calambres.
- 22. Dolor de espalda.
- 25. Fatiga.
- 37. Dolores generales.

Factor II Concentración

- 2. Insomnio.
- 6. Olvido
- 7. Confusión.
- 24. Bajo juicio.
- 29. Dificultad de concentración.
- 33. Fácil distracción.
- 35. Accidentes.
- 42. Baja coordinación motora.

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. Disminución de su eficiencia.

Factor IV Reacciones Autonómicas.

- 17. Mareos, fatiga.
- 23. Sudoraciones frías.
- 26. Náusea, vómito.
- 28. Sensaciones de calor bruscas.

Factor V Retención de Líquidos

- 1. Aumento de peso.
- 10. Trastornos de la piel.
- 30. Dolor de senos.
- 34. Hinchazón.

Factor VI Afecto Negativo.

- 3. Llanto.
- 11. Sensación de soledad.
- 21. Ansiedad.
- 27. Inquietud.
- 36. Irritabilidad.
- 38. Estados de ánimo cambiantes.
- 40. Depresión.
- 45. Tensión

Factor VII Movilidad.

- 12. Sentimientos de afecto.
- 14. Desordenada.
- 18. Excitación.
- 31. Sentimientos de bienestar.
- 47. Explosiones de energía y actividad.

Factor VIII Control.

- 12. Sentimientos de sofocación.
- 19. Dolores de pecho.
- 32. Zumbido de los oídos.
- 39. Palpitaciones del corazón.
- 43. Entumecimiento u hormigueo.
- 46. Visión borrosa o con puntos.

Cambio en los Hábitos Alimenticios.

- 44. Cambio en los hábitos de comer.

Método

c) Autoevaluación del desempeño laboral.

Esta forma está basada en la forma de evaluación del desempeño/ SWS-Survey (Gutiérrez y Ostermann, 1994) y en el factor II y en el factor III del Cuestionario de Distrés Menstrual de Moos (MDQ, Moos, 1969) (Anexo 3). Consta de 22 reactivos con 5 opciones de respuesta y considera dos dimensiones; la primera incluye 10 reactivos y maneja los aspectos funcionales en relación al desempeño laboral y la segunda está compuesta por 12 reactivos y evalúa aspectos disfuncionales respecto al desempeño laboral. Ambas dimensiones se muestran a continuación.

Aspectos Disfuncionales	Aspectos Funcionales
1. SIENTO QUE LA CANTIDAD DE MI TRABAJO ES EXCESIVA	2. CUMPLO CON LA CANTIDAD DE TRABAJO QUE ME ES REQUERIDA A TIEMPO
8. ME ES DIFÍCIL LLEGAR A TIEMPO AL TRABAJO	3. TENGO BUENA CAPACIDAD DE ATENCIÓN EN MI TRABAJO
9. ME DAN GANAS DE NO ASISTIR AL TRABAJO DEBIDO A MIS MALESTARES FÍSICOS (cólicos, dolores de cabeza, etc.)	4. TENGO UNA BUENA RELACION CON MIS COMPAÑEROS(AS) DE TRABAJO
10. ME DAN GANAS DE NO ASISTIR AL TRABAJO DEBIDO A MI ESTADO EMOCIONAL	5. TENGO UNA BUENA RELACION CON MIS SUBALTERNOS
11. FALTO AL TRABAJO DEBIDO A MIS MALESTARES FÍSICOS (cólicos, dolores de cabeza, etc.)	6. TENGO UNA BUENA RELACION CON MIS SUPERIORES
12. FALTO AL TRABAJO DEBIDO A MI ESTADO DE ANIMO	7. CUMPLO CON LO QUE ME ES REQUERIDO A TIEMPO Y DEBIDAMENTE
13. SIENTO QUE SOY OLVIDADIZA EN EL TRABAJO	15. TENGO DESEOS DE COOPERAR EN LO QUE PUEDA
14. SIENTO QUE SOY TORPE EN EL TRABAJO	16. TENGO DESEOS DE QUEDARME A TRABAJAR MAS TIEMPO
17. TENGO DIFICULTAD PARA COMPLETAR MI TRABAJO	18. SIENTO QUE SOY DISCIPLINADA EN MI TRABAJO
19. SIENTO QUE COMETO MUCHOS ERRORES EN MI TRABAJO	21. SIENTO QUE SOY ORGANIZADA EN MI TRABAJO
20. TENGO ATAQUES DE IRA, DE LLANTO Y/O DE TRISTEZA EN EL TRABAJO	
22. ME SIENTO DISTRAIDA Y TENSA EN EL TRABAJO	

d) Baumanómetro.

4.10 PROCEDIMIENTO.

Se tomó la presión arterial de las participantes voluntarias y se aplicaron los instrumentos en forma colectiva e individual en su lugar y horas de trabajo.

Método

Escenario.

El estudio se realizó en los centros de trabajo de las mujeres participantes, como son: restaurantes, tiendas de autoservicio, una asociación no gubernamental, un centro de investigación (UNAM), escuelas, empresas de ventas y servicios, y en diversas instituciones gubernamentales.

4.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

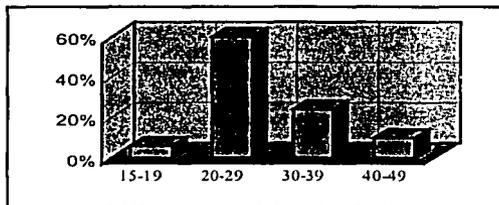
Para el procesamiento de los datos y los resultados del presente estudio, se utilizó un análisis estadístico descriptivo. Asimismo, un análisis estadístico inferencial, a través de la correlación producto-momento de Pearson, la cual indica el grado en que el cambio en una variable está relacionado a un cambio en la otra variable, esto con el fin de determinar la relación entre el estrés y el SPM; y ANOVA para determinar las diferencias entre los grupos jerárquicos laborales (operativos, medios y ejecutivos).

RESULTADOS

RESULTADOS.

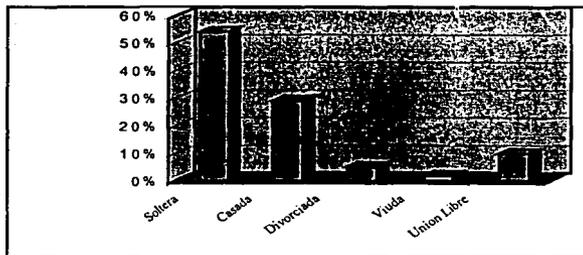
Respecto a la edad, la media fue de 28.8 años, y la desviación estándar de 6.5 (Gráfica 1). El 5.8% de la muestra con edad entre 18 y 19, el 60% con edad entre 20 y 29, el 24.2% con edad de 30 a 39 y el 10% con edad de 40 años.

Gráfica 1.
Edad de los Sujetos (N=120).



El estado civil de las mujeres participantes que mayor frecuencia presentó fue el de solteras.

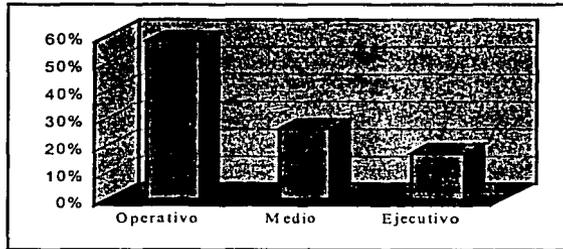
Gráfica 2.
Estado Civil (N = 120).



Resultados

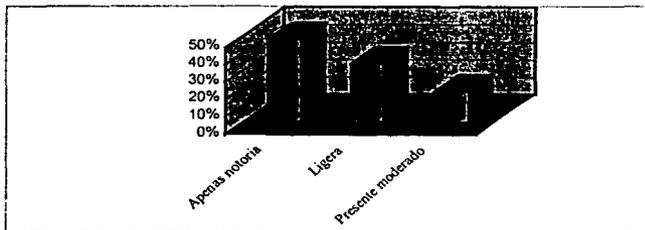
En cuanto a nivel jerárquico laboral (gráfica 3), 80 casos pertenecen al nivel operativo, 36 al nivel medio y 23 al nivel ejecutivo, esto es, el 57% de la muestra pertenece al nivel operativo, el 26.7% al nivel medio y el 15.8% al nivel ejecutivo.

Gráfica 3.
Nivel Jerárquico (N=120)



La media del ciclo menstrual de la muestra es de 30.3 días y con una duración de 5.1 días. Respecto al cuestionario de Distrés Premenstrual, la población presentó una media de 2.692; el 48% (58 casos) presenta una severidad apenas notoria, el 34% (41) una severidad ligera y el 18% (21 casos) se presenta moderadamente (Gráfica 4).

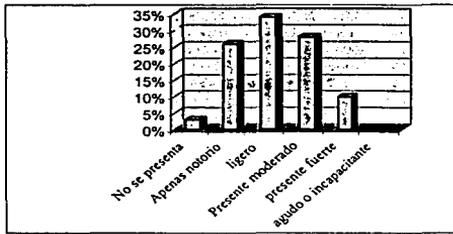
Gráfica 4.
Severidad del SPM (N=120).
Cuestionario de Distrés Menstrual (Moos, 1969).



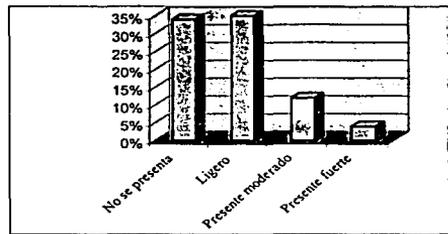
Resultados

Dentro de cada factor del los 8 que componen el Cuestionario de Distrés Menstrual de Moos, en el factor I, Dolor, el 34.2% de los casos muestra severidad presente ligeramente y el 27.5% de los casos, presenta una severidad presente moderadamente (Gráfica 5), en el factor III, cambios de conducta, el 35% presenta una severidad presente ligera (Gráfica 6).

Gráfica 5.
Factor I. Dolor (N=120)

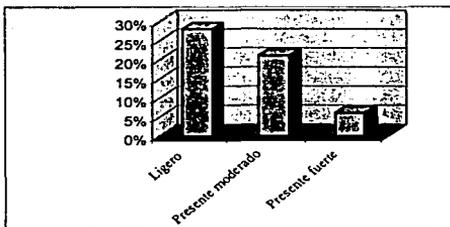


Gráfica 6.
Factor III. Cambios de Conducta (N=120)

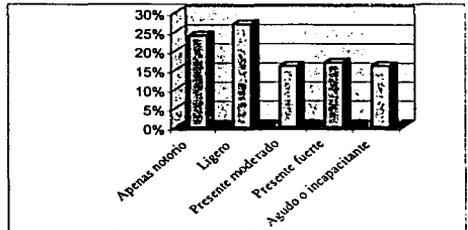


En el factor V, Retención de Agua, el 27% presentó el síntoma ligeramente (Gráfica 7), respecto al factor VI, afecto negativo, se encontró que el 25% de los casos presentó el síntoma ligeramente, 15% lo presentó con una severidad moderada, el 15.8% con una severidad fuerte y el 15% presentó una severidad incapacitante (Gráfica 8).

Gráfica 7.
Factor V. Retención de Agua. (N=120)



Gráfica 8.
Factor VI. Afecto Negativo. (N=120)



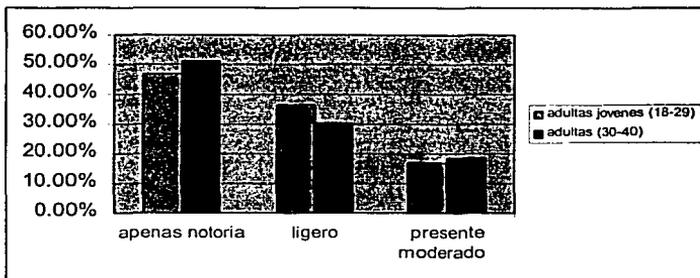
Resultados

Respecto a la prevalencia del SPM (Tabla 1), en este estudio se encontró que el 64.2% del total de la muestra tiene un rango de edad de los 18 a los 29 años, las cuales se clasifican como mujeres adultas jóvenes, de estas el 46.8% muestra una severidad apenas notoria, el 16.9% una severidad ligera, y el 16.9% una severidad presente moderadamente. El 35.8% de la muestra se clasifica como mujeres adultas con edad de 30 a 40 años y de estas el 51.2% presenta una severidad apenas notoria, el 30.2% ligera y el 18.6% presente moderadamente; estos resultados se muestran en la gráfica 9.

Tabla 1.
Prevalencia de la Severidad de los Síntomas del SPM
de Acuerdo a la Edad de las Mujeres.

		adultas jóvenes (18-29)	adultas (30-40)	total
Total MDQ	Nivel de severidad			
	apenas notoria	36 46.80%	22 51.20%	58
	ligero	28 36.40%	13 30.20%	41
	presente moderado	13 16.90%	8 18.60%	21
	total columna	77	43	120
	%	64.2	35.8	100

Gráfica 9.
Prevalencia de la Severidad de los Síntomas del SPM
de Acuerdo a la Edad de las Mujeres.



Resultados

La correlación entre la escala de estrés y SPM se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2.
Correlaciones entre el Estrés (SWS-Survey, Gutiérrez y Ostermann, 1994)
y el SPM (MDQ, Moos, 1969)

Factores del Cuestionario de Distensión Menstrual de Moos (1969) N=120

SWS-SURVEY	TOTAL	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI	Factor VII	Factor VIII	Hábitos A.
Estres personal	0.461 ** 0.000	0.339 ** 0.000	0.387 ** 0.000	0.329 ** 0.000	0.160 0.080	0.367 ** 0.000	0.471 ** 0.000	0.347 ** 0.000	0.193 * 0.035	0.264 ** 0.004
Estres en el trabajo	0.376 ** 0.000	0.361 ** 0.000	0.315 ** 0.000	0.247 ** 0.006	0.166 0.071	0.322 ** 0.000	0.311 ** 0.001	0.335 ** 0.000	0.266 ** 0.003	0.246 ** 0.007
Estres social	0.440 ** 0.000	0.345 ** 0.000	0.371 ** 0.000	0.303 ** 0.001	0.186 * 0.042	0.304 ** 0.001	0.369 ** 0.000	0.437 ** 0.000	0.246 ** 0.007	0.192 * 0.035
Salud pobre	0.505 ** 0.000	0.415 ** 0.000	0.360 ** 0.000	0.286 ** 0.002	0.316 ** 0.000	0.356 ** 0.000	0.455 ** 0.000	0.319 ** 0.000	0.351 ** 0.000	0.219 * 0.016
Apoyo social	-0.036 0.698	0.052 0.573	-0.102 0.269	-0.006 0.949	-0.152 0.098	0.181 * 0.049	-0.095 0.319	0.000 0.998	-0.088 0.337	0.020 0.830
Apoyo en el trabajo	-0.090 0.326	0.009 0.925	0.035 0.705	-0.052 0.575	-0.188 * 0.040	0.128 0.167	-0.199 * 0.035	-0.080 0.386	-0.142 0.121	-0.046 0.617
Apoyo personal	-0.052 0.573	0.028 0.758	-0.106 0.250	-0.025 0.783	-0.098 0.286	0.169 0.067	-0.133 0.163	0.015 0.869	-0.043 0.641	-0.067 0.469
Buena salud	-0.085 0.354	-0.018 0.847	-0.144 0.117	-0.049 0.597	-0.197 * 0.031	0.188 * 0.041	-0.179 0.059	-0.034 0.713	-0.094 0.306	-0.077 0.401
TOTSWs	0.351 ** 0.000	0.355 ** 0.000	0.257 ** 0.005	0.236 ** 0.010	0.048 0.599	0.466 ** 0.000	0.226 ** 0.017	0.302 ** 0.001	0.160 0.080	0.171 0.061

** P<0.01 * P<0.05

En la tabla anterior se presentan los resultados de las correlaciones entre los factores del Cuestionario de Distensión Menstrual (MDQ) y las ocho subescalas del SWS-Survey

Resultados

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en la comparación del SPM y el estrés de acuerdo a la jerarquía de las trabajadoras. Los grados de libertad son los mismos para cada factor y se muestran de lado de la *F*.

Tabla 3.
Relación del Nivel Jerárquico Laboral con el SPM

ANOVA			
	Suma de Cuadrados (intergrupos e intragrupos)	χ^2	F (2, 117)
estres personal	487.442	243.721	1.846
	15446.525	132.022	
estres en el trabajo	285.397	142.698	1.206
	13847.528	118.355	
estres social	253.617	126.808	0.933
	15903.375	135.926	
salud pobre	916.983	458.492	1.865
	28760.483	245.816	
apoyo en el trabajo	4674.886	2337.443	15.537*****
	17602.106	150.445	
apoyo personal	1809.267	904.634	7.388***
	14325.899	122.444	
buena salud	2764.914	1382.457	10.314****
	15682.211	134.036	
TOTSWS	17277.344	8638.672	3.006
	336283.456	2874.218	
TOTAL MDQ	1023.246	511.623	0.433
	138135.346	1180.644	
factor I	2.715	1.357	1.346
	117.952	1.008	
factor II	0.092	0.046	0.071
	75.875	0.649	
factor III	2.051	1.026	0.987
	121.541	1.039	
factor IV	4.756	2.378	2.607
	106.711	0.912	
factor V	0.851	0.425	0.363
	136.023	1.173	
factor VI	0.275	0.137	0.068
	221.216	2.030	
factor VII	0.546	0.273	0.309
	103.320	0.883	
factor VIII	2.751	1.375	2.380
	67.616	0.578	
habitos alimenticios	8.175	4.087	2.015
	237.292	2.028	

* P < 0.0005 *** P < 0.001 ***** P < 0.0001 ***** P < 0.0000

Resultados

En siguiente tabla, se muestran los datos encontrados en relación al desempeño laboral, el estrés y el SPM

Tabla 4.
Relación del Desempeño Laboral, el Estrés y el SPM

	disfuncionales	funcionales	factor II	factor III
estres personal	0.631 ** 0.000	-0.431 ** 0.000	0.387 ** 0.000	0.329 ** 0.000
estres en el trabajo	0.516 ** 0.000	-0.313 ** 0.001	0.315 ** 0.000	0.247 ** 0.006
estres social	0.572 ** 0.000	-0.357 ** 0.000	0.371 ** 0.000	0.303 ** 0.001
salud pobre	0.504 ** 0.000	-0.402 ** 0.000	0.360 ** 0.000	0.286 ** 0.002
apoyo social	-0.180 * 0.049	0.460 ** 0.000	-0.102 ** 0.269	-0.006 ** 0.949
apoyo en el trabajo	-0.043 0.641	0.450 ** 0.000	0.035 0.705	-0.052 0.575
apoyo personal	-0.138 0.132	0.533 ** 0.000	-0.106 0.250	-0.025 0.783
buena salud	-0.137 0.135	0.472 ** 0.000	-0.144 * 0.117	-0.049 0.597
TOTSWS	0.390 ** 0.000	0.100 0.279	0.257 ** 0.005	0.236 ** 0.010
total MDQ	0.446 ** 0.000	-0.306 ** 0.001	0.647 ** 0.000	0.642 ** 0.000
factor II	0.533 ** 0.000	-0.223 ** 0.014	1.000	0.538 ** 0.000
factor III	0.354 ** 0.000	-0.113 0.217	0.538 ** 0.000	1.000

** p < 0.01 * p < 0.05

En la tabla anterior se pueden ver las correlaciones negativas y positivas de las dimensiones funcionales y disfuncionales de la forma de autodesempeño laboral, así como de los factores II y III del MDQ, que miden concentración y cambios de conducta respectivamente, con respecto a las subescalas del SW-Survey

Resultados

Respecto a la presión sanguínea de los sujetos se tomó la presión en 85 de los 120 sujetos, de los cuales la media es 107.5 (sistólica) 77.5 (diastólica). Las correlaciones de la presión con las subescalas del SWS y el total del MDQ respecto al nivel jerárquico, se muestran a continuación.

Tabla 5.
Correlaciones de la Presión Diastólica y Sistólica con las Subescalas del SWS-Survey y el Total del MDQ de Acuerdo al Nivel Laboral.

	Presión Sistólica				Presión diastólica (baja)			
	Ejecutivos (N=11)	Medios (N=30)	Operativos (N=44)	Total (N=85)	Ejecutivos (N=11)	Medios (N=30)	Operativos (N=44)	Total (N=85)
estres personal	-0.009 0.980	0.024 0.899	-0.080 0.607	-0.051 0.642	0.138 0.685	0.074 0.699	-0.022 0.888	0.020 0.856
estres en el trabajo	0.683 * 0.021	0.008 0.966	-0.219 0.153	-0.062 0.573	0.667 * 0.025	0.018 0.926	-0.084 0.588	0.015 0.895
estres social	0.710 * 0.014	-0.050 0.794	-0.225 0.143	-0.132 0.228	0.508 * 0.111	-0.053 0.780	-0.193 0.209	-0.100 0.364
salud pobre	0.361 0.275	0.084 0.661	0.007 0.964	0.017 0.875	0.467 0.147	0.049 0.798	0.101 0.514	0.117 0.287
apoyo social	-0.492 0.124	-0.274 0.143	-0.001 0.994	-0.008 0.941	-0.419 0.200	-0.264 0.158	-0.155 0.316	-0.185 0.090
apoyo en el trabajo	-0.771 ** 0.006	-0.024 0.900	-0.016 0.919	-0.013 0.906	-0.709 * 0.015	-0.046 0.811	0.105 0.497	-0.041 0.709
apoyo personal	-0.690 * 0.019	-0.307 0.099	-0.157 0.309	-0.175 0.109	-0.540 0.086	-0.217 0.249	-0.123 0.427	-0.187 0.086
buena salud	-0.574 0.065	-0.283 0.130	-0.257 0.092	-0.212 0.052	-0.461 0.154	-0.274 0.142	-0.247 0.106	-0.274 * 0.011
TOTSWS	-0.194 0.568	-0.182 0.336	-0.171 0.267	-0.124 0.256	-0.047 0.891	-0.162 0.394	-0.102 0.511	-0.118 0.283
total MDQ	0.154 0.651	-0.117 0.537	0.015 0.923	-0.037 0.735	0.425 0.192	-0.244 0.195	-0.050 0.748	-0.088 0.425

** P < 0.01 * P < 0.05

**DISCUSIÓN
Y
CONCLUSIONES**

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Respecto a la relación de estrés y síndrome premenstrual, en la tabla 2 se observa lo siguiente: existe una correlación mediana significativa (** $P < 0.01$) respecto al total del SWS-Survey y el total del Cuestionario de Distrés Menstrual de Moos (0.351). Respecto a cada escala de ambos instrumentos, existe una correlación positiva significativa en cuanto a la escala de estrés personal con siete factores del MDQ, a excepción del factor IV (reacciones autonómicas); existe una correlación muy ligera negativa significativa a nivel 0.05 entre la buena salud y el factor IV y V del MDQ (-0.197 y -0.188). Así mismo, existe una correlación muy ligera negativa significativa entre el apoyo en el trabajo, el factor IV y el factor VI del MDQ. La correlación más fuerte es la de la salud mental pobre y el total del MDQ (0.505). Respecto al estrés en el trabajo, se encontró una correlación significativa ligera en todas las escalas del MDQ, excepto en el factor IV. Se encontró una correlación positiva significativa en la escala de estrés social con ocho factores. Respecto al total del SWS-Survey, se encontró una correlación positiva significativa respecto a los factores I, II, III, V, VI y VII, cabe mencionar que las correlaciones fueron ligeras, sin embargo, la más alta fue respecto al factor V.

Lo anterior permite comprobar la hipótesis 1, la cual postula que existe una relación entre los altos niveles de estrés y la severidad de los síntomas del SPM.

Dentro de cada factor del los 8 que componen el Cuestionario de Distrés Menstrual de Moos, en el factor I, Dolor, el 34.2% de los casos muestra severidad presente ligeramente y el 27.5% de los casos, presenta una severidad presente moderadamente, en el factor III, cambios de conducta, el 35% presenta una severidad presente ligera, en el factor V, Retención de Agua, el 27% presentó el síntoma ligeramente, respecto al factor VI, afecto negativo, se encontró que el 25% de los casos presentó el síntoma ligeramente, 15% lo presentó con una severidad moderada, el 15.8% con una severidad fuerte y el 15% presentó una severidad incapacitante, siendo este el factor más representativo de la muestra con media de 3.74. Los factores

Discusión y Conclusiones

mencionados son aquellos que presentaron una severidad más notoria. El que menos nivel de severidad presentó en la mayoría de las mujeres fue el factor IV, reacciones autonómicas, con una media de 1.93 de severidad, lo cual significa que el síntoma se encuentra apenas notorio, y el factor II, concentración, con una media de 1.98, lo cual de igual manera se encuentra apenas notoriamente.

La correlación más alta del total del MDQ se presentó con relación a la escala de salud mental pobre (0.505), seguida por el factor VI (afecto negativo). En lo que respecta a las escalas negativas del SWS y a cada factor del MDQ, el factor I, IV y VIII presentan una correlación más alta con la subescala de salud mental pobre (0.415, 0.316 y 0.351 respectivamente); el factor II, III y V son la subescala de estrés personal, el factor VII con la escala de estrés social. El total del SWS-Survey obtuvo una correlación más alta, ligera, con el factor V. El total del MDQ mostró correlaciones significativas con cada uno de los factores negativos de la escala de estrés. Cabe mencionar que las correlaciones significativas se presentan ligeras ya que son menores de 0.600.

A partir de la tabla 2, respecto al SWS-Survey y el total del MDQ, se puede observar una correlación significativa en las subescalas de salud mental pobre y de estrés personal lo cual comprueba la hipótesis cuatro.

De acuerdo a la hipótesis dos que postula que existen diferencias en la magnitud de los síntomas respecto al nivel jerárquico, se concluye que no se encontraron diferencias significativas en el total del MDQ respecto al nivel jerárquico laboral (tabla 3). Sin embargo, se encontraron tendencias en los factores IV, reacciones autonómicas, y en el factor VIII, control, por parte de los niveles medio y ejecutivo respecto al nivel operativo. En cuanto a la escala SWS-Survey, se encontraron diferencias significativas en las subescalas positivas (apoyos y buena salud mental) por parte de los niveles medio y ejecutivo respecto al nivel operativo y una tendencia con respecto al total del SWS-Survey. Lo anterior permite concluir que las mujeres experimentan el estrés de manera diferente de acuerdo a su nivel jerárquico,

Discusión y Conclusiones

sin embargo no hay diferencias en relación a los síntomas del SPM y el nivel jerárquico, por lo anterior se rechaza la hipótesis dos.

En cuanto al desempeño laboral se refiere se encontró lo siguiente: con relación a los factores II y III del MDQ que miden la concentración y el desempeño laboral respectivamente, se encontró una correlación positiva ligera estadísticamente significativa respecto al total del SWS-Survey (0.257, 0.236), siendo la correlación más fuerte con la subescala de estrés personal (0.387 y 0.329) (Tabla 4).

Respecto a la forma autoevaluación de desempeño laboral en la dimensión de aspectos funcionales, se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa, más alta respecto al estrés personal, seguida por la salud mental pobre, el estrés social y el estrés en el trabajo. Así mismo se muestra una correlación negativa respecto a las subescalas de estrés social, salud pobre, estrés en el trabajo y el total del SWS-Survey. No se encontró correlación con el total del SWS-Survey. La correlación positiva estadísticamente significativa más elevada se presentó con respecto a la escala de apoyo personal (0.533).

Los datos en relación a la dimensión de aspectos disfuncionales muestran lo siguiente: una correlación negativa fuerte estadísticamente significativa con respecto al estrés personal (0.631); el estrés social (0.572), estrés en el trabajo (0.516) y salud mental pobre (0.504); pobre salud mental presentan una correlación negativa media.

Con respecto al MDQ se encontró una correlación negativa fuerte del total con la dimensión de aspectos funcionales (0.306); así mismo, el factor II mostró una correlación negativa con relación a esta dimensión; sin embargo, esta correlación se presenta ligera (0.223). Los aspectos funcionales presentaron una correlación positiva medianamente fuerte con el factor II (0.533) y con el factor III, se presenta ligera (0.354).

Discusión y Conclusiones

De acuerdo a los datos anteriores se acepta la hipótesis 3 que postula que existe una relación significativa entre el estrés y el SPM con el desempeño laboral de acuerdo a la percepción de las mujeres que lo padecen, y se encontró una relación más fuerte respecto al estrés personal y al apoyo personal, lo cual significa que el desempeño laboral se ve afectado en relación con la autoconfianza y la autosatisfacción, así como la autoestima de las mujeres, punto que se ve apoyado con una puntuación alta en el factor VI del MDQ el cual mide el afecto negativo. Así mismo cabe señalar que el factor II, concentración, mostró una correlación más elevada que el factor III (cambios de conducta).

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye lo siguiente:

En la literatura acerca del Síndrome Premenstrual se puede encontrar que existe una relación entre el estrés y el SPM. Laurensen y Stukane (1983, citado por Iglesias, 1987), mencionan que condiciones de estrés agravan el SPM, ya que las señales del cerebro que regulan las oscilaciones de las hormonas son sensibles al estrés, y, a su vez, el SPM se relaciona también con oscilaciones hormonales. Dalton (1983) menciona que el estrés inhibe la producción hormonal, por lo que una disfunción o alteración en el funcionamiento o la producción hormonal altera al organismo y por lo tanto repercute en el SPM; cualquier evento estresante tanto positivo como negativo, influye en los mecanismos hormonales, por lo tanto cualquier reacción emocional, percibida por el hipotálamo, el cual a su vez regula las oscilaciones hormonales, puede alterar los patrones menstruales (Dalton, 1983). Norris (1985), menciona que el estrés altera y exacerba los síntomas del SPM. Lara H. y Trejo (1988) mencionan que las mujeres que trabajan fuera del hogar se enfrentan a más estresores que las que se dedican este, lo cual repercute en respuestas somáticas al estrés como son los síntomas del síndrome premenstrual. De acuerdo a lo anterior, a través del presente estudio se comprueba una relación entre niveles altos de estrés con la severidad de los síntomas del SPM en las mujeres que ejercen una actividad laboral.

Discusión y Conclusiones

En 1991, Taylor, et al, propuso que las variables sociales y personales respecto al estrés, ejercen una influencia respecto al SPM. De acuerdo a esto, en el presente estudio se considera importante señalar que las subescalas del SWS-Survey en las que se obtuvo una correlación más alta con respecto al SPM fueron las de Salud Mental Pobre, Estrés Personal, seguidas por la de Estrés Social y Estrés en el Trabajo, por lo tanto se comprueba lo propuesto por la teoría respecto a la importancia de las variables sociales y personales en el estrés y en el SPM y así, se enfatiza en la necesidad de adoptar un enfoque biopsicosocial en el estudio del estrés y el SPM, sin considerar solo los aspectos físicos o fisiológicos.

De acuerdo a la definición de la OMS, la salud mental es un estado psicológico de bienestar que está compuesto por dimensiones como la autoestima, el crecimiento personal, una visión de la vida con significado y la capacidad de manejar efectivamente el ambiente, entre otras (OMS, 2002, www.iwh.org); así, los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron una correlación alta respecto al SPM y la salud mental pobre y el estrés personal, por lo que se considera que estas subescalas pudieran reflejar una autoestima baja y un estado emotivo negativo entre otros; si esto fuera así, se podría dar una situación cíclica, esto es, la baja autoestima o autoconcepto evita que el sujeto cuide de su salud, o utiliza mecanismos de afrontamiento ante el estrés que deterioran su salud, lo cual a su vez alimenta la baja autoestima.

En cuanto a los factores del MDQ, el factor VI –afecto negativo- fue el que obtuvo una correlación más fuerte con respecto al estrés personal y a la salud mental pobre (Tabla 2), lo cual se ve apoyado por la teoría que relaciona los estados depresivos y las alteraciones menstruales (Rubinow, 1984; Lara, H., 1984; Contreras y Marván, 1989). Los puntajes elevados del factor VI pueden apuntar a un estado depresivo lo cual a su vez influye en las relaciones interpersonales y en la cohesión de los grupos de trabajo, situación que puede influir en el bienestar de las trabajadoras, el cual repercute en su motivación en el trabajo, en el ambiente laboral y en la productividad, y así, en el cumplimiento de los objetivos de la organización.

Discusión y Conclusiones

Así mismo, se encontró una correlación estadísticamente significativa de la salud mental pobre con el factor I -dolor-, lo cual, respecto a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define a la salud como un estado de completo bienestar físico, social y mental (Pedrosa, 1984), se puede concluir que cuando el individuo presenta una salud mental pobre, esta se ve reflejada en la salud física; de igual manera, se refleja la influencia en el aspecto social al presentar una correlación positiva estadísticamente significativa con respecto al estrés social y al factor III que mide los cambios de conducta social; así mismo, se encontró una relación con el factor III y el estrés personal; sin embargo, cabe mencionar que se considera que estos factores no son determinantes ya que incluyen un pequeño número de reactivos, pero indica una relación a considerar en estudios posteriores.

Respecto a la prevalencia del SPM, en el presente trabajo se encontró que el 18% de la población presenta este síndrome; en este sentido, la literatura menciona datos variados acerca de la ocurrencia del SPM, por ejemplo, algunos autores mencionan que el 40% de las mujeres presenta alguna alteración menstrual (Bradley, 2002, citado por Lolas, 2002), otros como Pendersen, (1981, citado por Marván, 1993) encontró que el 97% de la población que él estudió presentan alguno de los síntomas del SPM; el presente estudio apoya la teoría que menciona que aún cuando un alto porcentaje de las mujeres puede presentar alguno o varios síntomas del SPM, solo un porcentaje menor del 20% presenta los síntomas en niveles severos (Logue, C, y Moos, R., 1986, citado por Marván; Iglesias, 1987). Esta autora menciona que la existencia de datos tan variados se debe a los distintos criterios que se utilizan para definir al SPM lo cual se ve apoyado por Iglesias (1987). A partir de lo anterior, el presente estudio apoya la importancia de utilizar criterios objetivos para determinar la existencia de este síndrome.

Con relación a la edad y la prevalencia del SPM se observó que la mayor severidad la presentó la muestra cuya edad es de 20 a 29 años (tabla 1). La teoría menciona que a mayor edad, los síntomas del SPM se agravan después de los 30 años (Lolas, 2001, Lara, H., 1984; Ontiveros, 1995; Moos, R. 1969), a partir de los datos encontrados en este estudio se observa

Discusión y Conclusiones

que la edad de 30 a 40 años presenta una severidad presente moderadamente en mayor porcentaje que las jóvenes adultas. En este sentido, respecto al estrés se pudiera pensar en que a mayor edad, las mujeres pueden tener más responsabilidades, tanto económicas por el sustento de los hijos, ya que muchas mujeres se quedan al frente del hogar (divorcio, migración de la pareja, madres solteras, etc), como en el trabajo –como por ejemplo, conservar el trabajo ya que a mayor edad es más difícil para la mujer conseguir trabajo, y el cuidado de su carrera profesional, así como factores sociales como el hecho de que la cultura valora a la mujer por su juventud, creencia que influye en su autoconcepto- factores que repercuten en los niveles de estrés y por lo tanto en su salud, en este caso, en los síntomas del SPM (Witkin-Lanoil, 1985; Karasek, citado por Parkes, 1998; Salgado, 1992, Anker, 1997; Buvinik, 1995).

En el presente trabajo, no se encontraron diferencias significativas estadísticamente respecto al nivel jerárquico laboral y el SPM, lo cual difiere con los hallazgos de González (2000), quien encontró diferencias de acuerdo al nivel.

Respecto a la presión sanguínea y el estrés, del total de la muestra (N=120), se obtuvo la presión de 85 casos de los cuales, 11 pertenecen al nivel ejecutivo, 30 al nivel medio y 44 al nivel operativo (Tabla 5). Del total de los casos, se encontró una relación negativa estadísticamente significativa ligera de la presión diastólica con la buena salud mental (0.274). Respecto a cada nivel, en el nivel ejecutivo, se encontró una relación negativa fuerte estadísticamente significativa de la escala de apoyo en el trabajo con ambas presiones (sistólica = 0.771 y diastólica = 0.709), también respecto a la escala de estrés en el trabajo y estrés social, se encontró una correlación positiva mediana estadísticamente significativa respecto a las dos presiones; se encontró una relación negativa mediana estadísticamente significativa de la escala de apoyo personal con la presión sistólica. Respecto a los otros niveles jerárquicos, no se encontraron datos significativos. Los resultados respecto a presión son congruentes con la teoría que menciona que los niveles de estrés elevados afectan la presión sanguínea de los sujetos (Selye, 1993; Ivancevich, 1989; Cox, 1978 citado por Gutiérrez, 2000; Gutiérrez, 2000), y aunque no se encontró una relación significativa en el

Discusión y Conclusiones

total de los casos, el nivel ejecutivo si mostró tal relación. A este respecto, la teoría menciona que las respuestas fisiológicas al estrés varían de acuerdo a los hombres y las mujeres; según Orland (1999), el estrés tiene más costo psicológico para la mujer y más costo fisiológico para el hombre, así mismo, Pennebaker y Roberts (1992), mencionan que, en general, las mujeres y los hombres utilizan estrategias diferentes para percibir las emociones, la diferencia radica en las prescripciones sociales respecto a la expresión femenina o masculina "apropiada" de tales emociones. De acuerdo a estos autores, diversos estudios sugieren que los hombres tienden a utilizar más las señales fisiológicas internas, mientras que las mujeres utilizan más las señales situacionales externas para definir sus estados emocionales (Roberts y Pennebaker, 1995).

Estos autores mencionan que existen dos teorías que pudieran explicar tales diferencias, la social y la biológica. La social se refiere a las diferencias de aprendizaje entre hombres y mujeres respecto a la comprensión o reconocimiento de sus señales corporales como la respuesta sexual y los cambios relacionados con la menstruación (capítulo dos), así mismo, la teoría social menciona que la mujer se encuentra en un estatus social más bajo lo cual la hace estar más en contacto con estímulos ambientales más que los estímulos o respuestas internas, lo cual a su vez la puede poner en situaciones estresantes. La teoría biológica respecto a la respuesta ante el estrés, menciona que muchos estudios han demostrado que la fisiología del hombre es más reactiva que la de la mujer; además, el hombre toma más tiempo para regresar al estado de calma una vez que se ha activado la respuesta, lo cual, de acuerdo a estos autores puede significar que los hombres tienen más información interna para determinar su estado emocional, es decir, el hombre se puede basar más que la mujer en datos como un ritmo cardíaco o presión sanguínea para identificar su estado emocional. Estos autores concluyen que el conocer tales diferencias respecto a la percepción de la emoción, puede ayudar en la comprensión y el tratamiento de los patrones de comunicación femeninos y masculinos, así como para entender las reacciones y percepción ante el estrés (Pennebaker y Roberts, 1992). Lo anterior, de acuerdo a los resultados encontrados en el presente estudio, pudiera explicar el hecho de que las mujeres mostraron una correlación alta entre las escalas de estrés y el factor VI del Moos (afecto negativo) y no hayan mostrado una correlación

Discusión y Conclusiones

significativa entre dichas escalas y la presión sanguínea. Así mismo, la teoría menciona que las mujeres en altos mandos que se encuentran con niveles de estrés elevados, al igual que los hombres suelen tener niveles altos de presión, ya que tienen más responsabilidades (Witkin-Lanoil, 1985), lo cual se encontró en el presente estudio.

Concerniente al desempeño laboral, en el presente estudio se encontró que la presencia de los síntomas del SPM influye en el desempeño laboral de las trabajadoras de acuerdo a su propia percepción, sin embargo, cabe mencionar que esto no quiere decir que las trabajadoras que padecen este síndrome sean menos eficientes, sino que de acuerdo a su percepción, estos malestares alteran su rendimiento.

Uno de los resultados obtenidos en este estudio es la relación positiva estadísticamente significativa respecto a las escalas negativas del SWS-Survey, los resultados del MDQ y la autoevaluación de desempeño laboral (Tabla 4). De acuerdo a lo anterior y basados en la teoría, diversos estudios no han encontrado una relación significativa respecto al desempeño laboral de las mujeres que padecen del SPM, sin embargo, en diversos estudios, las mujeres con SPM han reportado que se sienten torpes o que sienten que no son eficientes en su trabajo (Clare, 1985; Sommer, 1983; J.C.Parlee, P., 1983; citado por Chrisler, 1990). Estos datos se ven apoyados por los encontrados en México por González (2000) en un estudio con 32 mujeres donde se obtuvieron puntuaciones con correlaciones altas en la en cuanto a bajo rendimiento laboral y menor eficiencia, depresión y concentración. Respecto a la relación del SPM, el estrés y el desempeño laboral, Norris (1985) menciona que niveles altos de SPM y estrés pueden repercutir en los accidentes de tipo laboral, así como en las relaciones interpersonales, en trabajo de equipo, con jefes, colaboradores y subordinados.

Se considera necesario puntualizar el hecho de que el desempeño laboral se midió como una autoevaluación, lo cual no quiere decir que las mujeres que padecen este síndrome sean menos eficientes, ya que como se mencionó anteriormente, diversos estudios han

Discusión y Conclusiones

demonstrado que no hay diferencias significativas en cuanto a la productividad, sin embargo, ellas consideran su desempeño se ve alterado o que son menos eficientes.

De acuerdo a los resultados del presente estudio, la esfera afectiva fue uno de los factores que presenta un puntaje mayor en el cuestionario de Distrés Menstrual, así como una correlación significativa con respecto a las subescalas negativas del SWS-Survey. La esfera afectiva altera las relaciones interpersonales, familiares, personales y en el trabajo en particular, lo cual repercute en el ambiente laboral de la organización y en la autopercepción y autoestima del individuo, esferas que también se reflejan en el ámbito y conductas laborales, lo cual a su vez, se pudiera ver reflejado tanto en la producción como en el ambiente saludable de la organización.

Debido a lo anterior, es importante considerar la relación Síndrome Premenstrual con el estrés, para así crear planes de acción que se enfoquen en estos problemas, desde la difusión, brindando información acerca de este síndrome -la etiología, posibles tratamientos, hábitos alimenticios, estilos de afrontamiento del estrés, etc.-, con el fin de concientizar a las empleadas acerca de la existencia de este padecimiento, hasta la implementación de planes de acción que se enfoquen en el manejo y control del estrés, así como en la detección objetiva del Síndrome Premenstrual. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que reducen sus niveles de estrés, reducen sus niveles de SPM (Dalton, 1983); Northrup (1998), menciona que mujeres que practican diversos métodos de relajación profunda, son capaces de aliviar muchos de sus síntomas, lo cual se ve apoyado por la teoría que menciona que existe una relación entre ambos.

Finalmente se concluye que en cuanto al tema y el estudio del SPM es imprescindible una distinción clara y objetiva de las mujeres que padecen este síndrome de las que no, para así evitar alimentar el estereotipo de la mujer como débil o menos eficiente debido a su ciclo menstrual. Asimismo, es importante tomar en cuenta la percepción de la mujer respecto a su eficiencia laboral relacionada con las alteraciones de su ciclo menstrual, tomando en cuenta

Discusión y Conclusiones

que esta puede ser una autopercepción errónea, que la hace sentir menos eficiente cuando en realidad no lo es. Además, es importante tratar de concientizar a la mujer de que las alteraciones del ciclo menstrual no son normales y tienen una etiología y un tratamiento para aliviarlas e incluso desaparecerlas, es decir, infundir una educación para la salud respecto a las alteraciones menstruales.

Al estudiar la relación estrés-SPM, y de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación que comprueban que a mayor estrés los síntomas del SPM se ven agravados, se puede concluir que el estrés negativo repercute de forma negativa directamente en la salud de los individuos, en este caso de las mujeres, y por lo tanto esta repercusión se pudiera ver reflejada en su desempeño y ambiente laboral. Por lo tanto, al impartir y difundir una cultura de manejo y control del estrés en el recurso humano de la organización, se cuida tanto la salud de los empleados como la de la organización.

Es importante denotar que al estudiar tanto el estrés como el SPM en particular, es necesario tomar en cuenta las diferencias individuales y culturales. Como se mencionó en el capítulo dos, existen diversos factores que determinan las diferencias en cuanto al género y la percepción del estrés, por ejemplo, factores culturales, sociales, económicos, etc. Lember y Fernández (1982), mencionan que condiciones socioculturales de actividad-pasividad y las premisas socioculturales determinan el afrontamiento del estrés, y por lo tanto las alteraciones que se relacionan con este, en este caso el SPM; las culturas activas afrontan el estrés de manera que modifican el medio para adaptarse a el, y las pasivas alteran el organismo para adaptarse al medio, por lo tanto es importante considerar la cultura y los aspectos sociales. La mayor parte de la bibliografía acerca del SPM se basa en poblaciones de culturas como la anglosajona y la europea -culturas activas en su mayoría-, mientras que la cultura mexicana en su mayoría es pasiva (Lara, H. y Trejo, 1988) por lo tanto que se sugiere tener cuidado al estudiar otras culturas como la nuestra, ya que existen muchas diferencias, entre ellas, la alimentación, las creencias acerca de la menstruación, los hábitos -control natal- etc.; tales

Discusión y Conclusiones

diferencias pueden determinar ciertas características particulares para la muestra que hay que considerar.

Respecto a lo anterior, tanto el psicólogo laboral y como las organizaciones deben tomar en cuenta las diferencias individuales y de grupo y los factores que las determinan, para adecuar los programas de capacitación, de motivación del trabajador, etc. y el funcionamiento general de la organización, de manera que alcancen la efectividad necesaria, tomando en cuenta como objetivo principal el bienestar completo del individuo lo cual a su vez determina el funcionamiento de la organización dirigida al cumplimiento de sus metas. En un tiempo de cambios a nivel mundial los cuales se dirigen hacia una globalización de los mercados y la ampliación de la rama de los servicios, es necesario considerar las diferencias tanto individuales como culturales y económicas, de manera que se beneficien tanto los individuos que forman parte de las organizaciones.

Cabe mencionar que en el momento de pedir autorización a los encargados, supervisores, y/o gerentes de los lugares donde se realizó el presente estudio, cuando el cargo estaba representado por una mujer, esta se mostraba muy accesible, en cambio, cuando el cargo estaba representado por un hombre, no hubo cooperación en la mayoría de los casos. En general hubo una buena colaboración por parte de la mayoría de las mujeres a las que se les pidió participar; sin embargo, cuando se les mencionaba que se trataba de un cuestionario de menstruación, se mostraron inhibidas o sorprendidas. Las mujeres que participaron en este estudio también mencionaron como retroalimentación que consideran que el contestar a los tres instrumentos puede resultar cansado, ya que el SWS-Survey es una escala extensa, punto en el que coincidieron los supervisores y gerentes.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS.

A partir del presente estudio se presentan las siguientes sugerencias para estudios posteriores.

1. Hacer las mediciones del SPM en mínimo 3 ciclos menstruales, durante las 3 fases (premenstrual, menstrual y postmenstrual).
2. Tomar mediciones de niveles hormonales así como estudiar la relación con los métodos de control natal
3. Comparar diferentes organizaciones, por ejemplo, instituciones bancarias, de servicios, operadoras, etc., de acuerdo a su rama y a los posibles niveles de estrés a los que se pueden enfrentar.
4. Evaluar el desempeño laboral con índices de la empresa y su relación con el SPM en las diversas fases del ciclo menstrual.
5. Estudiar los estereotipos acerca de los roles de la mujer, su ciclo menstrual, etc. y su influencia tanto en el estrés como en el SPM.
6. Estudiar si la variable de madres solteras o de jefas de familia tiene alguna influencia ya que la teoría postula que las mujeres presentan más estrés cuando son las jefas de familia o tienen la responsabilidad económica y/o moral de los hijos y algunas veces de los padres y hermanos. Aun cuando en el presente estudio se obtuvieron las variables como estado civil y número de dependientes, no se pudo determinar si fue la mujer la que tuvo la responsabilidad de los dependientes o si la comparte.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- ABEL, A. (1994), *Women's Work, Degraded and Devalued*, Ed. Pentice Hall, E.U.A.
- ALLPORT, G.W. (1966), *Pattern and Growth in Personality*. New York Holt, Reinhart & Winston.
- ANDERSON, C.R.(1977), *Locus of Control, Coping Behaviors, and Performance in a Stress Setting: A Longitudinal Study*, Journal of Applied Psychology, Vol. 62, No. 4.
- ANKER, R. (1997), "La Segregación Profesional entre Hombres y Mujeres. Repaso de las Teorías" REVISTA INTERNACIONAL DEL TRABAJO VOLUMEN 116, NUMERO 3 1997/3.
- ARDILA, (1986), *Psicología Fisiológica*, 2ª Edición, Ed. Trillas, México.
- ARIAS, (1999), *Administración de Recursos Humanos*, Ed., Trillas, México, D.F.
- BAILON, R. (1991), *Legislación Laboral*, Ed. Limusa, México. D.F.
- BANDURA, A. (1977), *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, Psychological Review, 84, 191-215.
- BELK, S., y Snell, W. (1989), *Stereotypic Beliefs About Women As Moderators Of Stress-Distress Relationships*, Journal of Clinical Psychology, Vol. 45-4.
- BENERIA, L. (2001), *Changing Employment Patterns and the Formalization of Jobs: General Trends and Gender Dimensions*, Publicado en *Mujer en el Trabajo: un Reto para el Desarrollo por el Banco Interamericano de Desarrollo y la Unidad de Mujer en el Desarrollo*, Santiago, Chile.
- BERKE, M., Blumer, A, Zack, R. (2002), *Treating Women with Menstrual Distress*, <http://www.pmsinst.com> Premenstrual Institute.
- BIRKE, L. y Gardner, K. (1983), *Por qué Sufrir? La Regla y sus Problemas*, Ed. La Sal, Barcelona, España.
- BUENDÍA, J. (comp) (1998), *Estrés y Salud Laboral*, Biblioteca Nueva, Madrid, España.
- BURJOVICH, J. (1998), *Malestar Psicológico, Factores Psicosociales y Servicios de Salud*, Cuadernos Mujer Salud.
- BUVINIC, M.(1995), *The Feminization of poverty? Research and Policy Needs*, en: José B. Figueiredo y Zafar Shaheed (directores): "Reducing Poverty through Labour Market Policies: New Approaches to Poverty Analysis and Policy — II. Ginebra, Instituto Internacional de Estudios Laborales.

Referencias

- CHRISLER, C.J. (1990), *The Effect of Premenstrual Symptoms on Creative Thinking*, en: *Menstruation, Health, and Illness*; basado en trabajos presentados en la séptima conferencia de "Society of Menstrual Cycle Research" compilado por Diana Tylor y Nancy Woods, New York, Hampshire.
- CLARE, A. (1985), *Hormones, Behavior and the Menstrual Cycle*, en: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 29, No. 3, pp 225-233.
- CLEARY, P., y Mechanic, D. (1983) *Diferencias Sexuales en el Distrés Psicológico entre Personas Casadas*. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 24, 111-121, Junio.
- CONTRERAS, C., Marván, M. et al (1989), *Relations Between Anxiety, psychophysiological Variables and Menstrual Cycle in Healthy Women*, en: *Bol. Estud. Med. Biol. México*, Vol. 37, pags. 50-56.
- COOPER, C.L. y Payne, R editores(1991), *Personality And Stress: Individual Differences in the Stress Process*. Ed. Wiley, Inglaterra.
- CHIAVENATO, I., (2000), *Administración de los Recursos Humanos*, Mc Graw Hill México, D.F.
- DALTON, K, (1983), *Once a Month*, Ed. Hunter House, Ca, E.U.A.
- DE FARIA, F. (1999), *Desarrollo Organizacional. Enfoque Integral*, Ed. Limusa, México, D.F.
- DI SALVO, V., Lubbers, C. et al (1988), *The Impact of Gender on Work-related Stress*, *Journal of Social Behavior and Personality*, Vol 3.
- DRUKER, P. (1996), *La Gestión en un Tiempo de Grandes Cambios*, Ed. Edhasa, Barcelona, España.
- EISENBERG, L., (1979), *La Distribución Diferencial de los Trastornos Psiquiátricos Según el Sexo* en: E. Sullerot (comp.), *El Hecho Femenino*, Madrid, Argos, Ed. Argos Vergara.
- Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo - Revista Internacional del Trabajo - Publicaciones VOLUMEN 117, NUMERO 3 1998/3
- ENDICOTT, J., Halbreich, U, et al (1981), *Premenstrual Changes and Affective Disorders*, *Psychosomatic Medicine*, Vol. 43, no. 6 Diciembre.
- FEIJOÓ, M.C. (1992), *La Vida Cotidiana de las Mujeres Madres en el Marco de la Crisis*, en: *Las Mujeres en la Imagen Colectiva* por Fernández, A.M (compiladora), Ed. Paidós, México, D.F.
- FERNÁNDEZ, A. (comp)(1992), *Las Mujeres en la Imagen Colectiva*, Ed. Paidós.
- FERNÁNDEZ, C, Mariel, A. (1979), *Dinámica Bio-psicosocial y determinantes sexuales en la Génesis del Delito*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Referencias

- FERNÁNDEZ-RIOS, M., y Sánchez, J., (1997), *Eficacia Organizacional*, Ed. Díaz de Santos, Madrid, España.
- FIRTH-COZENS, J., y West, M. (1993), *La Mujer en el Mundo del Trabajo*, Ed. Morata, Madrid, España.
- FONTANA, D. (1992), *Control del Estrés*, Ed. El Manual Moderno, México, D.F.
- GIBSON, R., Ivancevich, J. y Donnelly, (1997), *Organizations. Behavior. Structure. Processes*. Ed. Irwin, E.U.A.
- GIL-MONTE, P., y Peiró, J. (1997), *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*, Ed. Síntesis Psicológicas, Madrid España.
- GIL-RODRÍGUEZ, F. y García, M. (1998), *Grupos en las Organizaciones*, Ediciones Pirámide, España.
- GOHNET, Red Mundial de Salud Ocupational, www.gohnet.com (2002).
- GOLUB, S. (1981), *Sex Differences in Attitudes and Beliefs Regarding Menstruation*, en: "The Menstrual Cycle: Research and Implications for Women's Health" P. Kornenich, M. McSweeney, J.A. Noak, & N. Elder (Eds.), (pp. 129-134). New York: Springer.
- GÓMEZ, A. (2001), *Mujeres y Salud Mental, los Espejos de la Desigualdad*, ed. Cuadernos de Salud
- GONZÁLEZ, P., Peiró, J., Bravo, M. (1995), en: *Tratado de Psicología del Trabajo*, Ed. Síntesis Psicológicas, Madrid España.
- GONZÁLEZ, P.H. (2000), *Trastornos Menstruales y Conducta Laboral en una Empresa Bancaria*", Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- GRACIA, F., González, P., y Peiró, J. (1995), en: *Tratado de Psicología del Trabajo*, Ed. Síntesis Psicológicas, Madrid España.
- GRAY, J.A.(1993), *La Psicología del Miedo y del Estrés*, Ed. Labor, S.A. México, D.F.
- GUILLEN, C. (coord) y Guil, R. (2000), *Psicología del Trabajo para las Relaciones Laborales*, Ed. McGraw Hill, España.
- GUTIÉRREZ, R. y Ostermann, R.F.(1994), *Encuesta SWS-Survey, forma GP*, UNAM, México (copyright 1994).
- GUTIÉRREZ, R. y Ostermann, R.F.(1994), *Forma de Evaluación del Desempeño/SWS-Survey* (copyright 1994).

Referencias

- GUTIÉRREZ, R. (2000), *Factores Psicosociales de Estrés Organizacional y su Relación con la Hipertensión Arterial*, en: La Psicología Social en México, Vol. III, pp.. 617-623.
- GUTIÉRREZ, R. (2001), Obtención de Baremos del SWS-Survey para un Diagnóstico de Niveles de Estrés en Población Económicamente Activa. Ponencia en el Congreso de Responsabilidad y Proyectos de Investigación del Comité de Ciencias Humanas de la Conducta, Veracruz, Veracruz, Marzo.
- HARLEM, G. (1999), pasaje de *Työterveys*, número especial 2/1999, "Las Mujeres y el Trabajo".
- HELLRIEGEL, Slowm, y Woodman, (1999), *Comportamiento Organizacional*, 8ava. Edición, Thompson Ediciones, México.
- HERNÁNDEZ, S., y Fernández, C.(1998), *Metodología de la Investigación*, Ed. Mc Graw Hill, México.
- HIGASHIDA, H. (1991), *Ciencias de la Salud*, Ed. Mc Graw Hill, México, D. F.
- HISLOP, I. (1991), *Stress, Distress and Illness*, Ed. Mc Graw-Hill.
- HOWELL, L. (1979), *Psicología Industrial y Organizacional: sus Elementos Claves*, Ed. El Manual Moderno.
- HUSE, E., Bowditch, H. (1975), *El Comportamiento Humano en la Organización*, Ediciones Deusto, Madrid, España.
- IGLESIAS, X., Camarsa, E. et al (1987), *Trastornos de la menstruación*, Ed. Martínez Roca, Barcelona, España.
- INEGI (2002), <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/cgi-win/sisesim.exe/Consultar>
- IVANCEVICH, J. y Matteson, T. (1989), *Estrés y Trabajo. Una Perspectiva Gerencial*, Trillas, México.
- IWH, (2000), *International Work Health*, www.iwh.org
- KASTRUP, M.(1998), "(OMS) Mental Health of Women: an Overview of the European and Extraeuropean Situation" Acti del 1º Seminario Internazionale sul Disagio Psicico della Donna. Unità Opeativa USL 39, Nápoles, Pesr.: Dott E Reale.
- KATZ, D., y Kahn, R. (1977), *Psicología Social de las Organizaciones*, Ed. Trillas, México.
- KERLINGER, F. (1992), *Investigación del Comportamiento*, Ed. Mc Graw Hill, México.
- KOFI A. (1998), "*Empresas Pequeñas*", en: Revista de la Organización Internacional del Trabajo, número especial 1/1998.

Referencias

- KRAMER, D. (2001), *Examining Labour-Market Experiences and Their Health and Human Development Consequences*, en Institute for Work Health (2002), Research Catalogue, sección 4 pag 111.
- LANDEROS, J (1990), *Un estudio comparativo de frecuencia e intensidad del síndrome de tensión premenstrual en mujeres de diferentes niveles académicos en las áreas de químico-biológicas, económico-administrativas, bellas artes y ciencias exactas de la UNAM*, Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología, UNAM.
- LANGER, A., y Lozano, R.(1998), *Condición de la Mujer y Salud*, en La Condición de la Mujer en el Espacio de Salud por Figueroa, P. J.G. comp. El Colegio de México, México D.F:
- LARA, H. (1975), *Un Estudio Factorial de las Alteraciones Menstruales en la Hospitalización Psiquiátrica*, VII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Acapulco, Gro. Mayo.
- LARA, H. (1979), *Aspectos Psicobiológicos en la Histeria*, en Revista del Instituto Nacional de Neurología, México, Vol 13, num. 1.
- LARA, H. (1984), *El Suicidio en México, Epidemiología, Clínica y Sociología*, en la revista: Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 10 num. 1 pp. 85-100.
- LARA, H. y Trejo, M. (1984), *Factores Cognoscitivos en Enfermos Coronarios y Psicofisiológicos*, Memorias del 13vo. Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, Gro., México.
- LARA, H. y Trejo M., (1988), *Motivación Laboral, Estilo Cognoscitivo y Enfermedad*, Revista Mexicana de Psicología, Vol. 5, núm. 1, pp. 37-41.
- LARA, M. A. (1995), *Incorporación de la Mujer al Trabajo Remunerado: Repercusiones para su Salud Reproductiva*, en: Género y Salud Femenina 1995, compilado por Pérez-Gil, Ramírez, R. et al , editado por Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran".
- LAZARUS, R. y Folkman, S. (1991), *Estrés y Procesos Cognitivos*. Roca, México.
- LEMBERG, M. y Fernández, G. (1982), *Factores en el Infarto al Miocardio*, en: Avances en Psicología Latinoamericana, Vol. 1 pp. 67-78
- LEUKEL, F.(1986), *Introducción a la Psicología Fisiológica*, Ed. Herder, Barcelona, España.
- LOLAS, J., (2001), *El Síndrome Premenstrual desde una Nueva Perspectiva*, Ed. Textido, Santiago, Chile.
- LOLAS, J. (1993), *Síndrome Premenstrual: un Ignorado Problema de Salud Pública*, en: Revista Medica, Chile, núm. 121, pp. 560-566.

Referencias

- LOPEZ , G. y Grela, C. (2001),. *Mujeres, Salud Mental y Género*, en Cuadernos Mujer Salud, RSMLAC.
- MARVAN, M.L., y Contreras, M.C. (1993), *El Síndrome Premenstrual*, en Salud Mental, Vol. 16 num. 1 marzo.
- MASLOW, A. (1991), *Motivación y Personalidad*, Tercera edición. Madrid España.
- MAYNTZ, R. (1977), *Sociología de la Organización*, Ed. Alianza Editorial, Madrid, España.
- MONCARAZ, E. (2001), *Mujeres y Salud Mental: Sobreocupación y Desempleo como Factores de Estrés*, en: cuadernos mujer salud, RSMLAC.
- MITCHELL, E., (1991), *Recognizing PMS When You See It: Criteria for PMS Sample Selection*, en "Menstruation, Health, and Illness", New York, Hampshire, compilado por Taylor, D.y Woods, F.N., basado en trabajos presentados en la séptima conferencia de "Society of Menstrual Cycle Research".
- MORELOS, F.M (1994), *Actitudes y Conocimientos Hacia el Ciclo Menstrual* Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- NORRIS, R.V., y Sullivan, C. (1985),. *PMS Premenstrual Syndrome*, Ed. Berkely Books, New York.
- NORTHRUP, C. (1998), *Women's Bodies, Women's Wisdom*, Ed. Bantam Books, E.U.A.
- O'BRIEN, G. (1998), *El Estrés Laboral como Factor Determinante de la Salud*; en: Estrés y Salud Laboral, José Buendía (comp), Biblioteca Nueva, Madrid, España.
- OCAMPO, V.M.(1996), *Eustres y Desempeño Laboral*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- OIT, *Informe Sobre el Empleo en el Mundo 2001. Principales conclusiones*, Ginebra.
- OMS, 2002.
- ONTIVEROS, M., y Lara, M. (1995), *Validez del Diagnóstico de Trastorno Disfórico de la Fase Lútea Tardía*, en Anales Del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- ONU. 1991. *The World's Women 1970-1990: Trends and Statistics*. Nueva York, Organización de las Naciones Unidas. PNUD. 1995. *Informe sobre Desarrollo Humano 1995*. México, Harla S.A.
- ORLAND, A. (1999), *El Estrés: Qué es y Cómo Evitarlo*, Ed. La Ciencia Para Todos, México, D.F.
- PÁEZ, D. (1986), *Salud Mental y Factores Psicosociales*, Madrid, Ed. Fundamentos

Referencias

- Parker-Pope, *Industria Farmacéutica y Síndrome Premenstrual* en: The Wall Street Journal, sección: Health Journal, Eastern Edition New York, N.Y., feb, 23, 2001.
- PARKES, K. (1998), *Estrés, trabajo y Salud: Características Laborales, Contexto Ocupacional y Diferencias Individuales*, en Estrés y Salud Laboral, José Buendía ed., Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, España.
- PEDROSA, R. (1984), *El Cuerpo Humano, Anatomía Funcionamiento y Enfermedades*, Ed. Asuri/Santillana, IMAGO, Vol 4, Madrid España.
- PENNEBAKER, J., Roberts, T. (1992), *Toward a His and Hers Theory of Emotion: Gender Differences in Visceral Perception*, en: Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 11, No. 3, pp. 199-212.
- PHILLIS, J. (1991), *Esteroides y Actividad Celular Cerebral Durante el Ciclo Menstrual*, en: *Menstruation, Health, and Illness*, Tylor, D., Woods, F.N., comp. New York, Hampshire. Basado en trabajos presentados en la séptima conferencia de "Society of Menstrual Cycle Research".
- RAVELO, B., Ramírez, R. y Pérez-Gil (coordinadores) (1995), *Género y Salud Femenina, Experiencia de investigación en México*, Editado por el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, Universidad de Guadalajara y el Instituto Nacional de Nutrición, Salvador Zubirán, México.
- REID, R.L. y Yen, S.S. (1981), *Premenstrual Syndrome*, en American Journal of Obstetrics and Gynecology, citado por Iglesias, X. 1987, op cit.
- RICE, P. (1999), *Stress and Health*. Ed. Brooks/Cole PC., Tercera Edición, CA, EUA.
- RAMÍREZ, S. (1962), *Esterilidad y Fruto*, Ed. Pax, México.
- ROBERTS, T. y Pennebacker, J., (1995), *Gender Differences in Perciving Internal State: Toward a His-And-Hers Model of Perceptual Cue Use*, en: Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 27 pp. 143-175.
- ROBERTSON, E. (1991), *a Survey of Multidimensional and Interdisciplinary Approaches to Premenstrual Syndrome*, en: "Menstruation, Health, and Illness" por Tylor, D. y Woods, F.N., (comps), New York, Hampshire, basado en trabajos presentados en la séptima conferencia de "Society of Menstrual Cycle Research".
- ROBBINS, S. (1991), *Organization Behavior*, Pentice-Hall, N.J. E.U.A.
- ROBBINS, S. (2000), *Managing Today*, Pentice-Hall, E.U.A.
- ROBINSON, (1998), *OIT*

Referencias

- ROBSON, L., Polanyi, M.F., et al (1998), *How the Workplace can Influence Employee Illness and Injury*, en: Institute for Work Health (2002)
- ROTTER, J.B. (1966), *Generalized expectancies for internal versus external control or reinforcement*, en Psychological Monographs, 80.
- RUBINOW, D. R. (1984), *Premenstrual Syndromes: Overview from a Methodological Perspective*, en American Journal of Psychiatry, num. 112:2, febrero.
- SALGADO, V.N. (1992), *Estrés Psicosocial en la Mujer Migrante y su Relación con Malestar Psicológico*, en la revista "la Psicología Social en México" Vol. III, Mujer y Salud.
- Salud y Seguridad en el Trabajo: Máxima prioridad en el programa de acción mundial, internacional y nacional de la OIT.
- SCOTT, W., WERTHEIMER, M. (1981), *Introducción a la Investigación en Psicología*, Ed. El Manual Moderno, México, D.F.
- SELYE, H. (1993), *History of the Stress Concept*, New York, Free Press.
- SERRANO, V. (1991), *Estrés y Enfermedades Psicosomáticas*, *Psiquiatría* 7(1) pp. 37-47.
- SHEIN, E. (1972), *Psicología de la Organización*, Ed. Pentice-Hall, Internacional, Madrid, España.
- SOMAVIA, J. (1999), *Trabajo Decente, Trabajo Seguro en African Newsletter on Occupational Health and Safety*, Vol 9, No. 3, diciembre de 1999, "Occupational Health and Safety Indicators".
- SPARTOS, C. (2000), *Sarafem Nation*, en *The Village Voice*, New York
- SPIEGEL, M. R., Stephens, L.J. (1999), *Statistics*, Ed, Mc Graw Hill, Tercera Edición, E.U.A.
- TURCOTTE, P.R. (1986), *Calidad de Vida en el Trabajo. Antiestrés y Creatividad*. Ed. Trillas, México, D.F.
- TAYLOR, D., Woods, F.N., (1991), comps. *Menstruation, Health, and Illness* New York, Hampshire. Basado en trabajos presentados en la séptima conferencia de "Society of Menstrual Cycle Research".
- TAYLOR, D., Woods, F.N., Lents, M., Mitchell, E. y Lee, K. (1991), *Perimentrual Negative Affect: Development and Testing of an Explanatory Model*, en: *Menstruation, Health, and Illness*; basado en trabajos presentados en la séptima conferencia de "Society of Menstrual Cycle Research" compilado por Diana Tylor y Nancy Woods, New York, Hampshire.
- VALADEZ, A. (1991), *Ansiedad, Tensión y Estrés en Ejecutivos*, Rev. Psicología y Salud, Jul-Dic 1991, 103-108. Universidad Veracruzana.

Referencias

- VALDÉS, M., (1990), *Psicobiología del Estrés*, Ed. Martínez Roca, Madrid, España.
- VILLALOBOS, E.(1994), *El Soporte Social y su Papel en el Estrés Laboral*, Rev. Psicología y Salud, Ene-Jun 1995, pp. 19-20, Univ. Veracruzana.
- VON-BERTALANFFY, L. (1976), *Teoría General de Sistemas*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- WATSON, D. y Clark, L. (1984), *Negative Affectivity: The Disposition to Experience Aversive Emotional States*, en: Psychological Bulletin, Vol. 96, num. 3 465-490.
- WHITE, J. (2000), *Treating Anxiety and Stress*, Ed. Wiley, Inglaterra.
- WISSMAN, M.M., y Klerman, G.L. (1979), *Sex Difference and the Epidemiology of Depression*, en: *El Hecho Femenino*, E. Sullerot (comp.), Ed. Argos Vergara, Madrid.
- WITKIN-LANOIL (1985), *El Estrés De La Mujer*, Ed. Grijalbo, 2ª Edición, Médico, D.F.
- <http://www.cpsu.org/stress/know.htm>
- <http://encarta.msn.com> Contributed By: Richard H. Price, A.B., A.M., Ph.D.
- <http://www.medem.com>
- <http://www.queendom.com/articles/womenshealth/pmssx.html>
- <http://www.teachealth.com>
- www.who.int

ANEXOS



AVALADA POR LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL (WFMH)

SWS—SURVEY—forma GP^(C) (MÉXICO)
 © Copyright 1994, Rodolfo E. Gutiérrez & Robert F. Outerman



La finalidad de este cuestionario es establecer la relación entre factores personales, sociales y de trabajo. Es importante que usted conteste absolutamente todas las frases de una manera sincera. No hay respuestas ni buenas ni malas. Los datos serán manejados en forma estrictamente confidencial. Agradecemos de antemano su valiosa cooperación. (Tiempo aproximado: 35 a 45 minutos)

NOMBRE: _____ PUESTO: _____ D: _____ S: _____ P: _____
 _____ FOLIO: _____
 DEPARTAMENTO: _____ EMPRESA: _____

DATOS GENERALES

Favor de marcar con una "X" la letra que lo describa

- 1.- Mi sexo es: A) Masculino B) Femenino
- 2.- Mi edad es entre: A) 15-19 B) 20-29 C) 30-39 D) 40-49 E) más de 50
- 3.- Soy: A) Soltero(a) B) Casado(a) C) Divorciado(a) D) Viudo(a) E) Unión libre
- 4.- Trabajo como: A) Obrero(a) B) Empleado(a) C) Vendedor(a) o comerciante D) Técnico E) Supervisor o Gerente
 F) Profesionalista G) Trabajador(a) y estudiante H) Otro
- 5.- Mi escolaridad es: A) Primaria B) Secundaria C) Técnico o comercio D) Bachillerato E) Licenciatura F) Posgrado
- 6.- Dependientes (hijos, hermanos u otros): A) Ninguno B) 1 a 3 C) 4 a 6 D) 7 a 9 E) Más de 9
- 7.- Mi turno de trabajo es: A) Matutino B) Vespertino C) Nocturno D) Rotación de turnos E) Mixto
- 8.- Horas trabajadas a la semana: A) Menos de 20 hrs. B) 20-40 hrs. C) 41-60 hrs. D) 61-80 hrs. E) más de 80 hrs.
- 9.- Mi nivel económico es: A) Muy bajo B) Bajo C) Moderado D) Alto E) Muy alto
- 10.- Mi nacionalidad es: _____

SWS—SURVEY

Para contestar esta sección, se presenta una columna de letras, cada letra tiene un valor que va de:

A Nunca B Casi Nunca C Ocasionalmente D Frecuentemente E Muy Frecuentemente

Ahora, por favor lea con cuidado cada una de las frases siguientes. Marque con una "X" la opción que, en general, mejor refleje su situación.

EJEMPLO:

Voy al cine A B C **X** E

SECCION I

1.- Pienso que la gente que me rodea es agradable y considerada	A	B	C	D	E
2.- Disfruto fiestas y celebraciones	A	B	C	D	E
3.- Siento que las cosas que andan mal, a la larga mejoran	A	B	C	D	E
4.- Me impaciento conmigo mismo(a) y con los demás	A	B	C	D	E
5.- Sé que con mi trabajo contribuyo con algo valioso	A	B	C	D	E
6.- Tengo hábitos nerviosos (tics)	A	B	C	D	E
7.- Lo que se tiene que hacer en el trabajo no tiene sentido	A	B	C	D	E
8.- Me es imposible ser lo que la gente espera de mí	A	B	C	D	E
9.- Siento que puedo manejar cualquier problema que se me presente	A	B	C	D	E
10.- Es fácil congeniar conmigo	A	B	C	D	E
11.- Oigo voces e imagino cosas inexistentes	A	B	C	D	E
12.- El trabajo me aleja de mi familia	A	B	C	D	E
13.- Sigo las costumbres y rutinas socialmente aceptadas	A	B	C	D	E
14.- Soy valiente y atrevido(a)	A	B	C	D	E
15.- Donde trabajo, mis errores podrían causar serios problemas	A	B	C	D	E
16.- Tan sólo hacer los trabajos rutinarios es un problema	A	B	C	D	E
17.- Me gustaría rendirme, pero no puedo	A	B	C	D	E
18.- Siento que ayudo a mejorar el mundo con mi trabajo	A	B	C	D	E
19.- Si tengo problemas, los compañeros de trabajo me ayudarán	A	B	C	D	E
20.- En mi trabajo me resulta confuso lo que debo hacer	A	B	C	D	E
21.- Sueño despierto(a), me pierdo en fantasías	A	B	C	D	E

R.E. Gutiérrez, Falso 38 Cal San Jerónimo, México, D.F. CP 10000 MÉXICO. Tel. (52-5) 566 6560. FAX: (52-5) 566 6556. e-mail: megu@servidor.unam.mx
 R.F. Outerman 24 Fairview Avenue South Plainfield, New Jersey 07083 U.S.A. Tel. (201) 843 2673, (201) 843 2673, (201) 843 8500, FAX: (201) 862 2004. e-mail: rfo@fairnet.com

A Nunca	B Casi Nunca	C Ocasionalmente	D Frecuentemente	E Muy Frecuentemente					
22.- Mi trabajo se puede ajustar a mi vida familiar	A	B	C	D	E				
23.- Encuentro muchas cosas interesantes que hacer	A	B	C	D	E				
24.- La gente no está de acuerdo conmigo y me contradice	A	B	C	D	E				
25.- Una de las cosas más importantes de mi vida es el trabajo	A	B	C	D	E				
SECCION II									
26.- Pienso que los demás me respetan	A	B	C	D	E				
27.- Tengo amigos y compañeros buenos y leales	A	B	C	D	E				
28.- Me preocupo por el trabajo aún cuando estoy en casa	A	B	C	D	E				
29.- Me siento dividido(a) entre diversas responsabilidades sociales	A	B	C	D	E				
30.- El trabajo me hace sentir importante y poderoso	A	B	C	D	E				
31.- He perdido a alguien muy cercano a mí	A	B	C	D	E				
32.- Tengo jaquecas, dolores de cuello/espalda por tensión	A	B	C	D	E				
33.- Como, fumo o bebo café, en exceso	A	B	C	D	E				
34.- Puedo ser castigado(a) sin razón	A	B	C	D	E				
35.- Estoy de acuerdo en cómo se hacen las cosas en mi trabajo	A	B	C	D	E				
36.- Le simpatizo y le agrado a la gente con quien trabajo	A	B	C	D	E				
37.- Constantemente me quejo sin necesidad	A	B	C	D	E				
38.- Tengo poco interés o placer por el sexo	A	B	C	D	E				
39.- Soy firme y determinante en mis decisiones	A	B	C	D	E				
40.- La gente en el trabajo sabe lo que hago y lo aprecia	A	B	C	D	E				
41.- Me culpo a mí mismo(a), me disculpo, me justifico	A	B	C	D	E				
42.- Tengo dificultad en empezar lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E				
43.- Impido que la gente se aproveche de mí y tome ventaja	A	B	C	D	E				
44.- Tengo cambios de humor súbitos e inesperados	A	B	C	D	E				
45.- Evito algunos lugares, personas o actividades para no ser molesto(a)	A	B	C	D	E				
46.- Me gusta hacer las cosas tan rápido como me es posible	A	B	C	D	E				
47.- Considero que la vida en mi comunidad es ordenada y segura	A	B	C	D	E				
48.- Tengo problemas de respiración, pulso o digestión	A	B	C	D	E				
49.- Siento que haga lo que haga, no está bien hecho	A	B	C	D	E				
50.- La gente en mi trabajo me encuentra defectos	A	B	C	D	E				
SECCION III									
51.- Por donde vivo, parece que no hay quien organice las cosas, no hay reglas	A	B	C	D	E				
52.- Soy cuidadoso(a) y dedicado(a) con mi trabajo	A	B	C	D	E				
53.- Mis actividades religiosas me dan fuerza	A	B	C	D	E				
54.- El lugar donde trabajo es sucio, insalubre	A	B	C	D	E				
55.- Siento que alguien cercano a mí, morirá próximamente	A	B	C	D	E				
56.- En el trabajo no obtengo respuesta, ni buena ni mala	A	B	C	D	E				
57.- Tengo dificultad para poner atención o recordar	A	B	C	D	E				
58.- Siento que en el trabajo las personas dependen de mí	A	B	C	D	E				
59.- La gente me insulta y se burla de mí	A	B	C	D	E				
60.- Hay mucho peligro, violencia, crimen, etc., donde vivo	A	B	C	D	E				
61.- Veo el lado bueno de las cosas	A	B	C	D	E				
62.- Participo y disfruto del entretenimiento	A	B	C	D	E				
63.- Haga lo que haga en el trabajo, es insuficiente	A	B	C	D	E				
64.- Siento que no existe algo realmente malo en mí	A	B	C	D	E				
65.- Me es difícil esperar a verme de pensamientos que me molestan	A	B	C	D	E				
66.- Es difícil que me dé por vencido(a) fácilmente, busco el lado bueno de la vida	A	B	C	D	E				
67.- Pienso que tengo problemas personales que no me atrevo a contar	A	B	C	D	E				
68.- Soy muy desorganizado(a) y dejo muchas cosas sin terminar	A	B	C	D	E				
69.- Me canso fácilmente, me inquieto y tengo dificultad para dormir	A	B	C	D	E				
70.- Me encierro en mí mismo(a), y evito a los demás	A	B	C	D	E				
71.- Tengo arañques emocionales, me enoja, grito	A	B	C	D	E				
72.- Cuido de mi apariencia, me mantengo limpio(a) y saludable	A	B	C	D	E				
73.- Pertenzeo a un grupo que se preocupa por mi bienestar	A	B	C	D	E				
74.- Camino con paso ligero y vivaz	A	B	C	D	E				
75.- Me preocupó por cosas sin importancia	A	B	C	D	E				
SECCION IV									
76.- Ignoro lo que va a pasar en el trabajo	A	B	C	D	E				
77.- La gente con quien trabajo, no se interesa por mí	A	B	C	D	E				
78.- Es probable que los jefes me hagan daño	A	B	C	D	E				
79.- Es inútil esperar que las cosas salgan todo el tiempo como quiero	A	B	C	D	E				

Por favor continúe en la siguiente página ➔

A	Nunca	B	Casi Nunca	C	Ocasionalmente	D	Frecuente	E	Muy Frecuente
80.-Disfruto de herirme a mí mismo(a), o a otros	A	B	C	D	E				
81.-Me rindo fácilmente y evado los conflictos	A	B	C	D	E				
82.-Soy popular en mi comunidad	A	B	C	D	E				
83.-Cuando hay problemas de trabajo, trato de resolverlos en equipo	A	B	C	D	E				
84.-Me siento adaptado(a) a mi familia y amistades	A	B	C	D	E				
85.-Mi trabajo es repetitivo, rutinario y aburrido	A	B	C	D	E				
86.-Algunas personas con quienes trabajo, son mis mejores amigos	A	B	C	D	E				
87.-Donde vivo las cosas van mal y no mejoran	A	B	C	D	E				
88.-Investigo y ensayo cosas nuevas	A	B	C	D	E				
89.-Me siento mal y sin esperanzas de mejorar	A	B	C	D	E				
90.-Mis problemas familiares van más allá de lo que puedo soportar	A	B	C	D	E				
91.-Disfruto de cantar, silbar y/o bailar	A	B	C	D	E				
92.-Pienso que en el trabajo fracaso porque tengo mala suerte	A	B	C	D	E				
93.-Tengo que estar separado(a) de mi familia y de los que quiero	A	B	C	D	E				
94.-Me es fácil relajarme, jugar y divertirme	A	B	C	D	E				
95.-El trabajo me obliga a hacer cosas contrarias a mis principios	A	B	C	D	E				
96.-Mi fe religiosa es muy fuerte	A	B	C	D	E				
97.-Tengo confianza en mi habilidad	A	B	C	D	E				
98.-El trabajo interfiere con mis otras responsabilidades	A	B	C	D	E				
99.-Pertenezco a una familia unida	A	B	C	D	E				
100.-El trabajo me hace sentir seguro(a)	A	B	C	D	E				
SECCION V									
101.-Me siento atrapado(a)	A	B	C	D	E				
102.-Pienso que la policía realmente me protege	A	B	C	D	E				
103.-Me importa poco lo que pasa, me doy por vencido, quisiera huir	A	B	C	D	E				
104.-Mis ideas y creencias difieren de la mayoría de la gente que conozco	A	B	C	D	E				
105.-Me siento satisfecho con mi vida sexual en esta etapa de la vida	A	B	C	D	E				
106.-Aun cuando no sea mi responsabilidad, tengo que hacerme cargo de algo	A	B	C	D	E				
107.-Es fácil que ocurran accidentes o errores en el trabajo si no tengo cuidado	A	B	C	D	E				
108.-Sin importar lo que pase, siento que Dios prosperará	A	B	C	D	E				
109.-Es seguro y confortable donde trabajo	A	B	C	D	E				
110.-Siento que recibo muchas felicitaciones de la gente	A	B	C	D	E				
111.-Tengo buen apetito	A	B	C	D	E				
112.-Puedo canalizar mi estrés al trabajo productivo	A	B	C	D	E				
113.-Mi hogar esta rodeado de cosas agradables y alegres	A	B	C	D	E				
114.-Mi sueldo es adecuado	A	B	C	D	E				
115.-Tengo miedo de perder el empleo	A	B	C	D	E				
116.-Pienso que las dificultades que tengo, tienen una razón de ser	A	B	C	D	E				
117.-En el trabajo no tengo oportunidad de descansar cuando me canso	A	B	C	D	E				
118.-Tengo buena salud física	A	B	C	D	E				
119.-Tengo demasiado trabajo que hacer	A	B	C	D	E				
120.-Cuento con alguien que me ayuda	A	B	C	D	E				
121.-Me recupero rápidamente de situaciones estresantes	A	B	C	D	E				
122.-A veces finjo estar enfermo(a) para evitar cumplir con mi deber	A	B	C	D	E				
123.-Hay tantos cambios en el trabajo que me confundo	A	B	C	D	E				
124.-Tengo sueños y aspiraciones por una vida mejor	A	B	C	D	E				
125.-Mi humor es equilibrado, no me molestan las altas y bajas de la vida	A	B	C	D	E				
SECCION VI									
126.-Me pongo en guardia, controlo mis emociones	A	B	C	D	E				
127.-En general me siento satisfecho(a) con mi vida	A	B	C	D	E				
128.-Me siento triste, deprimido(a), lloro con facilidad	A	B	C	D	E				
129.-Se necesita de mucho para lograr que me enoje	A	B	C	D	E				
130.-Río, sonrío, me siento feliz y desocupado(a)	A	B	C	D	E				
131.-Cuando me enoja, presiono a los demás	A	B	C	D	E				
132.-En el trabajo puedo arreglar las cosas a mi conveniencia	A	B	C	D	E				
133.-Me mantengo en buen estado físico	A	B	C	D	E				
134.-Me es fácil relajarme	A	B	C	D	E				
135.-Me siento amado(a) y alendido(a)	A	B	C	D	E				
136.-En el trabajo, tengo que luchar para salir adelante	A	B	C	D	E				
137.-El trabajo me da la oportunidad de mejorar	A	B	C	D	E				
138.-Siento que el mundo ha sido bueno conmigo	A	B	C	D	E				
139.-El tipo de trabajo que hago es demandante y no es respetado	A	B	C	D	E				
140.-Donde trabajo tengo la oportunidad de aprender y mejorar	A	B	C	D	E				

Por favor continúe en la siguiente página ➔

A Nunca	B Casi Nunca	C Ocasionalmente	D Frecuentemente	E Muy Frecuentemente	
141.-Siento que puedo hacer realidad todos mis sueños	A	B	C	D	E
142.-El trabajo me ayuda a mantenerme saludable	A	B	C	D	E
143.-En el trabajo estoy contento(a) de hacer exactamente lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E
144.-Mantengo la compostura en situaciones de conflicto	A	B	C	D	E
145.-Hay conflictos donde trabajo, la gente discute y pelea	A	B	C	D	E
146.-La vida a mi alrededor es confusa y desordenada (caótica)	A	B	C	D	E
147.-Tengo que mentir y engañar para lograr mis propósitos	A	B	C	D	E
148.-Estoy decidido (a) a ser el (la) mejor todo el tiempo	A	B	C	D	E
149.-Me he tenido que cambiar de diferentes lugares en donde he vivido	A	B	C	D	E
150.-Pienso que no puedo hacer todo lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E
SECCION VII					
151.- Puedo vivir solo(a)	A	B	C	D	E
152.-Mi trabajo es divertido y disfruto haciéndolo	A	B	C	D	E
153.-Evito que el trabajo gobierne mi vida	A	B	C	D	E
154.-Siento que mis metas son realistas y alcanzables	A	B	C	D	E
155.-La gente me está molestando	A	B	C	D	E
156.-Pienso que el gobierno se interesa por mi bienestar social	A	B	C	D	E
157.-Mis condiciones de vida no son saludables	A	B	C	D	E
158.-Estoy constantemente preocupado(a) por mis problemas	A	B	C	D	E
159.-En general, encuentro un lugar tranquilo y callado cuando lo deseo	A	B	C	D	E
160.-La gente no reconoce mis esfuerzos, nunca aprecia lo que hago	A	B	C	D	E
161.-A veces siento verdadero pánico y terror	A	B	C	D	E
162.-Me acompaña el recuerdo de padres y/o hijos	A	B	C	D	E
163.-Resuelvo mis problemas, pero estos persisten	A	B	C	D	E
164.-Me siento contento(a) conmigo mismo(a); me gusta ser como soy	A	B	C	D	E
165.-Realmente no hay nadie a quien quiera o quien me quiera	A	B	C	D	E
166.-En mi casa hay demasiada gente	A	B	C	D	E
167.-Tengo temor de que algo terrible vaya a pasar	A	B	C	D	E
168.-Estoy en tratamiento médico por problemas cardiacos o gastrointestinales	A	B	C	D	E
169.-El trabajo que hago me da satisfacción personal, dignidad y orgullo	A	B	C	D	E
170.-Tengo un sentido muy claro del bien y del mal	A	B	C	D	E
171.-Necesito que alguien me presione	A	B	C	D	E
172.-Acepto y disfruto mis responsabilidades sociales	A	B	C	D	E
173.-Endurezco los músculos faciales, frunzo el ceño	A	B	C	D	E
174.-Hay fiestas y celebraciones donde trabajo	A	B	C	D	E
175.-Tengo la oportunidad de ayudar a otros	A	B	C	D	E
SECCION VIII					
176.- Culpó a otros por mis problemas y fallas	A	B	C	D	E
177.- Pienso que en el trabajo es un gran reto hacer lo que parece "imposible"	A	B	C	D	E
178.- Debo trabajar aun cuando estoy enfermo(a)	A	B	C	D	E
179.- Me siento seguro en el vecindario o colonia	A	B	C	D	E
180.- Necesito mucho apoyo y estímulo	A	B	C	D	E
181.- Hay gente con quien puedo compartir mi vida con confianza	A	B	C	D	E
182.- Invento excusas para mis errores y fallas	A	B	C	D	E
183.- Puedo aceptar la presión cuando es necesario	A	B	C	D	E
184.- Tengo una relación sentimental intensa	A	B	C	D	E
185.- Me avergüenzo fácilmente	A	B	C	D	E
186.- Me muestro lleno(a) de energía y entusiasmo por la vida	A	B	C	D	E
187.- Sé que cualquier problema se resolverá de una manera u otra	A	B	C	D	E
188.- Disfruto las vacaciones y las fiestas	A	B	C	D	E
189.- Siento que mis condiciones de vida son buenas y mejoran constantemente	A	B	C	D	E
190.- Escondo mis decepciones y sentimientos de enojo	A	B	C	D	E
191.- Soy eficiente en mi trabajo y lo hago bien	A	B	C	D	E
192.- Me preocupó por las cosas por mucho tiempo, aunque sé que de nada sirve	A	B	C	D	E
193.- Reconozco que hay muchas cosas malas pero no me importa	A	B	C	D	E
194.- Mis juicios y decisiones determinan la mayor parte de mi vida	A	B	C	D	E
195.- Las cosas que hago con mis amigos me son muy estimulantes	A	B	C	D	E
196.- Puedo expresar mi malestar cuando algo me molesta	A	B	C	D	E
197.- Tengo una vida bien organizada y bajo control	A	B	C	D	E
198.- Me da pánico en las crisis y pierdo el control por un tiempo prolongado	A	B	C	D	E
199.- Me impongo metas muy altas y un ritmo acelerado, a veces audazmente	A	B	C	D	E
200.- La gente a mi alrededor es irritable, grita y pelea	A	B	C	D	E

!!!GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!!!

Cuestionario de Distensión Menstrual MDQ (Moos, 1969).

CUESTIONARIO DE DESORDENES MENSTRUALES

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

Fecha de última menstruación: _____

En estas paginas se enlistan los síntomas que en algunas ocasiones, las mujeres experimentan. Por cada síntoma elija una categoría descriptiva de las enlistadas abajo, la que mejor describe como se siente durante los 5 o 3 días antes de su menstruación.

Encierre en un círculo el número de la categoría que haya seleccionado. Incluso, si ninguna de las 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 sus datos al inicio de esta hoja.

CATEGORIAS DESCRIPTIVAS

	1. NINGUNA REACCION EN ABSOLUTO	4. PRESENTE MODERADAMENTE
	2. APENAS NOTORIA	5. PRESENTE FUERTE
	3. ACTUALMENTE LIGERO	6. AGUDO O INCAPACITANTE
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. DISMINUCION DE RENDIMIENTO EN EL TRABAJO	1	2 3 4 5 6
5. MUSCULOS "ENVAZADOS" O TORPES	1	2 3 4 5 6
6. DISMINUCION DE LA MEMORIA	1	2 3 4 5 6
7. CONFUSION	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 DE LA PIEL	1	2 3 4 5 6
11. SENSACION DE SOLEDAD	1	2 3 4 5 6
12. SENSACION 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 EL ABDOMEN)	1	2 3 4 5 6
17. VAHIDOS O DESVANECIMIENTOS	1	2 3 4 5 6
18. EXCITACION	1	2 3 4 5 6
19. DOLOR EN EL PECHO	1	2 3 4 5 6
20. EVITAR ACTIVIDADES SOCIALES	1	2 3 4 5 6

CONTINUA SIG. PAG.

...CONTINUACION

	CATEGORIAS DESCRIPTIVAS					
	1. NINGUNA REACCION EN ABSOLUTO	2. APENAS NOTORIA	3. ACTUALMENTE LIGERO	4. PRESENTE MODERADAMENTE	5. PRESENTE FUERTE	6. AGUDO O INCAPACITANTE
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 RAZONAR	1	2	3	4	5	6
25. FATIGA	1	2	3	4	5	6
26. NAÚSEA O VÓMITO	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. HINCHAZON (POR EJEMPLO EN 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. DOLORES O MOLESTIAS GENERALES	1	2	3	4	5	6
38. CAMBIO DE HUMOR	1	2	3	4	5	6
39. PALPITACION DEL CORAZON	1	2	3	4	5	6
40. DEPRESION (SENTIRSE TRISTE O MELANCOLICA)	1	2	3	4	5	6
41. DISMINUCION DE SU EFICIENCIA	1	2	3	4	5	5
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. TENSION	1	2	3	4	5	6
46. VISION BORROSA O DE PUNTOS OSCUROS	1	2	3	4	5	6
47. EXPLOSIONES DE ENERGIA O ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6

!!GRACIAS POR SU COOPERACION!!

