

302925



UNIVERSIDAD  
FEMENINA  
DE MEXICO

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con Estudios Incorporados a la  
Universidad Nacional Autónoma de México

**SINDROME PREMENSTRUAL Y SU RELACION  
CON EL NIVEL DE ANSIEDAD - RASGO DEL  
INDIVIDUO**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**p r e s e n t a**

**MARIA ARACELI ARMENDARIZ MUNGUIA**

Asesor: Dr. Jesús Quintanar Márquez

**MEXICO, D. F.**

**1996**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **Agradecimientos**

### **A mi Padre:**

Porque en ti encontré una fuente ilimitada de amor que me dio la seguridad de que puedo vencer cualquier limitación, hacer cualquier cosa que realmente anhele, hacer o ser lo que desee.

### **A mi Madre:**

Por enseñarme con tu infinito amor a dejar que se haga la voluntad de Dios, ya que ahora sé que es la correcta y perfecta solución para todo.

### **A mi esposo:**

Porque en él encontré siempre la puerta abierta a su amor y gracias a su amor está mi vida ordenada, tranquila, con fortaleza y completa.

### **A mis hermanos**

Porque su presencia en mi vida nunca me permitió sentirme sola y esto me levantó, alentó y me dio la seguridad que necesité.

### **Al Dr. Jesús Quintanar Márquez**

Que me brindó su apoyo desinteresado para culminar el presente trabajo.

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

### JUSTIFICACIÓN

### CAPITULO I

SÍNDROME PREMENSTRUAL.....	2
1.1 MENSTRUACIÓN.....	2
1.2 DIAGNOSTICO DE SÍNDROME PREMENSTRUAL.....	8
1.3 ASPECTOS FÍSICOS.....	12
1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	18
1.5 ASPECTOS SOCIOCULTURALES.....	30

### CAPITULO II..... 36

ANSIEDAD.....	37
2.1 CONCEPTO DE ANSIEDAD.....	37
2.2 TIPOS DE ANSIEDAD.....	42
2.2.1 ANSIEDAD OBJETIVA.....	44
2.2.2 ANSIEDAD NEURÓTICA.....	48
2.2.3 ANSIEDAD MORAL.....	50
2.2.4 MECANISMOS DE DEFENSA.....	52
2.2.5 ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO.....	56
2.2.8 RELACIÓN ENTRE SÍNDROME PREMENSTRUAL Y ANSIEDAD.....	59

### CAPITULO III ..... 62

METODOLOGÍA.....	63
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	63
3.2 HIPÓTESIS.....	63
3.3 OBJETIVOS.....	64
3.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	64
3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	64
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	65
3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	65
3.6 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	66
3.7 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	66
3.8 OBTENCIÓN DE DATOS.....	66
3.9 PROCEDIMIENTO.....	70
3.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	72

### CAPITULO IV ..... 73

RESULTADOS.....	74
4.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	74
4.2 INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	80

CONCLUSIONES  
SUGERENCIAS  
LIMITACIONES  
BIBLIOGRAFÍA  
ANEXOS

## INTRODUCCIÓN

En los capítulos I y II que llamaremos introductorios en esta tesis, tratamos primero de obtener una idea clara si bien resumida de lo que es el fenómeno fisiológico de la menstruación y su relación con la pubertad, como un conjunto de manifestaciones fisiológicas y psíquicas que se influyen y se interrelacionan unas con otras, formando un complejo cuadro primordial en el desarrollo de la sexualidad, en general y en la madurez, para después referirnos a aquellos aspectos que los estudiosos del tema consideran como principales síntomas o manifestaciones tanto físicas como psicológicas que forman el cuadro que convencionalmente se llama Síndrome Premenstrual (SPM).

Para entrar después al motivo primordial de nuestra tesis, que consiste en tratar de averiguar si el funcionamiento del aparato reproductivo de la mujer se ve alterado de forma considerable por factores externos que llamamos socioculturales. En pocas palabras, partimos del supuesto de que el organismo, al ejercer sus funciones no debe presentar, cuando sus órganos están sanos, molestias de ninguna índole aún considerando que en el curso de su desarrollo se presenten cambios en su funcionamiento, tal sería el caso del aparato digestivo, en el que para hacer la digestión, su función propia, intervienen diversas glándulas que segregan jugos etc., hasta la absorción de los nutrientes por el organismo, función que cuando es normal no produce malestar alguno; la pregunta en el caso de la menstruación, función inicial y normal del aparato reproductivo femenino es: ¿Porqué no ocurre lo mismo en este caso?

La respuesta que nos ofrecen los estudiosos de la fisiología de la menstruación en el sentido de que dichas molestias se originan por la presencia de una hormona, en exceso o en defecto, no satisface, en virtud de que equivaldría a decir que los trastornos digestivos para seguir con el ejemplo apuntado, se deben a la secreción de sustancias, (ácido clorhídrico) necesarias a la digestión.

Queda claro, pues, que las alteraciones tanto objetivas como subjetivas que producen el SPM hay que buscarlas no en la secreción o presencia de hormonas, toda vez que éstas aparecen de forma natural para cumplir con su función, en este caso la función reproductiva y suprimirlas o alterarlas por medios artificiales sólo trastorna su funcionamiento; aplicar medicamento para aliviar las molestias equivale a tratar los síntomas sin ir a sus causas verdaderas.

En consecuencia, debemos buscar otra causa, no física para que el SPM se presente aún cuando el aparato reproductivo femenino es funcionalmente normal.

Existen causas externas que influyen de manera directa en su funcionamiento, y suponemos y esperamos haber demostrado en el capítulo IV que éstos no son otros que la interacción de factores socio culturales y psicológicos entre los cuales interviene la forma en que se desenvuelve la vida de la mujer moderna, creando espacios y situaciones que producen altos niveles de ansiedad, dando como resultado el SPM, que sin ser tan dramáticas y determinantes como aquellos en que la mujer se ha visto sometida en épocas de guerra, en los cuales la función

reproductiva se altera y aún llega a suspenderse si son lo suficientemente enérgicos; en resumen, se cree que los niveles de ansiedad que produce el mundo de la mujer de nuestros días está sin duda correlacionado con el SPM y que si este tiene un origen tensional, su tratamiento adecuado, tiene que ser un tratamiento psicológico.

En el tercer capítulo, se habla de las pruebas realizadas mediante Cuestionarios y Test. aplicados , que demuestran en la medida de su extensión que éste es el camino adecuado, no ignoramos ni tratamos de disimular lo limitado de su extensión, y por lo tanto no los consideramos como definitivos, sólo se pretende apuntar que éste puede ser el camino para la solución del problema. Y en todo caso representa, o pretende representar una esperanza de alivio para quienes padecen el SPM.

## JUSTIFICACIÓN

Las ideas expuestas en este trabajo son un intento por comprender el Síndrome Premenstrual y su relación con el nivel de ansiedad rasgo como un fenómeno que afecta la vida de la mujer al relacionarse con los demás. En la actualidad, la sociedad exige su presencia en todos los campos de la cultura y cuestiona fuertemente las ideas de antaño, que pretendían que la mujer se realizara como ser humano, con el hecho mismo, sublime sin duda, pero a todas luces insuficiente de ser madre.

Creemos que es importante para la sociedad en general pero primordialmente para la psicología ahondar más el estudio de SPM porque sin duda influye en forma negativa en el desarrollo de la labor social de la mujer, cualquiera que sea el ámbito en que le corresponda desempeñarse, ya que afecta tanto su estabilidad emocional como la de las personas que la rodean, bien sea en el núcleo familiar o en sus labores, en todos los campos en que la sociedad actual exige su presencia, en la fábrica como obrera, en la oficina como secretaria, en la empresa como dirigente, en la Universidad como alumna o profesora, y en la sociedad en general como interlocutor indispensable en el mundo de relación.

El fenómeno del SPM reviste especial importancia en nuestra sociedad nacional porque como país en desarrollo, la aportación de la mujer para crear una sociedad moderna implica necesariamente una competencia con los varones, muchas veces incomprendida, y no pocas obstaculizada. El SPM debe ser estudiado no sólo para



atenuar sus efectos negativos en el momento en que el organismo de la mujer se prepara para ser madre. Creemos por el contrario que el estudio del SPM debe abarcar de manera conjunta, este problema involucrando con ella a fisiólogos, psicólogos y sociólogos ya que el enfoque interdisciplinario enriquecerá a la sociedad entera.

Las reflexiones aquí contenidas no representan más que un paso en un campo poco estudiado tratándose de indagar y formular preguntas y hallar respuestas para lograr los mejores resultados en el alivio del SPM y su relación con el nivel de ansiedad-rasgo y toda la problemática, con su secuela de dolor y molestias que obstruyen y aún impiden el desempeño de labores en la vida cotidiana de la mujer, sino por el interés que a la sociedad entera representa la participación invaluable de la mujer al desarrollo de la sociedad moderna.

Las aportaciones que este trabajo pretende hacer al estudio del SPM y su relación con la ansiedad rasgo, a nuestro parecer es la de concebir al mismo no como un fenómeno aislado, que pueda estudiarse únicamente desde el particular punto de vista de la fisiología, en cuyo caso lo concebiríamos como un mal funcionamiento del aparato reproductivo de la mujer, ocasionado posiblemente por el exceso o defecto de alguna hormona femenina; tampoco pretendemos que sea un fenómeno que se presenta exclusivamente por causas psicológicas, sino que puede ser un problema también social. Por otra parte, en nuestro país no existen publicaciones acerca del SPM, en relación con el nivel ansiedad-rasgo, de hecho en la revisión bibliográfica

realizada a nivel mundial para este estudio, sólo se encontró una investigación y ésta es de origen australiano, por lo cual reviste importancia abrir esta nueva línea de investigación en México, que puede ser retomada para futuras investigaciones.

# CAPÍTULO I

## SÍNDROME PREMENSTRUAL

### 1.1 Menstruación

Sin entrar al estudio del fenómeno fisiológico conocido como ciclo menstrual, por no ser nuestro tema y únicamente con la finalidad de tener presente una idea clara, pero necesariamente esquemática del fenómeno, intentaremos reproducir algunas ideas sobre el particular. Los médicos Willy y Jamont (1973) definen: "El ciclo menstrual es fruto de la acción coordinada de una serie de hormonas que influyen sobre ciertas estructuras del aparato genital femenino que son así preparadas para recibir el óvulo fecundado; si durante el ciclo no se produce la fecundación, tiene lugar una repetición de los fenómenos que se realizan con una periodicidad hasta cierto punto matemática".

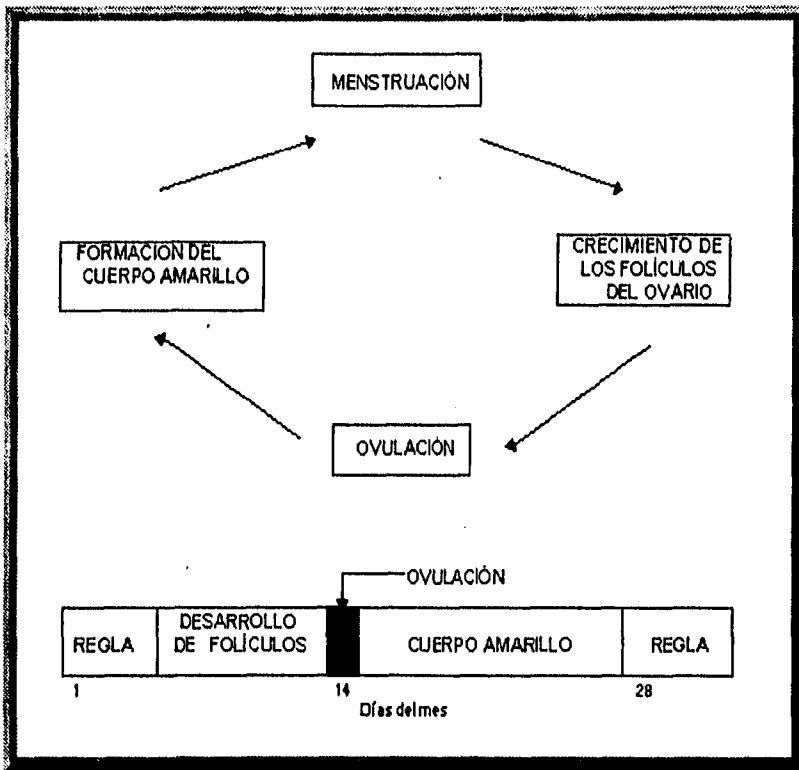
El ciclo menstrual se repite alrededor de cada cuatro semanas, aunque no con una regularidad muy absoluta. La duración media del ciclo es de 28 días, lo cual significa, al tratarse de una media, que los valores extremos oscilan entre los 26 y los 30 o más días en las diversas mujeres, e incluso en una misma mujer pueden darse dos o más tipos de ciclo, es decir uno de 28 y otro de 30 días, por ejemplo, que se van alternando, ello explica que no pueda nunca predecirse con exactitud la fecha de la próxima regla en una mujer determinada.

Tomando ideas de autores como Zárate y Moran (1992), la menstruación es una hemorragia que se origina en el interior de la matriz, en aquella parte superior de la

misma denominada cuerpo uterino. Cubriendo sus paredes interiormente existe una membrana llamada endometrio, y es esta mucosa la que al impulso de las hormonas del ovario experimenta un crecimiento. Cuando en un momento determinado el estímulo hormonal que le llega se interrumpe, lo cual sucede cuando los folículos maduros del ovario inician su regresión, todo este tejido que había crecido se viene abajo y se desprende, acompañado de una hemorragia, este fenómeno como hemos visto se repite cíclicamente en los periodos arriba mencionados, salvo, en el caso que se produzca la fecundación que inicia el embarazo.

Lo anterior nos lleva a considerar al tiempo en que la mujer es fértil y su relación con los periodos menstruales, como el periodo de madurez sexual, durante el cual la mujer es apta para la reproducción.

(Ver en la siguiente página, el cuadro hecho por los médicos Zárate y Moran en 1992)



A esta etapa los fisiólogos señalan la adolescencia y el climaterio por extremas y la valoran entre los 18 y 45 años. Advertimos de inmediato que estas dos cifras no son de ninguna manera fatales, esto es, una mujer puede ser fértil y de hecho lo es antes de los 18 años y después de los 45 años algunas mujeres pueden continuar reglando y consecuentemente estar en aptitud de procrear.

Si, como hemos visto, la menstruación en la mujer se inicia en la adolescencia, esto es, como regla general entre los 12 y 16 años, aunque hay casos atípicos en que la primera regla puede darse a los 10 años y aun después de los 16, a lo que los entendidos llaman menarquia precoz y menarquia tardía respectivamente.

Vale la pena detenernos un poco en la menarquia, como primera manifestación de la fertilidad de la mujer, atento a lo que el Diccionario de Psicología de Darsch (1991) apunta en su definición de menstruación (lt.menstrualis, mensual): En la mujer sexualmente madura (también en otros mamíferos), expulsión periódica del óvulo no fecundado (Junto con mucosas del útero). Como fase vital comienza con la menarquia entre los 10 y los 14 años, y termina con la menopausia, entre los 42 y los 54 años.

Los trastornos psíquicos que aparecen algunas veces en relación con la menstruación pueden presentar la forma de psicosis menstrual, generalmente de tipo esquizofrénico. Incluso entre mujeres normales son frecuentes ligeras

alteraciones psíquicas durante la menstruación. Especialmente en la menopausia, pueden presentarse depresiones y a veces ideas delirantes.

Interesa a nuestro estudio de la menstruación en la mujer de forma muy destacada el fenómeno menárquico, ya que ocurre alrededor de los 12 años de edad, en concordancia, y aun como un condicionante de la adolescencia, cuya importancia como etapa formativa nadie discute.

La menarquia como episodio de la vida femenina, se manifiesta en los cambios fisiológicos que se operan a nivel glandular y que generan cambios en el organismo de la adolescente, quien experimenta un rápido crecimiento en que no sólo gana estatura, sino que se ensancha, en todos sus diámetros; así, el tórax y las caderas van adquiriendo aceleradamente esos contornos que después caracterizan a la mujer. Entonces el organismo de la mujer adolescente adelanta bruscamente en su crecimiento, paralelamente a la estatura y al ensanchamiento de los contornos aparecen los caracteres sexuales secundarios, estos cambios se deben a las modificaciones que ocurren en el aparato genital a esta edad.

Cameron (1992) dice al respecto: la menstruación (menarquia) parece influir de inmediato sobre los intereses de la púber, pues le imponen el sello de la feminidad. La chica puede adaptarse entonces a un ritmo casi de por vida de ciclos menstruales, que vuelven innegables su papel sexual y las consecuencias de éste y dan a su vida una regularidad y predictibilidad que escapan al control de la joven.



**Antes y después de iniciarse la menarquia el cuerpo de la muchacha sufre notables cambios en su forma; esto no sólo la hace más consciente de su cuerpo, sino le permite la experiencia directa de verse objeto de atracción sexual.**

## 1.2 Diagnóstico de síndrome premenstrual.

Paralelamente al fenómeno fisiológico menárquico visto en el punto inmediato anterior que significa una transformación que pudiéramos llamar crítica en la vida de la mujer, se sucede, o forma parte de él una crisis psicológica tanto o más profunda que la física, y menos comprendida, en tanto que los cambios físicos son a todas luces visibles y evolutivos, a diferencia de los psicológicos que no nos proporcionan tal inmediatez ni objetividad, dicho de otra manera, a cualquiera le es dado hacer una descripción de una niña, hasta el grado de poder dibujarla, y luego hacer un dibujo de una adolescente y los cambios en ambas figuras serían evidentes para todos. No resultaría tan fácil ni aún para el especialista hacer el diagnóstico psicológico de una niña y luego el de la misma persona siendo adolescente. Con esto sólo quiero significar la dificultad que representa un diagnóstico psicológico.

Algunas de las características del desequilibrio emocional que se presentan en el síndrome premenstrual en la mujer se manifiestan más o menos acentuadas en la menarquía. Esto porque la mujer en esta primera etapa de su vida como tal, se encuentra en una encrucijada, en un tránsito entre la niña y la mujer madura y ese tránsito se refleja en lo físico y aun pudiéramos decir mayormente en lo psíquico. Los cambios físicos vienen impuestos por la naturaleza ¿los cambios psíquicos implican también en el caso la voluntad de ser mujer?

Los catedráticos Covington y Mc Clendon (1991) ensayan una definición del SPM en los siguientes términos: El síndrome premenstrual quizás se define mejor como un trastorno complejo, recurrente, causado por cambios hormonales que afectan a diversos sistemas del cuerpo (especialmente el sistema nervioso) con el resultado de síntomas físicos y/o psíquicos que podrían producir una disrupción temporal de la vida personal y profesional de un importante número de mujeres durante sus años reproductivos e inmediatamente después agregan: Es muy difícil delimitar exactamente la extensión del SPM. No obstante, un amplio porcentaje de mujeres está afectado. Muchos investigadores mencionan que entre un 30% y un 50% de las mujeres que menstrúan experimentan un SPM en algún grado.

La definición anterior no resulta satisfactoria, toda vez que señala como origen único los cambios hormonales, lo que nos llevaría a preguntarnos si ¿un cambio meramente hormonal puede explicar cualquier fenómeno tanto físico como psíquico? lo que equivaldría a afirmar que descubierto el fármaco adecuado se suprime el SPM, lo que es cuando menos discutible.

Apoya el pensamiento anterior la investigadora Westcott (1992) que nos dice: Lo único seguro es que aquellas de nosotras que padecemos SPM reaccionamos de algún modo a los cambios hormonales del ciclo menstrual, pero eso no implica decir que el SPM es causado por nuestras hormonas. Todavía no conocemos la relación

exacta entre las hormonas y el SPM, ni tampoco sabemos de que modo lo afectan la dieta, la polución, la ansiedad, el estilo de vida o la personalidad.

Por su parte el doctor Ranney, del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos citado por Wade (1991) define: "El síndrome premenstrual (SPM) es un término para un número de síntomas y cambios orgánicos que ocurren hasta dos semanas antes del período menstrual". "No a todas las mujeres les molesta esto, pero a muchas si en cierto grado. Tanto como el doce por ciento de todas las mujeres de edad menstrual, dicen los expertos, padecen síntomas de tal sufrimiento e incomodidad que buscan un tratamiento médico, faltan a su trabajo o en alguna forma rompen su rutina regular".

La anterior definición, si bien carece del aspecto psicológico nos da una idea aproximada de la profundidad y aun de la frecuencia con que el SPM afecta la vida normal de la mujer, pues bien, si esta sintomatología es común en la edad madura, cuanto más inquietante resulta cuando se presenta en la adolescencia acompañada por toda esa turbulencia de sentimientos que nos hace pensar en el adolescente como una constante interrogante pues ya se muestran callados, tímidos reconcentrados en un momento para que en el siguiente hagan gala de franqueza y se muestren fuertes y temerarios, para después presentar facetas de sensibilidad casi temerosa y necesidades de apoyo para volver a ser en el transcurso de los días osados y dominantes. La que fue niña activa y hacendosa, de pronto parece presa

de la pereza más descorazonadora. La inconstancia y las desesperaciones por fortuna fugaces son consecuencia del desequilibrio de la contradicción que en este temprano período de la vida atormentan al individuo, y que más bien disfrazan los auténticos rasgos del carácter.

Es en este cuadro de fondo, interactuando los cambios físicos y psicológicos donde se presenta por vez primera en la vida de la adolescente el SPM.

Lo anterior sirve para insistir en la necesidad de apoyo temprano en el diagnóstico del SPM. En efecto un diagnóstico del SPM será siempre valioso pero este lo será más si es tempranamente comprendido.

Por lo que al diagnóstico del SPM respecta, cediendo las palabras a la escritora especializada en temas de salud femenina Penny Chorlton (citado en Wade Carlson, 1991), nos dice: El término "Síndrome Premenstrual" puede ser más conocido como TPM (tensión premenstrual). Sin embargo pensamos que actualmente el término "síndrome" es más preciso porque los especialistas se han dado cuenta de que existen más de 150 síntomas físicos y mentales, asociados con los cambios que preceden a la menstruación y no sólo sentimientos de tensión.

Existen tantos síntomas diferentes que los autores aún no han podido definir por completo el SPM. Por lo tanto, muchas mujeres quedan sin diagnóstico, sin tratamiento, o lo que es peor son tratadas equivocadamente.

### 1.3 Aspectos físicos

Hemos señalado que el método escogido por la naturaleza para posibilitar la fecundación semeja un círculo, que va desde la iniciación con la aparición del cuerpo amarillo, menstruación, crecimiento de los folículos del ovario y ovulación.

También se observa que la mujer tiene periodos en que es fértil y otros en que no lo es, como lo explican a continuación Covington y McClendon (1991).

- a) La mujer produce normalmente un óvulo fecundable durante cada ciclo menstrual.
- b) La ovulación se produce aproximadamente hacia el día 14, antes de que se inicie el siguiente período menstrual, independientemente de la duración del ciclo. Se puede producir una variación de dos días, por lo que es posible concluir con un cierto grado de certidumbre que la ovulación se produce entre los días 12 a los 16 antes del inicio de la menstruación.
- c) El óvulo tiene una vida de seis a 24 horas. Algunos expertos creen que el óvulo es viable por un periodo de hasta 36 horas durante este intervalo el óvulo puede ser fecundado por el espermatozoide.
- d). Los espermatozoides pueden sobrevivir en el tracto reproductor femenino al menos 48 a 72 horas. Algunos expertos creen que los espermatozoides pueden sobrevivir durante un periodo de hasta cinco días.
- e) El momento de la ovulación puede predecirse con un cierto grado de precisión puesto que, una vez que se produce, la progesterona se segrega en cantidades cada vez mayores, con un aumento leve de la temperatura corporal. Esta elevación no es útil inmediatamente pero si los ciclos menstruales son regulares

y tienen una duración prácticamente constante, algunos meses de un registro meticuloso de la temperatura corporal pueden ayudar a puntualizar y a predecir el momento de la ovulación.

- f) Las características del moco cervical están sujetas a cambios durante el ciclo menstrual. Mediante un conocimiento de los cambios que ocurren en el momento de la ovulación, la mujer puede evitar el coito o un coito sin protección durante este periodo fértil, si no desea embarazarse.
- g) Los niveles de la hormona luteinizante (HL) presentan un pico justo antes de la ovulación. Este es detectable en el orina mediante tests específicos.

Las conclusiones que pueden extraerse de estos hechos, son que hay sólo un periodo, de unos seis días de cada mes, en el que una relación sexual puede conducir al embarazo.

El ciclo que ya hemos visto, es de 28 días aproximadamente, pero la mujer no es fértil desde su nacimiento hasta su muerte sino que el periodo de fertilidad femenina se inicia entre los 10 y los 14 años, y termina con la menopausia, entre los 42 y 54 años, sin tocar los casos extremos en que la fertilidad de la mujer se puede iniciar antes de los 10 años y concluir hasta los 60.

Este sistema cuya eficacia nadie discute es ¿quien puede negarlo? natural en el organismo femenino y sólo se insiste en virtud de que, siendo natural, suele producir y en un porcentaje muy elevado de mujeres, síntomas que trastornan de diferentes maneras la vida y la actividad normal; lo que sin duda nos llama la atención es

porqué el funcionamiento de cualquier sistema (en este caso el sistema reproductivo femenino) no suele presentar síntomas, esto es, dicho en otras palabras, el funcionamiento del sistema respiratorio, por ejemplo, resulta asintomático y cuando aparece algo que lo dificulta y otro tanto podríamos decir de cualquier otro de los sistemas que mantienen funcionando el organismo humano ¿porqué pues el funcionamiento del sistema reproductivo de la mujer produce síntomas y malestares que trastornan en mayor o menor medida su salud?

Lo anterior nos lleva a una reflexión de lo dicho hasta aquí acerca del SPM, que efectivamente el concepto síndrome no forma parte estrictamente hablando de la terminología usual en la psicología, sino más bien se toma del vocabulario técnico propio de la medicina; se impone pues una reflexión, por breve que esta sea, acerca del término, ya que vamos a usarlo traspolándolo a la terminología propia del psicólogo; veamos pues algunas definiciones de esta palabra por los médicos Segatore y Poli, del Diccionario Médico (1980), quienes definen :Síndrome es el conjunto de síntomas característicos de un estado patológico determinado. Así por ejemplo se denomina síndrome apendicular el conjunto de síntomas de orden local y general que permiten el diagnóstico de apendicitis (aguda, subaguda o crónica).

Por su parte nos ofrece la Enciclopedia de la Salud (1979) la definición de síndrome y nos dice: Síndrome: nombre que se da en medicina al conjunto de fenómenos o anomalías que se producen en el paciente de una determinada enfermedad. En



realidad, sería un sinónimo de enfermedad o afección, desde el punto de vista de las consecuencias que produce en el organismo de quien lo sufre. El síndrome consta de síntomas, es decir, fenómenos básicamente subjetivos (el dolor); y de signos, es decir, fenómenos básicamente objetivos (la hinchazón).

A esta afección de la salud a esta "enfermedad", el SPM, la medicina le señala como origen un desequilibrio hormonal o un exceso de niveles de estrógeno (no son los únicos factores pero para efecto de nuestro estudio no resultan relevantes) lo que produce la siguiente sintomatología:

- Sensación de hinchazón.
- Aumento de peso
- Dolor en los senos o sensibilidad
- Desordenes en la piel (acné)
- Bochornos.
- Dolores de cabeza
- Dolor de la pelvis
- Cambio en los hábitos del intestino
- Cambio de apetito
- Sed
- Inflamación abdominal
- Inflamación de la nariz.
- Retención de líquidos
- Nauseas y vómitos
- Palidez y ojeras

- Mayor sudoración.
- Dolor sordo en la parte inferior de la espalda.
- Estado de cansancio en general.

Ranney, del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (1990) dice que el 12 por ciento de todas las mujeres de edad menstrual, padecen del SPM, y Covington y Mc Clendon (1991) dicen que se estima que del 20% al 40% de mujeres sufren del SPM y otros no se han puesto de acuerdo en cuanto a que porcentaje de mujeres padecen síntomas más o menos agudos, ni siquiera están de acuerdo en la sintomatología apuntada, ya que a esta suelen agregársele otros síntomas de igual o mayor importancia.

Esta inquietud nos llevo a preguntar cómo se clasifica en nuestro medio el SPM, a tal efecto se acudió a una clínica de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se entrevistó al médico Flores Gómez, (1994), Jefe de Servicio de esta especialidad, quien informó que efectivamente el IMSS entendía que el SPM llega a tener manifestaciones tan agudas que bien podrían clasificarse como una enfermedad, si bien esta no se encuentra especificada.

Por otra parte se interroga sobre si el Seguro Social otorga incapacidades laborales para a las mujeres con SPM agudo. El médico Flores Gómez dijo que cuando el cuadro era en extremo agudo se otorgaba la incapacidad, pero esto quedaba al juicio del médico y comenta que no únicamente a un criterio médico, sino a las

limitaciones que la misma institución les imponía. Se preguntó a que limitaciones se refería a lo que informó que no ciertamente se trataba de normas o reglamentos que lo prohibieran sino que estas limitaciones eran más bien de cupo al no contarse con las camas suficientes para la atención de la población a la que sirven.

Se volvió a interrogar al doctor en el sentido de que si se otorgaba algún tipo de incapacidad laboral, a lo que nos contestó que no era usual, insistimos y preguntamos que si ese era el procedimiento usual en el caso de cualquiera otra enfermedad. La respuesta fue negativa.

Al no ser plenamente reconocido el origen biológico del SPM, nos queda la duda de ¿cuál será el tratamiento o la forma de proceder en la mayoría de los casos?. Que la raíz del problema no es únicamente hormonal y que por el contrario, también tiene un origen psicológico se advierte en forma por demás temprana aún en nuestro medio.

#### 1.4 Punto de vista psicológico

La Incertidumbre del síndrome premenstrual constituye todavía un gran enigma, enraizado en la propia psicología femenina. Al preguntarnos qué es lo que realmente está sucediendo dentro de esta máquina delicadísima y compleja, que empieza a forjarse desde antes del nacimiento y que va perfeccionándose y luego destruyéndose hasta el fin de su existencia, vemos que el síndrome premenstrual constituye un recordatorio de que los factores psicológicos pueden ser en extremo importantes en cualquier trastorno ginecológico o en las enfermedades orgánicas.

Un ejemplo de ello es lo mencionado por Willy y Jamont (1973). Tal como se ha demostrado, la menstruación puede dejar de presentarse con ocasión de desórdenes psíquicos de carácter grave o en circunstancias especiales, así se demuestra en el examen de mujeres muertas durante los bombardeos aéreos o en otras acciones de guerra, que ha revelado la ausencia de ovulación de la mucosa uterina.

Estas observaciones demuestran y confirman que bajo la influencia de una "angustia extrema" se producen alteraciones y desórdenes funcionales de la vida sexual. También es conocido el hecho de que en refugiadas de guerra se comprueba que no aparecen sus reglas durante varios meses y esto sin embarazo; estos desarreglos son la expresión de una acción psíquica consecutiva a las aludidas situaciones de angustia, pero que es muy rara en la vida normal.

Los ejemplos expuestos prueban la influencia del psiquismo femenino sobre el ciclo menstrual, que no obedece únicamente a leyes de orden físico. La influencia psíquica es capaz, según vemos, de suscitar y mantener numerosas irregularidades, existiendo interrupciones o retrasos de la función, motivados muchas veces tan sólo por un temor a la existencia de gravidez. Tampoco debemos olvidar que por otra parte, el proceso físico de la menstruación actúa también sobre el psiquismo individual.

El Síndrome Premenstrual (SPM) esta cargado de gran contenido psicológico, como los mencionan Covington y Mc Clendon (1991), Stopes (1992) y Jones, Wentz y Burnett (1991), que indican que los síntomas del SPM son:

- Furia
- Indecisión
- Crisis de llanto
- Tendencia a iniciar peleas
- Cambios en los hábitos del trabajo
- Reducción del contacto social
- Confusión
- Irritabilidad
- Enojo
- Agresividad
- Ansiedad
- Tensión
- Astenia (falta de vigor físico)
- Somnolencia

- Depresión
- Insomnio
- Llanto fácil
- Angustia incluso paranoia
- Sentimiento de inseguridad
- En casos extremos sentimientos suicidas
- Falta de coordinación que lleva a la torpeza
- Sueños eróticos
- Disminución de la libido
- Cambios en el estado de ánimo
- Dificultad para concentrarse
- Interferencia para actividades cotidianas (trabajo, escuela)

Para poder tratar de comprender el SPM es esencial entrar al campo de la medicina psicosomática (del Gr. psyche=espíritu+soma=cuerpo. Diccionario de Psicología de Merani, 1976) ya que los desórdenes psicosomáticos, incluso representando la falta de adaptación a una realidad determinada, realizan ciertas funciones muy importantes que son necesarias recordar:

- a) Un desorden psicosomático, pone en lugar de una situación intolerable una enfermedad física real o aparente: En lugar de volverse neurótica o psicótica, la persona enferma físicamente.
- b) Aunque los desórdenes psicosomáticos a menudo incluyen ansiedad primaria, ésta es más fácil de soportar que una ansiedad secundaria basada en conflictos inconscientes surgidos de impulsos infantiles, que la persona no puede controlar de otra forma y que no reconoce. Tal vez el resultado final sea una enfermedad seria e incluso la muerte, pero el paciente no prevé tal peligro. Todo el proceso

es inconsciente, y sus síntomas son aquellos de una enfermedad física que parece tan inevitable como cualquier enfermedad del cuerpo.

- c) Un desorden psicosomático puede proteger a un paciente de caer en una psicosis franca, lo que en sí ya es atemorizante y puede terminar en un confinamiento parecido a la cárcel, con pérdida de derechos civiles; todo ciudadano sabe de tal peligro, y si bien los procesos que llevan a un desorden psicosomático o a una psicosis son inconscientes, no significa que este ausente "una elección" Inconsciente.
- d) Los desórdenes psicosomáticos dan al paciente los privilegios otorgados a una persona enferma, sin el peligro de que se interfiera con su libertad o se rebaje la estima de sí misma.

La ganancia secundaria, y la relación de una necesaria dependencia Inconsciente con una figura paterna, el clínico, puede darle satisfacciones valiosas a una persona fundamentalmente inmadura.

- e) El paciente puede utilizar su enfermedad física como medio para obtener el interés, cuidado y el afecto que ha estado necesitando desde siempre, pero que no pudo obtener mientras estuvo sano.

Este último punto es de gran importancia, ya que podemos pensar que las personas que sufren el SPM crean una amplia idea de estar enfermos con objeto de lograr finalidades inconscientes, como el recibir atención, cuidados y ser objetos de preocupación por lo que surge la hipótesis de que el origen psicodinámico se encuentra en la privación afectiva y a veces ausencia emocional de los padres durante la infancia o adolescencia. Esta posibilidad merece toda nuestra atención si

bien la naturaleza del trabajo nos obliga únicamente apuntarla como una línea de investigación.

Por otra parte, se han logrado muchos estudios que demuestran que existe una correlación entre la presencia de dolencias premenstruales y tipos de neuroticismo. Con frecuencia, las mujeres con dolencias premenstruales muestran una incidencia mayor de trastornos similares en otras fases del ciclo (Moos, 1969 y Tonks, 1975, citados en Priest, 1985)

Estos estudios concuerdan con la idea de Langer (1992), de que la niña neurótica que se siente despreciada por ser mujer, rechaza la menarquía, por vivirla como una castración o por interpretarla como castigo como consecuencia del daño que se haya causado en actos masturbatorios. Además muchas niñas rechazan o esconden su menstruación, porque ser mujer significa rivalizar con la madre, provocando su odio o identificarse con ella, con el peligro de sufrir todos los males que la niña le haya deseado anteriormente.

La opinión es razonable y está además sustentada por la serie de casos que la autora presenta.

Por su parte Horney (1977) nos dice: La conexión entre los procesos físicos y los psicológicos es confirmada también en las mujeres normales, o sea en mujeres con



un desarrollo psicosexual que relativamente no presenta perturbaciones; sus desórdenes menstruales desaparecen por completo durante los períodos de satisfacción de su vida amorosa y reaparecen durante los períodos de frustración externa o de experiencias insatisfactorias. La observación de los mecanismos que conducen a la aparición de las tensiones premenstruales revela que en esos casos se trata de mujeres que por alguna razón no son capaces de aceptar las frustraciones, que reaccionan ante éstas con ira y vehemencia, pero no pueden desviar estos sentimientos - o parte de éstos - hacia afuera, y por lo tanto los dirigen contra sí mismas.

Las mujeres insatisfechas a causa de inhibiciones emocionales presentan síntomas más serios y mecanismos más complejos. Tenemos la impresión de que en estos casos las mujeres pueden mantener aún un equilibrio precario, aunque sufren cierta pérdida de vitalidad. Empero, cuando la tensión libidinal aumenta, es reprimida, y no es posible mantenerla ya en equilibrio; sobrevienen entonces los fenómenos regresivos -- distintos en cada individuo -- cuya sintomatología se manifiesta por la reaparición de reacciones infantiles.

Estas reflexiones sustentadas por las observaciones clínicas difícilmente pueden dar lugar a controversias; no obstante, debemos preguntarnos si hay situaciones que limitan esta conexión causal dado que las tensiones premenstruales, en especial las de carácter leve, ocurren frecuentemente, aunque no tanto como sería dable esperar. Ni siquiera las encontramos en todas las neurosis. A fin de responder a

este último problema tendríamos que conectar, en numerosas neurosis, las acumulaciones características y la elaboración de la libido genital con la presencia o la ausencia de tensiones premenstruales. Esto quizás haría más comprensibles ciertos aspectos de las condiciones individuales. En primer término, es preciso formular la pregunta: ¿el aumento de la libido como tal es realmente el agente específico de las tensiones que surgen durante este período?

En realidad sólo consideramos el efecto de un aspecto parcial de un hecho psicológico y descuidamos hasta ahora el efecto de la otra parte, biológicamente decisiva. Es preciso tener presente que el significado biológico del aumento de la libido es la preparación para la concepción, y los cambios orgánicos esenciales sirven para el embarazo.

Debemos preguntar, por lo tanto: ¿Es concebible que la mujer tenga un conocimiento inconsciente de estos procesos? ¿Es posible que la preparación física para el embarazo se manifieste de este modo en la vida psíquica ?

Las observaciones de Horney (1977) favorecen dicha posibilidad y cita al respecto uno de los casos de su experiencia personal: *"Una paciente a quien llamaré T, me informó espontáneamente que antes del período sus sueños eran siempre sensuales y rojos, que tenía la sensación de estar bajo la presión de algo malsano y pecaminoso y sentía el cuerpo lleno y pesado. Con la llegada de la menstruación tenía de inmediato una sensación de alivio; pensaba a menudo que había quedado*

*embarazada. Para completar el cuadro me referiré a algunos detalles de la historia personal de T. Era la mayor de tres hermanas; su madre era una mujer dominadora y pendenciera y su padre se consagraba a su hija mayor con una especie de ternura caballeresca. Cuando el padre y la hija viajaban juntos se los tomaba a menudo por marido y mujer. A la edad de dieciocho años T se casó con un hombre treinta años mayor que ella, que se parecía a su padre por el aspecto físico y la personalidad. Durante varios años T vivió bastante feliz con aquel hombre, pero sin mantener con él ninguna clase de relaciones sexuales; durante ese período sintió una intensa aversión hacia los niños.*

*Más tarde, a medida que se sentía gradualmente insatisfecha con la situación de su vida y de su matrimonio, se produjo un cambio en su actitud hacia los niños. Decidió entonces seguir una carrera, vacilando entre la de partera o maestra de enfermería y eligió esta última. Durante los muchos años en que trabajó como maestra mostró un modo de ser particularmente afectuoso hacia los niños, pero después de un tiempo su profesión se le hizo intolerable. Empezó a sentir que esos niños no eran de ella, sino hijos ajenos. Siguió rechazando toda relación sexual, excepto durante un breve período en el cual, en lugar de concebir un hijo, tuvo que sufrir una histerectomía a causa de un tumor uterino. Su deseo sexual se había manifestado al parecer cuando su anhelo de tener un hijo era irrealizable. Creo que este esquema muy incompleto bastará empero para demostrar que en este caso aquello que estaba reprimido más profundamente era el deseo de un hijo. La estructura neurótica de T mostraba*

*acentuados aspectos maternos y añados, y era en su totalidad una elaboración del mismo problema fundamental.*

*No entraré a considerar cuál fue el factor que en este caso reforzó el deseo de un hijo y condujo a una represión tan intensa.*

*La evidencia sugiere que en este caso, como en otros de naturaleza similar, el deseo de un hijo estaba excesivamente catectizado con sentimientos de angustia o de culpa por causa de antiguas conexiones con impulsos destructivos.*

*Si la represión llega a un grado extremo conduce al rechazo total del deseo de tener hijos. En mis experiencias observé, sin excepción, e independientemente del resto de la estructura neurótica, la aparición de la tensión premenstrual en aquellos casos en que es dable suponer con relativa certeza el deseo particularmente intenso de tener hijos, excepto cuando la defensa contra ese deseo es tan fuerte que no existe ni la más remota posibilidad de que se realice. Esto nos hace suponer que en el momento en que el organismo se prepara para concebir el hijo el deseo reprimido de tener hijos es activado con todas sus contracatexias, lo que origina perturbaciones del equilibrio psíquico. Sueños que revelan este conflicto se producen con notable frecuencia en el período inmediato previo a la menstruación. Con todo, es necesario realizar tests más exactos para verificar la frecuencia de la coincidencia temporal con los sueños que aluden en alguna forma a los problemas de la maternidad. Por*

*ejemplo, las tensiones menstruales aparecían regularmente en una paciente cuyo deseo manifiesto de tener un hijo era muy fuerte, pero cuya angustia provenía del temor a todas las fases de su posible realización, empezando por el temor al acto sexual y al cuidado del recién nacido; análogamente, las tensiones premenstruales aparecían en una mujer cuyo temor a morir durante el parto impedía la realización de su intenso deseo de tener hijos.*

*Creo que los estados de tensión premenstrual se desarrollan con menos regularidad en los casos en que el deseo de un hijo está preñado de conflictos, pero en los que, de todos modos, ocurren los embarazos y partos. Me refiero en especial a ciertas mujeres para quienes la maternidad ocupaba un lugar de fundamental importancia en sus vidas, pero en quienes los conflictos inconscientes asociados se manifestaban en diversas formas, tales como náuseas, debilidades de las contracciones del parto o sobreprotección para con sus hijos.*

*Resumiré ahora mis impresiones, pero sólo con una gran dosis de cautela. Las tensiones premenstruales pueden ocurrir aparentemente en los casos en que el deseo de un hijo es acrecentado por una experiencia real, pero por algún motivo su verdadera realización resulta imposible. El hecho de que el aumento de la tensión libidinal no es el único factor responsable, se reveló en forma clara gracias a la observación de una mujer cuyos caracteres maternos estaban muy desarrollados, pero plenos de conflictos. Sufría tensiones premenstruales particularmente*

*perturbadoras a pesar de que en esa época sus relaciones sexuales con un hombre eran por lo general bastante satisfactorias. Sin embargo, por razones convincentes no había posibilidad de que pudiera realizar su deseo de tener hijos, que por aquel entonces era particularmente intenso. Antes del período menstrual sus senos generalmente se agrandaban. Durante esta etapa de su vida se suscitaban regularmente discusiones acerca del problema de tener hijos, algunas veces con el pretexto de opinar acerca de los preservativos de sus efectos y de los posibles daños que pueden ocasionar."*

Lo dicho por la autora es bastante razonable y a nuestro parecer es la que se puede acercar a una posible respuesta.

Por otra parte existe evidencia de que no hay relación entre SPM y psicopatología, por ejemplo, el estudio de Sampson y Jenner citado en Priest (1985), con 198 voluntarias estudiantes de sanidad, no demostró ninguna relación significativa entre la escala de neurotismo en el Eysenck Personality Inventory y la presencia de trastornos premenstruales.

Clare, citado en Priest (1985) reseñó que una puntuación elevada en el General Health Questionnaire (diseñado para investigar los trastornos psiquiátricos) fue un buen medio de predecir la existencia de trastornos premenstruales, pero que la presencia de trastorno premenstrual no supuso una puntuación alta en el cuestionario, sin embargo, un estudio posterior demostró que una elevada

puntuación en este cuestionario servía para predecir trastornos psicológicos premenstruales o síntomas de conducta, pero que no guardaba relación con dolencias físicas (Clare, citado en Priest, 1985).

Taylor, citado por Priest (1985) observó una correlación significativa positiva entre los niveles de neuroticismo en el Eysenck Personality Inventory y las altas puntuaciones en la subescala afectiva en mujeres con SPM. No halló correlación entre neuroticismo y la presencia de síntomas físicos premenstruales.

Como se ve, existen resultados contradictorios en la correlación entre el SPM y psicopatología según el autor. Una explicación que se pudiera pensar es que al prepararse biológicamente el cuerpo femenino para un embarazo y al no existir este, llega una frustración tanto biológica como psicológica (en forma inconsciente) provocando un alto nivel de ansiedad y dando como resultado el SPM.

### 1.5 Aspecto socio cultural

El papel de la mujer en la sociedad ha cambiado en las diversas etapas del desenvolvimiento histórico, y en las diversas culturas, sin embargo sin excluir posibles esquemas distintos, y en una forma general, podemos afirmar que la mujer, por su condición de tal, y en esto juega un papel primordial el ciclo menstrual, ha sido considerada poco apta para el desempeño de determinadas actividades catalogadas como primordiales en la vida comunitaria.

Así por ejemplo, en la vida tribal la caza y la defensa de la tribu eran actividades propias del varón, en tanto que el cuidado de los niños y la recolección lo eran de la mujer; traspolando los términos a nuestra época podríamos decir que eran las actividades "propias de su sexo", el cazar para alimentar la tribu se convirtió, por peligrosa, en una actividad jerárquicamente superior a la de recolectar raíces y frutos, menos riesgosa y por tanto menos apreciada y jerárquicamente inferior; amamantar a los hijos y cuidar del hogar eran formas pasivas de vida y ambas eran complementarias en forma natural, por lo que las "labores propias del hogar" quedaron así determinadas como tareas encomendadas a la mujer y socialmente poco apreciadas o valoradas, fue lugar común hasta no hace mucho tiempo en nuestra sociedad que se considerara que la mujer se realizara como ser humano exclusivamente con ser madre, y el desempeño eficiente del cuidado de la casa, y por extensión de todas aquellas actividades que hacían grata la vida en ella.



Hemos de observar que toda esta actividad, que aun hoy podemos palpar, se derivó de una supuesta o real limitación de la mujer en las tareas riesgosas o que requerían un mayor esfuerzo físico, y a que para éstas el hombre parecía estar mejor dotado al no verse "periódicamente disminuido como la mujer en su periodo menstrual". Lo cierto es que no todas las mujeres veían realizada su vida en el hogar.

Ciertamente en la época de nuestros abuelos o mejor aun en un momento de principio de siglo esto empezó a cambiar, el hablar de sexo dejó, no sin causar graves problemas sociales, de ser un tabú en las pláticas de sociedad; la mujer empezó a expresar libremente sus problemas y hacerse oír en el mundo, hasta entonces dominado por un pensamiento exclusivamente masculino. Paralelamente y requerida como fuerza de trabajo en los grandes cataclismos que significaron las dos últimas guerras mundiales, la mujer se abre paso en los campos laboral, intelectual, comercial y político, nacen así los movimientos que pretenden o buscan igualdad de la mujer en todos los campos con su compañero, que ya no su "protector".

Y nace el ideal de la "super mujer", aclaremos un poco esto; lo razonable sería reconocer las labores del hogar como trabajo físico y agotador y ya que un hogar está compuesto por una pareja y si ambos contribuyen a su bienestar económico, es justo que ambos compartan las tareas domésticas, otro tanto puede decirse de

cualquier actividad en que la mujer se desenvuelva en los terrenos laborales, científicos o políticos de la sociedad actual. Sin embargo esto no ha sucedido así y reconocemos, sin perjuicio de que puedan clasificarse otras actitudes, que son las principales que adopta la mujer actual:

1. La mujer que se desenvuelve en el campo tradicional del hogar y en ello encuentra su realización.
2. La mujer que relega las actividades domésticas, y sacrifica su realización como madre, para trabajar fuera de casa.
3. La que llamamos super mujer; esta no renuncia a su papel primordial en el hogar y asume todas las obligaciones de las labores domésticas y además las propias como proveedora de satisfactores, en franca competencia con el resto de los hombres pero principalmente con su pareja.

Hasta aquí un análisis extremadamente esquemático del papel de la mujer en nuestra sociedad; veamos ahora cuales son los resultados de esta concepción que llamaremos moderna de la sociedad a través de los análisis de el doctor Brachfeld (1949) que dice que los hebreos antiguos consideraban a la mujer como impura y no les asignaban apenas un puesto en el templo. En diferentes países subsisten todavía hoy numerosas supersticiones que prohíben a la mujer que se dedique a fabricar mantequilla, a conservar mermelada para el invierno, o que toque determinadas flores, por temor de que podrían "estropearlas".

El autor menciona una anécdota de una hotelera de París que no alquilaba habitaciones más que a varones; y al preguntar la causa, alegó que las mujeres eran más sucias y aludió al menstuo.

En Inglaterra no se quería admitir a ninguna mujer a los exámenes para obtener el certificado para poder volar como piloto de la clase "BH", el pretexto era de que en los periodos de la regla la vida de los pasajeros del avión correría un serio peligro. Esto nos ilustra como las inferencias sobre la fisiología de la mujer influyeron desde los primeros tiempos, para determinar su papel en la sociedad, recluyéndola, como hemos visto, a aquellas actividades consideradas como pasivas y de poco riesgo y menos apreciadas en la composición social.

Cuando la mujer se desempeña en todos los campos de una sociedad tan compleja como la nuestra, empujada a realizar las tareas del hogar y las profesionales, esto es, desempeñar un rol de super mujer, busca el auxilio profesional y explica a un médico o a un psicólogo los trastornos que el SPM le causan, buscando en la medicina o en la psicología el alivio a un problema que le causa no su propia naturaleza, sino las tensiones físicas y emocionales a que se está sometiendo por no encontrar el equilibrio en su vida como mujer y como madre.

Al respecto los autores señalan que: En cualquier tiempo dado, el 90% de la población tiene síntoma de alguna enfermedad, el cual, si se reporta a un médico,

puede considerarse serio (Pearse y Croker, 1949; y Siegel, 1963). Laws (1985) citados por Mc Farlane y Williams (1990) apuntó que la mayor parte del tiempo nosotros no nos vemos como enfermos. Para ella la cuestión importante no es porqué la gente no reporta síntomas; al contrario, dado que el 90% de la población presenta uno o más síntomas, ¿porqué elegimos reportar sólo el síntoma que queremos?; Por ejemplo, si las mujeres son expuestas a un reportaje sobre el SPM, ellas tenderán a hacer una búsqueda selectiva de los síntomas que han leído que pueden ocurrir pero que no habían notado otras veces. Zola citado por Mc Farlane y Williams (1990) investigó las razones para que los pacientes se presenten en los hospitales. Las restricciones de sus situaciones sociales, esto es, la presencia o ausencia de sus síntomas y las expectativas culturales, más que la seriedad de la enfermedad, determinan cuando los pacientes las reportan a sus médicos.

El SPM no es ni puede verse como algo trivial, forma parte del dilema que enfrenta la mujer moderna al decidir sobre el papel que desea jugar en la sociedad en la que se desenvuelve, toda vez que en la mayoría de los casos ni siquiera le es dado decidir entre trabajar o no trabajar, sino más bien trabaja por necesidad; esta situación conlleva el sacrificar su realización como madres y consecuentemente implica una frustración.

**Insistimos en que la solución al "síndrome de la super mujer" se encuentra en el equilibrio en las tareas en que el hombre y la mujer como pareja tienen que asumir ante las exigencias que la sociedad moderna impone.**

**Es posible formular la hipótesis de que ante las exigencias extremas de una sociedad moderna el nivel de ansiedad se eleva, provocando de esta forma como resultado el SPM.**

## CAPÍTULO II

## **ANSIEDAD**

### **2.1 Concepto de ansiedad**

La ansiedad es un estado desagradable semejante al miedo, cuando no hay ninguna situación manifiesta de peligro. La ansiedad se define a veces por el estado fisiológico de excitación vegetativa de alerta, vigilancia y tensión motora (Goldman, 1989).

La ansiedad y el temor son emociones que pueden presentarse juntas. El mismo autor amplía el concepto cuando dice: Los términos ansiedad y temor tienen significados específicos y científicos, pero el uso común los ha hecho intercambiables. La ansiedad es un estado displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar; frecuentemente se acompañan de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso agotamiento.

La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados, que van desde inquietudes menores hasta temblores notables, e incluso pánico completo; la forma más extrema de ansiedad.

La evolución de la ansiedad también varía, con una intensidad máxima alcanzada en unos segundos, o más gradualmente a lo largo de minutos, horas o días. La duración también varía de algunos segundos a horas, o incluso días o meses,

aunque los episodios de pánico, por lo general, se reducen a diez minutos y rara vez duran más de 30 minutos.

Por su parte, Mischel (1979) dice al respecto: La ansiedad se define como temor adquirido (aprendido), por ahora emplearemos los términos ansiedad y temor como sinónimos, aunque a menudo se utilizan en acepciones un poco distintas. La experiencia de ansiedad contiene un profundo sentimiento de temor o pavor ante un peligro inminente, acompañado de un estado de excitación fisiológico autónomo. Esta clase de reacción emocional parece adecuada cuando el peligro es objetivo. La ansiedad puede parecer "irracional" si es una respuesta a peligros que ya pasaron, o que se esperan en el futuro, pero que todavía no se han presentado o que son idiosincrásicos e insólitos. La distinción entre temor objetivamente justificado y temor irracional es cuestión de grado solamente y se basa en qué tan reales son sus fundamentos.

Si bien los individuos manifiestan intensas reacciones de ansiedad en forma diversa, en ellas aparecen generalmente los tres componentes siguientes (Maher, 1966, en Mischel, 1979).

1. Un sentimiento consciente de temor y de peligro previsto, sin la capacidad de identificar las amenazas objetivas inmediatas que expliquen la razón de esos sentimientos de aprensión.



2. Una serie de excitaciones fisiológicas y de dolores orgánicos que pueden incluir diversas alteraciones y trastornos físicos. Entre los ejemplos más frecuentes figuran los síntomas cardiovasculares (palpitaciones, desmayo, aumento de la presión arterial, alteraciones del pulso; trastornos respiratorios (jadeo, sensación de sofocación); y síntomas gastrointestinales (diarrea, náuseas, vómitos) si persiste la ansiedad, las prolongadas reacciones físicas emitidas se vuelven crónicas en los mencionados sistemas. Además la agitación del sujeto quizá se refleje en insomnio, urinación constante, sudor, tensiones musculares, fatiga y otros signos de malestar y trastorno.
  
3. Una desorganización en la solución eficaz de problemas y en el control cognoscitivo, incluida la dificultad de pensar claramente y afrontar con éxito las exigencias del medio ambiente.

Probablemente los ejemplos más claros de las reacciones de ansiedad los encontramos después que el individuo ha experimentado un peligro o trauma que amenace su existencia. Después de un fuerte trauma es más fácil que la víctima reaccione con ansiedad ante otros estímulos productores de tensión que ocurran más tarde en su vida (Archibald y Tuddenham, 1965, en Mischel, 1979).

Por otra parte, Horney (1931, en Chaplin y Krawiec, 1978) piensa que la fuerza impulsora detrás de las neurosis es una "ansiedad básica", generada inicialmente por una verdadera falta de amor y de afecto durante la infancia. En su lucha por superar la ansiedad el niño crea "tendencias neuróticas", que son esencialmente

formas compensadoras de la conducta y cuyo propósito consiste en promover la seguridad. En un libro posterior, (*Our Inner Conflicts*, 1945), sostiene que existen tres tendencias fundamentales y mutuamente incompatibles: 1) dirigirse hacia la gente, 2) dirigirse contra la gente y 3) alejarse de ella.

Si la tendencia dominante y compensadora del niño es dirigirse hacia la gente, trata de sobreponerse a la ansiedad e inseguridad haciéndoles excesivas demandas de amor y afecto a los otros. Si su tendencia prevalente consiste en dirigirse contra la gente, trata de superar la inseguridad fomentando en exceso el poder, el prestigio y el dominio. En fin, alejarse de la gente entraña una búsqueda de seguridad mediante el aislamiento. El niño ofendido y rechazado se aparta de la fuente de dolor y termina desistiendo de todo empeño por miedo al fracaso.

En su experiencia clínica Horney notó que las tendencias neuróticas no existen aisladas en el individuo, sino que se presentan juntas, dando así origen a conflictos internos. Por ejemplo, si la tendencia predominante de un neurótico consiste en dirigirse contra la gente, inconscientemente desea dirigirse hacia ella. Debido a que su conducta hostil le crea enemistades, le es más y más difícil hacer amigos pese al hecho de necesitarlos desesperadamente aunque en forma inconsciente. El resultado es una mayor ansiedad que produce más hostilidad, la cual a su vez se acompaña de relaciones interpersonales en rápido deterioro. Para emplear la frase de Horney, el neurótico está atrapado dentro de un "círculo vicioso". El problema del

terapeuta estriba en ayudarlo a percatarse de sus conflictos internos y de los diversos mecanismos secundarios de defensa que ocasionan.

Las principales orientaciones teóricas han concebido la ansiedad en forma distinta, según sus ideas, de lo que constituye un peligro o amenaza grave para el hombre. Así las formulaciones freudianas destacan la irrupción de impulsos inaceptables en la conciencia, las teorías del aprendizaje se concentran en la asociación con estimulación dolorosa o aversiva, las teorías fenomenológicas y existencialistas destacan la percepción de una amenaza básica contra el yo o contra la existencia del individuo como persona (May, 1950, en Mischel, 1979). Otras consideran la ansiedad ante todo como un estado de dolor e inermidad, (que está sin armas o sin medios de defensa) en que el organismo no dispone de alternativas (Mandler y Watson, 1966 en Mischel, 1979) o como una enfermedad de la "excitación excesiva" (Malmö, 1957, en Mischel, 1979); en conjunto las definiciones citadas dan una idea de la gran variedad de fenómenos que pueden constituir un peligro subjetivo para cada individuo y causarle ansiedad.

Retomando las ideas y definiciones expresadas por los autores citados y resumiéndolas, se tiene que subrayar que la ansiedad se presenta como fenómeno traumático y que altera la personalidad ante la presencia de un peligro vivido como real pero que no necesariamente es inminente, es decir, dicho peligro puede ser inconsciente o imaginario.

## 2.2 Tipos de ansiedad

La ansiedad no sólo tiene un importante papel en la comprensión de la conducta anormal, sino también en el desarrollo normal de la personalidad. En una de las obras más conocidas de Freud, "el problema de la angustia" (Freud, 1926, en Price 1981), la describió como una sensación desagradable que se asocia con la excitación del sistema nervioso autónomo.

Para Freud el trauma del nacimiento constituye la experiencia prototípica de la ansiedad. El neonato pasa por una intensa estimulación al momento de nacer. Su primer contacto con el mundo le provoca una "reacción de alarma" en el sistema fisiológico. Aunque tal movilización es una respuesta adaptativa, la ansiedad que desencadena dista mucho de ser una vivencia placentera. De ahí que el joven organismo trate de idear sistemas para atenuar la ansiedad o eliminarla por completo.

La ansiedad funge de señal para el yo, y como se verá, luego éste toma medidas para sortearla. Así pues, cumple además la función de alertar al sujeto ante la presencia de peligros verdaderos o posibles, internos o externos.

Freud distingue tres tipos de ansiedad: 1) ansiedad objetiva, 2) ansiedad neurótica, 3) ansiedad moral. En los tres la amenaza de ser aplastado por fuerzas internas o externas se cierne sobre el yo, cuyos mecanismos de defensa entran en conflicto

con ellas. La cualidad de los tres tipos es igual. El yo los experimenta en forma de miedo, pero según se verá más adelante se diferencian en la fuente del mismo.

### 2.2.1 Ansiedad objetiva

Este tipo de ansiedad es una vivencia emocional desagradable que resulta de la percepción de un peligro o amenaza proveniente del medio externo. Se la aprende a través de la experiencia. Por ejemplo, gracias a la experiencia se aprenden los temores realistas conexos con el acto de tocar un objeto caliente. También puede ser una acción refleja como la emitida por el organismo frente a una súbita estimulación física, frente a ruidos fuertes o al dolor.

Es el yo quien sufre la amenaza de la ansiedad objetiva. A medida que el organismo adquiere y acumula experiencia, el yo aprende métodos para sortear esa ansiedad mediante la evitación de situaciones o sensaciones amenazadoras.

En la figura A se incluye un esquema de la ansiedad objetiva. En ésta se observa que los mecanismos de enfrentamiento del yo traban conflicto con las fuerzas del peligro externo y así provocan dicha ansiedad. Conviene advertir que el yo aprende a sentirla no sólo ante un peligro verdadero, sino ante la espera del mismo.

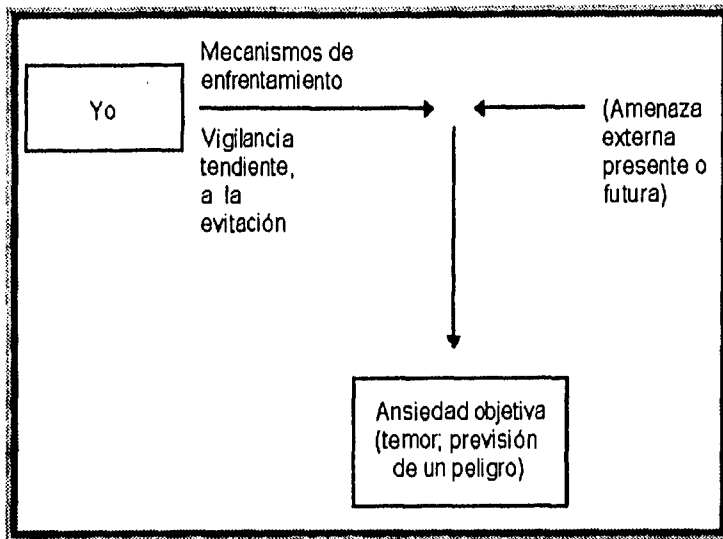


Figura A. Desarrollo de la ansiedad objetiva.

### 2.2.2. Ansiedad neurótica.

La amenaza de fuerzas tanto externas como internas se cierne sobre el yo. El segundo tipo de ansiedad postulado por Freud es la ansiedad neurótica. En este caso, la excitación del yo se debe a la percepción de la posibilidad de sucumbir a los instintos del ello.

También aquí el conflicto es el paradigma básico. Existe una lucha entre las incesantes exigencias de los instintos del ello por alcanzar determinada cosa (la catexis objetiva) y las tentativas del yo encaminadas a contrarrestarla e impedir que lo abrumen (anticatexis). En la siguiente página, la figura B muestra el carácter del conflicto entre el ello y el yo, así como la resultante ansiedad neurótica.



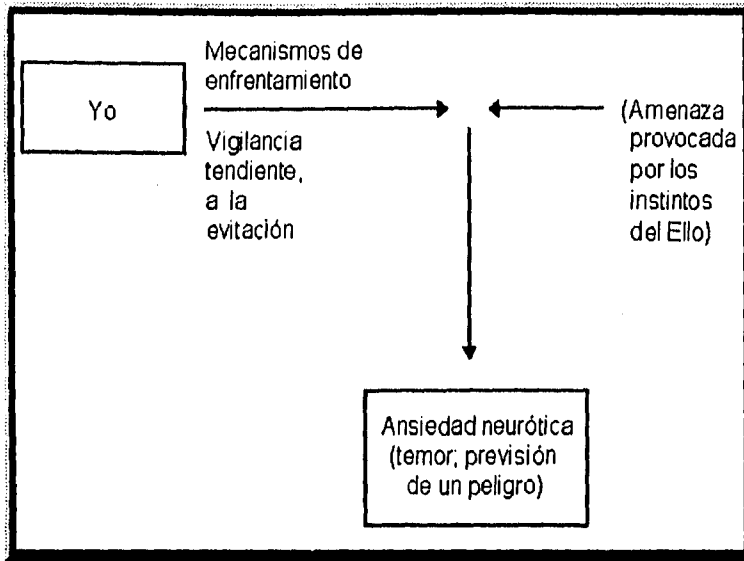


Figura B Desarrollo de la ansiedad neurótica.

La ansiedad neurótica es una señal de peligro para el yo, pues le revela que las exigencias instintivas del ello pugnan por manifestarse y que el yo está haciendo lo posible por evitar que lo venzan, lo aprisionen y lo anulen. También puede ser consecuencia de una serie de castigos y frustraciones sufridos en la manifestación de impulsos libidinales.

Desde el punto de vista clínico las expresiones de la ansiedad son tres, a saber: ansiedad difusa, fobia y reacción pánica. En la primera, la persona parece estar en un estado de aprensión permanente o temer que algo espantoso le suceda. Este tipo de ansiedad es difícil de entender a menos que uno la haya sufrido. La experiencia

típica es una alarma constante, absurda y aparentemente infundada. La ansiedad difusa suele unirse a cualquier estímulo ambiental, al cual el sujeto atribuye después su miedo.

El afectado de ansiedad fóbica es aquel cuya ansiedad neurótica se manifiesta a través de un intenso temor infundado. Este es irrazonable en el sentido de que, por ejemplo, ese individuo sentirá verdadero pavor por los lugares altos, las multitudes, las serpientes. Se piensa que el objeto del temor es una representación simbólica de una tentación ante la satisfacción de los instintos. Por consiguiente, detrás del temor fóbico se encuentra un deseo primitivo del ello por el objeto o por algo que éste represente.

La tercera forma de expresarse la ansiedad neurótica es la reacción pánica que se caracteriza por la aparición súbita de un temor intenso y debilitador sin ninguna causa evidente. Por lo regular quien la padece no acierta a explicarla.

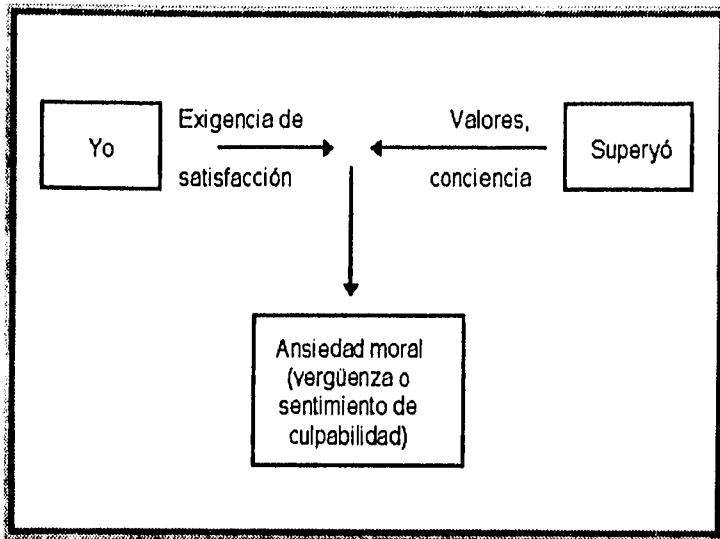
La reacción pánica coexiste con conductas antisociales de carácter impulsivo repentino. Pese a que los conflictos entre ello y yo suelen desembocar en ansiedad "neurótica", conviene recordar que también las personas normales la sufren.

Este trastorno no es exclusivo de aquellos a quienes se ha diagnosticado una neurosis. También aquí cabe citar el principio cuantitativo de Freud: el hombre normal se distingue del neurótico por el grado en que la ansiedad controla su vida. Por último, en cuanto a la ansiedad neurótica, hay que reconocer que se trata de un conflicto auténticamente intrapsíquico, es decir, se da entre dos de las grandes dimensiones de la personalidad. Tales conflictos son difíciles de identificar y de sortear, puesto que existen en el interior del sujeto. Dado su carácter exclusivamente intrapsíquico las ansiedades neuróticas no pueden ser controladas por escape o evitación con la misma facilidad con que se controlan otros tipos. Por otra parte, sus síntomas son siempre consecuencia de una ansiedad neurótica y no de alguna otra clase de trastorno.

### 2.2.3 Ansiedad moral

Es la tercera forma de ansiedad que distingue Freud. La ansiedad moral es fruto de un conflicto entre el superyó, o conciencia y los impulsos del ello. El que la padece suele sentir una fuerte vergüenza o sentimiento de culpabilidad. En la figura C se aprecia un esquema de ella. Se advierte allí que el superyó se ve amenazado cuando el objeto instintivo elegido por el ello busca manifestarse en forma de acto e incluso a través de la representación de un acto. De ahí el bloqueo de ese impulso por el superyó, agente que representa la autoridad internalizada de los padres. El producto de semejante conflicto es la ansiedad moral, la cual como se ha dicho se expresa a través de la vergüenza o del sentimiento de culpabilidad. Por ejemplo, el ello expresa un impulso erótico, o catexis objetal, hacia una persona dotada de atractivo físico. Y entonces el superyó reacciona ante ese impulso como si fuera un acto inmoral, produciendo con ello una anticatexis.

La breve reseña de los tres tipos de ansiedad debe demostrar sin lugar a dudas que ésta nace del conflicto existente entre las diversas partes de la personalidad. El conflicto necesariamente lo provoca en el yo. La ansiedad es una señal de peligro que le indica que sobre él se cierne la amenaza de algún acontecimiento externo o que el ello está tratando de manifestarse y que el yo o la anticatexis de superyó lo están bloqueando.



**Figura C. Desarrollo de la ansiedad moral.**

#### 2.2.4 Mecanismos de defensa

Freud indica que el yo se ocupa de la solución de problemas reales (como sucede cuando afronta la ansiedad objetiva) o recurre a métodos irracionales que distorsionan y niegan la realidad. Estos métodos los agrupó bajo la clasificación general de mecanismos de defensa.

No se describirán en detalle los mecanismos de defensa ni se dará una lista exhaustiva de ellos. La explicación se propone, únicamente, dar al lector una idea general de la naturaleza de los mismos. A lo largo de ella se captará que son operaciones del yo y que muestran dos rasgos comunes: a) negación o deformación de la realidad, b) operación a un nivel inconsciente.

##### **Represión.**

Es el mecanismo por el cual se impide que los impulsos peligrosos de los instintos, procedentes del ello y en conflicto con el yo o superyó, penetren en la conciencia. Estas exigencias instintivas no pueden provocar angustia si se las mantiene fuera de la conciencia. La represión se efectúa en múltiples formas. Se distorsiona lo que se ve o escucha, protegiendo así al yo contra la percepción de objetos que juzgue peligrosos para él, actúa sobre la memoria y entonces reprime o simplemente hace inaccesibles los recuerdos vinculados a experiencias traumáticas o que las traen a la memoria. En uno y otro caso su finalidad es controlar la ansiedad moral, neurótica

u objetiva, impidiendo para ello que las amenazas externas o internas lleguen a la conciencia.

#### **Formación reactiva.**

A veces el yo hace frente a las tendencias instintivas efectuando aquello que es totalmente opuesto a ellas. Así, los sentimientos de odio e ira se tornan manifestaciones exageradas de amor. De manera análoga, los impulsos sexuales de gran intensidad se convierten en profundos sentimientos de repugnancia al pensar en el contacto sexual. Formación reactiva es el nombre que se da al mecanismo en virtud del cual un impulso se mantiene alejado de la conciencia por medio de su opuesto. Una de las principales características de esta defensa es su exageración. Es decir, un impulso real se distingue de la formación reactiva porque ésta última es incomparablemente más fuerte de lo que cabría esperar. El individuo "protesta demasiado" y el impulso del ello se rechaza mediante la creación de un fuerte impulso antitético. No obstante, muchas veces la expresión directa del impulso del ello y la formación reactiva coexisten en una misma personalidad. Por ejemplo, un sujeto puede amar y odiar el mismo objeto, desear el contacto y simultáneamente sentir repugnancia.

#### **Proyección**

Otro mecanismo que permite negar los impulsos del ello consiste en atribuirlos a una persona u objeto del mundo exterior.

### **Negación**

Es un mecanismo primitivo de defensa que suele observarse en los niños. Por lo regular se utiliza cuando el conflicto se da entre el impulso del ello y alguna frustración objetiva del mundo externo. Cuando las circunstancias frustran una tendencia, este mecanismo obra de tal manera que niega la existencia de la situación en que se encuentra el sujeto.

Esta defensa no debe confundirse con la represión. En el caso de la represión el conflicto se da entre los impulsos del ello y el yo o superyó, mientras que en la negación dichas tendencias entran en conflicto con las circunstancias reales del medio exterior.

### **Regresión**

El individuo que ya alcanzó cierto estadio del desarrollo y que se ve amenazado por las exigencias del ello puede volver a una etapa precedente en su comportamiento. Tal retroceso recibe el nombre de regresión. Gracias a ella se exteriorizan los impulsos del ello en una forma que sería imposible a niveles superiores del desarrollo. Al mismo tiempo es un medio de hacer frente a las exigencias instintivas del ello.

Todo lo escrito nos da una idea bastante completa y explicativa para poder entender y dar la razón a Freud (1926, en Price, 1978) al sostener que los motivos ligados entre las tres estructuras básicas (ello, yo y superyó) al entrar irremediabilmente en



conflicto producen entre otras cosas ansiedad y que para controlarla surgen los mecanismos de defensa a que el mismo se refiere.

### 2.2.5 Ansiedad estado y ansiedad rasgo

La Ansiedad-Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad; es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado. Como concepto psicológico, la Ansiedad-Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson citado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1975) llama "motivos" y que Campbell citado por Spielberger *et al* (1975) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, citado por Spielberger *et al* (1975) involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo a ver al mundo en forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes".

Los conceptos de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo pueden concebirse como análogos, en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La Ansiedad-Estado, como la energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad.

La Ansiedad-Rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos, respecto a la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada, la Ansiedad-Rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad-Estado.

Se podría anticipar en general, que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de A-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en Ansiedad-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta Ansiedad-Rasgo también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de A-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan a la autoestima. Se ha encontrado, por ejemplo, que las circunstancias en las cuales se experimenta un fracaso, o aquellas en las que la capacidad personal

de un individuo está siendo valorada (por ejemplo, al resolver una prueba de inteligencia), son particularmente amenazantes para las personas con una alta calificación de A-Rasgo ( Spence, citado por Spielberger *et al*, 1975).

Pero el hecho de que las personas que difieren en A-Rasgo muestren o no diferencias correspondientes en A-Estado, depende del grado en el que una situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido de manera considerable por la experiencia pasada del sujeto.

### 2.2.6 Relación entre síndrome premenstrual y ansiedad

Un estudio en el que se evaluó objetivamente la relación entre ansiedad y síntomas premenstruales, fue el de Giannini, Price, Loiselle y Giannini (1985, en Picone, 1989), quienes examinaron la relación entre los síntomas reportados y la ansiedad rasgo de la mujer con síntomas premenstruales medidos por el Cuestionario de Peck - Abraham. Sin embargo es difícil establecer su validez ya que a diferencia del IDARE, dichos autores documentaron la ansiedad rasgo simplemente como "presente" o "ausente", basado en criterios inespecíficos.

A la luz de la ausencia de hallazgos replicables, un estudio fue emprendido para probar la asociación entre los síntomas reportados y la ansiedad rasgo. Se predijo que una alta ansiedad rasgo podría ser asociada como mayor severidad de síntomas premenstruales.

Los resultados mostraron que la ansiedad rasgo fue significativamente asociada con los reportes de síndrome premenstrual. Los hallazgos fundamentan la vieja hipótesis de una liga entre ansiedad y los síntomas del síndrome premenstrual. Evidencia posterior de esta asociación se refleja en la relación encontrada entre calificaciones locus de control externo y sintomatología premenstrual (Kirkby y Picone, 1989; en Picone, 1990). Se han reportado asociaciones significativas entre ansiedad y SPM.

Mientras la ansiedad era correlacionada con todos los subtipos del cuestionario de dolor premenstrual, la relación entre ansiedad y el subtipo psicológico (ver apartado

1.4) fue significativamente más fuerte que las relaciones entre ansiedad y los subtipos conductual y físico (ver apartado 1.3). Las relaciones entre ansiedad y el subtipo conductual fueron significativamente más fuertes que la ansiedad y el subtipo físico.

Tales hallazgos no son sorprendentes a la luz de el reporte de Clare (1983, en Picone, 1990) acerca de la creciente sintomatología premenstrual "de modo que la proporción de la calificación total hecha sobre los síntomas físicos y los psicológicos, los reactivos conductuales se volvieron más prominentes".

La media de la calificación sobre dolor menstrual de la muestra estudiada (23.4), apareció como substancialmente más alta que la media de 15.9 reportada por Clare citado por Picone y Kirkby (1990). Pero la presente calificación fue calculada hasta un posible 102, mientras el máximo de respuestas en la calificación de Clare (en Picone y Kirkby, 1990) quiere decir que los sujetos de Clare tuvieron una media de casi 47% de calificación máxima, el doble de 23% de la máxima calificación promedio de esta muestra. Esto tampoco sorprende considerando el origen de los grupos. Los sujetos de Clare (en Picone y Kirkby, 1990) fueron elegidos de una clínica de salud general y de una clínica de SPM, en tanto en el otro estudio la población no se escogió en clínicas.

Aunque la ansiedad rasgo ha sido descrita como un indicador "relativamente estable" de propensión a la ansiedad (Spielberger, en Picone y Kirkby 1990) y los

hallazgos recientes han mostrado que esta última puede ser modificada en un amplio rango de intervenciones (Jorm, en Picone y Kirkby, 1990). Se ha reportado que procedimientos tales como el ejercicio (Fasting y Grooningsaeter, en Picone y Kirkby, 1990) la realimentación biológica (Reed y Saslow, en Picone y Kirkby, 1990), la terapia cognitiva (Lipsky, Kassino y Miller, en Picone y Kirkby, 1990), el manejo del estrés (Sallis, Tervorrow, Johnson, Howell y Kaplan, en Picone y Kirkby, 1990), e inoculación de estrés (Hazaleus y Deffenbacher, 1986; Hussian y Lawrence, 1978; Sharp y Forman, en Picone y Kirkby, 1990) pueden reducir la ansiedad rasgo hasta en un 32% y con efectos mantenidos durante 12 meses después de la intervención. De este meta-análisis, Jorm (en Picone y Kirkby, 1990) concluyó que las aproximaciones cognitivo-conductuales fueron las más efectivas para reducir la ansiedad rasgo.

Esto sugiere que tales programas podrían ser una ayuda para las mujeres con alta calificación en ansiedad y rasgo y síntomas de SPM. Han existido indicaciones en la literatura para programas de intervención basados en técnicas cognitivo-conductuales que pueden ayudar a la mujer con síndrome premenstrual (Dewitt, Morse y Dennerstein, Morse, en Picone y Kirkby, 1990). Sin embargo, como estos estudios tienen diseños de investigación confusos, no es posible determinar exactamente qué intervención, o combinación de intervenciones ha sido la efectiva. Investigaciones posteriores podrán resolver esta confusión.

## **CAPÍTULO III**



## **METODOLOGÍA**

### **3.1 Planteamiento del problema**

Muchas mujeres sufren una variedad de síntomas asociados con el periodo menstrual, entre ellos tensión, depresión, hinchazón y enojo.

Por lo cual se considera el plantear si ¿existe correlación entre síndrome premenstrual y la ansiedad como rasgo de la personalidad?

### **3.2 Hipótesis**

**Hipótesis Nula ( H0 ):**

**No existe correlación entre síndrome premenstrual y ansiedad - rasgo.**

**Hipótesis Alterna ( H1 ):**

**Existe correlación entre síndrome premenstrual y ansiedad - rasgo.**

### **3.3 Objetivo**

#### **3.3.1 Objetivo general**

El objetivo del presente estudio es investigar si existe correlación entre la presencia del Síndrome Premenstrual y Ansiedad como un rasgo de personalidad de las mujeres mexicanas, de clase media y con educación superior.

#### **3.3.2. Objetivos específicos**

3.3.2.1 Conocer el nivel de ansiedad rasgo en un grupo de mujeres que presentan el SPM.

3.3.2.2 Conocer el nivel de ansiedad rasgo en un grupo de mujeres que no presentan el SPM.

3.3.2.3 Comparar el nivel de ansiedad rasgo de ambos grupos para determinar una posible correlación con la presencia o no del SPM.

### 3.4 Población y muestra

**POBLACIÓN:** Mujeres estudiantes de licenciatura en psicología de la Universidad Iberoamericana, de nacionalidad mexicana y con edades entre 18 y 25 años. (Aproximadamente 600 alumnas)

**MUESTRA:** De la población se eligió de manera no probabilística casual una muestra de 91 sujetos, con quienes se conformaron dos grupos, uno de 40 mujeres que presentan el SPM, de acuerdo al DSM-III R y otro de 37 mujeres que no presentan dicho síndrome. Las restantes 14 fueron eliminadas, porque a pesar de no cubrir los criterios señalados por el DSM-III R para el SPM presentaron varios de los síntomas sin embargo la mayoría reportan que esto interviene en sus actividades cotidianas, como el trabajo y la escuela.

Se considera que la muestra elegida es representativa, puesto que abarca el 15% de la población a la que se le aplicó el estudio.

### 3.5 Tipo de Investigación

Se trata de un estudio de campo porque se pretende encontrar la relación que existe entre dos variables, sin tener un control de la situación; en este caso, se buscó la relación existente entre síndrome premenstrual y ansiedad rasgo, además el estudio se realiza en el medio natural de los sujetos.

### 3.6 Nivel de Investigación

El nivel de investigación es descriptivo, porque se puntualizan las características más importantes y no se puede llegar a conclusiones generales, sino solamente para mujeres estudiantes de licenciatura en psicología de la Universidad Iberoamericana, de nacionalidad mexicana y con edades de 18 y 25 años. Por otra parte., sólo se cuenta con un estudio previo, realizado con otro tipo de población.

### 3.7 Diseño de investigación

El diseño de la investigación es cuasi-experimental de tipo ex post facto, porque sólo se está analizando un hecho que ya sucedió.

### 3.8 Obtención de datos

Para la realización de esta investigación se utilizaron dos instrumentos, el IDARE y un cuestionario realizado en estricto apego a los criterios señalados por el DSM III R para el diagnóstico del SPM:

El Inventario de la Ansiedad Rasgo -Estado, IDARE, versión en español del STAI (State Trait -Anxiety Inventory), se utiliza para medir dos dimensiones distintas de la

La escala A-Rasgo del inventario de la ansiedad consiste de 20 afirmaciones en las que se piden a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una de un lado y la otra del otro. Una copia del protocolo del inventario para el estudio de la ansiedad, se encuentra en el anexo número 1. La escala A-Estado es designada SXE y la escala A-Rasgo es designada SXR.

La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos. Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un índice del nivel de pulsión. Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

El IDARE también ha resultado útil en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo puede ser utilizada para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional, que sean propensos a la ansiedad; y para evaluar el grado hasta el cual, los estudiantes que solicitan los servicios de consejo psicológico o de orientación, son afectados por

problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

El cuestionario aplicado se encuentra en el anexo 2, y está elaborado de acuerdo a los criterios de la American Psychiatric Association, establecidos en el DSM-III R, para el SPM, y que son los siguientes:

**A.-** En la mayoría de los ciclos menstruales, los síntomas descritos en B, se presentaron en la semana previa a y durante la menstruación.

**B.-** Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes la mayor parte del tiempo durante cada final de la fase luteínica, siendo al menos uno de los síntomas 1), 2), 3) o 4):

- 1) Notable labilidad afectiva; por ejemplo, sentirse súbitamente triste, llorosa, irritable o enfadada;
- 2) Ira o irritabilidad persistente y notoria;
- 3) Ansiedad notable, tensión, sentimiento de estar "al límite";
- 4) Humor depresivo notable, sentimiento de desesperanza o ideas de autorreproche;

- 5) Disminución de interés en las actividades habituales; por ejemplo en el trabajo, amistades o aficiones;
- 6) Fatigabilidad fácil o notable pérdida de energía;
- 7) Sensación subjetiva de dificultades para concentrarse;
- 8) Notable cambio en el apetito, comer en exceso o deseo anormal de alimentos específicos;
- 9) Hipersomnia o insomnio;
- 10) Otros síntomas físicos, como hipersensibilidad o tumefacción mamaria, cefaleas, algias osteomusculares, sensación de estar como " hinchada " o aumento de peso;

**C.- El trastorno interfiere de forma importante con el trabajo o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.**

### 3.9 Procedimiento

Se acudió a la Universidad Iberoamericana al edificio de licenciatura en Psicología, aquí se le solicitó a la coordinadora de esta carrera su autorización para aplicar los instrumentos. Ella colaboró señalando en qué salones se encontraban cada semestre y después de esto se seleccionó a las alumnas que cubrían los criterios para formar parte de la muestra.

Se les informó y se les explicó sobre la investigación y el procedimientos con el fin de que aceptaran participar, a lo cual accedieron.

Una vez integrada la muestra, se aplicó el cuestionario de síntomas físicos y psíquicos del SPM observados con más frecuencia, de acuerdo a la DSM-III R, teniendo como indicación marcar con una "X" cualquiera de las dos opciones que se considerara más adecuada, y que todas las preguntas se refieren a los días previos de la menstruación y que los datos que se proporcionaran tendrían un uso estrictamente confidencial. Luego se aplicó el instrumento IDARE, utilizando solamente la escala SXR, teniendo como instrucciones y explicando que algunas expresiones que la gente usa para describirse, aparecen abajo "Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente". Las instrucciones se leen en voz alta, mientras los examinados lo hacen visualmente. Una vez que hayan comprendido lo que se debe hacer, contestan los cuestionarios. Para obtener los dos grupos, los sujetos con SPM y los sujetos que no sufren de este síndrome, se evaluaron las respuestas del cuestionario, de acuerdo al DSM-III R



,después se utiliza la prueba U de Mann -Whitney para saber si existen diferencias significativas entre el grupo que cubre los criterios del SPM y el que no, respecto a su nivel de ansiedad rasgo.

### 3.10 Análisis Estadístico

Se utiliza la prueba no-paramétrica U de Mann-Whitney; esta es una de las pruebas estadísticas no paramétricas más potentes, ya que emplea la mayor parte de la información cuantitativa que poseen los datos y es la que se emplea con mayor frecuencia como alternativa a la t de student cuando las medidas no llegan a una escala de intervalos (Runyon y Haber, 1986); su fórmula es:

$$U = N_1N_2 + \frac{N_1(N_1+1)}{2} - R_1$$

Donde R1 = suma de los rangos asignados al grupo con tamaño muestral N1.

La prueba U de Mann-Whitney se utilizó para analizar la diferencia entre el grupo con Síndrome premenstrual y su relación con el nivel de ansiedad-rasgo y el otro grupo que no presenta dicho síndrome dentro del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences ) para Windows.

Para la muestra estudiada la fórmula que se usó fue la siguiente :

$$U = 37 \times 40 + 37(37+1) / 2 - R_1 = 295.50$$

N1= Número de sujetos del grupo con SPM

N2= Número de sujetos sin SPM

R1=Suma de los rangos asignados al grupo con tamaño muestral N1

## CAPÍTULO IV

## RESULTADOS

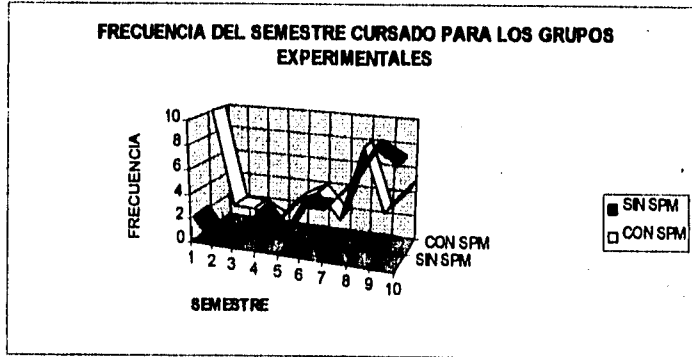
### 4.1 Presentación de los resultados

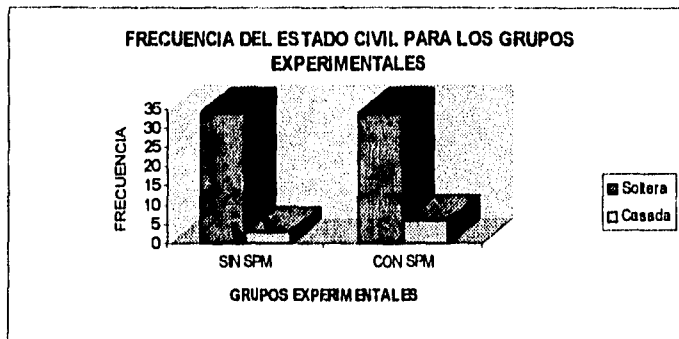
Las características demográficas de la muestra se representan en las siguientes gráficas

#### EDAD



#### SEMESTRE





A partir de las medidas obtenidas del cuestionario de síntomas físicos y psíquicos del SPM observados con más frecuencia, de acuerdo al DSM-III R y al instrumento IDARE, utilizando solamente la escala SXR predomina la ansiedad-rasgo en mujeres que sufren del SPM.

La prueba U de Mann-Whitney mostró una calificación de 295.50 con valor P de .000, es decir, el nivel de confiabilidad es de 100%.

Por lo tanto se rechaza la hipótesis Nula que establece que "No existe correlación entre síndrome premenstrual y ansiedad rasgo "Y se acepta la Hipótesis alterna: "Existe correlación entre síndrome premenstrual y ansiedad rasgo ".

Se observó que las respuestas de los sujetos que presentaron el SPM fueron :

1.- Experimento una sensación de hinchazón general antes o durante mi regla

SI 17      NO 23

2.- Noto dolor o mayor sensibilidad en los senos .

SI 27 NO 13

3.- Cuando me encuentro en mi período menstrual o días antes generalmente tengo dolores de cabeza .

SI 17 NO 23

4.- Generalmente sufro cambios de apetito

SI 28 NO 12

5.- Los días justo antes o durante mi regla me ocurren cambios en mi estado de ánimo.

SI 38 NO 2

6.- Generalmente noto falta de interés en mi escuela o trabajo antes o durante mi período

SI 27 NO 13

7.- A menudo antes o durante mi período existe reducción del contacto social.

SI 17 NO 23

8.- Durante mi período o antes soy propensa a la irritabilidad y sensibilidad .

SI 38 NO 2

9.- Durante mi regla o antes siento un nerviosismo marcado.

SI 23 NO 17

10.- Generalmente en este período me siento triste

SI 32 NO 8

11.- Noto que los días justos o durante mi menstruación tengo más somnolencia

SI 16 NO 24

12.-A menudo durante mi período o antes del mismo sufro de insomnio en algún grado.

SI 18 NO 22

13.- Noto que los días justo antes o durante mi período tengo dificultad para concentrarme .

SI 23 NO 17

14.- Cuando me encuentro en los días justo antes o durante mi período tengo interferencia para actividades cotidianas como el trabajo, escuela, etcétera ....

SI 25 NO 15

15.- Durante o antes de mi período soy propensa al enojo.

SI 37 NO 3

Los resultados de los sujetos que no presentaron el SPM son :

1.- Experimento una sensación de hinchazón general antes o durante mi regla

SI 5 NO 32

2.- Noto dolor o mayor sensibilidad en los senos .

SI 23 NO 14

3.- Cuando me encuentro en mi período menstrual o días antes generalmente tengo dolores de cabeza .

SI 5 NO 32

4.- Generalmente sufro cambios de apetito

SI 5 NO 32

5.- Los días justo antes o durante mi regla me ocurren cambios en mi estado de ánimo.

SI 23 NO 14

6.- Generalmente noto falta de interés en mi escuela o trabajo antes o durante mi período

SI 2 NO 35

7.-A menudo antes o durante mi período existe reducción del contacto social.

SI 0 NO 37

8.- Durante mi período o antes soy propensa a la irritabilidad y sensibilidad .

SI 17 NO 19



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

9.- Durante mi regla o antes siento un nerviosismo marcado.

SI 3 NO 34

10.- Generalmente en este periodo me siento triste

SI 3 NO 34

11.- Noto que los días justo antes o durante mi menstruación tengo mas somnolencia

SI 14 NO 23

12.-A menudo durante mi periodo o antes del mismo sufro de insomnio en algún grado.

SI 2 NO 35

13.- Noto que los días justo antes o durante mi periodo tengo dificultad para concentrarme .

SI 0 NO 37

14.- Cuando me encuentro en los días justo antes o durante mi periodo tengo Interferencia para actividades cotidianas como el trabajo, escuela, etcétera ....

SI 0 NO 37

15.- Durante o antes de mi periodo soy propensa al enojo.

SI 2 NO 35

#### 4.2 Interpretación y Discusión de los Resultados

Es importante señalar que la primera menstruación puede ser el comienzo del SPM, ya que como lo menciona Wade (1991), en todas las épocas han etiquetado a las mujeres menstruando como "sucias", y a otras las han considerado peligrosas. Estos y otros mitos, que aún perduran, pueden provocar que en la púber resulte un verdadero problema, elevando de ésta manera su ansiedad rasgo y presentando el SPM.

No hay duda de que a pesar de los resultados obtenidos a través de la estadística, la causa de éste síndrome no ha sido descubierta. Definitivamente es una gran aportación la difundida hipótesis de que un desequilibrio en los niveles de las hormonas estrógeno-progesterona conduce a las manifestaciones emocionales y físicas del SPM, pero evidentemente el problema es mucho mayor y por desgracia no se ha logrado o por lo menos no a la mayoría de las mujeres, dar alivio de todos los síntomas que provocan este síndrome.

Pero no se trata de cerrar posibilidades, por lo tanto no se deben abandonar las revisiones fisiológicas relacionadas con este problema.

Por otro lado vemos que las teorías psicológicas nos proponen muchos datos específicos y que existe una correlación entre la presencia de dolencias premenstruales y tipos de neuroticismo (Moos, en Priest, 1985) Pero Taylor (1979, en Priest, 1985) no halló correlación entre neuroticismo y la presencia de síntomas premenstruales.

De alguna manera podemos pensar y profundizar un poco más en la idea de Horney (1977) en la que nos dice que las tensiones premenstruales pueden ocurrir aparentemente en los casos en que el deseo de un hijo es acrecentado por una experiencia real, pero por algún motivo su verdadera realización resulta imposible.

Este punto es importante considerarlo porque resulta bastante razonable, como ya se dijo y puede ser una respuesta al enigma del Síndrome premenstrual, pero sin embargo los estudios son pocos para valorarlo y como nos menciona Priest (1985), los cambios psicológicos y alteraciones fisiológicas relacionadas con el ciclo menstrual es probable que estén sometidos fácilmente a variaciones impuestas por los acontecimientos casuales del medio ambiente.

Vemos que a pesar de que las mujeres que sufren del SPM, que se caracteriza por una amplia variedad de síntomas físicos y emocionales y que es lo suficientemente severo para causar serios trastornos en sus vidas personales y profesionales, como lo menciona el doctor Wade (1991), nos sorprende que catorce de las mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario con estricto apego a los criterios señalados por el DSM IIIR para el diagnóstico del SPM fueron eliminadas por que señalaron que si bien presentaron varios de los síntomas SPM consideraron que estos, no interfieren en la realización de sus actividades de trabajo o escuela por lo que estos resultados pueden concordar con la idea de que a pesar de todos estos síntomas la mujer sabe que tiene

que trabajar para una sociedad terriblemente demandante que la pone en franca competencia con el varón, y manifestar que su condición de mujer trae consigo la posibilidad de ver disminuida su capacidad laboral, la colocaría automáticamente en desventaja, en consecuencia, se cree obligada a asumir todas las responsabilidades laborales, hacer caso omiso de sus molestias y enfrentar la realidad de una sociedad aún regida por criterios masculinos y admitir como socialmente obligatorio que es su deber cumplir con las labores que tradicionalmente le han sido asignadas y que se le conoce con el nombre de labores domésticas y además con aquellas que tengan que desempeñar en el trabajo o profesión a que se dedique, esto es, la mujer de hoy, se siente compelida a desempeñar un rol de super-mujer a pesar de sufrir cambios en su estado de ánimo, ser propensa al enojo, tener dolores de cabeza, etcétera, para citar solo algunas de las molestias que el SPM implica.

Por lo tanto podemos suponer que la hipótesis que se formuló de que ante las exigencias extremas de una sociedad moderna el nivel de ansiedad-rasgo se eleva provocando o influyendo para que se presente el SPM, puede servirnos para un acercamiento a una solución, por lo que a pesar de los resultados obtenidos, insistimos en la necesidad de continuar las investigaciones de la relación del SPM y la ansiedad rasgo.

## CONCLUSIONES

- 1) Como hemos visto la menarquía (inicio de la menstruación) y en sí la menstruación misma (expulsión periódica del óvulo no fecundado) son acontecimientos de gran importancia en la vida de cualquier mujer, pero sobre todo en ese punto destacaremos el fenómeno menárquico, ya que al manifestarse tanto cambios fisiológicos y psicológicos, se debe advertir la gran necesidad de apoyo en conocimientos de los expertos (ginecólogos y psicólogos) para desterrar conceptos falsos que pueden provocar como resultado malestar físico y psíquico.
- 2) El diagnóstico del SPM continúa aún siendo oscuro y es necesario realizar mayores estudios para lograr consenso entre los autores, respecto a los síntomas físicos y psíquicos que lo integran.
- 3) Debe aceptarse y es comprensible que lo psíquico y lo fisiológico está relacionado, y ambos fenómenos están conectados a su vez con aspectos sociales y que por lo tanto el estudio del SPM debe hacerse dentro de un contexto social determinado, vale decir, que las condiciones sociales en que se desenvuelve la mujer, pueden condicionar la aparición de SPM.
- 4) Podemos decir que a nuestro parecer la opinión de Horney (1977) en el aspecto psicológico es la más destacada y cercana al estudio de este síndrome.
- 5) Una alternativa para entender mayormente este problema es estudiar con profundidad la hipótesis de que ante las exigencias de una sociedad moderna,

que como se vio suelen ser extremas, aumentan el nivel de ansiedad-rasgo y pueden ser factor importante en el desarrollo del SPM.

- 6) Se deduce de esta investigación que sí existe una correlación del SPM con la ansiedad rasgo, sin pretender soslayar que todavía se tiene que investigar más.
- 7) Una alternativa importante para ayudar a las mujeres con SPM es tomar tratamiento psicológico y fisiológico, sin abandonar, en caso de ser necesaria, la ayuda del ginecólogo.
- 8) Es necesario estudiar si en la menarquía o en otro momento existió algún tipo de problema que pueda estar ligado con el SPM, como puede ser el rechazo a la propia feminidad.
- 9) La mujer que sufre de este síndrome no debe darle poca importancia ni tampoco los profesionales de la salud física y mental.
- 10) El hecho de que tantas mujeres sufran todos o un gran número de los síntomas del SPM, no nos permite concluir que estos sufrimientos sean un resultado concomitante de la menstruación, e implícito en el funcionamiento del órgano reproductor de la mujer, por el contrario, se debe partir de la base de que el funcionamiento de cualquier sistema en el organismo humano no debe presentar ninguna molestia, ni física, ni psicológica, y el dolor y demás síntomas que el SPM conlleva es la forma con la que el organismo manifiesta que fisiológicamente, psicológicamente o ambas pueden estar funcionando mal y consecuentemente debe acudir al médico, al Psicólogo o ambos.

## **LIMITACIONES**

Debe señalarse como principal limitación el hecho de haber contado con una muestra pequeña en su número y por lo tanto no es posible generalizar los resultados obtenidos.

Una limitación tiene que ver con la edad de la población al que se aplicó el test, mujeres entre 18 y 25 años, pues cabe la posibilidad de que los resultados hubieran sido diferentes si se manejara otras edades.

Otra limitación, es el nivel socioeconómico y cultural, ya que la muestra se aplicó a mujeres estudiantes de licenciatura en psicología en la Universidad Iberoamericana.

También es de señalarse, la falta o escasa información que existe en este tema, ya que no fue posible encontrar en nuestro país estudios y trabajos al respecto, realizados en nuestro contexto social y los pocos, hechos en otros países son objeto de gran controversia.

## **SUGERENCIAS.**

Es importante estudiar estos aspectos en forma más profunda y ampliar muestra, número, sector, edad y nivel socioeconómico de los grupos en que se aplique el Test.

Lo limitado de la información no debe ser causa que justifique el abandono de investigaciones tendientes a averiguar :

A).- ¿Cómo influyen la inadecuada información y los conceptos erróneos acerca de la menstruación en la menarquía?

- B).- ¿Cómo influye en la etapa de la adolescencia el concepto del rol que debe jugar la mujer en la sociedad?
- C).- ¿Hasta qué punto la imposibilidad de procrear un hijo, cualquiera que sea la causa que lo impida, aumenta las tensiones pre-menstruales y la aparición del SPM.?
- D).- ¿En qué medida el tener que trabajar y realizar tareas del hogar causan un nivel de ansiedad tal, que incrementa la aparición del SPM.?
- E).- ¿Qué otros instrumentos o pruebas psicológicas conviene ensayar para indagar las posibles correlaciones del SPM, como por ejemplo, la depresión, la auto imagen, la inteligencia y rasgos de la personalidad?
- F).- ¿En qué medida se vería beneficiado el estudio del SPM si el diagnóstico se hace en forma conjunta por el médico y el psicólogo logrando un diagnóstico y tratamiento interdisciplinario?



## BIBLIOGRAFÍA.

- BRACHFELD, Oliver, Los complejos de inferioridad de la mujer, Editorial Barcelona, Barcelona, 1949.
- CAMERON, A. Desarrollo y Psicopatología de la personalidad, Editorial Trillas, México, 1992.
- CHAPLIN, J. y KRAWIEC, T. Sistemas y teorías, Editorial Interamericana, México, 1978.
- COVINGTON, Timothy, R. y McCLENDON, J. Frank. Salud sexual, Editorial Roca, México, D. F. 1991.
- FLORES, G. Comunicación Personal, México, D. F. 1994
- GOLDMAN, Howard H. Psiquiatría General, Editorial Moderno, México, 1989.
- HORNEY, Karen, Psicología Femenina, Editorial Psyque, Buenos Aires, 1977.
- JONES, Howard; WENTZ, Anne y BURNETT, Lonie. Tratado de ginecología de Novak, Editorial Interamericana. McGraw-Hill, México D. F., 1991.
- LANGER, Marie. Maternidad y sexo, Editorial Paidós, México, 1992.
- McFARLANE, J. & WILLIAMS, T. (1990), Canadian Psychology / Psychologie Canadienne. The enigma of premenstrual syndrome, 31(2) 95-108.

- MISCHEL, W. Introducción a la personalidad. Editorial Interamericana, México, 1979.
- PICONE, Loretta, & KIRKBY, Robert J., (1990) Psychological Report, Relationship between anxiety and Premenstrual Syndrome, 37, 43-48.
- PRICE, Richard. Perspectivas sobre la Conducta Anormal, Editorial Interamericana, México, 1981.
- PRIEST, R. G. Trastornos Psicológicos en Obstetricia y Ginecología. Editorial Toray, Barcelona, 1985.
- RUNYON, P. y HABER, A. Estadística para las ciencias sociales. Editorial SITESA, México, 1986.
- SPIELBERGER, Ch.; D. GORDSUCH, R. y LUSHENE, R. , Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Editorial Manual Moderno; México, 1975.
- STOPES, Marie. Tu cuerpo, Editorial Edivisión. México, D. F., 1992
- TREVIÑO, A. y MORAN C. Información práctica sobre le mecanismo de la reproducción y la infertilidad. Secretaría de Salud., México, 1992.
- WADE, Carlson. El libro de la tensión premenstrual. Editorial Universo. México, 1991.
- WESTCOTT, Patsy, La Salud de la mujer. Editorial Sudamericana. México, 1992.

WILLY, A. y JAMONT, C. Enigmas de la sexualidad. Editorial Daimon, Barcelona, 1973.

ZÁRATE. A. Y MORÁN, C. Información práctica sobre el mecanismo de la reproducción y la Infertilidad, Secretaría de Salud, México, 1992.

# ANEXOS

**ANEXO No. 1**  
**Protocolo del Inventario de Ansiedad**  
**Rasgo-Estado**  
**IDARE**

# IDARE

## Inventario de Autoevaluación

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

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

**ANEXO No. 2**  
**Cuestionario de Síntomas Físicos y**  
**Psíquicos del Síndrome Premenstrual**  
**observados con más frecuencia.**

**CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSÍQUICOS DEL  
SÍNDROME PREMENSTRUAL OBSERVADOS CON MÁS  
FRECUENCIA**

Edad: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

A continuación se presenta un grupo de oraciones, marque con una x cualquiera de las dos opciones que considere más adecuada. Todas se refieren a los días previos a su menstruación.

Los datos que en este cuestionario se proporcionen tendrán un uso estrictamente confidencial.

---

1.- Experimento una sensación de hinchazón general antes o durante mi regla

si no

2.- Noto dolor o mayor sensibilidad en los senos.

si no

3.- Cuando me encuentro en mi período menstrual o días antes generalmente tengo dolores de cabeza

si no

4. Generalmente sufro cambios de apetito

si no

5.- Los días justo antes o durante mi regla me ocurren cambios en mi estado de ánimo

si no

6.- Generalmente noto falta de interés en mi escuela o trabajo antes o durante mi período.

si no

7.- A menudo antes o durante mi período existe reducción del contacto social

si no

8.- Durante mi período o antes soy propensa a la irritabilidad y sensibilidad

si no

9.- Durante mi regla o antes siento un nerviosismo marcado

si no

10.- Generalmente en este período me siento triste

si no



11.- Noto que los días justo antes o durante mi menstruación tengo más somnolencia

si no

12.- A menudo durante mi período o antes del mismo sufro de insomnio en algun grado

si no

13.- Noto que los días justo antes o durante mi período tengo dificultad para concentrarme

si no

14.- Cuando me encuentro en los días justo antes o durante mi período tengo interferencia para actividades cotidianas como el trabajo, la escuela, etcétera. ...

si no

15.- Durante o antes de mi período soy propensa al enojo

si no

Por su colaboración

Gracias.