

320825,
1
201



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

CAMPUS TLALPAN

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LOS FACTORES
SOCIO - CULTURALES QUE ALTERAN EL
SINDROME PREMENSTRUAL

T E S I S

Q U E P R E S E N T A :

MARIA ELIZABETH GONZALEZ BARRERA

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ASESORES DE TESIS: LIC. JHONNY W. BARRIENTOS PINAYA
LIC. MARTHA MONTOYA REYES

MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

281175



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.

DEDICATORIAS

En primer término, agradezco a **Díos**
ya que después de tantos años,
permitió que concluyera este proyecto.

Dedico éste trabajo principalmente a mis dos hijos:

Marifer, la principal motivación de mi vida

Espero que este trabajo contribuya a tu realización como mujer.

+ **Mauricio** con todo mi Amor para ti, porque sigues vivo en mi
pensamiento y en mi corazón.

+ **A Luchi**, quien con sus palabras y ejemplo me ayudaron a seguir adelante
en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres: **Lauro** y **Amada**, hermanas: **Laura** e **Ileana**, sobrinos: **Adrian**,
Valeria e **Ivan**, a mi cuñado **Julio** y toda mi familia por su interés y apoyo incondicional.

Muy en especial agradezco a **Jhonny** mi asesor, porque su experiencia, conocimientos
y colaboración hicieron posible la elaboración y conclusión de este trabajo.

Gracias a la Maestra Martha Montoya Reyes, sus comentarios me enriquecieron.

A la Dra. Ma. Celia Abrego E. por el interés en mi desarrollo profesional, Gracias por sus palabras.

Agradezco al Dr. José Antonio Olivares Gómez su invaluable apoyo como profesional y como ser humano.

Gracias a mis amigas Lulú y Florencia, por estar conmigo en las "buenas y en las malas", siempre me alientan a seguir adelante.

A todas las personas que me animaron y se interesaron en mi trabajo ó apoyaron en la búsqueda del material.

Agradezco particularmente a TV Canal 11 del Instituto Politécnico Nacional por el programa transmitido el 25 de Mayo de 1998 en el cuál se trató el tema "Síndrome Premenstrual", ya que despertó en mi el interés de investigar más a fondo sobre este tema tan importante para la mujer.

A **la Universidad del Valle de México Campus Tlalpan**, de quien no sólo obtuve la preparación académica y el apoyo necesario para elaborar un proyecto de vida, también me dio la oportunidad de tener la valiosa amistad de compañeros, profesores. y personal administrativo.....a todos ellos mil Gracias.

INDICE

Introducción

Capítulo 1 Síndrome Premenstrual

Página

1.1 Definición de Síndrome Premenstrual	2
1.2 Enfoques teóricos del Síndrome Premenstrual	5
1.3 Factores Fisiológicos	11
1.4 Factores Psicológicos	18
1.5 Factores Sociales y Culturales	24

Capítulo 2 Factores Socio-Culturales que alteran el Síndrome Premenstrual

2.1 El estrés	33
2.2 La importancia de la edad, la familia, el trabajo, la religión las creencias y los valores en el Síndrome Premenstrual	51
2.3 Terapias utilizadas y tratamientos	

Capítulo 3 Metodología

3.1 Planteamiento del problema	63
3.2 Hipótesis de Trabajo	63
3.3 Variables	63
3.4 Definición Conceptual de las Variables	65

3.5 Definición Operacional de las variables	67
3.6 Tipo de Investigación	68
3.7 Diseño de la Investigación	69
3.8 Descripción de la población	69
3.9 Muestra	69
3.10 Sujetos	70
3.11 Diseño del Instrumento Empleado	72
3.12 Escenario	76
3.13 Material	77
3.14 Análisis estadístico de datos	77

Capítulo 4 Resultados e Interpretación

4.1 Resultados e interpretación de los cinco criterios a medir en el cuestionario	81
---	----

Conclusiones

Aportaciones

Limitaciones

Sugerencias

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCION

El fenómeno de la menstruación ha sido mitificado desde la antigüedad, y en diferentes culturas y supersticiones se han asociado a los síntomas premenstruales. A pesar de la abundante información, que se encuentra en otros países y en diferentes idiomas, en México existen pocas publicaciones al respecto y sobre todo a niveles de investigación en la población. Por esto se decidió realizar la presente investigación y con el fin de abordar fundamentalmente los aspectos socio-culturales, que modifican la percepción de los síntomas premenstruales se tomó como muestra a un grupo de mujeres que viven en el Distrito Federal con la característica de ser económicamente activas, además de padecer Síndrome Premenstrual (por autodiagnóstico ó clínicamente diagnosticado) y que por vivir en esta ciudad están sometidas a un continuo estrés.

Este criterio se tomó de investigaciones anteriores, en las cuales se ha identificado que el estrés es un importante factor que puede cambiar y predisponer a la mujer a sufrir sintomatología premenstrual.

Se mencionará la influencia de la religión, de la educación familiar y del ambiente laboral, también e hablará de los síntomas psicológicos como parte importante en todo el ciclo de la menstruación.

Así mismo se describe la función de la hipófisis, el hipotálamo y los ovarios dentro de este proceso y particularmente en la etapa premenstrual, como fundamento biológico en los cambios hormonales.

Aquí se revisará cómo el flujo menstrual tuvo un especial significado social desde la antigüedad, pues se le atribuyeron poderes mágicos a las mujeres y se relacionaba a la menstruación con las fases lunares, incluso se pensaba que eran causantes de grandes desgracias.

Como antecedentes sociales de esta mitificación se encontró por ejemplo, que en Francia se creía que la mujeres menstruantes no se podían acercar a las refinerías de azúcar, pues esta se volvería negra.

Plinio el viejo (23-79 A.C.) escribió en su "Historia Natural" que el cuerpo de una mujer menstruando le daría poder para detener la luz, remolinos de viento y tormentas de granizo, el contacto de la mujeres con el vino lo volvería agrio, las cosechas se tornarían áridas o que la fruta de los árboles se caería.

Dentro de la información encontrada sobre México, igualmente se tenían creencias acerca de la menstruación, mismas que en algunas regiones se mantienen hasta la actualidad, por ejemplo se dice que la mujer que menstrúa no debe acercarse a los bebés recién nacidos, ya que les puede provocar cólicos y otras cosas más.

Ya dentro de la investigación se encontró en la parte del piloteo del cuestionario, que el conocimiento que las mujeres tienen acerca del Síndrome Premenstrual es muy limitado y repercute en sus relaciones afectivas, laborales y sociales; aunque la mayoría se identifica con los trastornos, también se da cuenta que no existe apoyo y comprensión por parte de su familia, patrón o jefe inmediato, ni de las instituciones de salud públicas.

Así mismo se explicará de manera muy general algunas de las terapias utilizadas desde las primeras investigaciones como las dosis de progesterona, la utilización de vitaminas, los ejercicios, etc; que brindan alivio físico en el ciclo menstrual.

Una de las aportaciones más importantes que se hace en este estudio es la elaboración de un cuestionario, que diagnostica algunos aspectos socioculturales en las personas que padecen el Síndrome Premenstrual.

Después de hacer una revisión bibliográfica no se encontró ningún cuestionario de diagnóstico similar, pues los que ya existen miden los estados de ánimo y factores psicológicos principalmente; por lo que al no existir antecedente que sirva como fundamento para la elaboración de un cuestionario con magnitud, se realizó uno que midiera 5 criterios socioculturales como: **mitos, redes de apoyo, estilo y modo de vida, atribuciones y percepción del contexto sociocultural.**

El factor ambiental tiene una gran influencia social en el Síndrome Premenstrual, y se da a conocer en este estudio que los cambios biológicos acompañados de los psicológicos como el estrés, han generado diversas polémicas sobre el origen del mismo.

Importantes estudios se han efectuado desde los años cincuentas y aunque se reconoce que los factores sociales pueden alterar la sintomatología de la mujer en este periodo, no se han investigado a fondo.

Por todo esto, no es difícil comprender que dada nuestra educación y cultura, se reflejen incrementos en los síntomas premenstruales; y esto hace necesario que se investiguen sus fenómenos en forma multidisciplinaria.

Por último, se decidió llevar a cabo esta investigación en un grupo seleccionado de mujeres que son económicamente activas, y con edades de entre 20 y 40 años, con la finalidad de conocer las actitudes con las que mejor se identifican las mujeres en función de sus propias percepciones ante el Síndrome Premenstrual.

El análisis estadístico de los datos se realizó en el Statistical Package for the Social Science, version 6.5 y el cuestionario piloto se valida a través de la técnica de jueceo, contrabalanceado en sus dos modalidades: interno y externo, en el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central.

La hipótesis de trabajo planteada fue confirmada al evidenciarse un alto porcentaje de mujeres que se identificaban con las afirmaciones de los reactivos del cuestionario y esto podrá ser analizado en el capítulo cuatro del presente trabajo.

Es importante resaltar que la investigación tuvo varias limitaciones, principalmente por la escasa información, pero se desea que ayude a otros investigadores interesados en el tema y en especial a todas las mujeres que padecen el Síndrome Premenstrual.

CAPITULO 1
SINDROME PREMENSTRUAL

1.1 Definición de Síndrome Premenstrual

Desde el inicio de los estudios del Síndrome Premenstrual (SPM) efectuados en 1955 por Katherine Dalton y Raymond Green, se han ido modificando las definiciones de acuerdo a la ampliación de los conocimientos del mismo.

En 1931 apareció uno de los conceptos dados por el Dr. Robert T. Frank en Nueva York, que definió con mayor amplitud la sintomatología del Síndrome Premenstrual, el término "Tensión Premenstrual" que reflejó muchos de los componentes del mismo como:

Fatigabilidad

Irritabilidad

Falta de concentración y

Dolor asociado con la fase premenstrual del ciclo

Lloyd (1963, en Dalton 1967) consideró que este término era altamente descriptivo pues definía tanto la tensión emocional como la tisular.

La tensión emocional incluye también los síntomas psicológicos y que Billig en 1953 (en Dalton, 1967) describió como: hurañez y descenso de la energía y el "mundo parece una manzana agria".

Todo lo anterior ha cambiado con el paso del tiempo y muchos de los factores que la producen explican hoy este proceso natural. La tensión tisular se refiere al edema intercelular en la fase premenstrual.

Katherine Dalton (1967) de una forma más amplia, inició diversos estudios del Síndrome Premenstrual por lo que dio una definición que abarca una vasta variedad de síntomas cíclicos que se repiten con regularidad en la misma fase de cada ciclo menstrual.

En virtud de que existen varias definiciones del Síndrome Premenstrual, para este estudio se tomará la siguiente como válida: "El Síndrome Premenstrual es el conjunto de síntomas que aparecen cíclicamente en gran parte de las mujeres, días antes de su menstruación y que alteran su vida física, psicológica, familiar y laboral".

Los síntomas físicos y psicológicos más comunes son:

- a) depresión
- b) cambios bruscos de humor
- c) ansiedad
- d) sueño o insomnio

- e) deseo de comida rica en carbohidratos (azúcares)
- f) retención de líquidos
- g) aumento de peso
- h) dolor en el bajo vientre y piernas
- i) tensión en los senos, etc.

Después de dos décadas de estudios acerca de las manifestaciones del Síndrome Premenstrual, la Asociación Psiquiátrica Americana y el grupo de trabajo del DSM-IV revisaron la literatura existente y fue incluido en 1987 en el Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM) como: Desorden Disfórico de la fase Luteal Tardía. (Frank et.al, 1993)

Esta definición se entenderá mejor en la explicación que se da en el siguiente punto acerca de ciclo menstrual. Por otra parte, también la Dra. Sally K. Severino (1995) retomó de la obra de Katherine Dalton, el concepto de Síndrome Premenstrual y aportó otra definición que se acerca bastante a lo que la Dra. Dalton menciona y dice así:

"Síndrome Premenstrual es la recurrencia cíclica de síntomas físicos, mentales y conductuales de la fase luteal tardía de la menstruación, con la severidad suficiente que requiere tratamiento".

1.2 Enfoques teóricos del Síndrome Premenstrual

Las sociedades en todas las épocas han etiquetado a las mujeres como sucias cuando están menstruando y no se toma a este proceso como algo natural. Algunos de los mitos creados alrededor de la menstruación se originaron desde la época del filósofo griego Aristóteles 384-322 a.c. (en Wade, 1991) quien declaró que "la mirada en un espejo de una mujer menstruando, le quitaba a éste su brillo y la siguiente persona que se mirara quedaría embrujada".

Aún en este siglo es difícil saber cuantas mujeres padecen el Síndrome Premenstrual pero el Dr. James L. Breen, presidente del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, indicó que una de cada cinco mujeres entre la edad de veinticinco a cuarenta años, pueden sufrirlo y dejarlas temporalmente incapacitadas *Ibid.*, p. 48.

Es importante resaltar que no todas las mujeres conocen el criterio para detectar el Síndrome Premenstrual, pues lo toman como una actitud normal de "esos días". Inclusive en algunas sociedades cuando la mujer tiene cambios de humor o está deprimida en los días previos a la menstruación, se le considera incapaz de realizar su trabajo.

En este sentido no sólo la mujer se ve afectada dentro de la relación familiar, sino también dentro de su trabajo y en muchas ocasiones es rechazada por su pareja.

En tiempos recientes, Sigmund Freud sostenía que los síntomas en los periodo premenstruales y menstruales, eran episodios de "Histeria" causados por la envidia del miembro masculino; afortunadamente sus teorías fueron desechadas y categorizadas como superstición.

Dentro de los estudios del Síndrome Premenstrual siempre se ha dado mayor importancia a los procesos fisiológicos y los investigadores han analizado y comparado métodos para disminuirlos sin embargo aún no se sabe por qué tanto los tratamientos con fármacos como la administración de placebos, tienen el mismo efecto en la disminución de los síntomas en las mujeres. *ibid.*

En 1947 los Dres. Harvey E. Billig Jr y S. Arthur Sapaulding mediante pruebas de tolerancia a la glucosa, demostraron que las mujeres son hipoglucémicas justamente antes de iniciarse la menstruación, por lo que propusieron el alivio de muchos de los síntomas del Síndrome Premenstrual mediante una mejor nutrición y vitaminas del complejo B.

Para poder entender mejor el proceso del ciclo menstrual, es muy importante explicar el funcionamiento hormonal:

Ciclo Menstrual

La relación neuroendócrina (López Antúnez, 1983) se establece entre el hipotálamo y la hipófisis; éste se halla en la parte ventral del diencefalo.

En el hipotálamo se encuentra una rica población neuronal dividida en tres regiones: pars-supraóptica, pars-tuberalis y pars-mamilaris.

Las funciones principales del hipotálamo son:

A) La regulación de las funciones viscerales, es decir, la regulación de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el tono vasomotor, la motilidad y las secreciones gastrointestinales, la respiración, la contracción de la vejiga, la piloerección y las variaciones en el diámetro de la pupila.

B) Regula la temperatura corporal frente a las variaciones ambientales y los cambios térmicos que ocurren como resultado de factores endógenos que actúan en situaciones normales como: actividad muscular, procesos metabólicos, etc.

C) Interviene en los mecanismos que regulan la eliminación de agua contribuyendo así a mantener el equilibrio hídrico en el organismo

D) Participa en el control de la ingestión de alimentos, por lo que se puede explicar el Síndrome de Frolich que se caracteriza por obesidad, falta de desarrollo de los órganos genitales externos y retardo en la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

E) Los factores liberadores secretados a nivel hipotalámico son conducidos por vía sanguínea a las células de la hipófisis anterior que secreta la hormona de esta parte de la glándula.

También actúa sobre la secreción de las gonadotropinas hipofisarias como: la hormona del folículo estimulante, la hormona estimulante de las células intersticiales, y la hormona luteinizante, que influyen sobre la gametogénesis, la ovulación, el ciclo estral y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

F) Influye en la regulación del ritmo circadiano en relación con la alternancia de la vigilia-sueño.

Como hemos visto, el hipotálamo envía hacia la hipófisis los estímulos adecuados para liberar hormonas a los ovarios y está estrechamente ligado al fenómeno de la ovulación. A éste fenómeno se le da el nombre de "Releasing Factors" (Factores Liberadores) y es efectuado en el Tuber Cinereum situado en la parte arteroposterior del hipotálamo.

En el hipotálamo existen dos tipos de secreción de hormonas liberadoras, las de patrón tónico y las de patrón cíclico. Su función se encuentra localizada en la eminencia media y el núcleo arqueado, y son las responsables de la secreción de gonadotrofinas en niveles basales.

En el patrón cíclico el área pre-óptica se encarga de hacer una descarga hormonal a la mitad del ciclo ocasionando la ovulación. Las hormonas gonadotróficas que intervienen en el proceso son:

A) La hormona estimulante del folículo (FSH), también como la del epitelio, es una glucoproteína hidrosoluble que se encarga de la formación y maduración del folículo de Von Graaf y lo estimula para que segregue estrógenos.

B) La hormona luteinizante (LH), que también es una glucoproteína hidrosoluble que ayuda al FSH a la maduración folicular y provoca en cantidades adecuadas, la rotura del folículo cuando el embarazo no se ha dado. También es responsable de la formación del cuerpo amarillo y secreción de la progesterona.

C) La hormona luteotrófica o prolactina (LTH) que induce la producción de progesterona al tejido luteínico, cuida la conservación del tejido amarillo y es una proteína soluble en alcohol que tiene la función de estimular la producción de leche de las glándulas mamarias para alimentar a los lactantes.

La fase luteal es precisamente la 2a. etapa del ciclo menstrual que comienza al catorceavo día, cuando la hormona luteinizante actúa de manera más intensa. (Landeros y Néquiz, 1990).

Las tres hormonas mencionadas son secretadas a lo largo del ciclo de diferentes etapas y provocan cambios en las hormonas de los ovarios, es decir en los estrógenos y la progesterona.

La producción de estas hormonas debe ser constante y sin variación ya que un desequilibrio en una de ellas, provoca disminución del efecto en la otra, los neurotransmisores que intervienen en este proceso son:

1) La serotonina o H5 permite que las neuronas y las células nerviosas se comuniquen entre si, además se ha encontrado que los niveles bajos de ésta, se relacionan con la tendencia a la depresión, la conducta agresiva y la actitud de aislamiento social, que son síntomas parecidos a los relacionados con el Síndrome Premenstrual.

2) La norepinefrina, que tiene efectos estimulantes sobre el sistema simpático.

3) La Dopamina, principal neurotransmisor en el cuerpo estriado (López Antúnez, 1983).

1.3 Factores Fisiológicos

Como ya se ha mencionado, el hipotálamo es una parte importante en este proceso, ya que controla al sistema endocrino y a otras funciones básicas como el hambre; por eso y por su interrelación con el proceso de la menstruación, es importante conocer en primer término los órganos reproductores femeninos y su funcionamiento en el ciclo menstrual:

Los ovarios son los órganos principales del sistema reproductor y se encuentran ligados al útero por medio de las trompas de falopio dentro de la cavidad pelviana, el diámetro aproximado es de tres a cinco centímetros y cada uno de ellos contiene en su interior una serie de óvulos que se desprenderán a lo largo de la vida fértil.

Cada uno de los ovarios esta rodeado por un saco de células conocido como folículo primario, que mes a mes libera un óvulo, llamando a este proceso "ovulación"., ahora bien, dentro del proceso de ovulación se producen tres fases:

- a) pre-ovulatoria
- b) ovulatoria
- c) post-ovulatoria

En la fase pre-ovulatoria el folículo de Von Graaf, que tiene forma redonda u ovalada y mide entre 10 y 15 mm., contiene líquido folicular interiormente y alcanza su madurez antes de la ovulación.

Dentro de la fase ovulatoria, que ocurre al décimo cuarto o décimo quinto día, el óvulo se llena de líquido folicular al máximo, después de la ovulación, (Landeros y Néquiz, 1990).

La fase post-ovulatoria se presenta después de la abertura, por donde se derrama el líquido folicular, el óvulo y su corona.

Las células que recubren el interior del folículo se rompen y forman lo que se conoce como cuerpo lúteo. Este cuerpo segrega pequeñas cantidades de estrógenos y altas cantidades de progesterona (fase luteínica) del ciclo menstrual. Utiliza también las hormonas FSH (estimulante del folículo) y LH (hormona luteinizante) para sobrevivir, porque su función será proteger al óvulo fecundado.

La función de la progesterona en esta etapa también es la de preparar al útero para la implantación del huevo y el sostenimiento de la placenta; igualmente la progesterona estimula metabólicamente la retención de agua y la pérdida del potasio.

Al caer los niveles de estrógenos y progesterona, se desprende en forma de hemorragia o menstruación, la mucosa (endometrio) de las paredes del útero. El endometrio es de gran importancia ya que es la capa que reviste al óvulo fecundado y en caso de que no se dé la fecundación, mantiene la actividad en el útero para iniciar un nuevo ciclo.

Está formado por un tejido conjuntivo de células, vasos linfáticos y sanguíneos, que se desintegran y expulsan por el cuello y que contiene en sus tres cuartas partes sangre, y el resto contiene moco, histiocitos, células cebadas y epitelio vaginal descamado, así como colesterol, estrógeno, lípidos y una euglobulina, (Idem).

La menstruación es distinta para cada mujer así como su intensidad y suele durar un promedio de cuatro días en donde se arrojan aproximadamente entre 50 y 150 ml.

Sobre las causas del Síndrome Premenstrual, hay dos enfoques básicos:

1) Existe un desequilibrio hormonal, que se origina en un desorden rítmico de la sección de la pituitaria hipotalámica, que ejecuta las funciones de las glándulas endocrinas.

2) Exceso de niveles de estrógeno, además de progesterona inadecuada, una deficiencia de vitaminas del complejo B, magnesio y trastornos del metabolismo de la glucosa (hipoglucemia).

Con base en lo anterior, las investigaciones efectuadas desde 1955 y descritas en 1967 por Katherine Dalton y Raymond Green colaborador de la Dra. Dalton dieron como resultado los tratamientos con dosis de progestágenos sintéticos; dichos tratamientos redujeron en gran manera la sintomatología del Síndrome Premenstrual y dieron pie a nuevas investigaciones en los años 70, en las cuales se encontró un gran número de mujeres que padecían este Síndrome.

Los síntomas fueron dividiéndose a través de los estudios en: fisiológicos y psicológicos; la depresión, la irritabilidad y la ansiedad, así como los cambios bruscos de humor; la tensión nerviosa y el deseo inmoderado de comer, fueron agregándose a los síntomas físicos como el dolor de cabeza, fatiga, retención de líquidos, acné, dolores en el bajo vientre, sueño o insomnio (Wade, 1991).

La mayoría de las mujeres que los padecen, presentan una combinación de ambos síntomas y pueden ir desde leves, moderados hasta severos.

Los Dres. Lauersen y Graves (en Wade 1991), adicionan a los ya descritos, los síntomas siguientes:hinchazón y sensibilidad en los senos, irritabilidad, tensión, ataques de llanto, aumento de peso, prurito y dolor en las articulaciones, también estuvieron de acuerdo en que la incidencia exacta del Síndrome Premenstrual es difícil de determinar.

Otras características encontradas del Síndrome Premenstrual son:

- Reacción adversa a los anticonceptivos orales.
- Alivio de los síntomas durante los últimos 6 meses de embarazo
- Desarrollo de toxemia durante el embarazo.
- Profunda depresión después del parto.
- Agravamiento de los síntomas con la edad.
- Periodo asintomático una semana después de terminada la menstruación.

Diferentes investigadores, han estudiado los efectos de la función del ciclo menstrual en la salud de la mujer y se ha generado una substancial literatura, en la que algunos de ellos se han cuestionado si en verdad existe un síndrome. La mayoría de las mujeres se autodefinen como afectadas de síntomas premenstruales, sin conocer un criterio estricto para determinarlo.

Desde los primeros estudios de Katherine Dalton y colaboradores en 1953, se han proporcionado a las mujeres terapias farmacológicas con dosis extras de progesterona, la cual disminuye los síntomas; pero como estos varían de mujer a mujer, incluso se presentan algunos en los hombres, ha sido difícil encontrar una causa solamente hormonal.

En otras investigaciones (Dalton, 1967) se ha manifestado que las mujeres tratadas con placebos se sienten mejor, tanto como con la progesterona. Por otra parte las mujeres a las que se les han extirpado los ovarios también presentan trastornos del Síndrome Premenstrual.

Debido a estas controversias se piensa que el Síndrome Premenstrual es psicosomático y que el factor cultural juega un importante papel.

Dentro de los tratamientos que reducen los efectos de los cambios biológicos del ciclo menstrual, existen variados resultados y ha sido difícil explicar la cantidad de alivio que sienten en relación con los eventos de la vida de la mujer. (Cohen, 1996).

Las razones teóricas para la administración de la progesterona, es que ésta juega un rol fundamental con la regulación de los neurotransmisores en el cerebro, infortunadamente para tal teoría los niveles de progesterona no varían mucho entre las mujeres que sufren el Síndrome Premenstrual y las que no lo padecen.

La manifestación del Síndrome Premenstrual, es similar en la depresión post-parto, en el cual seguida a la baja de la placenta el nivel de concentración de progesterona llega a disminuir considerablemente, esto explica la depresión, el asma, la migraña, etc.

Desde el punto de vista fisiológico, la Dra. Katherine Dalton en su libro "El Síndrome Premenstrual", editado en 1967, publicó que las mujeres que padecen el SPM, generalmente su menstruación no es dolorosa, en contraste con las que padecen dismenorrea primaria, de tipo espasmódico, y que además no toleran los anticonceptivos hormonales por los efectos secundarios que producen, como: aumento de peso, depresión y dolor de cabeza.

Un punto importante en el diagnóstico del Síndrome Premenstrual es el determinar el tiempo de aparición de los síntomas y su desaparición. Generalmente los síntomas suelen desaparecer cuando comienza la hemorragia franca de la menstruación y lo más importante para el diagnóstico del SPM, deber basarse en la recurrencia cíclica de los mismos en la misma fase de cada ciclo menstrual.

La Dra. Bárbara Parry (1993) de la Universidad de San Diego California, U.S.A. llevó a cabo un estudio en 1990 sobre los ritmos Circadianos del organismo, también llamado " reloj biológico ". Este reloj está controlado por una hormona llamada melatonina, que se segrega sólo por la noche en la glándula pineal del cerebro.

La melatonina es un derivado de la serotonina, la cual se ha encontrado disminuída en personas con depresión y se piensa que puede estar asociada a los cambios bruscos de humor relacionados con el Síndrome Premenstrual. (Rapkin, et al 1995).

1.4 Factores Psicológicos

Intimamente ligado a los factores fisiológicos, están los psicológicos, ya que como se ha mencionado anteriormente, el Síndrome Premenstrual conlleva cambios en el comportamiento de las mujeres, y estos van estrechamente asociados al ciclo menstrual.

Las pacientes experimentan cambios bruscos de humor, displacer, depresión, ansiedad, excitabilidad, irritabilidad, cambios de apetito, trastornos de sueño y en casos graves hasta el suicidio, (en Dálton, 1967).

Una evidencia importante al respecto, ha sido la administración de placebos, como tratamiento para la disminución de los síntomas premenstruales, con los cuales se ha obtenido como respuesta una mejoría hasta en un 50%, e incluso hasta en un 84% en los casos de aquellas mujeres que han tomado fármacos.(Bancroft, 1995).

En la revisión de la literatura de este tema, se han revelado pocos estudios conductuales para corregir los síntomas premenstruales. El primero de estos estudios fue elaborado en 1975 por Chesney y Tasto (en Kirby, 1994) quienes aplicaron dos breves sesiones de desensibilización de los efectos, en once mujeres con dismenorrea congestiva (definida como una variación del Síndrome Premenstrual, por sus síntomas), y lo compararon con otro grupo llamado "lista de

espera", al que no le fue aplicado el procedimiento; éstos encontraron que las mujeres desensibilizadas redujeron sistemáticamente los síntomas.

A partir de éste estudio muchos investigadores han aplicado tratamientos conductuales combinados con fármacos, como Cox et al. (en Kirby, 1994)

En un estudio realizado para saber la eficacia del "placebo" en la fase luteal del ciclo menstrual, se seleccionaron 19 sujetos con síntomas premenstruales y 11 saludables para compararlos; a través de 3 meses, con la administración de luz blanca brillante en la mañana, por la tarde y una débil luz roja por la noche en el transcurso de siete días consecutivos durante la fase luteal. Se encontró que no se obtuvieron efectos significantes en la valuación del humor, en comparación con los saludables.(Parry, Barbara et al, 1993).

Aunque los estudios han sido consistentes y arrojaron resultados positivos, han sido vulnerables a críticas de diseño e interpretación. Las críticas incluyeron el uso objetivo de las medidas y la ausencia de un adecuado control de grupos de intervención.

En el año de 1991, el Dr. Morse et al., (Kyrby,1994), investigó los cambios de los síntomas premenstruales, en un programa de terapia conductual comparada con otro grupo de terapia hormonal

A tres meses de seguimiento de la terapia cognitivo-conductual, se encontró un relativo mejoramiento en los síntomas físicos no así en los psicológicos.

Desafortunadamente sólo 34 de 54 mujeres inicialmente incluidas fueron aprovechadas para el seguimiento, esto llevó a los investigadores a descartar la relación con el grupo de terapia hormonal.

En Norteamérica las Dras. Jessica Motherwell Mc Farlane y Tannis MacBeth Williams (en Motherwell, 1994) llevaron a cabo un estudio longitudinal para determinar los patrones del Síndrome Premenstrual (cambios de humor principalmente) en 60 mujeres y en 10 hombres, a lo largo de 18 semanas. Se encontró gran parte de las mujeres reconocen los síntomas premenstruales aún sin conocer los criterios para determinarlos.

En los hombres, los cambios de humor son aceptados como parte de la conducta masculina, mientras que en las mujeres se cataloga como anormal. La angustia, la ansiedad, el mal humor, y otros síntomas, son inaceptables socialmente y ante su familia quedan fuera del rol femenino generalmente asignado.

Debido a la gran cantidad de síntomas, los investigadores no se han podido poner de acuerdo en el origen de los mismos, entonces se necesita hacer una evaluación de los ciclos conductuales en la mujer, tanto pre-menstruales, menstruales y post-menstruales, además de tomar en cuenta los factores situacionales.

Los patrones conductuales que se presentan en cada mujer varían de una a otra, lo cierto es que muchas mujeres se han identificado dentro del que caracteriza al Síndrome Premenstrual porque al hacerles las preguntas o cuestionarios, los cambios de humor son predominantes y como se ha expresado anteriormente, este es uno de los principales síntomas.

En 1955, año en el que empezaron los estudios de este síndrome a nivel conductual, se encontró en la población inglesa, vinculación de la conducta femenina con las fases de la luna; se analizaron transgresiones en jóvenes, efectuadas 14 días antes de la menstruación y 14 días después, encontrando que en 272 infracciones el 29 % se efectuaron dentro de los cuatro días de la menstruación. Los olvidos y la impuntualidad fueron significativamente elevadas durante el periodo premenstrual, esto refleja la tensión y el letargo en las jóvenes.

Generalmente se tiene un tiempo determinado de reacción, y se encontró que en dicho periodo este se reflejaba más lento. Según K. Dalton (1967), las chicas a las que se les permitía castigar a sus condiscípulas por mala conducta, administraban más castigos durante su propia menstruación y tendían a ser más rígidas, luego esto descendía en forma gradual a lo largo del ciclo.

Sucede lo mismo con mujeres, que en especial ocupan cargos de autoridad como maestras, juezas, etc. En un estudio hecho en 1961 por la Dra. Dalton en una cárcel de mujeres, se encontró que el 49% de 156 recién condenadas, habían sido sentenciadas por delitos cometidos durante su primer premenstruo o su menstruación; siendo los robos los de la más alta proporción, es posible que el tiempo lento de reacción y el letargo sean los responsables de que se les descubriera en ese momento de su ciclo.

Esta apreciación del efecto adverso de la menstruación sobre la conducta de estudiantes y prisioneras, planteó la interrogante de que en el hombre también puede existir una cíclica similar.

El estudio anterior se llevó a cabo también en una escuela de muchachos para hacer un análisis comparativo, encontrando que es posible que en el hombre también exista un ciclo hormonal, pero es tan irregular que no es posible hacer un análisis de este tipo.

Merrit en 1962 (en Dalton, 1967) sugirió que el desorden conductual durante la menstruación puede deberse a respuestas emocionales adquiridas, así como al efecto de los cambios hormonales; ya que en una observación que se realizó en jóvenes colegialas que ya menstruaban, se encontró un esquema similar en las jóvenes que aún no menstruaban; así como en las mujeres encarceladas que tenían una máxima secundaria de transgresiones entre el 25o.y 28o día.

La Dra. Katherine Dalton (1967) investigó también, acerca del número de internaciones por enfermedades psiquiátricas agudas y descubrió que el 46% de 276 internas con dolencias psiquiátricas agudas habían enfermado en el periodo premenstrual y menstrual. Así como también el 53% de los intentos de suicidio, el 47% de pacientes con depresión y el 47% de esquizofrénicos, fueron internadas durante el premenstruo.

Otra investigación acerca de la relación entre la menstruación y los accidentes, fue llevada a cabo en las salas de cuatro hospitales en Londres por Whitehead en 1934, (en Dalton, 1967); y se descubrió que de 84 mujeres con menstruación regular que habían sufrido accidentes; el 52% se encontraban en su premenstruo o menstruación.

De acuerdo al Dr. Williams R. Keye, Jr. de la Universidad del Centro Médico de Utah, en la Cd. de Salt Lake 1965, (en WADE, 1991), por lo menos una de cuatro mujeres que sufren severos síntomas de SPM ha intentado suicidarse o ha maltratado a su esposo e hijos.

Keye sintió que muchas mujeres con síntomas severos antes de la menstruación, podían tener reacciones violentas y funcionar muy bien durante el resto del mes, (en WADE, 1991).

La ansiedad que también es síntoma psicológico, se deriva de una elevación importante de estrógenos en la sangre, ellos estimulan el sistema nervioso central y producen tensión en el cuerpo.

La progesterona deprime el sistema nervioso central como efecto calmante, pero durante el SPM, ambas hormonas son producidas en cantidades desequilibradas.

Tanto en la depresión como en la ansiedad, la baja de estrógenos en el torrente sanguíneo, indican un trastorno hormonal; algunas veces producen hipoglucemia y en otras hay deficiencia en una prostaglandina llamada PGEI que minimiza las respuestas nerviosas a la glucosa disminuida en la sangre.

Los factores psicológicos juegan un importante papel en la problemática del SPM y la depresión o angustia sufrida en esta parte del ciclo no son culturalmente vistas como una conducta apropiada y necesitan tratamiento.

1.5 Factores Sociales y Culturales

En la historia de la humanidad se han establecido diferencias entre hombres y mujeres y son determinantes desde su nacimiento para el papel que se desempeñan en la sociedad. El trato que se da a las niñas es diferente al de los niños, y a menudo persisten a lo largo de la vida.

Esto se puede observar cuando se especula acerca del sexo del bebé unas horas antes del parto; el doctor después de informar el sexo del bebé indica el estado de salud, tamaño y peso.

Más tarde se fomenta la diferencia entre ellos en los juegos, la ropa y las actitudes, en función de los estereotipos sociales. A los niños se les hace más independientes y los padres son más restrictivos con las niñas. Los juegos de los niños son rudos y no se les permite jugar con muñecas, a las niñas se les enseña a ser dóciles y delicadas y solo así merecer la aprobación de sus padres.

Las actitudes se van determinando socialmente entre el sexo masculino y femenino, es decir, la persona tiene que ir encajando con los roles establecidos desde el nacimiento. Junto con la diferencia que acompaña el status, el poder político o la riqueza; a la mujer se le dan patrones de procreación y se tiende a oprimirlas por sus diferencias biológicas.

Aunque no en todas las épocas estuvo oprimida la mujer, las actitudes sociales con respecto a sus funciones femeninas han sido una manifestación de dominación. Y el rechazo que han experimentado no ha sido hacia la condición de ser mujer, sino a las funciones que se le han impuesto como: el aseo de la casa, el cuidado de los hijos, llegar virgen al matrimonio y ser fiel, limitándola como individuo y sin la posibilidad de desarrollarse profesionalmente.

Desde la antigüedad el hombre luchaba por sobrevivir y la naturaleza jugaba un papel importante, las experiencias se adquirían en la caza de los animales y en la defensa contra los elementos de la naturaleza.

Las heridas que recibía y la aparición de la sangre de los animales dejaron una inmensa huella en el hombre, el color rojo de la sangre fue un concepto fundamental y simbolizó el inicio de la vida y la muerte.

La sangre se utilizó en muchos ritos, incluso el hombre se pintaba con ella, pero al no encontrar explicación para la sangre menstrual, que la mujer tenía periódicamente sin morir, le dio connotación mágica y cualidades buenas o malas, Tibón, 1984 en (Landeros y Néquiz, 1990).

Desde la antigüedad las sociedades han mitificado el fenómeno de la menstruación, calificándola como algo repugnante y de manera supersticiosa se ha mantenido en todo el mundo.

Por este hecho la mujer ha sido segregada, reprendida, golpeada y aislada en retiros, por temor e ignorancia a este proceso natural; evento que ha etiquetado a las mujeres como sucias y malas.

A continuación se citan algunos de los tabúes que se han dado sobre la menstruación:

En algunas tribus de Norteamérica, la mujer que estaba menstruando se tenía que abstener de tocar los objetos de cacería, inclusive cualquier objeto de los hombres, por temor a infectarlos, así vivían apartadas y comían sólo pescado y agua fría.

También en una región de Uganda, la vajilla que toca una mujer menstruante se tiene que destruir, porque su "impureza" está con ella.

En Japón, la mujer que estaba menstruando tenía que vivir en una casa fuera de la familiar y en otros pueblos la comida se guisaba aparte y todo esto se dio desde la llegada del Budismo, que consideraba a la mujer sucia e impura.

Las mujeres menstruantes tenían prohibido acercarse a los altares (estante de Dios), que se limpian al día de Año Nuevo y donde se reúne la familia a rezar a sus muertos.

Tampoco pueden pasar por debajo del Torii (puerta que se encuentra en la entrada de los templos), tienen que pasar de lado.

En la Biblia, dentro del antiguo testamento, en el Levítico se puede leer lo siguiente: "Cuando una mujer tiene flujo de sangre, es decir, cuando fluye sangre de su cuerpo, permanecerá durante siete días su impureza menstrual. El que la toque ser impuro hasta la tarde".

"Todo aquello sobre lo que duerma o se siente durante su impureza será impuro. Quien tocara su lecho, lavará sus vestidos, se bañará con agua y será impuro hasta la tarde. Quien tocara un mueble cualquiera sobre el cual se haya sentado ella, lavará sus vestidos y será impuro hasta la tarde".

"Quien tocara lo que está sobre su lecho o sobre su asiento, será impuro hasta la tarde. Si un hombre se acuesta con ella contrae la impureza de su menstruación y será impuro durante siete días. Cuando se sienta curada de su flujo, contará siete días pasados los cuales será pura. Al octavo día tomará dos tórtolas o dos pichones y los presentará al sacerdote a la entrada de la tienda de reunión".

"Este los ofrecerá, uno en sacrificio expiatorio y otro en holocausto. De esta manera, hará sobre ella, delante de Yavé el rito de la expiación por la impureza de su flujo".
Levítico, Nuevo Testamento de la Biblia, Capítulo 12.

Una de las teorías de explicación científica a considerar, fue dada por Ford en 1945, citado por Dalton, K en 1969, y decía que algunas tribus eran menos estrictas con las mujeres, pues habían desarrollado formas más higiénicas de recogida del flujo menstrual.

Este autor agrega que cuando se hace referencia a que las mujeres menstruantes marchitan las plantas que tocan, es porque la menotoxina, que parece que existe en el sudor, la saliva y la sangre de las mujeres durante este periodo, es nociva para la vida vegetal.

El mismo autor afirma que las relaciones sexuales durante la menstruación pueden aumentar la posibilidad de infecciones en la zona pelviana. También afirma que el flujo menstrual puede causar inflamación en el tracto urinario masculino.

Sin embargo estas afirmaciones contradicen a muchos manuales, donde se asegura que abstenerse de las relaciones sexuales durante la menstruación carece de fundamento.

Todos los mitos y supersticiones solamente han originado sufrimiento a las mujeres, la falta de información, la mala calidad de la que existe y la actitud de los adultos, empezó a producir un cambio en gran parte de los medios de comunicación, en donde por medio de publicaciones se informa en las escuelas a jóvenes adolescentes, de los procesos biológicos y psicológicos que suceden en esta etapa.

Las actitudes y los comportamientos menstruales son una interacción compleja, entre las creencias culturales, los factores de socialización y las experiencias que se viven, los conceptos acerca de la menstruación son adquiridos en una etapa temprana y generalmente reflejan los estereotipos culturales, cargados de negatividad en cuanto a los síntomas.

Los síntomas del Síndrome Premenstrual son experimentados en diferentes formas por las mujeres dentro las diversas culturas; por ejemplo, en un estudio realizado en 1981 por la Organización Mundial de la Salud, (en Motherwell, 1994) se encontró que la incidencia en los cambios de humor, la irritabilidad, la letargia y la depresión, pueden variar entre un 23% en mujeres Sudanesas en Indonesia y un 73% en mujeres de Yugoslavia, esta variación fue determinada por las creencias sociales.

Esto también se ve sobre las costumbres del fenómeno reproductivo, lactación, menopausia y menstruación. Las investigaciones en estos países indican que las expectativas y creencias en cada uno pueden dificultar el reconocimiento de los síntomas del Síndrome Premenstrual.

En Abril de 1993 la Conferencia Anual de la Sociedad Psicológica Británica llevó a cabo un symposium concerniente al Síndrome Premenstrual, en donde las evidencias de las últimas investigaciones sobre el tema que se dieron a conocer,

pusieron furiosas a las mujeres que viajaron desde América, Australia o Africa, pues lejos de encontrar respuestas, se dijo que "desde la menarquia hasta la menopausia es regularmente una experiencia de cambios endocrinológicos y psicológicos asociados a los procesos de la ovulación y menstruación"; es importante reconocer que ésta ciclicidad es normal y no patológica, (en Choi, 1995).

Se puntualizó que la etiología es aún desconocida y que los placebos son tan efectivos como las sustancias activas; estas afirmaciones no eran nada nuevo para las mujeres, que bien conocían la sintomatología.

Sin embargo el Síndrome Premenstrual, está influido por muchos factores, entre los que cabe destacar el aprendizaje social y los factores situacionales, sin dejar a un lado el origen de una base biológica.

CAPITULO 2

FACTORES SOCIO-CULTURALES QUE ALTERAN EL SINDROME PREMENSTRUAL

2.1 El estrés

El estrés es un término psicológico, que tiene un significado muy amplio, y aunque diversos factores lo integran, la mayoría de las personas lo utilizan para referirse a las tensiones de la vida diaria.

Significado de "estrés"

El término estrés se deriva del griego "stringere", que significa provocar tensión, y se usó por primera vez alrededor del siglo XIV en textos en inglés con las variantes de "stress", "stresse", "strest" e inclusive "straisse". No es sino hasta mediados del siglo XIX, que el concepto de estrés se maneja por el Dr. Claude Bernard como cambios externos que pueden alterar el organismo. (en Ivanevich, 1985). Una de las propuestas que hace el Dr. Bernard es que el organismo se tiene que ajustar a los cambios que se le presentan para alcanzar una estabilidad, si no lo logra se crea una disfunción rompiendo el equilibrio del organismo y se somete a su estrés.

El Dr. Hans Selye, (en Ivanevich, 1985) endocrinólogo de la Universidad de Montreal en Canadá llevó a cabo las primeras investigaciones significativas al estudio del concepto actual llamado "estrés", y su trabajo consistió en el descubrimiento de que este puede desencadenar daños en los tejidos de un organismo; los traumatismos, los rayos X y el frío generan en los animales de laboratorio una respuesta nociva no específica, y propuso llamarla como Síndrome General de Adaptación.

La contribución más importante de Selye fue una vasta publicación acerca del estrés, en la cual se modificó la definición que el mismo Selye propuso en un principio, para denotarse como "una condición interna del organismo, que se traduce en una respuesta de agentes evocadores o estresores". (en Ivanevich, 1985).

Aún cuando hay muchas maneras de definir el estrés, Selye y otros colaboradores como Cox y Weitz, (Ibid), lo categorizaron en tres factores:

1ª. Basado en los estímulos.

2ª. Basado en las respuestas.

3ª. Centrado en la combinación de estímulos-respuestas.

En la primera categoría el estímulo actúa sobre el individuo y da lugar a una respuesta o tensión. El estrés es considerado como una fuerza externa, con consecuencias perturbadoras; la respuesta del individuo no puede predecirse por las características situacionales.

AMBIENTE EXTERNO

Estrés o estímulo

INDIVIDUO

Tensión o respuesta

La segunda categoría se basa en que el estrés es una respuesta fisiológica o psicológica ante un estresor ambiental, que puede ser una situación o un evento. Este enfoque se centra en la respuesta del individuo, que puede manifestarse en una variedad de formas visibles.

AMBIENTE EXTERNO

INDIVIDUO

Estresor o estímulo

Estrés o respuesta

Y la tercera constituye una combinación de las dos anteriores, sólo que el estrés es el resultado de una interacción étnica entre las condiciones del estímulo y las respuestas que estas provocan.

AMBIENTE EXTERNO

INDIVIDUO

Estímulo

Respuesta debido a diferencias individuales

Los tres factores principales de esta tensión "nerviosa" son la irritabilidad, la ansiedad y los cambios bruscos de humor, y pueden agravarse a estados de depresión leves y moderados, los cuales mejoran al empezar el periodo menstrual.

Una parte de los factores mencionados, se derivan de cambios hormonales escritos con amplitud en el capítulo 1 de esta investigación. En los últimos años ha disminuido la atención a la investigación de los estímulos físicos y sus consecuencias, dando mayor importancia a la investigación dentro de la ciencia del comportamiento. Existe una abundante literatura que relaciona al estrés con funciones hormonales endógenas como: menarquia, ciclo menstrual, embarazo y menopausia; o con los anticonceptivos orales. (en Píanes, 1992).El conocimiento que se va adquiriendo sobre el estrés lleva a los investigadores a separar aquellos factores propios de cada sexo Aunque gran parte de los síntomas se reflejan en ambos sexos, a la mujer se le atribuyen, los que se provocan por las funciones endócrinas como el Síndrome Premenstrual y otros; o los que se atribuyen a los cambios de vida, como el trabajo, el matrimonio y el divorcio. (en Ivanevich, 1985).

Se sabe que el estrés también implica la interacción del organismo con el medio ambiente; el calor, el ruido y la contaminación, eventos que de algún modo traen consecuencias perturbadoras, y pueden predecir respuestas inadecuadas en el individuo.

John Ivanevich en 1985 señaló que el estrés es una respuesta adaptativa mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción de una situación o de eventos externos que plantean a la persona especiales demandas físicas o psicológicas.

Las características individuales pueden abarcar variables como la edad, el sexo, la raza, las condiciones de salud y la herencia, en tanto que los componentes psicológicas pueden incluir las actividades, los valores creencias y dimensiones como la personalidad y la tolerancia a la ambigüedad.

Es importante considerar que todos los seres vivos reaccionamos bioquímicamente nuestro ambiente pero además los humanos respondemos psicológicamente. El estrés puede trastornar al hipotálamo, de tal manera que los péptidos (moléculas de aminoácidos) no pueden enviar señales normales de transmisión nerviosa, que pueden influir en la relación de trabajo entre el hipotálamo y la pituitaria.

La adaptación exige afrontar el estrés con numerosas alteraciones bioquímicas, éstas pueden irse acumulando hasta que ocurran síntomas fisiológicos significativos que señalen el inicio de enfermedades.

Muchas de las respuestas ante estímulos físicos, son idénticas a las que producen las extenuantes presiones de trabajo o la carencia de armonía conyugal; dadas estas afirmaciones se comprende por qué hay un vínculo entre el estrés y sus consecuencias, especialmente con los padecimientos y enfermedades físicas y psicológicas.

El Dr. Hans Selye determinó en 1976 que la reacción de un individuo ante el estrés se manifiesta de manera conjunta en tres fases :

- A) Alarma

- B) Resistencia

- C) Agotamiento

El estado de alarma, según Selye es el más importante, pues ocurre en la estructura bioquímica, poniendo en acción las reservas de energía del cuerpo; provocando la secreción de la hormona adrenocorticotrópica de la glándula pituitaria, la cual permite que se aumente la secreción de corticoides como la adrenalina. La adrenalina actúa sobre los músculos y tejidos gruesos; posteriormente el hígado convierte estas sustancias en glucosa que el corazón y otros órganos las convierten en energía.
(en Ivanevich, 1985).

Algunas consecuencias de esto, es el aumento de frecuencia cardiaca, exceso de colesterol, aumento de ritmos de respiración, fallas en el proceso digestivo, hiperactivación de los sentidos incluyendo la dilatación de la pupila.

El estado de alarma puede sobrellevarse cuando la amenaza es poco intensa, pero el organismo puede pasar al estado de resistencia en el cual un órgano o todo el sistema afronta el estímulo.

Los cambios asociados se extinguen y pueden ser reemplazados por otros característicos de cada individuo.

En el estado final que es el agotamiento, la energía adaptativa se extingue y el organismo es más propenso a la fatiga, enfermedades, envejecimiento, disminución del desempeño (en contextos laborales) y la muerte en casos extremos.

Las consecuencias psicológicas del estrés son: ansiedad, apatía aburrimiento, depresión, frustración, mal humor e irritabilidad melancolía, poca autoestima, sentimiento de amenaza, soledad y nerviosismo y en casos graves de depresión puede alentar al suicidio; una de las causas de muerte que ha venido incrementándose con mayor rapidez en los últimos 25 años en Estados Unidos

Dalton (1967), señala que la irritabilidad adquiere una forma irracional, las mujeres se muestran intolerantes, impacientes y malhumoradas, y pueden aliviarse de repente, vinculándose a un sentimiento de culpabilidad.

La causa de esto es la elevada cantidad de estrógenos en el torrente sanguíneo, que estimulan al sistema nervioso central y producen tensión en el cuerpo.

El estrés puede trastornar al hipotálamo, encargado de controlar el ciclo menstrual, así como a los péptidos (amino cidos) de tal manera que las señales normales de la transmisión nerviosa influyen en la relación entre el hipotálamo y la pituitaria.

Estas señales cerebrales son susceptibles al estrés; si la mujer trabaja bajo estrés, la liberación de la hormona folicular se ve afectada, dando como consecuencia al Síndrome Premenstrual, (en Wade, 1991).

El estrés también puede manifestarse significativamente en la interacción social dentro del seno familiar, el cambio de los valores constituye un elemento más de una forma de vida agitada en la que se debilitan los vínculos familiares. En estudios realizados en varios países del mundo, el progreso económico se ha relacionado con el estrés, que origina gran parte de las muertes por enfermedades cardiacas; pero tan sólo es una de las múltiples consecuencias fisiológicas.

Muchas de las fuentes potenciales del estrés se relacionan con el empleo, las profesiones y las organizaciones dentro de las cuales se pasa la mayor parte del tiempo. Uno de los elementos del estrés en el trabajo, es la necesidad de incrementar la eficiencia organizacional.

Dentro de los efectos cognocitivos se dan: la incapacidad para la toma de decisiones concentración, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.

En las organizaciones el ausentismo es frecuente, las relaciones laborales son pobres y existe baja productividad, los accidentes tienen un alto índice, así como la rotación del personal y lo más importante: la insatisfacción en el trabajo.

Según Cox, (en Ivanevich, 1985) tampoco debe considerarse que el estrés es siempre el causante de tales consecuencias, ya que las alteraciones físicas pueden tener orígenes diferentes; aún así, no debe desecharse la posibilidad de que el estrés sea el causante primario o agente que contribuya a que se presenten.

De todas las consecuencias antes descritas, los efectos sobre salud física son los mas desafiantes, controvertidos y disfuncionales; el alcoholismo, la farmacodependencia, la bulimia y la anorexia, son otros problemas de salud que afectan laboral familiar y socialmente a los individuos (en Witkin, 1990).

En gran parte de la literatura y durante años, el estudio de la tensión se enfocó a los varones, pero no hay que olvidar que la mujer hoy en día se enfrenta a los mismos problemas y que también se preocupa por la educación, alimentación y porvenir de sus hijos.

Además se debe considerar que el hombre no menstrúa, no tiene embarazo y tampoco atraviesa por la menopausia; la mujer debe enfrentarse continuamente a mensajes contradictorios de la sociedad, que por lo general espera que sea "sexy" pero no sexual que sea asertiva pero no agresiva, que trabaje pero que no descuide a sus hijos, etc.

Dadas estas condiciones, el estrés femenino es muy particular y por lo general en la sociedad no es tomado muy en serio; al hombre se le envía a estudios por sus afecciones, mientras que a las mujeres se les prescriben tranquilizantes (en Witkin, 1990).

La parte más importante que se debe tomar en cuenta, es que la mujer pasa mucho tiempo sintiéndose culpable de sus conductas y las que trabajan se enfrentan a los "deberías" y a las dobles obligaciones.

La Dra. Georgia Witkin (1990) menciona en su libro "El estrés de la mujer", que con base en sus investigaciones realizadas a lo largo de diez años, una vez sensibilizada la mujer en cuestión de su problemática, debe entender que su estrés va en función de: Su fisiología: desarrollo de sus senos, menstruación, embarazo y menopausia.

Cambios de vida matrimonio, maternidad, divorcio, el pasar de los cuarenta en una sociedad que venera la juventud y la belleza, la recesión económica, la viudez y la reorganización de la vida cuando los hijos son mayores.

El estrés psíquico de la mujer soltera que fue educada a la antigua; el ama de casa a la que se presiona para que salga del hogar y se realice; la mujer que trabaja y se le presiona para que vuelva a su casa, y no pierda a su familia, etc. El estrés oculto como: el machismo, el sexismo sutil, el ser anfitriona, el hacer de chofer, etc.

El estrés de las crisis vitales, que caen principalmente sobre los hombros de la mujer; la atención de los padres enfermos o moribundos, el cuidado de un hijo disminuido, etc.

Una vez que la mujer se concientiza del estrés femenino y de las distintas maneras en que afecta su vida, puede tomar la decisión y el camino para una vida más sana.

El Dr. Karl Pibram afirma que la mujer es mucho más fuerte al dolor físico y que las estadísticas revelan que la mujer sobre vive mejor al estrés del nacimiento que el hombre.(en Witkin, 1990).

En el mundo occidental hay 68 hombres por cada 100 mujeres mayores de 65 años y entre las personas de 80 años o más, las mujeres constituyen el 2.6% de la población y los hombres sólo el 1.5%.

Se sabe que la mujer suele conservar por más tiempo el uso de las piernas y manos, tiene por mayor tiempo una buena visión y audición; también tiene menor pérdida de la memoria.

El Dr. Karl Pibram de la Universidad de California, (Ibid p. 25), resaltó que la mujer tiene mayor predominio del hemisferio izquierdo del cerebro que el hombre; el hemisferio izquierdo es el que dirige el lenguaje, la lógica y las definiciones, por eso es que las niñas empiezan a hablar antes; también son capaces de afrontar el estrés de un modo más lógico y verbal que los chicos. En su investigación también encontró que el cordón de fibras nerviosas que conecta a los dos hemisferios es más grueso en la mayor parte de las mujeres, esto le da un uso más amplio de ambos hemisferios, es decir que las mujeres pueden combinar capacidades espaciales visuales con habilidades verbales de manera mas coordinada sin predominio de alguno de los hemisferios.

Otra de las características particulares de la condición femenina es que la mujer tiene una mayor proporción de grasa en los músculos que los hombres, teniendo una mejor protección contra el frío, flotan mejor en el agua y liberan más lentamente la energía. Esto representa una resistencia a periodos largos de estrés, ya que el estrés tiende a contraer los vasos sanguíneos superficiales que dan calor a los pies y manos, el estrés tiende a aumentar la sudación, reduce el apetito, lo cual hace necesario tener una fuente alternativa de energía.

También es posible que entre hombres y mujeres exista una diferencia en el umbral al dolor; el bajo umbral femenino pareciera dar aviso temprano a los síntomas del estrés, por dar lugar a una preocupación excesiva las dolencias corporales, esto puede constituir un factor de mayor esperanza de vida en las mujeres(en Witkin, 1990).

Una de las investigaciones importantes realizadas por E. Maccoby (en Witkin, 1990), también demuestra una diferencia en el control de la agresividad entre hombre/mujer. A partir de los 18 meses, las niñas parecen adquirir mayor control sobre las rabietas que los niños. Cabe esperar, que las mujeres desarrollen una mejor estrategia verbal para afrontar el estrés que los hombres, menos capaces de controlarse; así mismo les permitiría pensar antes de actuar. Otro aspecto de la superioridad femenina en cuanto a la coordinación motriz fina que podría ocupar a la mujer en tareas de las bellas artes o neurocirugía, sin embargo ésta se traduce más a menudo en labores manuales como el bordado y el tejido, que alivia también la tensión.

La parte opuesta o desventajas del estrés en la mujer, es que después de un periodo largo de éste se desarrollan las úlceras, la hipertensión y la fatiga crónica; la infertilidad, la tensión premenstrual y la neurosis de ansiedad. A ésta lista se agregan la colitis ulcerativa, síndrome de colon irritable, infarto al miocardio, artritis reumatoide, alergias y afecciones en la piel. (en Witkin, 1990).

En el capítulo anterior se han mencionado ampliamente los síntomas como los cambios de humor en relación al síndrome premenstrual; algunos de ellos dependen de gran manera del estrés y según investigaciones alternas se encontraron otras alteraciones como la amenorrea, la depresión postparto, la melancolía menopáusica, el vaginismo (coito doloroso), la frigidez y la anorgasmia.

Trastornos no específicos como: anorexia, bulimia, neurosis de ansiedad y psicosis depresiva. El estrés puede agravar la mayoría de los síntomas de la tensión premenstrual, del acné y las alergias; alteran la tolerancia a la fatiga, a los dolores y a las demás personas; es decir, cuando la mujer sufre de estrés, los síntomas premenstruales pueden ser más graves.

La anorexia es una de las enfermedades derivadas del estrés, las personas preocupadas en exceso por su aspecto, deciden controlar lo que comen y así adquieren la sensación de controlar también los demás impulsos; empiezan por perder el apetito, adelgazan mucho y siguen viéndose a sí mismas con exceso de peso.

Esta afeción es más frecuente en las mujeres y aunque no se ha encontrado una relación directa con la fase premenstrual, es probable que la anorexia se vincule con la fisiología femenina, así como con los mensajes culturales que la inciten a controlar el estrés de una manera simbólica. Los anoréxicos a menudo son adictos a la "aceptación", es decir que viven de la aprobación de los demás y no de la comida. La terapia familiar o de grupo pueden ser útiles cuando el problema se trata a tiempo; antes de llegar a una desnutrición grave que provoque la muerte. (en Witkin, 1990).

La bulimia es una necesidad extrema y compulsiva de comer, sus causas varían, ya que la comida puede estar ligada a representaciones de recuerdos infantiles, recompensas o sustitutos del hecho de "absorber" placer sexual, elogios o amor, puede ser una válvula de escape para la cólera, para las dependencias, etc. (en Witkin, 1990).

El alcoholismo, es uno de los síntomas que no han sido reconocidos como consecuencia del estrés femenino, pero cada vez son más mujeres que acuden a tratamientos por problemas con la bebida.

En estudios realizados en cuanto al abuso del alcohol en etapas premenstruales, se encontró que existe un eslabón entre el consumo del alcohol y la fase premenstrual del ciclo. Aunque es importante considerar que al abuso del alcohol está vinculado con los rasgos de personalidad de cada mujer, así como la existencia de depresión y otras variables; el nivel de significancia no fue representativo en el periodo premenstrual, sin embargo se encontró mayor vulnerabilidad de rasgo en pacientes con síndrome premenstrual. (en Tobin, 1994).

El alcohol puede tener un efecto sedante o desinhibidor, que reduce temporalmente el estrés; hace más lenta la respuesta muscular y provoca una sensación de relajación; el sujeto al desinhibirse expresa sus impulsos con menor sensación de culpa.

La ansiedad es una reacción entre un deseo y un temor, que lleva a una persona a tener impulsos diversos, pero no sabe cómo enfrentarlos ni como manejarlos, por lo que le causa conflicto.

La proporción de hombres y mujeres que sufren de ansiedad es de 2 hombres por cada 3 mujeres; aún no se conoce la razón con exactitud, pero pareciera que es dado por la educación que reciben las niñas en nuestra sociedad.

En los varones se inculca la importancia de los logros, de la vanidad, de la agresividad y de la seguridad en sí mismo, no así en la mujer en la que se espera sean más vulnerables y débiles que los hombres.

Es de gran importancia que las crisis de ansiedad las traten los psiquiatras, psicólogos y especialistas en ésta materia; vinculados al entorno social y familiar.

Otras de las teorías descritas en: "El estrés de la mujer", Georgia Witkin, (1990) sostiene que el estrés y la ansiedad agravan problemas que ya existían debido a los genes, al entorno prenatal y a las dietas, lesiones, accidentes y a dolencias, todo lo anterior se considera como "puntos débiles". Según otra teoría, cada órgano del cuerpo humano tiene niveles de vulnerabilidad, de resistencia y cuando el cuerpo está sometido a niveles altos de estrés es probable que aparezcan enfermedades, trastornos o virus.

Si bien es cierto que cada persona tiene diferentes maneras de reaccionar ante los estímulos externos, las mujeres sometidas aun estrés excesivo podrían responder a un grupo especial de reacciones para cada emoción, esta teoría se centra en la importancia de las diferencias individuales. Es como si cada una de ellas tuviera un diferente umbral de reacciones psicósomáticas, y su propia combinación de variables que pueden hacerle rebasar ese umbral. (en Witkin, 1990).

Según el enfoque de Sigmund Freud (en Witkin, 1990), los síntomas del estrés pueden asociarse a ciertos tipos de personalidad, dadas las experiencias de la primera infancia.

Inclusive la Dra. Margaret Mead y la psiquiatra Karen Horney lo atribuyen a que los mensajes que da la madre al niño provocan ansiedad; estos pueden ser sutiles y se pueden enviar durante la comida, en la imposición de la disciplina y durante las demostraciones emocionales.

Cada una de las diferentes teorías tratan de explicar los factores que determinan los síntomas del estrés, pero lo más probable es que los factores se produzcan por varios fenómenos simultáneos. Es importante conocer las formas del estrés, los puntos débiles del cuerpo y de la mente, las zonas conflictivas, las formas de reaccionar y el tipo de personalidad.

2.2 La importancia de la edad, la familia, el trabajo, la religión, las creencias y los valores en el Síndrome Premenstrual.

Todo hace suponer que la edad no determina la aparición de los síntomas premenstruales, pues estos no son bien dados por la cultura, la incidencia va en relación a los cambios hormonales desde la pubertad hasta la entrada a la menopausia.

Como antecedente y para determinar la incidencia del Síndrome Premenstrual, la Dra Katherine Dalton en 1954 realizó un estudio en el que abarcó 22 mujeres que ya habían dado a luz, 176 mujeres casadas nulíparas, 236 mujeres solteras nulíparas y 191 mujeres que anteriormente habrían sufrido toxemia durante el embarazo.

El resultado fue que hubo mayor incidencia entre las mujeres que ya habían tenido ataques de toxemia de 86 a 88%, mientras que las mujeres que no habían sufrido antes toxemia eran entre un 32 y un 21%. La incidencia del Síndrome Premenstrual también se analizó con respecto a la edad y se observó un aumento de este entre las mujeres que no tienen hijos, sean casadas o solteras.

La aparición de los síntomas se atribuye generalmente a la pubertad, al embarazo, a la menopausia o al casamiento. La ingestión de algunos anticonceptivos orales (hormonas) junto a momentos de tensión, convierte a un leve Síndrome Premenstrual en una forma más grave que requiere tratamiento.

Con el paso de los años la ovulación ya no es tan perfecta, como lo era en la juventud; el desequilibrio hormonal se podría presentar después de los 30 produciendo menos progesterona en relación con el estrógeno. El tejido adiposo aumenta mientras la mujer envejece y esto contribuye a presentar síntomas premenstruales, además también se encontró en el estudio, que algún síntoma aislado como la jaqueca, puede presentarse en miembros de las familias en dos o tres generaciones. (en Dalton, 1967).

Dentro del ámbito familiar las mujeres que trabajan tienen una ventaja sobre las que no lo hacen, ya que pueden tener problemas con su esposo e hijos; éstos no entienden sus reacciones y es muy importante que la mujer hable de su estado de ánimo, de sus síntomas, etc., con su esposo, hijos, amigas de confianza, doctor familiar ó clérigos.

En una investigación realizada por Ma. Luisa Marván y Ma. de Lourdes Martínez en 1995 de la Universidad de las Américas México, en el ámbito de las relaciones maritales, un alto índice de mujeres con síntomas premenstruales reportaron mayor cantidad de conflictos familiares y una mayor insatisfacción en sus relaciones sexuales y maritales. La comunicación de las mujeres con sus esposos disminuye en el premenstruo y sus relaciones familiares se ven afectadas. (en Marván y Martínez, 1995).

Otros estudios realizados por (Coughlin, 1990; Keye et al., 1986; Siegel, 1986) (en Ryser, 1992) obtuvieron como resultado la presencia de problemas secundarios con los esposos y otros miembros de la familia, a consecuencia del Síndrome Premenstrual.

Insistieron en que es necesario realizar investigaciones por ejemplo, con niños cuyas madres padecen tensión premenstrual y el padre esté ausente; o comparar este mismo grupo con otro en donde las madres no padecen la sintomatología.

Propusieron que los aspectos biopsicosociales del proceso del Síndrome Premenstrual fuesen examinados por un equipo de profesionales de diferentes campos, y orientar a las parejas con estrategias y educación para entender la conducta de la mujer en este contexto. (en Ryser 1992).

Los autores afirman que al expresar sus sentimientos les ayuda a aliviar el estrés, y las tareas de la casa que causan el Síndrome Premenstrual pueden asignarse al esposo o hijos en estos periodos.

La mujer que trabaja y que tiene síntomas premenstruales fuertes llega a presentar baja productividad, se incapacita con mayor frecuencia y sus funciones laborales se ven afectadas por esta condición. (Breen. L en Wade, 1991).

Algunas de las mujeres que cumplen con un doble rol, como es el de trabajar y ser madres de familia a menudo no logran sentirse satisfechas en ninguno de los dos (en Witkin, 1990).

El sentimiento de culpabilidad lo viven por estar fuera de su casa mucho tiempo y cuando vuelven a ella intentan compensar lo que creen que deben a su familia, haciendo esfuerzos extraordinarios en actividades, como si hubieran estado divirtiéndose.

Por otra parte Friedman y Roseman señalan (en Witkin, 1990), que la mujer que llega en el trabajo a puestos ejecutivos por lo general se enfrenta a la competencia y al éxito para sobresalir en el mundo del trabajo.

Estos mismos autores definen en la mujer ejecutiva un perfil de personalidad:

- a) Es perfeccionista: porque espera ser la empleada perfecta, sin dejar de ser hermosa, buena amiga, buena hija, buena esposa y buena madre.
- b) Nunca está satisfecha con sus logros.
- c) Es impaciente e irritable.
- d) A veces es más agresiva que asertiva.

e) Compete con sus compañeros de trabajo y también con otras madres y esposas.

f) Concede a los demás una enorme capacidad de influir en sus sentimientos hacia sí misma, a través de las reacciones que muestran ante ella.

Por otro lado, las diferencias culturales producen amplias variaciones de actitudes con respecto a las conductas sexuales, familiares, educativas, etc.

Es en la familia donde la cultura influye por medio de la socialización, las normas sociales por ejemplo: la manera de comer de vestirse, el lenguaje que se emplea, la conducta masculina o femenina adecuada, son parte indiscutible de la conducta social humana. (en Whittaker, 1970).

Los valores, actitudes y finalidades son adquiridos como resultado directo de esta socialización. Vemos como en algunas sociedades los estereotipos femeninos están menos valorizados que los masculinos. La mujer es subestimada y el hecho de haber estado subordinada de una forma o de otra al hombre, ha determinado que su ciclo fisiológico haya sido un motivo más para esta manifestación. (en Witkin, 1990).

Por lo que se refiere a la religión, se ha demostrado, la gran variedad de síntomas relacionados con la menstruación, en las mujeres de diferentes religiones.

Las mujeres experimentan cambios menstruales distintos de acuerdo a sus creencias religiosas, las católicas manifestaron más ansiedad en la fase premenstrual, mientras que la judías ortodoxas tenían más problemas en la fase menstrual (en Wade, 1991).

Además los resultados de diversos estudios sugirieron que las creencias culturales pueden influir en las percepciones de una mujer sobre sus estados corporales, dependiendo de la naturaleza del conocimiento de la fase menstrual en la que se encuentran.

Otro estudio realizado en 1980 por Brooks-Gunn y Ruble, quienes elaboraron un Cuestionario de Actitudes Menstruales, encontró que la actitudes eran complejas y que la menstruación a veces se ve de una manera positiva y otras de manera negativa y que, para la mayoría de las mujeres era una molestia, pero natural. Un dato relevante de este estudio es que la negación de los efectos de la menstruación (que se dio con poca frecuencia) estaba relacionada con bajos niveles de síntomas en un grupo de estudiantes de la Universidad de Princeton, pero no en un grupo de mujeres del estado de Nueva Jersey.

Esto indica la importancia de la muestra en los estudios sobre la menstruación, que generalmente se realizan únicamente con mujeres de elevado nivel cultural, Brooks-Gunn, 1986 (en Lánderos y Néquiz, 1990).

2.3 Terapias Utilizadas y Tratamientos

Gran parte de las mujeres que padecen el Síndrome Premenstrual, no identifican su problema, sino hasta que escuchan a otras mujeres hablar acerca de esto o hasta que se enteran en las revistas de moda y se animan a investigar más a fondo.

Lo importante es que la mujer solicite ayuda a un profesional y aprenda a conocer los síntomas, que suelen ser estresantes. Los diversos factores se combinan para resultar especialmente difíciles y afectar de manera diferente en distintos momentos a la vida de cada mujer.

Por eso es fundamental que la mujer atienda su sintomatología; para ello existen diferentes alternativas como: cambios en estilo de vida, en la alimentación, tratamientos hormonales, ejercicio aeróbico, tratamientos con vitaminas y minerales y psicoterapias.

La psicoterapia juega un papel muy útil como tratamiento del Síndrome Premenstrual, el entendimiento por parte de la mujer de que los cambios emocionales en su organismo, tienen una base fisiológica ayudan a manejar mejor sus reacciones.

Para muchas mujeres sería de gran utilidad conocer desde el punto de vista fisiológico, los cambios hormonales antes, durante y después de la menstruación con esto se eliminaría el estrés, las tensiones domésticas y la desarmonía marital.

La decisión de tomar algún tratamiento debe basarse en datos individuales registrados por lo menos tres meses de los ciclos menstruales para que el profesional se ubique en el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Por ejemplo; algunos de los padecimientos pueden controlarse sólo con medicación sencilla como analgésicos que no provoquen efectos colaterales. El estrés y la irritabilidad severa pueden manejarse con tranquilizantes; el manejo de tales medicamentos debe administrarse por un médico especialista en forma controlada, ya que tanto las drogas antidepresivas como las depresivas pueden provocar habituación.

La retención de líquidos puede ser aliviada con diuréticos, pero no por mucho tiempo, ya que en la orina se pierde potasio, es entonces cuando debe ser administrado en complemento. (en Wade, 1991).

Los tratamientos quirúrgicos como la extirpación del útero (Histerectomía), ha demostrado que no sólo no elimina el SPM, sino que expone a la mujer a complicaciones derivadas de la cirugía.

La actividad física ha demostrado que aminora el dolor del SPM porque ayuda al cuerpo a liberar las beta-endorfinas, sustancias parecidas a la morfina y que calman el mal humor.

La terapia hormonal propuesta en las primeras investigaciones de la Dra. Katherine Dalton, fu' muy eficaz en el tratamiento del SPM, sin embargo es costosa y casi siempre debe ser aplicada durante largo tiempo. Esta terapia es esencialmente profiláctica y por lo general debe ser iniciada desde la mitad del ciclo en adelante, ya que una vez que los síntomas han aparecido proporciona poco alivio. (en Dalton, 1967).

Las vitaminas y minerales como la B6 (piridoxina), E, A, D, y el Calcio, Magnesio, Zinc, etc; contribuyen a aliviar los síntomas del SPM, pero deben ser administrados en un régimen natural de alimentación por un médico. (en Wade, 1991).

Aunque existen nuevas y variadas fuentes o tratamientos para el Síndrome Premenstrual, la comprensión de los procesos fisiológicos es la forma más eficaz para tolerar los síntomas y para poder solicitar la ayuda profesional de los especialistas.

CAPITULO 3
METODOLOGIA

3.1 Planteamiento del problema

¿Qué, factores socioculturales modifican los signos y síntomas del Síndrome Premenstrual en mujeres económicamente activas y que viven en la Ciudad de México con edades comprendidas entre 20 y 40 años?

3.2 Hipótesis de trabajo

Si los factores socioculturales pueden modificar los signos y síntomas del Síndrome Premenstrual en mujeres económicamente activas, las cuales viven en la Ciudad de México con edades entre 20 y 40 años, entonces se evidenciarán estas alteraciones en las respuestas que den a un cuestionario.

3.3 Variables

Variable Independiente (asignada o dada) Síndrome Premenstrual

Por variable independiente asignada o dada, se entiende aquella variable que no ha sido manipulada directamente por el investigador; tan sólo se observa su dinamismo, se registra, diagnostica y se evalúan sus causas y repercusiones; sus niveles no es tan predeterminados por el investigador (en Kérlinger 1987)

Variable Independiente (manipulable): Diseño del cuestionario que diagnostica los factores socioculturales que alteran el Síndrome Premenstrual.

Por variable independiente manipulable, se entiende aquella variable que ha sido modificada directamente por el investigador

Se observa, se registra su dinamismo y sus diferentes niveles están predeterminados previamente por el investigador. (Kérlinger, 1987).

Edad, Sexo, Nivel Socioeconómico, Nivel Académico, Actividad Laboral y Participación de las Variables Independiente (Extrañas ó Sistemáticas mujeres en el sector productivo de la población (Mujeres económicamente activas), Religión, Espacios Recreativos, Pasatiempos, Salario, Satisfacción por lo devengado, Número de hijos, Delegación a la que pertenece y Convivencia con familia de origen ó Familia nuclear.

Estas variables independientes por pertenecer a este parámetro sistemático son controladas, es decir, el investigador conoce sus efectos.

Debido a este rasgo característico se puede decir que son variables independientes controladas en donde todas las demás condiciones de éstas permanecen constantes, (Kérlinger, 1987).

3.4 Definición Conceptual de las Variables

Variables Independientes (Asignadas, Manipulable y Extrañas ó Sistemáticas).

Síndrome Premenstrual: Trastorno caracterizado por la manifestación de un conjunto de síntomas, que se presentan cíclicamente en una gran parte de las mujeres, durante los 10 días previos a la menstruación y desaparecen unas horas o días después del inicio del flujo menstrual. Estos síntomas pueden ser alteraciones del humor, depresión, mastalgia, cefalea, aumento de peso, ansiedad, etc. (Manual Merck, Ginecología y Obstetricia, 1999).

Sexo: Rasgos fenotípicos y genotípicos que determinan el rol de la persona.

Edad: Número de años que tiene una persona.

Nivel Académico: Grado alcanzado por los individuos dentro de centros institucionales de enseñanza.

Nivel Socioeconómico: Grado alcanzado por los individuos dentro de la escala social y económica.

Actividad Laboral: Papel que la persona desempeña en una organización. Este desempeño es reconocido por las aptitudes y capacidades que tiene esa persona en el cargo ejercido.

Personas económicamente activas: Son aquellas personas que están catalogadas por la Ley Federal del Trabajo como personas productivas y son configuradas en el sector económico de la población.

Cuestionario de Diagnóstico de los Factores Socioculturales del Síndrome Premenstrual:

Instrumento de medición que permitir registrar y diagnosticar las características socioculturales de las personas que padecen El Síndrome Premenstrual,

Religión: Sistema de creencias característico de una persona en particular el cual influye en su estilo de vida.

Espacios Recreativos: Lugares de esparcimiento, entretenimiento y recreación los cuales pueden ser públicos o privados.

Pasatiempo: Actividad de esparcimiento ó diversión, dependiendo de las preferencias, gustos e inclinaciones.

Salario: Pago o remuneración (cantidad monetaria) por un servicio o trabajo efectuado.

Satisfacción por lo devengado: Gusto o placer por el pago devengado por prestar un servicio o trabajo.

Número de hijos: Cantidad de personas reconocidas y aceptadas como descendientes de sus progenitores y que forman parte de un núcleo familiar

Delegación en que vive: Ubicación geopolítica donde reside o habita una persona en el Distrito Federal.

Convivencia con familia de origen o familia nuclear: Aquel matrimonio que vive con los padres de cualquiera de los cónyuges o convivencia con familia nuclear, es decir, aquel matrimonio que ha establecido un nuevo hogar o residencia de los cónyuges. (Diccionario Enciclopédico Larousse, (1990). Edit Larousse.

Variable Dependiente

Respuestas (actitudes) a los ítems del cuestionario: Registro de respuestas (marcar la opción más pertinente a sus percepciones) que cada persona elige en el cuestionario diseñado en escala de Likert. La escala de Likert es uno de los tres tipos principales de escalas de actitudes "clasificación sumada" y contiene un conjunto de preguntas que tienen de manera aproximada el mismo "valor actitudinal" y a las que los sujetos responden en grados diversos de acuerdo o desacuerdo. Tiene la finalidad de situar al individuo en cierto lugar de un continuo de concordancia de la actitud en cuestión. (Kerlinger, 1985).

3.5 Definición Operacional de las Variables

Variables Independientes

Sexo: Identificación de los rasgos fenotípicos y genotípicos.

Edad: Mujeres mayores de edad (corroborado al pedir sus credenciales oficiales), en el presente estudio de edades comprendidas entre 20 y 40 años.

Nivel Académico: El grado escolar del cual los sujetos hayan cubierto el 100% de los créditos requeridos por las leyes institucionales educativas nacionales. A nivel licenciatura la obtención del título si acredita los 100% de los créditos y defensa de tesis A nivel de maestría la obtención del título, si acredita los 100% de los créditos y defensa de tesis.

Nivel Socio económico: Número de salarios mínimos al que asciende el ingreso familiar. Se tomó para el nivel socioeconómico alto aquellas personas cuyo ingreso es 10 veces más del sueldo mínimo. Para un nivel socioeconómico medio de 5 a 10 veces y para un nivel socio-económico bajo 1 a 5 veces el sueldo mínimo. (Mapa Mercadológico de la Ciudad de México y Zona Metropolitana Bisma 1998)

Síndrome Premenstrual: Se considerará como una presentación cíclica de malestares como: nerviosismo, irritabilidad, cambios bruscos de humor, entre otros; los que se manifiestan después de la ovulación (14 días antes de la menstruación), debido a la deficiencia de progesterona.

Decrementa con la aparición de la menstruación y desaparece aproximadamente dos días después de finalizar ésta, como una consecuencia del inicio y equilibrio de la producción hormonal.

3.6 Tipo de Investigación

El presente estudio fue exploratorio y transversal: Exploratorio ya que permite hacer un diagnóstico del objeto de estudio, señalando sus características y propiedades, diciendo qué, es y delimitándolo. Requiere de cierto nivel de profundidad, de rigor y sistematicidad en la investigación.

Transversal porque fue en un momento o corte de la historia de las personas. (Kérlinger, 1985).

3.7 Diseño de la investigación

Diseño pre-experimental, el cual constó de un solo grupo de sujetos a los cuales se aplicó un instrumento de medición "cuestionario de diagnóstico de los factores socio-culturales del SPM" cuyas respuestas indicarán las manifestaciones de los síntomas premenstruales que los sujetos padecen en un marco de diagnóstico.

3.8 Descripción de la Población

Participaron mujeres de diferentes colonias y delegaciones, del Distrito Federal de diferentes credos y donde sus espacios recreativos y pasatiempos estaban en función del estilo de vida y de su dinamismo.

El hecho de vivir en el Distrito Federal, les permitía tener percepciones, atribuciones, actitudes y estereotipos particulares, característicos del medio ciudadano, los cuales están expresados en el marco teórico del presente estudio.

3.9 Muestra

Se utilizó una muestra no probabilística, accidental, intencional y por cuotas. No probabilística ya que no emplean ninguna forma de extracción aleatoria en ninguna de sus etapas. Accidental porque la participación de los sujetos en la investigación fue voluntaria.

Por cuota porque de antemano se estipuló el número de sujetos que participaría en esta investigación. Intencional ya que se empleó un criterio y un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra.(Kérlinger, 1985).

Sus características están expresadas en los cuadros estadísticos que se encuentran en páginas siguientes.

3.10 Sujetos

La población del estudio estuvo conformada por 72 mujeres que pertenecen al sector productivo de la población, es decir, aquellas que perciben un sueldo bajo la ley, pagan impuestos y están registradas ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, sus edades están comprendidas entre 20 y 40 años.

Presentaban satisfacción o no por el salario percibido el cual variaba dependiendo del puesto que desempeñaban en el trabajo y por los años en dicho puesto (entre \$4.000.00 y \$8.500.00)

Pertenecían a una familia de origen y otras a una familia nuclear, con hijos y sin hijos, sus estudios los realizaron en instituciones públicas y otras en privadas.

Dicha muestra se caracterizaba por padecer sintomatología premenstrual y sus características socio-demográficas están enmarcadas en clase media (medio-alto, medio-medio medio-baja).

Son profesionistas cuyo grado académico menor es de Licenciatura y el mayor de Maestría, sus residencias geográficas están situadas al sur de la Ciudad de México. (Mapa Mercadológico de la Cd de México, y Zona Metropolitana, Editorial. Bisma 1998).

Practicantes de la religión católica y protestante, tienen actividades recreativas y pasatiempos. La población presentaba diferentes estados civiles y los porcentajes de cada variable socio-demográfica se pueden ver en los cuadros de análisis descriptivo presentes en páginas posteriores al estudio.

Cabe acotar que estos rasgos definitorios fueron escogidos de manera sesgada debido al carácter exploratorio del estudio y al diagnóstico de las incidencias de estas variables socio-culturales sobre las personas. La población estuvo conformada por miembros que pertenecían al sector privado ó público y sus participaciones en este estudio, estuvieron autorizadas por sus jefes inmediatos y por la voluntad de ellas mismas a participar en la investigación.

3.11 Diseño del Instrumento Empleado

Con el fin de obtener la validéz del instrumento, el cual midió el criterio (Factores socio-culturales y su repercusión en el Síndrome Premenstrual), se llevó a cabo en dos fases; la primera, que sirvió para la elaboración de un instrumento piloto de medición en que los reactivos que lo conforman están obtenidos por autodiagnóstico directamente de la población.

En la segunda fase, se procedió a validar los reactivos a través de la técnica de jueceo contrabalanceado en sus dos modalidades: interno y externo.

El Cuestionario validado por esta técnica, permitió evaluar y diagnosticar los factores socio-culturales que alteran el Síndrome Premenstrual.

El jueceo interno se caracterizó por ser evaluado por mujeres económicamente activas, profesionales donde sus actividades laborales están encaminadas en las reas de investigación de corte social y que padecen la sintomatología premenstrual.

El jueceo externo se caracterizó por ser evaluado por mujeres económicamente activas, profesionales donde sus actividades están encaminadas en las áreas de investigación de corte social y que no padecen la sintomatología premenstrual, pero conocen por estudios los signos y síntomas premenstruales.

Conforme a lo anterior se elaboraron los ítems del cuestionario final y sus respectivos criterios, siguiendo las recomendaciones de los "jueces", los cuales aprobaron la estructura interna y externa del instrumento de edición.

Dicho cuestionario mide 5 criterios y consta de 31 reactivos y 17 variables socio-demográficas, los criterios están configurados por varios ítems que evalúan el rasgo a medir (Síndrome Premenstrual). Estos criterios y sus respectivos ítems fueron sopesados y evaluados diagnósticamente por los expertos (jueces internos y externos) para formar parte del cuestionario.

Los cinco criterios a saber son: **Estilo y Modo de Vida, Mitos Redes de Apoyo, Atribuciones y Percepción del Contexto Sociocultural.**

El Estilo y Modo de Vida lo configuran los ítems: 6, 10,11, 12, 13 y 27. En cuanto al parámetro de Mitos los ítems están representados por las afirmaciones 3, 24, 25 y 31.

Redes de Apoyo, configurado por los reactivos: 2, 8, 9, 18, 19 y 20.

Atribuciones identificados en las aseveraciones: 1, 21, 22, 23,23, 26, 7 y 14. Percepción del contexto socio-cultural señalados en los ítems: 4, 5, 15, 16, 17, 28, 29 y 30.

Estilo y Modo de Vida: Son aquellos rasgos definitorios socio-culturales, propios de cada individuo, que le permiten desenvolverse en su medio ambiente y trazar un manejo adecuado de su misión histórica y el despliegue de su potencial humano.

Mitos: Son aquellas pautas de comportamiento socioculturales, que permiten generar rasgos caracterológicos, fundamentados en hechos históricos, cotidianos representativos de la tradición oral narrados.

Redes de apoyo: Son aquellas personas familiares o no, que brindan un soporte de cuidado, identificación, corresponsabilidad, coparticipación apoyo y compromiso en sus dinámicas interpersonales.

Atribuciones: Aquellas unidades de comportamiento en que el perceptor está dominado por la hipótesis de que el actor social ha respondido a ciertos propósitos intencionados, causados por una combinación de factores internos (de la persona) y ambientales.

Percepción del Contexto Socio-Cultural: Son aquellas situaciones sociales y culturales que influyen en las percepciones, interpretaciones e inferencias de los actores sociales sobre el comportamiento, situaciones y personas.

Los criterios tienen fundamento actitudinal, y por actitud se entiende la predisposición a actuar, sus componentes son racionales, emocionales y de acción; presentan relativa estabilidad en el tiempo, son congruentes y divergentes con el pensamiento y la acción.

Estas actitudes configuran rasgos de personalidad cuya base es del orden biológico. Sus manifestaciones pueden ser desencadenadas por situaciones sociales, culturales, personales y somáticas.

El instrumento de medición empleado en esta investigación contempla estos puntos y sus ejecutores registran las percepciones y las actitudes del sexo femenino hacia los factores socio-culturales del Síndrome Premenstrual.

Las personas se identifican con la mejor opción a lo largo del continuo: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca; en función de sus percepciones y actitudes.

Dicho cuestionario fue construido en la escala tipo "Likert" (arriba descrita).

Esta se caracteriza por una consistencia, coherencia y congruencia de sus elementos constitutivos (criterio-rasgo-actitud).

Exige una respuesta graduada a cada manifestación del individuo al objeto de estudio, expresados en función de las cinco categorías descritas anteriormente (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca).

Las manifestaciones individuales (respuestas a las aseveraciones dadas al cuestionario), son claramente favorables o claramente desfavorables. Para puntuar la escala se califican las respuestas alternativas con 5, 4, 3, 2 ó 1 respectivamente, desde el extremo favorable al desfavorable.

La suma de las calificaciones de los elementos, representa la puntuación total del individuo, que debe interpretarse en función de las normas establecidas empíricamente.

Este estudio se llevó a cabo en un escenario natural, es decir, que las personas fueron abordadas en sus respectivas actividades laborales.

De antemano se estableció como norma, que antes de dar los cuestionarios a las personas para ser respondidos, se debían tipificar y estandarizar los procedimientos, instrucciones y materiales, que se lograron en este estudio.

3.12 Escenario

La investigación se realizó en un ambiente natural de las personas, es decir, en donde desempeñaban sus actividades, dentro de las instalaciones públicas o privadas.

3.13 Material

Se utilizó el cuestionario conformado por 5 hojas y se les proporcionaron lápices para contestarlo.

3.14 Análisis estadístico de datos

El análisis de la investigación por ser un estudio exploratorio se llevó a cabo mediante el Software Statistical Package for Social Science (SPSS), en su versión 6.5 de la parte descriptiva el cual es un sistema amplio de análisis estadístico, descriptivo y de gestión de datos en un entorno gráfico, que permite diagnosticar los factores socio-culturales.

La captura de los datos se hizo en Excel, para que pudieran ser leídos por el paquete estadístico (SPSS), la versión de la hoja de cálculo fue la 3.11. Se utilizaron gráficas de barras y pastel para describir las variables socio-culturales.

Para el análisis de los reactivos del cuestionario configurados en cinco criterios, se utilizó para cada uno, medidas de tendencia central y desviación estándar.

Criterios de inclusión, exclusión, eliminación y/o sustitución a partir del piloteo de los ítems.

Los criterios de inclusión comprenden los siguientes aspectos:

- 1.- La validación por jueceo en sus dos modalidades, interno y externo (contrabalanceado) para los ítems.

- 2.- Los factores socio-culturales se tomaron en cuenta en este estudio, en base a investigaciones anteriores, dichos estudios nos dan elementos importantes para explorarlos.

Criterios de exclusión

- 1.- Los factores biológicos del Síndrome Premenstrual, se excluyeron del cuestionario de diagnóstico, ya que se han explorado ampliamente en otras investigaciones.

- 2.- Las terapias utilizadas y métodos, por considerarse como una decisión de la mujer, después del diagnóstico clínico. Además de no estar sujetas a evaluación en un cuestionario.

Criterios de eliminación y/o sustitución

1.- Se eliminaron en función al criterio de inclusión, aquellos ítems que no midieran variables socio-culturales.

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

CAPITULO 4
RESULTADOS E INTERPRETACION

4.1 Resultados e Interpretación

El primer criterio "Estilo y modo de vida" conformado por los ítems ó variables 6; 10; 11; 12; 13 y 27 arrojaron las medias 1.36; 2.26; 2.13; 1.99; 2.17 y 2.25 respectivamente, así como la media grupal de 2.026. Lo cual indica en la interpretación del instrumento que existe una predisposición de las personas a ser afectadas por las tensiones de vivir en el D.F.; las pocas horas de esparcimiento influyen ampliamente en la presentación temprana del Síndrome Premenstrual. Debido a los nuevos estilos y modos de vida en donde el estrés se intensifica de manera importante, se dificulta el manejo de las tensiones premenstruales.

ESTADISTICA	ESTILO Y MODO DE VIDA			
ITEMS	PERSONAS	ERROR	MEDIA	DESVIACION STANDARD
6	72	0	1.36	0.51
10	72	0	2.26	0.58
11	72	0	2.13	0.44
12	72	0	1.99	0.49
13	72	0	2.17	0.38
27	71	1	2.25	0.47

El segundo criterio "Mitos" compuesto por los ítems 3; 24; 25 y 31 y sus medias respectivas 2.63; 2.54; 2.66 y 2.41, con media grupal de 2.560, manifiesta a la luz del instrumento la influencia social que los mitos acerca de la menstruación y de la posición de la mujer alteran la sintomatología premenstrual. Los estereotipos sociales asignados como rol a las mujeres y la precaria información de este proceso natural predisponen a las mujeres a confrontarse con actitudes de rechazo e incomprensión.

ESTADISTICA	MITOS			
ITEMS	PERSONAS	ERROR	MEDIA	DESVIACION STANDARD
3	72	0	2.63	0.49
24	71	1	2.54	0.50
25	71	1	2.66	0.51
31	70	2	2.41	0.52

El tercer criterio "Redes de Apoyo", se conforma por los ítems ó variables 2; 8; 9; 18; 19 y 20 con medias respectivas 2.17; 4.40; 4.67; 4.03; 1.37, y 2.62 con su media grupal de 3.21 que indica que gran parte de las mujeres que están afectadas por el Síndrome Premenstrual no reciben apoyo de la familia, amigos o de instituciones de salud. Esto es en gran medida por el desconocimiento de los padecimientos premenstruales, situación que genera en algunas ocasiones conductas de rechazo social.

ESTADISTICA	REDES DE APOYO			
ITEMS	PERSONAS	ERROR	MEDIA	DESVIACION STANDARD
2	72	0	2.17	0.49
8	72	0	4.40	0.52
9	72	0	4.67	0.50
18	70	2	4.03	0.92
19	71	1	1.37	0.49
20	71	1	2.62	0.68

El cuarto criterio "Atribuciones", compuesto por los ítems ó variables 1; 7; 14; 21; 22; 23 y 26 y sus medias 1.83; 2.48; 1.7,32.34; 2.46; 1.99 y 2.58 respectivamente con su media grupal de 2.201 manifiestan que el estrés ocasionado por el trabajo provoca alteraciones en los síntomas premenstruales, le provoca angustia, ansiedad y altibajos emocionales debido al ritmo de vida en el D.F. En las redes de apoyo como centros de salud institucional la mujer no encuentra información adecuada, y personal clínico que entienda sus malestares. La mujer percibe que la mayor parte de la gente emite juicios de valor equivocados con respecto a lo que le sucede.

ESTADISTICA	ATRIBUCIONES			
ITEMS	PERSONAS	ERROR	MEDIA	DESVIACION STANDARD
1	72	0	1.83	0.61
7	72	0	1.99	0.78
14	71	1	2.58	0.50
21	71	1	2.48	0.53
22	71	1	1.73	0.53
23	70	2	2.34	0.54
26	70	2	2.46	0.53

El quinto criterio "Percepción del contexto socio-cultural" conformado por los ítems ó variables 4; 5; 15; 16, 17; 28; 29 y 30 y sus respectivas medias 1.79; 1.47; 1.64; 1.11; 1.10; 1.21; 1.78 y 1.96, y su media grupal 1.507 señala que existe una serie de percepciones como la inseguridad social. La inestabilidad económica y las actitudes cambiantes ante las crisis sociales desencadenan el Síndrome Premenstrual. La falta de trabajo provoca mucho estrés así como la doble labor al desempeñar el trabajo de casa y fuera de ella, presionada por la precaria economía familiar.

ESTADISTICA	PERCEPCION DEL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL			
ITEMS	PERSONAS	ERROR	MEDIA	DESVIACION STANDARD
4	72	0	1.79	0.56
5	72	0	1.47	0.50
15	72	0	1.64	0.56
16	71	1	1.11	0.32
17	71	1	1.10	0.30
28	72	0	1.21	0.41
29	72	0	1.78	0.45
30	72	0	1.96	0.57

Análisis de datos socio-demográficos

Edad en años

Se observó que el 9.7% de la mujeres que contestaron el cuestionario de diagnóstico tenían 32 años de edad, el 6.9% 23, 24,25, 28 y 36 años; el 5.6% 34, 35 y 40 años; el 4.2% contaban con 21, 29, 38 y 39 años; el 2.8% 20, 31 y 33 años; el 1.4% tenían 22 y 37 años respectivamente. Esto nos indica que la edad de la mujer no importa en relación a la sintomatología premenstrual y sus percepciones sociales.

RESULTADOS DE LOS DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS			
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
20	2	2.8	2.8
21	3	4.2	6.9
22	1	1.4	8.3
23	5	6.9	15.3
24	5	6.9	22.2
25	5	6.9	29.2
26	4	5.6	34.7
27	4	5.6	40.3
28	5	6.9	47.2
29	3	4.2	51.4
31	2	2.8	54.2
32	7	9.7	63.9
33	2	2.8	66.7
34	4	5.6	72.2
35	4	5.6	77.8
36	5	6.9	84.7
37	1	1.4	86.1
38	3	4.2	90.3
39	3	4.2	94.4
40	4	5.6	100
TOTAL	72	100	

Nivel Socio-económico

El 48.6% de las mujeres pertenecían al nivel medio, el 31.9% al nivel medio alto y el 19.4% al nivel medio bajo (categorizado por el número de salarios mínimos percibidos). Esto demuestra una incidencia mayor de alteraciones del Síndrome Premenstrual en el nivel medio de la población.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	
MEDIO ALTO	23	31.9	31.9
MEDIOMEDIO	35	48.6	80.6
MEDIO BAJO	14	19.4	100
TOTAL	72	100	

Número de hijos

El 37.5% de las mujeres tiene un hijo, el 30.6% no tiene hijos el 21% tiene 2 hijos y el 1.4% tiene 3 y 4 hijos. Lo cual indica que el hecho de tener hijos o no tenerlos no significa que el padecimiento y las alteraciones que sufren las mujeres dejen de presentarse o se modifiquen.

NUMERO DE HIJOS			
CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	
0	22	30.6	30.6
1	27	37.5	68.1
2	21	29.2	97.2
3	1	1.4	98.6
4	1	1.4	100
TOTAL	72	100	

Espacios Recreativos

El 25.0% de las mujeres eligen el cine como espacio de recreación, mientras que el 20.8% escogen las excursiones y el club para divertirse, el 18.1% asisten a sitios públicos, el 12.5% van a museos y el 2.8% están en grupos de encuentro.

LUGARES	ESPACIOS RECREATIVOS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
EXCURSIONES	15	20.8	20.8
CINE	18	25	45.8
CLUB	15	20.8	66.7
SITIOS PUBLICOS	13	18.1	84.7
MUSEOS	9	12.5	97.2
GRUPOS DE ENCUENTRO	2	2.8	100
TOTAL	72	100	

Religión

El 58.3% de las mujeres que contestaron en cuestionario es de religión católica, y el 41.7% protestante.

	RELIGION		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
CATOLICA	42	58.3	58.3
PROTESTANTE	30	41.7	100
TOTAL	72	100	

Delegación donde vive

El 23.6% de la población de la muestra vive en la Delegación Tlálpan, el 20.8% en la Delegación Coyoacán y Benito Juárez, el 12.5% en Alvaro Obregón, el 9.7% en la Gustavo A. Madero y el 4.2% en las Delegaciones Miguel Hidalgo, Iztapalapa e Iztacalco.

DELEGACION EN DONDE VIVE			
NOMBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	
COYOACAN	15	20.8	20.8
TLALPAN	17	23.6	44.4
A. OBREGON	9	12.5	56.9
B. JUAREZ	15	20.8	77.8
G.A. MADERO	7	9.7	87.5
M.HIDALGO	3	4.2	91.7
IZTAPALAPA	3	4.2	95.8
IZTACALCO	3	4.2	100

Estado Civil

El 61.1% de las mujeres son casadas, el 26.4% solteras y el 12.5% divorciadas.

ESTADO CIVIL			
ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	
SOLTERA	19	26.4	26.4
CASADA	44	61.1	87.5
DIVORCIADA	9	12.5	100
TOTAL	72	100	

Institución donde realizaron sus estudios

El 54% de las mujeres en Instituciones privadas y el 46% en públicas. De acuerdo a la gráfica global el nivel de estudios alcanzado para Licenciatura es el 85% y para Posgrado el 15%.

LUGAR DONDE REALIZO SUS ESTUDIOS			
INSTITUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	
PUBLICA	33	45.8	45.8
PRIVADA	39	54.2	100
TOTAL	72	100	

Familia con quien vive

El 48.6% de las mujeres viven con su familia de origen, el 43.1% con su propia familia y el 8.3% otras.

FAMILIA CON QUIEN VIVE			
FAMILIA DE:	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	
ORIGEN	35	48.6	48.6
FAMILIA PROPIA	31	43.1	91.7
OTRA	6	8.3	100
TOTAL	72	100	

Lugar donde trabaja

El 66.7% trabaja en el sector privado y el 33.7% en instituciones públicas. Puesto que ocupa en el empleo el 55.6% Son empleadas sin personal a cargo, el 43.1% es empleada con personal a cargo, y el 1.4% es trabajadora independiente.

SECTOR:	LUGAR DONDE TRABAJA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	
PUBLICO	24	33.3	33.3
PRIVADO	48	66.7	100
TOTAL	72	100	

Satisfacción con el salario

El 72.2% de las mujeres que contestaron el cuestionario esta insatisfecha con su salario, el 27.8% esta satisfecha.

SATISFECHA	SATISFACCION CON EL SALARIO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO	
SATISFECHA	20	27.8	27.8
INSATISFECHA	52	72.2	100
TOTAL	72	100	

Conclusiones

Al finalizar esta investigación se pudo comprobar que el Síndrome Premenstrual no sólo tiene un origen biológico, la presencia de factores socioculturales puede modificar la percepción de las mujeres ante la sintomatología.

Se encontraron evidencias de que dichos factores tienen una gran influencia en las alteraciones del Síndrome Premenstrual y los resultados obtenidos explican que las percepciones de las mujeres hacia la sintomatología son también producto de las situaciones sociales y culturales y no sólo biológicas.

Por lo que se refiere a la identificación de los síntomas, se confirma lo expuesto por la Dra. Jéssica Motherwell McFarlane en 1994, (capítulo 1) en donde se expresa que la mujer aún sin conocer que existe un síndrome puede percibir una serie de malestares físicos y psicológicos; sin embargo Dálton en 1967 (capítulo 1) ya había demostrado las alteraciones psicológicas, debidas en gran medida a los cambios hormonales.

Desde que se realizaron estudios con la administración de placebos y se obtuvieron resultados favorables en la disminución de los síntomas, se evidencia que la mujer puede sufrir alteraciones en su percepción hacia la menstruación y su entorno social. (Wade, 1991).

Desde que se obtuvieron los resultados de disminución de los síntomas con los placebos (capítulo 1), se evidencia que parte de la percepción de la mujer hacia la menstruación está alterada por diversos factores.

Los estilos de vida actuales como las labores del hogar y el trabajo, el cuidado de los hijos, el divorcio etc., pueden hacer más difícil el camino hacia la identificación y comprensión de los síntomas y por consiguiente a la búsqueda de los especialistas.

Las características individuales en cada persona como la herencia y la salud pueden predisponer a la mujer a percibir de manera intensa los síntomas premenstruales, por otra parte las creencias y supersticiones son componentes sociales muy importantes y esto se refleja en la contestación a los reactivos del cuestionario; en donde las personas se sienten rechazadas por esta condición, en diferentes ámbitos de su vida.

Los resultados demuestran una importante influencia del medio que se encuentra alrededor de la mujer y muchas veces determina su relación con el, esto puede deberse a los mitos religiosos y no religiosos , así como a la educación sexual recibida.

Una mayor información acerca de los efectos del síndrome en el núcleo familiar, laboral y social, debería ser analizado en siguientes investigaciones y a través de enfoques interdisciplinarios. El punto de vista de otras áreas sería de gran utilidad para los tratamientos ginecológicos y psicológicos de este padecimiento.

Hoy es posible ver al Síndrome Premenstrual no sólo desde el aspecto biológico sino también desde el psicológico y sociocultural y su vinculación entre ellos, por eso es necesario que se eduque a la mujer desde el inicio de la menstruación.

Se espera que este estudio, sirva a aquellos interesados en el tema e invite a seguir investigando otros posibles factores. También para que las mujeres comprendan y conozcan mejor su cuerpo y busquen ayuda profesional, el diagnóstico oportuno e integral mejorará en gran medida la vida de las mujeres.

Aportaciones

Al finalizar esta investigación, se dan las siguientes aportaciones:

- 1.- Los factores socioculturales y su repercusión en el Síndrome Premenstrual.
- 2.- Las percepciones de las personas de la Ciudad de México refuerzan la hipótesis manejada en este estudio.
- 3.- Abre de manera relevante a que en futuras investigaciones se retomen éstos valores.
- 4.- El diseño de un instrumento de medición, el cual debe ser revisado en forma periódica, debido a que existe un mayor índice de mujeres que padecen Síndrome Premenstrual.
- 5.- El cuestionario mide cinco criterios del contexto sociocultural que no han sido evaluados en ningún cuestionario.
- 6.- Tentativamente el Síndrome Premenstrual se padece mas en el medio citadino, debido a la dinámica familiar, laboral, el estrés, percepciones, demandas, expectativas y creencias que la mujer tiene. Así mismo la mujer tiene un papel importante en el sector productivo.

7.- Se evidencia en el estudio, que existen diferencias individuales que están en función de la susceptibilidad y predisposición biológica.

8.- Este estudio da a conocer de forma exploratoria que existen mitos, estereotipos y creencias que si modifican el Síndrome Premenstrual.

9.- Se debe dar mayor importancia a la información de este Síndrome dentro de los centros de salud institucional y privado.

10.- Se identifica qué, factores socioculturales son mas significativos, los cuales están expresados en los 5 criterios.

Limitaciones

Por tratarse de un tema poco estudiado a nivel exploratorio en la Ciudad de México y debido a la escasa información, surgen limitaciones en el aprovechamiento de los resultados que a continuación se describen:

1.- Por ser un estudio exploratorio, nos permite hacer un diagnóstico del objeto de estudio (Síndrome Premenstrual), para explicar lo que sucede.

2.- Al llegar al nivel exploratorio, no se puede explicar el como se da el fenómeno ni porque, sucede.

3.- Por el tipo de estudio, amerita que en siguientes investigaciones se lleven a cabo análisis multivariados o pruebas paramétricas mas complejas y validez de constructo.

4.- No fue posible hacer un estudio longitudinal (solo se hizo transversal).

5.- Por ser un estudio piloto descriptivo no nos permite predecir el fenómeno.

6.- Tan solo identifica y señala que factores socioculturales modifican pero no nos dice cómo ni por qué.

7.- El costo del estudio y el tiempo, el tipo de muestra, diseño y tipo de investigación no permitió hacer estudios comparativos entre grupos.

8.- El análisis del instrumento fue a nivel descriptivo.

9.- La muestra no probabilística fue por cuota (intencional).

10.- La investigación fue solventada con propios recursos.

11.- La aplicación del cuestionario tuvo que efectuarse en una sola aplicación por lo que no se sabía exactamente en que fase del ciclo menstrual se encontraban.

12.- No se pudo realizar la investigación con la colaboración de otras disciplinas.

Sugerencias

Para poder evaluar más ampliamente los factores que modifican al Síndrome Premenstrual se sugiere lo siguiente:

1.- Llevar a cabo un estudio longitudinal

2.- Por las limitaciones del tiempo, tipo de muestra etc, se sugiere hacer estudios comparativos entre grupos, por ejemplo mujeres de la ciudad y de medios rurales, mujeres económicamente activas y amas de casa o mujeres diagnosticadas con Síndrome Premenstrual y mujeres sin sintomatología.

3.- Se sugiere explorar grupos de niveles socioeconómicos distintos.

4.- Se sugiere ampliar el cuestionario con un número mayor de ítems que exploren otros factores socioculturales y que explique el como y por qué se da el fenómeno.

5.- Se sugiere llevar a cabo un monitoreo.

6.- Sería importante realizar programas de orientación y participación hacia las mujeres, en los centros de salud institucional acerca de los trastornos relacionados con el ciclo menstrual.

7.- Se tienen que hacer estudios con enfoque multidisciplinario debido a que el Síndrome Premenstrual tiene variables multidimensionales y el comportamiento humano es muy variado.

8.- Se debe dar mayor importancia a la información de este Síndrome dentro de los centros de salud institucional y privado.

9.- Como última sugerencia se deben tener cuenta para futuras investigaciones las diferencias culturales de cada región.

Bibliografía

Libros

A.P.A. Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. Edit Manual Moderno.

Dalton, Katherine, (1967) "El Síndrome premenstrual". Editorial. Proteo, Argentina, 125 p.

De Valera, Cipriano. "La Santa Biblia". La Biblioteca Mexicana del Hogar. México. 1602.

Ivanevich, John. (1985) "Estrés y Trabajo". Editorial. Grijalbo, México.

Kerlinger, Fred N.(1985) "Investigación del Comportamiento" Editorial .Inter.-Americana. México, . p 348.

López Antúnez, Luis, (1983) "Anatomía Funcional del Sistema Nervioso", Limusa, México, 784 p.

Rapkin, Andrea. Tonnessen, Diana, (1995) "El Síndrome Premenstrual", Paidós, España, 159 p.

Wade, Carlson, (1991) "El libro de la tensión premenstrual" Editorial. Universo. México, 119 p.

Whittaker, James O, (1970) "Psicología", Editorial. Interamericana, México, 1970, 665 p.

Witkin-Lanoil, Georgia. (1990) "El estrés de la mujer". Editorial. Grijalbo, México. 313 p.

Revistas

Bancroft, John. (1995) " The menstrual cycle and the well being of women". Social Science and Medicine. Vol. 41 Núm. 6. p 791.

Choi, Precilla Y.L. (1995) "The Premenstrual Cycle and Premenstrual Syndrome". Social Science and Medicine. Vol. 41. Núm. 6. p 760.

Choi, Precilla Y.L (1995). Salmon, Peter. "Stress responsivity in exercisers and no-exercisers during different phases of the menstrual cycle". Social Science and Medicine. Vol. 41. Núm. 6. 1995 p 777.

Cohen, Samuel I. (1996) " Premenstrual Syndrome ". Lancet. Vol. 347. Núm. 8993. Jan p 122.

Dalton, Katherine.(1987)" Incidence of the premenstrual syndrome in twins". Br Medical Journal. Oct 24. p. 1028.

Dalton, Katherine. (1980)"Cyclical Criminal Acts in Premenstrual Syndrome". Lancet. Nov 15. p 1071.

Dalton, Katherine. (1987) "Trial of Progesterone Vaginal Suppositories in the Treatment of Premenstrual Syndrome". American Journal of Obstetrics Gynecology. Vol. 156. Jun p. 1556.

Feature article. (1993) "That time of the month". The Ecónomist. July 31. Vol. 328. p 76

Frank, Beth. Dixon, David. Grosz, Hanus. (1993)"Conjoint monitoring of symptoms of premenstrual syndrome: impact on marital satisfaction". Journal of Counseling Psychology. Vol. 40. Jan 1993. p 114.

Hurt, Stephen W. Schnurr, Paula P. Severino, Sally K. Freeman, Ellen W. Gise, Leslie H. Rivera-Tovar, Ana. Steege, John F. (1992) "Late Luteal Phase Dysphoric

Disorder in 670 Women Evaluated for Premenstrual Complaints". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 149. 4 April p 533.

Kirby, Robert J. (1994) "Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive-behavioral coping skills training". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 62. Oct p. 1032.

Marván, María Luisa. Martínez M, María de Lourdes. (1995) "Comunicación Marital y síntomas premenstruales". *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. Vol. 41. p 28.

Motherwell. Jessica. Williams, Tannis MacBeth. (1994) " Placing Premenstrual syndrome in perspective". *Psychology of Women Quarterly*. Vol. 18. Sep p 373.

Nicolson, Paula. (1995) "The menstrual cycle, science and femininity; Assumptions underlying menstrual cycle research". *Social Science and Medicine*. Vol. 41. Núm. 6. p 784.

Parry, Bárbara L, Mahan, Anne, Mostofi, Nasim. (1993) "Light therapy of late luteal phase dysphoric disorder an extended study". *The American Journal of Psychiatry*. Vol 150. Sep p. 1419.

Planes, Montserrat. (1992) "Influencia del estrés en el padecimiento de la migraña". *Anuario de Psicología*. Núm 54. p 108.

Rayser, Rebecca. Feinauer, Leslie. (1992) "Premenstrual syndrome and the marital relationship". *The American Journal of Family Therapy*. Vol 20. Núm 2. Summer p. 190.

Richardson, John T.E. (1995) "The Premenstrual Syndrome: A Brief History". *Social Science and Medicine*. Vol. 41. Núm 6.p 767.

Severino, Sally K. Moline, Margarete L. (1995) "Premenstrual Syndrome, Identification and Management". *Drugs*. Vol. 49-1. p 82.

Thys-Jacobs, Susan. Alvir, Jos, Ma. Fratarcangelo, Peter. (1995) " Comparative analysis of three PMS assessment instruments, the identification of premenstrual syndrome with core symptoms". Psychopharmacology Bulletin. Vol. 31. Núm. 2. p. 396.

Tobin, Marie B. Schmidt, Peter. Rubinow, David R. (1994) "Reported alcohol use in women with premenstrual syndrome". The American Journal of Psychiatry. Vol. 151. Oct p 1504.

Walker, Anne. (1995) "Theory and methodology in premenstrual syndrome research". Social Science and Medicine. Vol. 41. Núm. 6. p 800.

Otras Fuentes

Diccionario Enciclopédico Larousse, (1990) Edit Larousse. México.

Landeros Jaime, Ma. del Socorro. Néquiz, Ma. de Lourdes. (1990) "Estudio Comparativo de Frecuencia e Intensidad del Síndrome de Tensión Premenstrual, en Mujeres de Diferentes Niveles Académicos en las Areas Químico-Biológicos y Económico-Administrativas". UNAM México, . p 281.

Manual (1999) "Merck" de Ginecología y Obstetricia, México.

Mapa Mercadológico de la Ciudad de México y Zona Metropolitana México, Editorial. Bisma. 1998.

Cuestionario

El presente estudio se hace con el objeto de recabar información de que factores socioculturales pueden alterar los signos y síntomas premenstruales (10 días antes a 3 días después de la menstruación) en una población de mujeres económicamente activas del Distrito Federal con edades comprendidas entre 20 y 40 años.

La información que proporcione será de gran ayuda para los fines de esta investigación y se usará únicamente con esos fines.

Responda a todas las preguntas sin dejar de contestar ninguna. Si tiene alguna dificultad en responderlas no dude en pedir ayuda para aclararlas.

Sus respuestas son confidenciales y le garantizamos el anonimato. Tome el tiempo suficiente para responderlas. No hay respuestas buenas ni malas.

Por su colaboración muchas gracias.

Edad _____ ¿En donde trabaja? _____
Puesto que ocupa _____ Años en el puesto _____
Salario percibido _____ ¿Está satisfecha por lo devengado? _____
Nivel socioeconómico _____
¿Cuántas personas dependen de su salario? _____ ¿Tiene hijos? _____
¿Cuántos? _____ Nivel educativo alcanzado _____
¿Dónde realizó sus estudios? _____
Institución privada o pública _____
¿Dónde vive? Colonia _____ Delegación _____
Espacios recreativos _____
Pasatiempos _____
Estado civil _____ Religión _____
¿Vive con sus familiares de origen o con su familia? _____

Instrucciones: En cada uno de los siguientes reactivos marque con una "X" dentro del paréntesis, la opción que más se acerque a sus percepciones. Se presentan las siguientes 5 alternativas:

Siempre(S) Casi siempre(CS) Algunas veces(AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

Le agradecemos que sólo marque una opción.

A continuación se presenta un ejemplo con el fin de aclarar dudas sobre la forma de responder al cuestionario.

Ejemplo: "La educación en México carece de una plataforma preventiva"

Siempre(S) Casi siempre(CS) Algunas veces(AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

X

1.- El estrés originado por el trabajo repercute en las alteraciones de la sintomatología premenstrual.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

2.- Los problemas familiares afectan al Síndrome Premenstrual

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

3.- Los mitos acerca del Síndrome Premenstrual predisponen de manera prematura las tensiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

4.- El exceso de horas laborales y los compromisos adquiridos en estas actividades repercuten en el Síndrome Premenstrual.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

5 - La inseguridad social, la inestabilidad laboral y las falsas expectativas en orden económico, evidencia que los signos y síntomas premenstruales cobren una notable repercusión.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

6.- Las faltas de horas recreativas y de esparcimiento modifican los padecimientos premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

7.- Los altibajos emocionales alteran los signos y síntomas premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

8.- Los miembros del grupo familiar al conocer sus padecimientos sobre sus tensiones premenstruales se muestran con disposición de ayudar.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

9.- Ha recibido apoyo de las redes sociales (amigos, pareja, entre otros) cuando esta padeciendo estas tensiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

10.- Los nuevos estilos de vida facilitan el manejo adecuado de estas tensiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

11.- Su estilo de vida ha sido un factor importante para alterar las repercusiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

12.- Las tensiones psicológicas ocasionadas por vivir en el Distrito Federal desencadenan la sintomatología premenstrual.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

13.- Su modo de vida ha sido una variable relevante para alterar las tensiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

14.- Los juicios de opinión que se evidencian alrededor de las tensiones premenstruales afectan en la aparición de la sintomatología.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

15.- La incertidumbre social y económica de los últimos años han sido percibidas como factores que han modificado las tensiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

16.- La educación sobre el tema ha sido un factor relevante en la vivencia de esta tensión premenstrual.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

17.- Los aspectos religiosos contribuyen a la formación de nuevas pautas de comportamiento en relación al Síndrome Premenstrual.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

18.- Es aceptada en sus redes sociales cuando padece estos signos y síntomas premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

19.- Se ha identificado con otras personas que padecen estas alteraciones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

20.- La aceptación por parte del núcleo social y familiar modifican estas alteraciones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

21.- El miedo y el temor de no ser escuchada y oída cuando padece tensiones premenstruales han incrementado las alteraciones.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

22.- Las angustias y las ansiedades generadas por vivir en una ciudad como el Distrito Federal han modificado las tensiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

23.- La falta de empatía la orilla a no compartir sus malestares con las redes de apoyo.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

24.- Las burlas, chistes y falta de conocimiento en cuanto al tema han sido factores determinantes para alterar los signos y síntomas premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

25.- Los mitos que giran alrededor de este síndrome han repercutido a incrementar su sintomatología.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

26 - Los juicios de valores repercuten en la presentación de estas tensiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

27.- Las frustraciones y su manejo inciden en la aparición de estas tensiones premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

28.- El percibir un entorno amenazante agrava estos padecimientos.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

29.- Las pautas de comportamiento generadas por la inestabilidad social y económica agravan el Síndrome Premenstrual.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

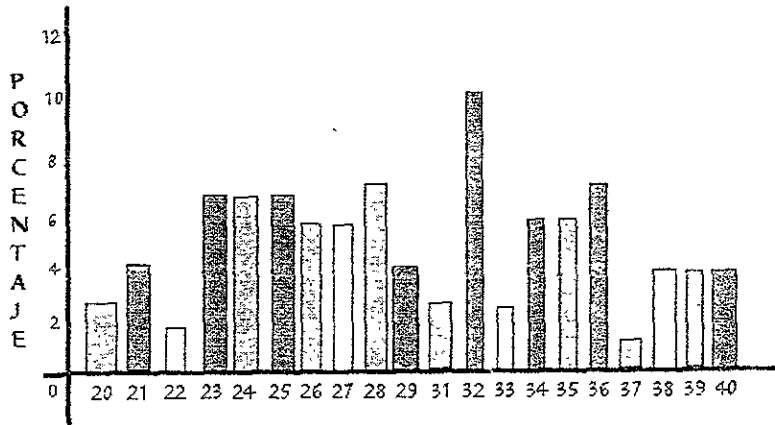
30.- Las crisis sociales inciden en el desencadenamiento del Síndrome Premenstrual.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

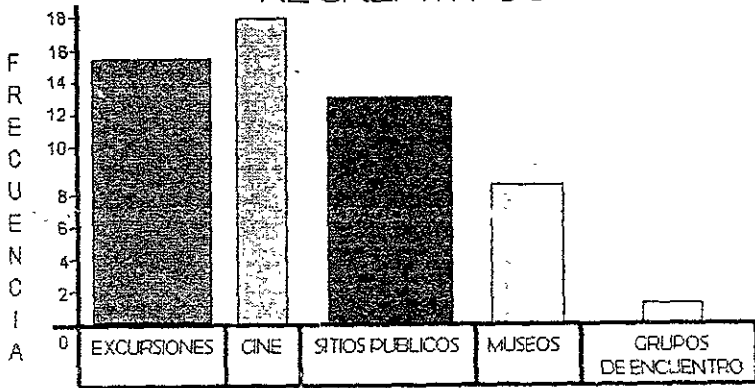
31.- Los estereotipos sociales alteran los signos y síntomas premenstruales.

Siempre (S) Casi siempre (CS) Algunas veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

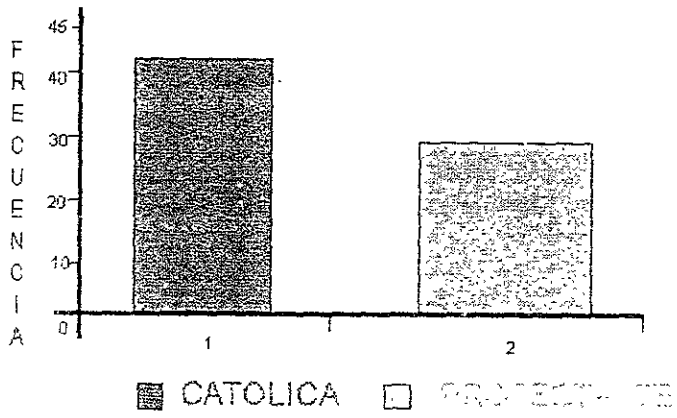
EDAD EN AÑOS



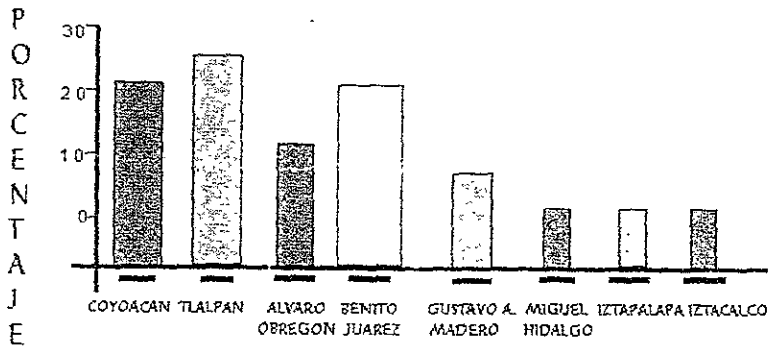
ESPACIOS RECREATIVOS



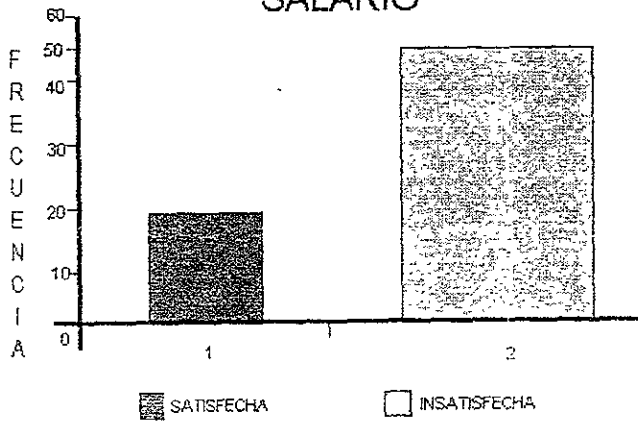
RELIGION



DELEGACION



SATISFACCION CON EL SALARIO



TIPO DE TRABAJO

