

I. INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

Los estereotipos están conformados por las creencias y expectativas que se tienen acerca de un grupo de personas. Estos están influenciados por la cultura, el ambiente familiar, la sociedad, y las experiencias propias que el sujeto ha tenido con el grupo estereotipado. Algunos investigadores como Parlee (1974) sostienen que los estereotipos que existen sobre la mujer que está menstruando, o que está a punto de menstruar, contribuyen a experimentar síntomas perimenstruales, argumentando que ver a la menstruación como algo desagradable, lleva a experimentar varios signos y síntomas. La mala información proveniente de los medios de comunicación acerca de la menstruación, suele reforzar las ideas que tienen las personas de que cualquier variación en el estado de ánimo que pueden tener las mujeres, se debe a su menstruación, y ahora también al síndrome premenstrual.

Al conjunto de signos y síntomas que ocurren antes de la menstruación, y cuyo cese se da una vez que la menstruación inicia es a lo que se llama síndrome premenstrual (SPM). Según Hahn (1995) el porcentaje de mujeres con síndrome premenstrual es de un 10 o 90 por ciento. Un 90% si se incluyeran a las mujeres que solo presentan síntomas leves antes de la menstruación, pero un 10% tomando en cuenta únicamente a las mujeres que son severamente afectadas en ese periodo. El problema de que este rango sea tan amplio radica en la dificultad para definir este síndrome.

En esta investigación se conocerán y compararán los estereotipos que tienen mujeres y hombres universitarios, de la mujer antes de menstruar y la mujer menstruando. Para esto se utilizará la Técnica de Redes Semánticas Naturales propuesta por Figueroa, González y Solís (1981).

2. ESTEREOTIPOS

Walter Lippmann (1922 citado en Morales et al., 1994; Shah, 1987; Young, 1956; Yzerbyt y Schadron, 1996) es el primero en introducir el término estereotipo a la psicología social para referirse al conjunto de ideas y actitudes que forman una imagen mental sobre algo o alguien. Para Lippmann, los estereotipos eran estructuras cognitivas que facilitaban el manejo de la información proveniente del mundo exterior, y estos eran determinados por la cultura del sujeto.

En nuestros días los estereotipos son definidos como el conjunto de expectativas o creencias que se tienen acerca de una categoría de gente o, en otras palabras, sobre los atributos personales de un grupo de personas (Baron y Byrne, 1998; Crooks y Baur, 2000; Myers, 2001). De acuerdo con Hilton y von Hippel (1996), estas creencias provienen de dos fuentes. La primera son las representaciones mentales de diferencias reales entre grupos. Esto quiere decir que, algunas veces, los estereotipos son representaciones exactas de la realidad (Swim, 1994 citado en Hilton y von Hippel, 1996), o por lo menos de la realidad local a la que está expuesta la persona. Estos estereotipos se basan en rasgos distintivos que proporcionan la mayor diferenciación entre grupos, y las menores variaciones dentro del grupo. La segunda fuente es cuando los estereotipos son

formados acerca de varios grupos, independientemente de las diferencias reales entre los grupos. Mientras que algunos estereotipos se basan en las diferencias reales de un grupo, como la preferencia de alimentos, aquellos estereotipos basados en características relativamente resistentes acerca de una persona, raza o religión, tienen un alto margen de error (Hilton y von Hippel, 1996).

Hacer una distinción entre estereotipo y prejuicio puede resultar en ocasiones difícil. Como Kimble y sus colaboradores (2002) mencionan, algunas veces se puede considerar al prejuicio como un tipo más fuerte de estereotipo. Sin embargo, otros autores (Myers, 2001) mencionan que aunque los estereotipos pueden servir de base para la formación de los prejuicios, los estereotipos no son prejuicios. Los prejuicios son preconcepciones negativas hacia un grupo y hacia sus miembros individuales. Para otros autores (Morales et al., 1994), el modo en el que se aborde la relación existente entre estereotipo y prejuicio dependerá del concepto de actitud que se adopte. Si se define a esta como constituida de un componente cognitivo, afectivo y conductual, entonces el estereotipo sería el conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo, el prejuicio el afecto o la evaluación negativa del grupo, y la discriminación la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo (Morales et al., 1994).

Los estereotipos no consideran la individualidad, y pueden basar la generalización que hacen sobre las características típicas o predominantes, como el sexo, raza, religión, antecedentes étnicos o categorías similares de la persona (Baron y Byrne, 1998; Crooks y Baur, 2000; Myers, 2001). Como Yzerbyt y Schadron (1996) mencionan, en las interacciones con otros generalmente se

utiliza la información que realza más la pertenencia del sujeto a una categoría o grupo, que aquella que proporciona información del individuo en particular. Al estereotipar se ignora la individualidad de las personas, y se deja de tratarlas como personas reales para empezar a tratarlas como personas artificiales (Enteman, 1996).

Los estereotipos ayudan a las personas a lidiar con el complejo y confuso ambiente social existente, ayudan a disminuir el tiempo, y esfuerzo, de estar constantemente interpretando el bombardeo de información proveniente del exterior. Son útiles para predecir el comportamiento de los sujetos que se encuentran dentro de ellos (Albrecht et al., 1987; Myers, 2001; Young, 1956), y facilitan el procesamiento de la información al permitir al sujeto confiar en la información que había sido previamente almacenada. Algunas veces los estereotipos surgen como una forma de justificar el estatus quo, o en respuesta a la necesidad de tener una identidad social (Hilton y von Hippel, 1996).

Sin embargo, el problema de estereotipar nace cuando se generaliza demasiado, o simplemente cuando éstos son equivocados. La falsedad de los estereotipos surge de las generalizaciones hechas de uno o dos casos, y de que las cualidades o características elegidas para representar a un grupo no correspondan a la realidad (Albrecht et al., 1987; Myers, 2001; Young, 1956).

Como Myers (2001) señala, los estereotipos pueden llegar a sesgar las interpretaciones, recuerdos, y juicios de las personas, sobre todo cuando son muy fuertes y la información acerca de alguien es ambigua. Incluso cuando algunos estereotipos son evidentemente absurdos e irreales, estos son muy reales para la persona estereotipada que actúa en función del estereotipo, profecía

autocumplidora. Los estereotipos distorsionan la realidad, pueden llegar a interferir con la adaptación de la persona a su ambiente social, su rigidez puede obstaculizar el cambio, e incluso puede llegar a justificar la discriminación en contra de los miembros de un grupo (Albrecht et al., 1987).

Los estereotipos también influyen en la forma como se procesa la información de manera que ésta los fortalezca (Snyder, 1992). Es decir, cuando la información percibida sobre una persona que conforma un grupo no corresponde con el estereotipo al que pertenece, el estereotipo puede permanecer igual de fuerte separando de él una nueva categoría, subtificación o formación de subgrupos estereotipados. Esto ocurre frecuentemente con personas cuyo estereotipo de la mujer es de que son pasivas y dependientes, cuando interactúan con algunas mujeres que no se ajustan a ese estereotipo básico podrían crear un nuevo subtipo de la mujer feminista o andrógina. Crocker et al. (1983 citado en Myers, 2001) sostienen que incluso cuando no se dé esta subtificación, es probable que simplemente se dé una explicación del comportamiento observado adjudicándolo a circunstancias especiales, o se malinterprete para así mantener el estereotipo previo. Como Snyder, Decker y Berscheid (1992) dicen, la información que soporta los estereotipos está más disponible que aquella que no lo hace. Una vez que un estereotipo se adopta, la información puede ser interpretada como reforzadora de éste, incluso con eventos que podrían igualmente reflejar lo contrario.

El género es construido socialmente, no está dado de manera biológica. Los estereotipos basados en el género, son un conjunto estructurado de creencias acerca de los atributos personales de mujeres y hombres (Basow, 1992). Estos

estereotipos existen en un nivel cultural, reflejados por ejemplo en los medios, y en un nivel personal, teorías personales acerca de los atributos relacionados con ser mujer u hombre. Los estereotipos de género son fuertes, y han persistido a través del tiempo llevando a que se perciban como el reflejo de una realidad estable e innata (Myers, 2001). Incluso pueden influir en el juicio que se hace sobre los individuos y en la forma cómo se interpretan los eventos, las creencias sobre la menstruación muchas veces reflejan esta situación (Crooks y Baur, 2000; Myers, 2001).

Estos estereotipos sostienen la idea de que los hombres son fuertes, dominantes, objetivos, e independientes. Y de manera contraria, a percibir a la mujer como dependiente, subjetiva o emocional, subordinada y débil. Como Basow (1992) menciona, estos estereotipos representan una fuerte fuente de control social, ya que las personas pueden llegar a conformarse con ellos y así presentar conductas socialmente aceptables. O, pueden rebelarse a estos estereotipos y enfrentar las consecuencias de ser socialmente rechazados por no presentar las conductas esperadas para su género. Como Cárdenas de Sanz y Sullerot (Iglesias et al., 1978) mencionan lo que ha determinado la subordinación de las mujeres, muchas veces ha sido la ratificación de los estereotipos de la mujer por ellas mismas.

Existen variaciones en los estereotipos de género, que pueden ser dadas por la raza, la clase social, orientación sexual, o la edad (Basow, 1992). Es decir, no se tiene el mismo estereotipo de la mujer latina que de la mujer occidental. O de la mujer occidental de clase baja, que de la mujer occidental de clase alta.

Formación de estereotipos

Los estereotipos se aprenden por la observación de la interacción social, algunas veces son enseñados por personas significativas, y transmitidos a través de la socialización. Aún cuando posteriormente los niños pueden aprender más de los estereotipos por otras fuentes, la primera fuente de información son los padres. Estos transmiten la cultura a los niños, dan información verbal sobre los grupos, incluso muestran reacciones hacia ellos, y regulan los contactos de los niños con ellos (Morales et al., 1994). Una vez que los estereotipos son aprendidos, se ubican a las personas dentro del estereotipo apropiado y se interactúa con ellas de acuerdo con los estereotipos (Albrecht et al., 1987).

Además de la influencia de los grupos y la familia, los medios de comunicación son importantes en la formación y aprendizaje de los estereotipos, así como la propia experiencia del sujeto respecto a un grupo particular de personas (Young, 1956). Como Crooks y Baur (2000) mencionan, gran parte de las representaciones de hombres y mujeres en los medios de comunicación son abiertamente estereotipadas. Esto no es únicamente obvio en los programas de televisión para adultos, sino también en los programas infantiles en donde también se exponen estereotipos de rol de género.

La motivación suele determinar la aparición de los estereotipos, esto al influenciar la percepción, el juicio, y el comportamiento. Como Ditto y López (1993 citado en Hilton y von Hippel, 1996) mencionan, generalmente se requiere de más evidencia para convencerse de que una persona no grata o desagradable para el sujeto es inteligente y no torpe. Esto sugiere que los factores motivacionales

pueden llevar a confirmar rápidamente algunas cosas, pero el no confirmar una expectativa negativa puede requerir de mayor tiempo (Hilton y von Hippel, 1996). Otro de los factores que influyen en la aparición de los estereotipos es el estado de ánimo. Cuando las personas tienen un estado de ánimo positivo, suelen procesar la información de manera menos analítica, y más en base a atajos, juicios iniciales, estereotipos y otras estrategias de simplificación (Hilton y von Hippel, 1996; Wilder, 1993).

Una manera sencilla de explicar lo que hacen los estereotipos es que categorizan, es decir que, organizan el mundo reuniendo los objetos, eventos o personas, en grupos. La categorización resulta eficaz cuando se es muy joven para apreciar la diversidad. Como Sherman (1996 citado en Myers, 2001) mencionó, cuando se tiene poca experiencia con un grupo, se recuerdan ejemplos de tal grupo y a partir de ellos se generaliza. Por esto, los estereotipos generalmente se basan en el aspecto físico, ya que esas características son fácilmente observables y permiten categorizar de manera rápida a un extraño, predecir su comportamiento, e incluso decidir cómo se habrá de actuar con él o ella (Albrecht et al., 1987).

Mediante la categorización es posible dar sentido a lo que los demás hacen, dicen, y a lo que observamos. El categorizar no es sólo una herramienta para manejar el exceso de información, sino también lo es para hacer frente a una falta de información proveniente del exterior (Yzerbyt y Schadron, 1996).

El detectar una correlación, de manera errónea o ilusoria, tiene el potencial de jugar un papel importante en la formación y mantenimiento de los estereotipos sociales acerca de grupos minoritarios (Hilton y von Hippel, 1996). Entre más

tengan los sujetos una representación cognitiva diferenciada de los miembros de un grupo, menos se estereotipará a ese grupo (Yzerbyt y Schadron, 1996). La correlación ilusoria es el juicio en el que dos variables están asociadas una con la otra, aún cuando estas no estaban asociadas en la información sobre la que este juicio está basado (Hamilton, Stroessner, y Mackie, 1993). En otras palabras, la correlación ilusoria existe cuando el sujeto ve una relación que no existe en la información presentada.

Otro factor que contribuye a la formación de los estereotipos es la creación de diferencias entre grupos, a través de las profecías autocumplidoras. Las profecías autocumplidoras surgen cuando las personas cumplen las expectativas acerca de su comportamiento (Hilton y von Hippel, 1996).

La formación de los estereotipos está tan bien influenciada por la percepción de una homogeneidad de los grupos ajenos al propio. Es decir, generalmente los miembros de un grupo suelen percibir a los otros grupos como más homogéneos. Esto lleva a que las personas creen, que la mayoría de los miembros de ese grupo comparten las características de aquellos miembros con los que interactúa. De acuerdo con Linville y Fischer (1993 citado en Hilton y von Hippel, 1996), esto es provocado porque los miembros de un grupo tienen más información acerca de los miembros de su grupo, y así el grupo es percibido como más heterogéneo.

En cuanto a la formación de los estereotipos de género, existen dos teorías básicas acerca de su origen. La primera es la teoría de la verdad (Kernel of truth), la cual asume que los estereotipos de género tienen cierta validez empírica. Esto quiere decir que, existen diferencias reales en el comportamiento entre los sexos

que los estereotipos simplemente exageran. La teoría del rol social mantiene que los estereotipos surgen de los diferentes roles sociales que son típicamente sostenidos por mujeres y hombres. Por ejemplo el que las mujeres cocinen o planchen la ropa, y que los hombres arreglen los carros o vayan de pesca.

Existen tres modelos que explican cómo las personas modifican o eliminan los estereotipos. El primer modelo es el de contabilidad, este argumenta que los individuos cambian sus estereotipos poco a poco a medida que se va presentando información inconsistente con el estereotipo. El modelo de conversión predice el cambio de los estereotipos cuando la información desconfirmatoria se concentra en unos pocos ejemplares que contradicen llamativamente el estereotipo. El tercer modelo es el modelo de los subtipos, en este modelo los sujetos utilizan la información inconsistente para crear nuevos subtipos del estereotipo.

Es importante notar que la forma en que el sujeto se deshaga de los estereotipos tiene que ver en gran medida, en la forma en que se presentan las inconsistencias. Por ejemplo, cuando estas inconsistencias se dispersan en varios representantes del estereotipo, funciona el modelo de contabilidad. Sin embargo cuando las inconsistencias sólo se concentran en algunos miembros del grupo estereotipado, entonces se asiste a un fenómeno de creación de subtipos (Yzerbyt y Schadron, 1996).

3. SIGNIFICADO PSICOLÓGICO

El significado psicológico habla de aspectos esenciales de un objeto o evento, y evoca un comportamiento determinado socialmente aceptable y/o establecido, el cual es adecuado a las circunstancias de ese momento. En 1974 Szalay y Bryson (citados en Valdez, 2002) proponen que el significado es algo más que un elemento mediador entre el estímulo y la conducta, es más bien un productor de conductas por sí mismo, siendo en sí un significado psicológico. Estos autores definieron el significado psicológico como “la unidad fundamental de la organización cognoscitiva compuesta de elementos afectivos y de conocimientos que crean un código subjetivo de reacción, el cual refleja la imagen del universo que tiene una persona y su cultura subjetiva”.

En otras palabras el significado psicológico contiene un repertorio de información referente a un objeto o evento en particular, la cual lleva al sujeto a comportarse de una manera específica. Es indudable que en el significado psicológico se encuentren inmersas las morales, mitos, creencias, y conceptos que conforman toda una cultura (Valdez, 2002).

Los índices fisiológicos, la generalización semántica, las asociaciones libres, el diferencial semántico y las redes semánticas naturales son algunos de los métodos que se usan con mayor frecuencia para el estudio del significado. Esta investigación usa las redes semánticas naturales, ya que al ser un proceso reconstructivo de la memoria permite acercarse al significado psicológico de los conceptos.

3.1 Redes Semánticas Naturales

Uno de los antecedentes de las redes semánticas es el cognoscitivismo. Las primeras ideas cognoscitivistas las dio Platón, él planteó que el conocimiento era innato y que nunca se aprendía algo totalmente nuevo, sino que se actuaba en base al recuerdo. En otras palabras, el conocimiento surgía de aplicar el pensamiento puro sobre las esencias puras de las cosas. De manera simultanea y antagónica, Aristóteles propone que el ser humano tiene la facultad de intelecto o de la razón, la cual actúa sobre la experiencia sensorial para abstraer los universales de los conceptos. Tomando como base las ideas de Aristóteles, en el siglo XVII surge el asociacionismo, éste propone que el conocimiento se adquiere con base a la experiencia, la cual se ubica en algún lugar de la mente. John Locke, asociacionista, plantea que el mundo se va conociendo a través de la asociación de ideas, la cual se basa en tres formas asociativas que son la de semejanza, contraste y la relación causa-efecto. En el siglo XVIII, Kant dice que el mundo es construido por la mente a partir de juicios a posteriori y a priori, es decir juicios que dependen y no dependen de la experiencia. Es Kant quien establece las bases del movimiento cognoscitivista contemporáneo, ya que hasta ahora se continúa pensando que a partir de la experiencia se adquiere la información, la cual se ordena en la mente en forma de representaciones que permiten la interacción con el mundo. Las representaciones son sensaciones, intuiciones y categorías que se agrupan de forma ordenada y sintética en el pensamiento (Valdez, 2002).

Existen muchas teorías que buscan explicar los procesos de almacenamiento y recuperación de la memoria, así como la forma en que se utiliza y reconstruye la información. En 1968 Atkinson y Shiffrin (Valdez, 2002) proponen el modelo de multialmacén, este modelo divide a la memoria en tres almacenes, el sensorial el cual se encuentra dividido en memoria icónica y ecoica, el de corto plazo y el de largo plazo. De acuerdo con Bower y Hilgard (1989, citados en Valdez, 2002) la información almacenada en la memoria a largo plazo es de tres tipos: conocimiento sensoperceptual (patrones sensoriales y recuerdos sensoriales), procesal motor (habilidades motoras) y proposicional (creencias sobre uno mismo y del mundo, conocimiento de los conceptos y significado de las palabras, hechos generales y objetos específicos). En 1972 Tulving (De Vega, 1984) propone que la memoria a largo plazo está formada por la memoria semántica y la memoria episódica. La memoria episódica almacena información de carácter autobiográfico sobre eventos y las relaciones espacio-temporales que se dan en ellos. La memoria semántica organiza el conocimiento acerca de las palabras, reglas gramaticales, y sus significados, además de tener efectos directos sobre el comportamiento.

Los modelos en forma de redes semánticas buscan explicar y estudiar el fenómeno del significado. Uno de los modelos más difundidos es el modelo de procesamiento lingüístico en computadora, elaborado por Quillian en 1968 (Valdez, 2002), cuyo nombre es el de Teachable Language Comprehender. Este modelo buscaba demostrar, a través de la simulación en computadora, cómo se construía en humanos la estructura semántica y cómo se procesaba la información. Sin embargo, este no es el único modelo, ya que existen varios más

que tienen el enfoque de simulación en computadoras de los procesos de memoria, dentro de ellos se encuentra el Eleonor y el de Memoria Asociativa Humana (Valdez, 2002).

El modelo de redes semánticas naturales de Figueroa busca estudiar el significado, pero esta vez directamente en humanos y no solamente a través de modelos computarizados como los modelos anteriormente mencionados. Para obtener la información del significado de un concepto, o estímulo, la técnica de redes semánticas naturales pide la realización de dos tareas por parte del sujeto. La primera tarea es la de definir tan clara como sea posible el concepto utilizando con un mínimo de 5 palabras sueltas las cuales pueden ser adverbios, verbos, adjetivos, sustantivos, sin utilizar preposiciones, artículos u otra partícula gramatical. Posteriormente se pide la jerarquización de los conceptos generados por el sujeto para definir la palabra estímulo, en donde el número 1 le corresponde a la palabra que mejor la define, el número 2 a la siguiente y así hasta jerarquizar todas. Al solicitar el juicio del sujeto para jerarquizar cada una de las palabras generadas se obtiene una red semántica (Valdez, 2002).

4. MENSTRUACIÓN

La menstruación indica un funcionamiento físico normal que consiste en la secreción sanguinolenta, cuya duración promedio es de 3 a 7 días, compuesta por restos de tejidos que provienen del endometrio. Es decir, las células del endometrio se necrosan o desechan si no hubo fecundación del óvulo. La primera menstruación ocurre en la adolescencia, entre los 11 y 15 años, y es a la primera

hemorragia menstrual a lo que se le llama menarquía (Crooks y Baur, 2000; McCary y McCary, 1983).

4.1 Ciclo menstrual

El ciclo menstrual es el periodo de tiempo comprendido entre el primer día de sangrado y el día anterior al siguiente, generalmente tiene una duración promedio de 24 a 32 días (McCary y McCary, 1983). Ocurre a lo largo de la vida desde la pubertad hasta la menopausia, entre los 45 y 55 años, interrumpido únicamente por embarazo, lactancia o enfermedad (Severino y Moline, 1989). El objetivo general del ciclo menstrual es la preparación y mantenimiento del útero para la implantación del óvulo fecundado. En este lapso de tiempo el recubrimiento uterino es preparado para la implantación de un óvulo fecundado, y cuando el óvulo no es fecundado éste recubrimiento se desprende y se libera en forma de flujo menstrual durante 2 a 6 días (Crooks y Baur, 2000).

El ciclo menstrual está regulado por el hipotálamo, cuya función es la de supervisar durante el ciclo los niveles hormonales del torrente sanguíneo, y segregar Hormonas Liberadoras de Gonadotropina (GnRH) que actúan en la adenohipofisis para la liberación de la Hormona Folículo Estimulante (HFE) y la Hormona Luteinizante (HL). La HFE estimula a los ovarios para la producción de estrógeno y a los óvulos para su maduración en los folículos que se encuentran dentro de los ovarios. La HL estimula al ovario para la liberación de un óvulo maduro, y el desarrollo del cuerpo lúteo, o cuerpo amarillo, que produce la hormona progesterona (Carlson, 1996; Severino y Moline, 1989). Como Crooks y

Baur (2000) mencionan el ciclo menstrual es un proceso autorregulado y dinámico en el que cada hormona es secretada hasta estimular el órgano sobre el que actúa, una vez estimulado se libera una sustancia para reducir la actividad hormonal en la glándula iniciadora.

Ciclo ovárico

El ciclo ovárico está relacionado con la maduración y liberación del óvulo de los ovarios. Se divide en fase folicular, que inicia el primer día del ciclo y termina una vez que empieza la ovulación, y fase lútea, que empieza con la ovulación y termina con el primer día del sangrado o inicio del ciclo (Guyton, 1989).

Durante la fase folicular el aumento en la producción de la Hormona Folículo Estimulante (HFE), estimula en los ovarios el desarrollo de los folículos para que maduren y produzcan estrógenos. Los folículos contienen óvulos en desarrollo, sin embargo sólo uno normalmente, alcanza la madurez en un ciclo, y este es el folículo de Graaf. En respuesta a los altos niveles de estrógeno ovárico que circulan por la sangre la glándula pituitaria inhibe la liberación de la HFE y estimula la producción de Hormona Luteinizante (HL). Este incremento de HL provoca que el folículo de Graaf se rompa y libere el óvulo por la trompa de Falopio. La ovulación tiene lugar y es aproximadamente 14 días antes de la aparición del siguiente periodo menstrual. Es en esta fase del ciclo cuando una mujer puede quedar fácilmente preñada, ya que el incremento en los niveles de estrógeno aumenta las secreciones de mucosa, la cual se vuelve transparente,

resbaladiza y elástica, lo que contribuye a la movilidad y longevidad del espermatozoide (McCary y McCary, 1983; Sullivan, 1996).

La fase lútea comienza unas horas después de haber sido expulsado el óvulo del folículo. Después de la ovulación la HL hace que el folículo roto, folículo de Graaf, se convierta en un cuerpo lúteo, o cuerpo amarillo, el cual comienza a secretar progesterona. El cuerpo lúteo permanecerá alrededor de 14 días después de la ovulación, posteriormente iniciará su degeneración. Esto provoca una disminución en los niveles de progesterona y estrógenos lo que produce la menstruación al desprenderse el endometrio del útero (Crooks y Baur, 200; López, 1983; Sullivan, 1996).

Ciclo endometrial

Existe en paralelo al ciclo ovárico, y se encarga de la preparación del endometrio del útero para la implantación de un huevo fertilizado. Se divide en fase proliferativa, secretora, y menstrual (Guyton, 1989).

Durante la fase proliferativa o estrógena, los estrógenos provocan que el endometrio se engrose de 0.5 a 3.5 mm. En la fase secretora o progesterona tendrá dos funciones. La primera será provocar el ensanchamiento aún mayor del provocado por el estrógeno durante la fase proliferativa. La segunda función es la de estimular el epitelio del endometrio para la secreción de grandes cantidades de proteínas y carbohidratos, con el objetivo de nutrir al posible embrión (Barbieri, 1993). En la fase menstrual, en respuesta al decremento en los niveles de progesterona y estrógenos, la capa interna

engrosada del endometrio es expulsada por el útero en forma de flujo menstrual (Crooks y Baur, 2000).

5. SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA MENSTRUACIÓN

5.1 Síndrome Premenstrual

Desde los principios de la medicina se hablaba de la existencia de una relación entre las etapas del ciclo menstrual, los cambios de humor y el estado de ánimo. Hipócrates es de los primeros autores en atribuir al ciclo menstrual cambios comportamentales en las mujeres, sobre todo a la retención de la sangre menstrual. En 1930 Lewin y Chadwick, psicoanalistas, postularon que las mujeres experimentaban la menarquía como una castración. Respectivamente, la mujer que experimentaba síntomas premenstruales estaba descargando sentimientos de furia y tensión, por no ser el hombre que desea ser, la decepción de esta situación alcanza el clímax cada mes unos días antes de la menstruación. En 1931 Horney estaba convencida que la tensión premenstrual, como antes se conocía al síndrome premenstrual, era un reflejo del deseo intenso de tener un hijo en una mujer con fuertes miedos de tenerlo (Severino y Moline, 1989).

En ese mismo año, 1931, Frank es el primero en utilizar el término “tensión premenstrual” (TPM) para referirse a un síndrome asociado con la fase premenstrual del ciclo, cuyos signos y síntomas eran de fatigabilidad, irritabilidad, falta de concentración y dolor (Iglesias et al., 1978). Sin embargo, este término es posteriormente reemplazado por el de “Síndrome Premenstrual” (SPM) por

Katherina Dalton en 1950, ya que la tensión no es el único síntoma experimentado por la mujer con este síndrome (Sullivan, 1996). Dalton logró aportar información importante en este tema, describió los síntomas, e investigó su aparición en adolescentes, los efectos de una madre con SPM en sus hijos, la relación del síndrome con accidentes, crímenes y otros desordenes, e incluso habló de su tratamiento (Severino y Moline, 1989).

En 1998 Mortola (citado en Crooks y Baur, 2000) define al SPM como el conjunto de síntomas, físicos y psicológicos, que se dan durante cada periodo menstrual y que son lo suficientemente variados para interferir en algunos aspectos de la vida. Sin embargo, esta definición no incluye el aspecto más importante de lo que es el SPM, ya que este síndrome se caracteriza por la presencia de un grupo de síntomas antes de la menstruación, que desaparecen una vez que la menstruación ha comenzado (Hahn, 1995). Para diagnosticar a una mujer con este síndrome los signos y síntomas deben de ser lo suficientemente severos como para interferir en las actividades diarias y relaciones interpersonales de la mujer (Smith, 1993). Severino y Moline (1989) agregan a lo anterior que estos síntomas deben cambiar en su intensidad durante el final de la fase lútea del ciclo menstrual, no deben presentarse o existir en la misma intensidad durante y al final de la fase folicular, y deben desaparecer o regresar a la normalidad durante la menstruación. Iglesias (1978) menciona que el SPM está compuesto por un conjunto de alteraciones físicas, psicológicas y de comportamiento que no son causadas por una enfermedad orgánica demostrable.

En 1987, después de la discusión y desarrollo del criterio diagnóstico, se introduce al SPM en la tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) como una propuesta para el diagnóstico clínico. Sin embargo, el nombre que se le da es el de Trastorno Disfórico del Final de la Fase Luteínica, haciendo referencia a su aparición durante el final de esta fase. Posteriormente en 1994 se le describe en el DSM-IV, en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, sólo que esta vez se le da el nombre de Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP) (APA, 1994; Dalton y Holton, 1999; Severino y Moline, 1989).

Los criterios que deben de ser cubiertos para el diagnóstico del TDP de acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994) son:

- A. La presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día de la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año, que empiezan a remitir dos días después del inicio de la fase folicular y que desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación, teniendo en cuenta al menos uno de estos síntomas debe de ser alguno de los cuatro primeros:
1. Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas.
 2. Ansiedad o tensión, sensación de agobio o de no estar 'al límite'.
 3. Labilidad emocional evidente (p.ej. ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad ante el rechazo).
 4. Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente.

5. Pérdida de interés por las actividades cotidianas (p.ej. trabajo, escuela, amigos, aficiones).
 6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
 7. Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía.
 8. Cambios significativos de apetito, atracones o antojos por determinadas comidas.
 9. Hipersomnia o insomnio.
 10. Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.
 11. Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o incremento de peso.
- B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales.
- C. La alteración no presenta una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o de la personalidad (sí bien en ocasiones el TDP se añade también a cualquiera de estos trastornos).
- D. Los criterios A, B, y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos (el diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación).

Síntomas

De acuerdo con Dalton y Holton (1999), en el primer libro publicado sobre el síndrome premenstrual (SPM) se describen cerca de 150 diferentes síntomas que componen al síndrome. Junto con la gran variedad de síntomas involucrados en el SPM es importante tener en cuenta que existen diferencias entre las mujeres que lo padecen, e incluso en las variaciones de los distintos ciclos de una misma mujer. Una mujer puede quejarse de depresión, dolores de espalda, y sensibilidad en los senos; otra podría presentar irritabilidad, dolores de cabeza y calambres. Ambas mujeres presentan tres síntomas que involucran diferentes sistemas del cuerpo. La sintomatología generalmente puede aparecer 7 o 10 días antes de la menstruación, y alcanzar su punto más alto 24 o 48 horas antes de esta, y desaparecer habitualmente, 24 o 48 horas después (Iglesias et al., 1978).

Los síntomas pueden ser divididos en físicos y psicológicos (Sullivan, 1996). Algunos de los síntomas físicos son: sensibilidad en los senos, aumento de peso, dolores de cabeza, cambios en el apetito, acné, estreñimiento o diarrea, dolores abdominales y cólicos, retención de líquidos, asma, ocasionada por la retención de agua en células ubicadas en los pulmones, epilepsia que sigue del incremento en los dolores de cabeza, mareos y náuseas (Dalton y Holton, 1999). Dentro de los síntomas psicológicos dados por Sullivan (1996) se encuentra la depresión, fatiga, agresividad, irritabilidad, cambios de humor, insomnio, necesidad de dormir más, y un aumento o decremento en el deseo sexual.

Saunders (citado en Sullivan, 1996) divide a las mujeres en tres categorías dependiendo de la intensidad de los síntomas del SPM. La primera categoría es el

SPM medio, el cual afecta de un 75 a un 90% de las mujeres en algún punto de su vida. Para este grupo de mujeres el SPM no es una condición incapacitante, ya que estas pueden seguir de manera normal con su vida, con la excepción de presentar más cansancio de lo usual, o un humor bajo o irritable. La segunda categoría es el SPM grave, el cual según Saunders afecta a un 10% de las mujeres con SPM, y de manera contraria los síntomas en esta categoría se perciben por la mujer como intolerables por lo que buscan ayuda profesional para lidiar con ellos. La última categoría es el SPM severo que afecta al 3% de las mujeres con SPM, en estos casos los síntomas son tan severos que afectan por completo la vida cotidiana de la mujer.

Otros autores (Sullivan, 1996) agrupan a las mujeres según el tipo de síntoma que presentan. Estos síntomas pueden ser del tipo A, H, D o C, en donde cada letra hace alusión a la primera letra de cada síntoma. Así los síntomas tipo A son síntomas de ansiedad, en el que se incluyen la irritabilidad y los cambios de humor. Los síntomas tipo H se refiere a la retención de líquidos. En los síntomas tipo D está la depresión, el llanto incontrolado, tristeza, confusión e intentos suicidas. Finalmente los síntomas tipo C incluyen calambres o cólicos, deseo de ingerir un mayor número de alimentos con azúcar, y la fatigabilidad y mareo si esos alimentos no son ingeridos.

5.2 Factores Psicosociales

Las teorías sobre las causas del SPM son tan variadas, como variados son los tratamientos que se sugieren para éste. Estas teorías generalmente tienen el

problema de ubicar las causas de este síndrome a factores biológicos o sociales, la prevalencia de uno de ellos, o a la influencia de ambos (Anson, 1999; Iglesias et al., 1978).

El modelo bio-psico-social del SPM, sugiere que existen factores y procesos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en este síndrome, así como en las tres etapas involucradas en su autodiagnóstico, es decir, cuando una mujer, por sí misma, se diagnostica con SPM (Walker, 1995). En la primera etapa está la recurrencia de síntomas físicos y emocionales, después está la interpretación de que estos síntomas están relacionados con la menstruación, y por último su interpretación como disfuncionales y su necesidad de tratamiento. Como Anson (1999) menciona, el modelo bio-psico-social sugiere que el reconocimiento e interpretación de los cambios cíclicos hormonales se hace en base de las expectativas y actitudes adquiridas durante el proceso de socialización.

Algunas investigaciones han reportado que los síntomas premenstruales tienden a incrementarse a cierta edad (Logue y Moos, 1986). En un estudio realizado por Woods et al. (1997), se encontró que junto con la edad, el estrés está relacionado con el patrón de sintomatología, de manera que las mujeres que tienen una vida estresante reportan síntomas premenstruales severos, mientras que las mujeres con una vida poco estresante reportan síntomas premenstruales de menos severidad. En 1968 Parlee (citado en Choi y Nicolson, 1994) encontró que las mujeres que tienen una vida más problemática y estresante tienden a percibir los cambios en sus ciclos menstruales como negativos.

El número de mujeres con SPM varía dependiendo de la raza y la cultura de la mujer. Los antropólogos desarrollaron el término de Síndrome Delimitado por la

Cultura (Culture-bound Syndrome), para entender las enfermedades que se presentaban en algunas sociedades y no en otras. Este síndrome incluye signos y síntomas que son categorizados en ciertas sociedades como una enfermedad, mientras que en otras los mismos signos y síntomas no son categorizados como tal (Chrisler, 2000). Es posible que mujeres de cualquier parte del mundo experimenten irritabilidad, retención de agua o cólicos antes de la menstruación. Sin embargo, únicamente en algunos países las mujeres con estos síntomas piensan que ese estado emocional que experimentan durante su fase premenstrual es anormal, es el SPM (Chrisler y Caplan, 2002).

En un estudio realizado en Reino Unido con diferentes grupos étnicos, se encontró que en general las mujeres caucásicas tenían mayor tendencia a reportar síntomas premenstruales y menstruales que las afrocaribeñas y orientales (Van den Akker et al., 1995).

La cultura popular juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de creencias sobre la menstruación. Gran parte de la información que mantiene estas creencias proviene de los medios de comunicación (Chrisler y Caplan, 2002). En una investigación realizada en el 2004 (Cortés-Iniestra, Marván y Lama) en México, se analizó la publicidad de productos relacionados con la menstruación en dos revistas dirigidas a adolescentes. Se encontró que el mensaje más difundido por los anuncios de toallas sanitarias, es el de que la menstruación es un evento limitante, que interfiere con las actividades cotidianas de las mujeres. Los anuncios de medicamentos proyectan la idea de que los síntomas que acompañan a la menstruación son inevitables.

En 1995 (Pérez et al.) se analizó el efecto que tenía el acceso a una información adecuada acerca de la menstruación sobre las actitudes hacia ésta. En la investigación participaron 16 mujeres, a ocho de ellas se les dio una platica informativa acerca del ciclo menstrual, mientras que a las otras ocho mujeres se les dio una platica placebo. El primer grupo mostró una actitud significativamente más positiva hacia la menstruación respecto al grupo control, al que se le dio una platica placebo, confirmando así la existencia de una relación positiva entre información adecuada y mejora actitudinal.

Como Cortés-Iniestra, Marván y Lama (2004) señalan, las mujeres que creen que el SPM es tan común que ocurre en la mayoría de las mujeres, tienden a exagerar la intensidad de sus propios síntomas premenstruales. En una investigación realizada por AuBuchon y Calhoun (1985), se encontró que las mujeres a las que se les decía que el objetivo del estudio era analizar las variaciones en el estado de ánimo y los síntomas físicos que experimentan las mujeres a lo largo del ciclo menstrual, reportaban significativamente más quejas físicas y psicológicas en la fase menstrual y premenstrual, que aquellas mujeres a las que no se les decía el objetivo del estudio.

Otros factores demográficos, como el nivel socioeconómico y el conocimiento previo del SPM, están asociados con la prevalencia de síntomas premenstruales (Fisher, Trieller, y Napolitano, 1989). Como Choi (1995) menciona, mientras que los síntomas premenstruales son experimentados por las mujeres en casi todas las culturas estudiadas hasta hoy, la frecuencia y severidad de estos síntomas varía en cada cultura.

En 1995 (Marván y Díaz), se investigó la prevalencia y severidad de los síntomas premenstruales en mujeres mexicanas que habitaban en la zona rural y en otro grupo de mujeres de la zona urbana. Del total de la muestra un 97% presentó por lo menos algún síntoma premenstrual de tipo físico, y un 95% presentó algún síntoma psicológico-conductual. También se encontró que las mujeres de la zona urbana presentaban una mayor sintomatología premenstrual, y mayor severidad en síntomas psicológicos. Cénac, Maikibi y Develoux (1987), realizaron un estudio con una muestra de 400 mujeres y encontraron que el SPM era más frecuente en mujeres con educación y que habitaban en zonas urbanas. Las mujeres sin educación y de zonas rurales eran frecuentemente asintomáticas, y cuando presentaban signos y síntomas estos eran menos intensos que los presentados por las mujeres de zonas urbanas. McMaster, Cormie y Pitts (1997) también encontraron datos similares, de una muestra de 25 mujeres profesionales, y 25 amas de casa. Las mujeres con preparación profesional, que tenían mayor influencia occidental, reportaron una mayor sintomatología durante el periodo premenstrual.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde 1931 se ha expandido la idea, apoyada por varias investigaciones, de que las mujeres experimentan cambios en el estado de ánimo, niveles de ejecución e interés sexual asociados al ciclo menstrual. Una de las explicaciones más comunes que se dan a estos cambios cíclicos, es que los niveles hormonales determinan dichas variaciones. Esto ha conducido a que la gente vea a los

cambios hormonales como un factor determinante de la inestabilidad, irracionalidad, e ineficacia que pudieran tener las mujeres (Taylor y Woods, 1991), y de un tiempo a la fecha, al síndrome premenstrual (SPM).

El síndrome premenstrual (SPM) se refiere a un conjunto de signos y síntomas que ocurren **antes de la menstruación**, y que desaparecen una vez que la menstruación inicia (Dalton y Holton, 1999). Aún cuando mucha gente piensa que la mayoría de las mujeres tienen SPM, esto no es cierto. De hecho, para diagnosticar a una mujer con SPM, los signos y síntomas deben de ser lo suficientemente severos como para interferir en las actividades diarias y en sus relaciones interpersonales (Smith, 1993).

Los hombres jóvenes de sociedades occidentales suelen percibir a la menstruación como un evento más debilitante que las mujeres (Brooks-Gunn y Ruble, 1986; Marván, Cortés-Iniestra y González-Macías, 2005). Esto puede deberse a dos razones. 1) El conocimiento que tienen los hombres sobre la menstruación no es empírico, sino más bien inferencial, por lo que los hombres están más influenciados por los estereotipos culturales acerca de la mujer que está menstruando (Brooks-Gunn y Ruble, 1986; Walker, 1997). Además, la información proveniente de los medios de comunicación proyecta la idea de que la menstruación es un evento debilitante, y que los síntomas y signos que experimenta una mujer antes y durante la menstruación son inevitables (Cortés-Iniestra, Marván y Lama, 2004). 2) Como Brooks-Gunn y Ruble (1986) señalan, esto también puede ser causado a que algunas mujeres suelen exagerar en la intensidad o severidad de los síntomas que experimentan durante y antes de la

menstruación, y esta información es compartida con los hombres con los que conviven.

El objetivo de esta investigación fue el de comparar los estereotipos que tenían las mujeres y los hombres jóvenes sobre una mujer que está menstruando, o que está en su fase premenstrual. Además, se compararon los estereotipos que se tenían sobre la mujer en las dos fases mencionadas, es decir, cuando está menstruando y cuando está próxima a menstruar.

Con base en la literatura revisada, las hipótesis de investigación fueron:

- 1) Los hombres tienen estereotipos más negativos que las mujeres acerca de una mujer menstruando.
- 2) Los hombres tienen estereotipos más negativos que las mujeres acerca de una mujer que está en su fase premenstrual.
- 3) Las mujeres sí distinguen entre una mujer menstruando, y una mujer que está en su fase premenstrual.
- 4) Los hombres no distinguen entre una mujer menstruando, y una mujer que está en su fase premenstrual.
- 5) Los hombres emplearán más palabras negativas que las mujeres para definir a una mujer menstruando.
- 6) Los hombres emplearán más palabras negativas que las mujeres para definir a una mujer que está en su fase premenstrual.