

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Facultad de Psicología

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Investigación

**RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE
EL DOLOR Y DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL
EN MUJERES CON DISMENORREA PRIMARIA DE LA CIUDAD
DE CÓRDOBA**

Luna Malena María; Teillagorry María Laura; Tita Natalí

Asesor: Lic. Luciana Sofía Moretti

Co-asesor: Méd. Ana María Irene Gil

Tribunal Evaluador: Lic. Pablo Murillo; Dr. German Pereno; Lic.

Marcela Salvetti

Córdoba- Argentina

2013

RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR Y DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN MUJERES CON DISMENORREA PRIMARIA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Luna Malena María; Teillagorry María Laura; Tita Natalí

Facultad de Psicología- Universidad Nacional de Córdoba

Resumen: El presente trabajo determina la relación existente entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y las dificultades en la regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con dismenorrea primaria en la ciudad de Córdoba. Se utilizó un diseño ex post facto retrospectivo con grupo cuasi control y mediante un muestreo no probabilístico accidental se seleccionaron 222 estudiantes universitarias de sexo femenino de edades comprendidas entre 17 y 28 años que cursaban sus estudios en unidades académicas públicas y privadas. Se les administró una planilla de variables sociodemográficas, el cuestionario de dolor menstrual, escala visual analógica (EVA), cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor (CAD) y escala de dificultades en la regulación emocional (DERS). Los resultados obtenidos muestran que hay correlaciones positivas y significativas entre algunos factores del CAD y del DERS, lo cual también se visualiza en la comparación efectuada entre grupos que presentan o no dolor dismenorreico.

Abstract: This paper determines the relationship between pain coping strategies and difficulties in emotion regulation used by young undergraduates with primary dysmenorrhea in the city of Córdoba. An ex post facto retrospective design has been used with non- equivalent control group and through an accidental non-probability sampling, 222 female undergraduates between 17 and 28 studying in public and private academic units have been selected. They were given a form of sociodemographic variables, a menstrual pain questionnaire, visual analog scale (VAS), a pain coping strategies questionnaire (CSQ) and a Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The final results show that there are significant and positive correlations between some DERS factors and CSQ factors, which is also shown in the comparison between groups with or without dysmenorrheic pain.

Palabras claves: Estrategias de afrontamiento, Dificultades en la regulación emocional, Dismenorrea primaria, Dolor crónico, Terapia cognitivo-comportamental.

Estudiante

Estudiante

Estudiante

Asesor

Co-asesor

Agradecimientos Individuales

A mi familia, por su apoyo incondicional.

A mis amigas, por estar siempre.

A Manuel, mi compañero de ruta, por siempre alentarme para crecer.

Natalí Tita

A mi hermosa familia, por todo su amor y ayudarme a crecer.

A mis amigos incondicionales, que nunca dejaron de apoyarme.

Y por último, gracias a la Vida por tanta felicidad.

Malena Luna

A mi familia, por acompañarme en los momentos más importantes
de mi vida y entender mis decisiones.

A mis amigas y amigos, por todo el afecto brindado
y por colmar mis días de alegría.

María Laura Teillagorry

Agradecimientos en común

A Luciana Moretti, por ser una gran guía y docente, que nos abrió las puertas a nuevos
conocimientos. A Ana Gil por su asesoramiento y contribución.

A Leonardo Medrano y Mario Trógolo por su generosidad y colaboración en el proyecto.

Por último un gracias a la Vida que nos cruzó en diferentes momentos del camino,
haciendo que este trayecto sea placentero y lleno de aprendizajes mutuos; gracias por esta
amistad que se llevará momentos donde las sonrisas y el esfuerzo hicieron que creamos
posible este común sueño.

ÍNDICE

Introducción	4
Objetivos	7
Clasificación del dolor	8
Dismenorrea	9
Evolución del concepto de dolor	11
Teorías Explicativas	13
Estrategias de Afrontamiento	16
Regulación emocional	19
Método	29
Participantes	29
Instrumentos	32
Procedimiento	35
Cuestiones Éticas	36
Resultados	36
Discusión	38
Cronograma	46
Referencias	47
Anexos	52

INTRODUCCIÓN

El dolor constituye un problema de salud pública que afecta a gran parte la población y disminuye la calidad de vida de quienes lo padecen; esta una de las razones más comunes por la que se realizan consultas médicas. Los síndromes de dolor crónico (en adelante D.C.) generan gran malestar a las personas afectadas ya que las exponen a continuas situaciones estresantes. Vivir con dolor crónico requiere de fortaleza emocional debido a que produce un gran desgaste en la vida cotidiana de la persona (Moretti, 2011).

Un tipo de dolor crónico, recurrente y nociceptivo es la dismenorrea, la cual tiene una gran prevalencia en la población femenina. Roybal (2009) afirma que en Argentina la dismenorrea afecta entre el 40% y 90% de las mujeres. Esto incide negativamente en sus actividades sociales y laborales, por lo que las mujeres que padecen de este tipo de dolor pierden horas de trabajo y estudio, además puede afectar a las relaciones sociales, las actividades físicas y de esparcimiento. Su duración es variable, desde horas a días y generalmente está acompañada de otros síntomas, tales como: cefaleas, náuseas, mareos, vómitos, diarreas (García Arroyo & Domínguez López, 2009). Otros síntomas asociados a la dismenorrea, y que inciden negativamente en la calidad de vida de quien la padece, son el dolor en la zona pelviana, dolor en la espalda, cambios de humor, sensibilidad en las mamas, hinchazón, entre otros (Roybal, 2009).

La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o que se vive como tal daño” (Castel Bernal, De Felipe García Bardón & Tornero Molina, 2006, p. 44). En efecto, se conceptualiza al dolor teniendo en cuenta aspectos que exceden a lo fisiológico. En este sentido, a partir de esta definición se pueden tomar tres dimensiones de la experiencia dolorosa: la sensorial-discriminativa, la

motivacional-afectiva y la cognitiva-evaluativa. La primera dimensión hace referencia a las propiedades físicas del estímulo doloroso, la segunda a la experiencia emocional desagradable y la cognitiva-evaluativa, contempla las variables cognitivas -cómo son las creencias, los pensamientos, los valores- y a su vez modula a las otras dimensiones (Moretti, 2010).

Ampliar la mirada sobre la experiencia dolorosa posibilita explicar de una manera más compleja y abarcativa este fenómeno; además, permite generar estrategias de intervención más acertadas. En tal sentido, la teoría de la compuerta desarrollada por Melzack y Wall (1965) reconoce la importancia de las emociones como factores moduladores de la experiencia de dolor. Si se considera que las emociones juegan un papel fundamental en esta última, es importante retomar el concepto de regulación emocional.

Por regulación emocional se entiende las estrategias que se dirigen a reducir, mantener o aumentar una emoción (Gross, 2001 citado en Jerman, Van der Linden, D'Acremont & Zermatten, 2006). Asimismo es definida como procesos, tanto internos como externos, cuya finalidad es monitorear, hacer una evaluación y modificar las reacciones emocionales en pos del cumplimiento de una meta (Thompson, 1994 citado en Hervás & Jódar, 2008). Este concepto abarca una variedad de estados conscientes e inconscientes, procesos fisiológicos y aspectos conductuales y cognitivos. Por otra parte, cada individuo utiliza determinadas estrategias de regulación emocional y esto trae aparejadas consecuencias afectivas, cognitivas y sociales particulares (Gross, 2001 citado en Jerman, Van der Linden, D'Acremont & Zermatten, 2006).

Otro aspecto de gran relevancia en la experiencia dolorosa es lo que respecta a las variables cognitivas y conductuales, dentro de las cuales podemos encontrar a las estrategias de afrontamiento. Tales estrategias son definidas como aquellos esfuerzos

cognitivos y conductuales implementados para superar el dolor (Queraltó, 2005). Éstas pueden ser clasificadas como activas o pasivas, siendo las primeras adaptativas y conllevando acciones dirigidas a la resolución de problemas, mientras que las segundas se caracterizan por ser mayormente desadaptativas. Además se puede distinguir entre cognitivas, que consisten en utilizar pensamientos con el fin de modificar la percepción de la experiencia del dolor y la capacidad para manejarlo; y conductuales, referidas a las conductas observables que se utilizan para afrontar el dolor (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001 citado en Moretti, 2010).

En relación a lo anteriormente desarrollado, se ha encontrado que la literatura que aborda las variables psicológicas implicadas en la dismenorrea es insuficiente. Esto se debe a lo novedoso de esta temática ya que si bien las estrategias de afrontamiento y la regulación emocional han sido estudiadas desde numerosas perspectivas juntas y por separado, no se había aplicado hasta ahora al estudio en mujeres con dismenorrea primaria.

Un hecho no menos importante, es que en nuestro país existen escasos antecedentes de investigaciones relacionadas al tema. Sumado a ello, los recursos teóricos disponibles sobre la problemática son de complejidad mínima y brindando sólo aspectos generales, por lo que este trabajo sería el comienzo y base para posteriores indagaciones. Es por esto que se considera de suma relevancia los aportes que pueden ser realizados mediante este proyecto, tendientes no sólo a generar conocimiento científico sino también a las potenciales contribuciones al ámbito clínico a fin de mejorar la calidad de vida y el desarrollo personal de las mujeres que padecen esta patología.

Por lo dicho hasta aquí, el objetivo de este trabajo es determinar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y las dificultades en las estrategias de regulación emocional en jóvenes universitarias con dismenorrea primaria de la ciudad de Córdoba.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y las dificultades en la regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con dismenorrea primaria de la ciudad de Córdoba.

Objetivos específicos

Determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento ante el dolor utilizadas por jóvenes universitarias con dismenorrea primaria en la ciudad de Córdoba.

Determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento ante el dolor utilizadas por jóvenes universitarias sin dismenorrea primaria en la ciudad de Córdoba.

Determinar cuáles son las dificultades en las estrategias de regulación emocional empleadas por jóvenes universitarias con dismenorrea primaria en la ciudad de Córdoba.

Evaluar cuáles son las dificultades en las estrategias de regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias que no poseen dismenorrea en la ciudad de Córdoba.

Comparar las estrategias de afrontamiento ante el dolor empleadas por jóvenes universitarias con y sin dismenorrea en la ciudad de Córdoba.

Comparar las dificultades en las estrategias de regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con y sin dismenorrea en la Ciudad de Córdoba.

DOLOR DISMENORREICO: ESTRATEGIAS PARA AFRONTARLO Y LAS DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

Clasificación del dolor

La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o que se vive como tal daño” (Castel Bernal, De Felipe García Bardón & Tornero Molina, 2006, p. 44). En efecto, se conceptualiza al dolor teniendo en cuenta aspectos que exceden a lo fisiológico. En este sentido, a partir de esta definición se pueden tomar tres dimensiones de la experiencia dolorosa: la sensorial-discriminativa, la motivacional-afectiva y la cognitiva-evaluativa. La primera dimensión hace referencia a las propiedades físicas del estímulo doloroso, la segunda a la experiencia emocional desagradable y la cognitiva-evaluativa, contempla las variables cognitivas -cómo son las creencias, los pensamientos, los valores- y a su vez modula a las otras dimensiones (Moretti, 2010).

Dentro de los fenómenos comprendidos en la experiencia dolorosa, existen diversos tipos de dolor que pueden clasificarse según su tiempo de duración y el mecanismo fisiopatológico que lo produce. De acuerdo al tiempo de duración, el dolor puede clasificarse en agudo y crónico. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, el dolor agudo es aquel cuya duración es menor a las doce semanas (Hernández & Moreno, 2005 citado en Hernández Castro, 2008). Se trata de un tipo de dolor cuya función es servirle al organismo como señal de que ha ocurrido algún daño o lesión, que una vez sanado, el dolor desaparece. Además, responde de manera favorable a los

tratamientos médicos dirigidos a restaurar la lesión (Miró, 2006). Sternbach (1978; citado en Chóliz, 1994) señala que este tipo de dolor se relaciona con una respuesta frente a modificaciones en los niveles de actividad autonómica equivalente a la intensidad del estímulo dañino, como ser aumento de la frecuencia cardíaca, del diámetro bronquial, secreción de adrenalina y noradrenalina, entre otros.

Por otra parte, el dolor crónico posee características bien diferenciadas del dolor agudo. En este sentido, el dolor crónico posee una duración de tres meses o más, es decir, se prolonga en el tiempo más de lo esperado (Hernández & Moreno, 2005 citado en Hernández Castro, 2008); y puede clasificarse en maligno y benigno (Queraltó, 2005). El primero de ellos, se refiere a un tipo de dolor que da cuenta de un deterioro progresivo en el organismo, mientras que en el caso del dolor crónico benigno, el dolor permanece a pesar que la causa que lo originó haya sanado. A diferencia del dolor agudo, el dolor crónico es un tipo de dolor que no remite luego de la aplicación de tratamiento médico, y carece de valor biológico no dando cuenta de la existencia de la relación entre dolor y daño ocasionado (Miró, 2006). Las respuestas simpáticas en las reacciones ante el dolor crónico implican un proceso de habituación, traen aparejadas dificultades en el apetito, el sueño, disminución de la libido, entre otros (Sternbach, 1978 citado en Chóliz, 1994). Al mismo tiempo, el dolor crónico puede clasificarse en continuo y recurrente. En el primero de ellos, si bien su intensidad puede variar, se trata de un dolor que se presenta de manera permanente, mientras que el segundo es un tipo de dolor cuya aparición es variable o periódica (Miró, 2006).

Finalmente, teniendo en cuenta el mecanismo fisiopatológico que lo origina, el dolor puede ser clasificado en nociceptivo y neuropático, siendo el primero causado a partir de estímulos en los nociceptores periféricos, que a través de las vías aferentes sensoriales transmiten impulsos nerviosos (Sánchez Herrera, 2003). En tanto, el segundo

es originado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso periférico, de los receptores nociceptivos o del sistema nervioso central (SNC), que es descrito como un dolor lacerante, quemante y de distribución dermatómica clara (Hernández & Moreno, 2005 citado en Hernández Castro, 2008; Sánchez Herrera, 2003).

Dismenorrea

El Dolor Pélvico Crónico es un tipo de dolor crónico nociceptivo benigno que se localiza en el abdomen inferior, la pelvis o en las estructuras intrapelvianas (Cid, 2006). Su etiología puede ser múltiple, y una de las causas posibles es la dismenorrea. Ésta consiste en un dolor pélvico intenso caracterizado por ser recurrente apareciendo días antes de la menstruación o coincidiendo con la misma, y puede durar de horas a días (García Arroyo & Domínguez López, 2009).

La dismenorrea puede ser primaria o secundaria. La primaria o espasmódica es un dolor menstrual que se presenta sin patología subyacente; en tanto la secundaria o congestiva es el dolor menstrual que está acompañado de alguna patología en los órganos pélvicos (Roybal, 2009). Se estima que la dismenorrea primaria se produce debido a un mayor nivel de prostaglandinas en el endometrio (Monterrosa Castro, 2001) generando la inflamación del útero cuando está menstruando (Roybal, 2009).

French (2008) asegura que la prevalencia de la dismenorrea en adolescentes es de un 20% a 90%, según el método que se use para evaluar. En Argentina, Roybal (2009) sostiene que la prevalencia de la dismenorrea es de un 40% a un 90%, incidiendo de manera negativa en la calidad de vida de las mujeres que la padecen. Roybal (2009) sostiene que se ha prestado poca atención a la importancia de las conductas y pensamientos

improductivos en torno a este tipo de dolor que ocasionan un incremento en la intensidad percibida de dolor.

El tratamiento más utilizado hasta el momento es el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) que alivian el dolor menstrual (Roybal, 2009). French (2008) explica que hay dos mecanismos de acción posibles de estos antiinflamatorios: el primero es que el efecto analgésico es directo inhibiendo la síntesis de prostaglandinas y el segundo, es que hay una incidencia directa sobre la cantidad de flujo menstrual provocando su disminución. Otros tratamientos posibles son los hormonales como lo son la anovulación, las píldoras anticonceptivas y el DIU. También, existen métodos quirúrgicos que son utilizados cuando otros métodos no han dado resultado y se aplican cuando se trata de dismenorrea secundaria, entre estos métodos se encuentran: la transección del nervio pelviano, la cirugía extirpativa para endometriosis o leiomiomas, neurectomía presacral y la ablación laparoscópica del nervio uterino (Roybal, 2009). Además se utilizan terapias alternativas como son la modificación del estilo de vida (French, 2008), el uso de suplementos vitamínicos y técnicas cognitivo-conductuales como la relajación y/o el biofeedback (Roybal, 2009).

Evolución del concepto de dolor

La experiencia dolorosa ha sido definida desde diversas perspectivas a través del tiempo, lo cual ha determinado sus formas de abordaje y tratamiento. En tal sentido, la conceptualización del dolor ha abarcado desde nociones que lo definían como un fenómeno físico, hasta llegar a entenderlo como una experiencia que involucra aspectos sensoriales, afectivos y cognitivos (Queraltó, 2005).

En un primer momento, se le atribuían al dolor características solamente físicas, hecho que determinaba que fuera concebido como un proceso sensorio perceptivo somático. Por consiguiente, tanto su definición como las maneras de abordarlo, estaban dadas por la consideración del funcionamiento del sistema nervioso y sus mecanismos implicados (Chóliz, 1994).

Hacia finales del siglo XX, el dolor comienza a ser entendido como una sensación producida por una cierta estimulación, donde las emociones, los componentes afectivos, cognitivos y comportamentales serían una reacción a dicha sensación y estarían causados por procesos fisiológicos. De acuerdo a esta concepción, la intensidad del dolor sería equivalente a la agresión tisular o al daño producido (Chóliz, 1994).

Sin embargo, actualmente se entiende que los componentes sensorio-perceptivos del dolor constituyen sólo una dimensión de la experiencia dolorosa compleja, a raíz de lo cual deben involucrarse diversos aspectos en su explicación. Teniendo en cuenta su carácter multidimensional, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o que se vive como tal daño” (Castel Bernal, De Felipe García Bardón & Tornero Molina, 2006, p. 44). En efecto, se intenta explicar que el dolor comprende no solamente fenómenos fisiológicos, sino también psicológicos, a la vez que se señala que puede existir dolor sin que se registre lesión real alguna (Queraltó, 2005).

La consideración de la importancia de las variables psicológicas en el mecanismo del dolor, está dada en gran medida por el desarrollo de la teoría de la compuerta propuesta por Melzack y Wall. Desde esta teoría, se postula que hay una compuerta a nivel del cordón dorsal de la médula espinal que determina la apertura o cierre de las vías encargadas de regular el dolor, permitiendo ya sea la transmisión o el bloqueo del dolor, respectivamente. La modulación del dolor se da por la incidencia de factores diversos,

como lo son las emociones y experiencias previas con el dolor, así como también la interpretación que se realice de la experiencia dolorosa. El hecho de que la compuerta se cierre o se abra posibilitando la transmisión del dolor, depende de múltiples factores. Así, por ejemplo, las emociones positivas cierran la compuerta bloqueando la transmisión del dolor mientras que las negativas la abren (Melzack & Wall, 1965 citado en Moretti, 2010). El desarrollo de la teoría de la compuerta permitió considerar una serie de dimensiones que están en constante interacción, dando lugar a una experiencia global que no se reduce a ninguna de las dimensiones (Chóliz, 1994).

Teorías explicativas

A lo largo de la historia se ha intentado dar una explicación al origen y los mecanismos involucrados en la aparición y permanencia del dolor. Una de las principales teorías explicativas del dolor es la teoría de la compuerta desarrollada por Melzack y Wall en 1965. Estos autores postulan que para que el dolor llegue a nivel consciente debe ser percibido con anterioridad, y en el caso de ser prevenido dicha percepción será disminuida o eliminada (Sánchez Herrera, 2009).

Este dolor, según los aportes de Vallejo (2005), es modulado acorde a la actividad de determinadas fibras nerviosas y la influencia del Sistema Nervioso Central (SNC). En su recorrido por las fibras, el dolor se encuentra con un sistema de bloqueo (compuertas), a nivel del SNC, que permiten la apertura o cierre de tales vías relacionadas al dolor. Cuando la compuerta se cierra total o parcialmente, se frenan los impulsos dolorosos y se evita que lleguen al cerebro mediante las vías aferentes. De lo contrario, la sensación dolorosa se hará presente si la compuerta está abierta, puesto que logra alcanzar gracias a

las vías eferentes el nivel de conciencia requerido para ello. Los impulsos enviados por las vías eferentes pueden verse afectados por numerosos factores psicológicos, dentro de los cuales es prioritario rescatar que la mente al interpretar la experiencia dolorosa puede modular el mensaje enviado desde el cerebro al área involucrada (Moretti, 2010). El cierre de estas compuertas para el alivio del dolor es estimulado de diferentes maneras. Entre ellas, Sánchez Herrera (2009) menciona que se puede encontrar: la estimulación cutánea y consecuente activación de fibras nerviosas de diámetro grueso de la piel (mediante masajes por ejemplo) que genera alivio al cerrarse las compuertas. A esta se agrega la producción de estímulos sensoriales diferentes al dolor a fin de desviar la concentración hacia otros estímulos; y, por último, la reducción de la angustia o depresión innecesarias.

Esta teoría distingue tres dimensiones implicadas en la experiencia de dolor: la dimensión sensorial-discriminativa, la dimensión motivacional-afectiva y la dimensión cognitivo-evaluativa. La primera involucra la transmisión de información relacionada con propiedades físicas del estímulo nociceptivo; la dimensión motivacional-afectiva, suscita una experiencia emocional desagradable añadido a conductas de escape ante el estímulo doloroso, ya que lo asocia como algo aversivo o desagradable; y, en última instancia, la dimensión cognitivo-evaluativa, la cual incluye variables cognitivas tales como pensamientos, creencias y valores y el rol que desempeñan como variables encargadas de modular a las dimensiones anteriores. Hasta aquí se puede concluir que la teoría de la compuerta contempla tanto componentes psicológicos, fisiológicos, cognitivos y emocionales en la regulación de la experiencia dolorosa (Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007, en Moretti, 2010).

Todos los componentes o variables involucrados interactúan de forma compleja ocasionando las enfermedades y sus consecuentes dolores. Esta concepción sienta las bases y da origen a un nuevo modelo, el modelo biopsicosocial. Desde este enfoque, el

DC es pensado desde una perspectiva multidimensional como un fenómeno perceptivo donde el dolor se halla relacionado al contexto social, creencias, emociones y actitudes (Miró, 2003; Navarro Calvillo, 2006; Novy, 2004; Van-Der Hofstadt & Quiles, 2001; Gatchel et al., 2007, en Moretti 2010). Según lo planteado por este modelo, en la determinación de la experiencia dolorosa participan factores biológicos capaces de causar y mantener el dolor, factores psicológicos que inciden en la percepción del dolor, además de factores socio ambientales encargados de regular las respuestas del organismo frente a la nocicepción (Truyols Taberner, Pérez Pareja, Medinas Amorós, Palmer Pol & Sesé Abad, 2008). Debido a ello, las creencias, emociones experimentadas por la persona y las características del contexto socio cultural en el que se encuentra resultan fundamentales en el estudio y explicación de la problemática del dolor crónico. A partir de lo propuesto, es evidente que el abordaje médico-biologicista resulta insuficiente para dar cuenta de este fenómeno, siendo necesario un enfoque interdisciplinario (Truyols Taberner et al., 2008).

En resumen, este modelo resalta la importancia de considerar no sólo el aspecto fisiológico de la enfermedad sino también los factores psicológicos y sociales, lo cual refiere a un modelo integrativo y holístico en la evaluación y tratamiento del dolor (Soucase, Monsalve & Soriano, 2005). De esta manera ya no se trabaja con el modelo lineal biomédico sino que se trata de un enfoque multidimensional (Moretti, 2010).

En los últimos tiempos, otro modelo que ha adquirido relevancia en cuanto a la explicación del dolor, es el modelo cognitivo-comportamental del DC. Moretti (2010) indica que este modelo postula que los problemas relacionados al dolor tienen su origen en la forma en la que las personas reaccionan ante él, en cómo lo valoran e interpretan y no tanto así en la percepción sensorial del mismo. Así, las diferencias se encuentran en aquellas personas que se piensan incapacitados por el DC y aquellos que no lo consideran un problema. Existen asociaciones fiables entre las experiencias de dolor y los factores

psicológicos en lo que respecta al grado de dolor experimentado y a la discapacidad producida por el mismo (Fall, Baranowsky, Elneil, Engeler, Hughes, & Messelink, 2008).

En efecto, desde este enfoque la experiencia subjetiva asociada al problema del dolor depende de aquella evaluación que la persona realiza de su situación, del significado que le otorga (Craig, 1999). Este modelo contempla una serie de variables cognitivas asociadas al DC, dentro de las cuales se encuentran las cogniciones y las creencias. Dichas variables hacen referencia a aquellas concepciones o pensamientos que los sujetos elaboran en torno a la problemática del dolor, ejerciendo gran influencia en el grado de adaptación que la persona manifiesta ante su enfermedad. Se trata de conceptualizaciones individuales y propias sobre qué es el dolor y qué significa para esa persona.

Resulta de gran importancia para el tratamiento indagar cómo las creencias sobre el dolor influyen sobre la persona, cómo lo afrontan y cómo incide en el estado emocional de la misma. Las creencias se relacionan estrechamente con las estrategias de afrontamiento; se ha encontrado evidencia de que las creencias desadaptativas poseen una asociación positiva con estrategias de afrontamiento ineficaces (o desadaptativas). Así, cada vez que la persona realiza una evaluación respecto a su dolor, inciden las creencias que posea respecto a él, hecho que define las estrategias de afrontamiento que implementará ante la situación. Aquellos sujetos que consideran que su dolor no se puede manejar, presentan una concepción más catastrofista del dolor, adjudicándole características altamente amenazantes que escapan totalmente a su capacidad de control (González Rivera, Salinas, Fernández López & Tinarejo Estrada, 2011). En contrapartida, algunos pacientes creen que tienen más posibilidades de afrontar su dolor, por lo tanto, utilizan más autoafirmaciones. Por otro lado, se estima que hay una asociación entre las creencias en torno al DC y la intensidad del dolor que la persona expresa, su estado de ánimo y el grado de discapacidad que presenta (Moretti, 2010).

Estrategias de afrontamiento

A partir del modelo procesual del estrés de Lazarus y Folkman, se entiende al dolor crónico como una situación estresante que requiere esfuerzos de adaptación por parte de la persona que lo padece (Moretti, 2010). En tal sentido, aquellos esfuerzos destinados a paliar y a enfrentar el dolor se conocen como estrategias de afrontamiento, las cuales serán implementadas de acuerdo a la evaluación que la persona realice de su situación y según los recursos con los que cuente en ese momento (Anarte, Ramírez, López & Esteve, 2001; Camacho Martel & Anarte Ortiz, 2001 citado en Moretti, 2010).

Truyols Taberner y colaboradores (2008) retoman los aportes de Lazarus y Folkman considerando que las estrategias de afrontamiento al dolor son estrategias llevadas a cabo para disminuir el impacto que a nivel psicológico pueden tener los eventos negativos. La manera en que la persona implemente dichas estrategias como así también el significado que le otorgue a su dolor, incidirá en el progreso de la sintomatología y, posiblemente, en la cronificación de su enfermedad (Rodríguez Franco, Cano García & Blanco Picabia, 2004).

En lo que respecta a la clasificación de las estrategias de afrontamiento, se pueden encontrar varias categorías, una de las cuales es la que las divide en activas y pasivas. Las estrategias de afrontamiento activas se refieren a la realización de acciones para afrontar el dolor, mientras que las pasivas consisten en atribuir el dolor a fuentes externas (Truyols Tabernet et al., 2008). Las estrategias de afrontamiento activas suelen ser adaptativas ya que implican acciones y denotan responsabilidad de la persona que las lleva a cabo, mientras que las pasivas pueden ser consideradas como desadaptativas debido a que la

persona no asume la responsabilidad de poder manejar su dolor. Diversos estudios demuestran que la utilización de estrategias activas y focalizadas en la resolución de un problema se asocian con un menor nivel de incapacidad y percepción del dolor, mientras que las estrategias consideradas pasivas, se relacionan con una mayor percepción del dolor (González Rivera, Salinas, Fernández López & Tinajero Estrada, 2011).

Otra clasificación considerada, es la que divide a las estrategias de afrontamiento en cognitivas y conductuales. Las primeras influyen sobre el dolor a través de pensamientos y creencias implementadas para modificar la percepción dolorosa; mientras que las estrategias de tipo conductual, remiten a aquellas conductas observables, realizadas por la persona para afrontar su dolor (Truyols Tabernet et al., 2008)

A partir de diferentes estudios se han identificado estrategias de afrontamiento que pueden ser desadaptativas en relación al dolor, como por ejemplo el reposo, concentrar excesivamente la atención en el dolor y la catastrofización. En lo que respecta a estrategias más adaptativas, se ha encontrado asociaciones positivas entre estrategias de afrontamiento activas y mayores índices de ajuste psicológico y físico (Soucase, Monsalve & Soriano, 2005). En este sentido, Soucase, Soriano, Monsalve y De Andrés (2003) sostienen que existe una relación positiva entre estrategias de afrontamiento activas y ajuste al DC, mientras que hay una relación negativa entre ajuste y estrategias de afrontamiento pasivas. En síntesis, las estrategias de afrontamiento pasivas, evitativas y las centradas en la emoción se asocian a mayores niveles de dolor, mientras que las estrategias activas, centradas en el problema y dirigidas al dolor, se relacionan con menores niveles de dolor (Redondo Delgado, León Mateos, Pérez Nieto, Jover Jover & Abasolo Alcázar, 2008).

En relación a lo planteado, Iraurgi, Páez y Velasco (2004) sostienen que las formas de afrontamiento adaptativas son aquellas que posibilitan disminuir el distress, mejorar la respuesta corporal, aumentar las reacciones emocionales positivas y reducir las

negativas, elevar la autoestima, resolver conflictos y optimizar el rendimiento y ajuste social. Por el contrario, el afrontamiento desadaptativo, implica la recurrencia de pensamientos negativos, la presencia de ansiedad, las ideas depresivas, la percepción de que la situación no puede controlarse y la baja autoeficacia. De todas maneras cabe aclarar, tal como lo señalan Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia (2004) que la naturaleza de las estrategias no se puede equiparar con su eficacia, ya que ésta depende de la persona en una particular situación generadora de estrés. Iraurgi y colaboradores (2004) desarrollan una serie de estrategias de afrontamiento que pueden ser o no adaptativas, entre las cuales pueden incluirse la búsqueda de apoyo social, la evitación, la distracción, la reevaluación cognitiva, el aislamiento social, la búsqueda de información, la regulación emocional, entre otras.

Por otra parte, se han realizado diversos estudios y valoraciones de las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes diagnosticados con cervicalgia, lumbalgia, lumbociatalgia, fibromialgia y dolor osteoarticular como así también de aquellos que padecen diversos síndromes de dolor neuropático tales como: neuralgia postherpética, síndrome de dolor regional complejo tipo I y II, miembro fantasma; dolor visceral, dolor pélvico y cefalea (Torre, Martín- Corral, Callejo, Gómez Vega, La Torre, Esteban, Vallejo & Arizaga, 2008). Además, se han llevado a cabo diversas investigaciones sobre la temática en muestras de sujetos con hemofilia, anemia falciforme y artritis reumatoide (Rodríguez Franco, Cano García & Blanco Picabia, 2004). Sin embargo, no se han encontrado estudios que aborden la utilización de las estrategias de afrontamiento ante el dolor, en mujeres con dismenorrea.

Regulación Emocional

Las emociones tienen una gran importancia en la vida cotidiana de las personas, es decir, éstas inciden significativamente en el desarrollo de la salud. En este sentido, cuando una persona se siente tranquila no sólo se modifica su percepción subjetiva sino que también se producen cambios inmunológicos importantes (Domínguez Trejo, 2005). Las emociones negativas debilitan el sistema inmunológico, mientras que las positivas como el buen humor, la esperanza y el optimismo facilitan el proceso de recuperación en personas enfermas, además que ayudan a manejar la enfermedad de un modo más óptimo (Bizquera Alzina & Pérez Escoda 2007). Poder regular de manera eficaz las emociones es un factor de gran importancia para el bienestar y la salud (Medrano & Trógolo, 2012). Por tanto, en la actualidad hay cierto consenso de que las emociones funcionan como un sistema de control que permite orientar a las personas sobre la importancia de una situación, además de que son de acción rápida y tienen la característica de ser adaptables (Greenberg, 2008).

Antes de continuar resulta relevante realizar una breve diferenciación entre afecto, estado de ánimo y emoción. El afecto es un concepto que engloba tanto al estado de ánimo como a la emoción; el estado de ánimo en general brinda información sobre el estado interno de la persona. Se caracteriza por su duración, que puede ser de horas a días; por su intensidad de leve a moderada, con lo cual generalmente resulta difícil identificar cuando comienza y cuando termina, además de que su causa y objeto no son fácilmente definibles. En lo que respecta a la emoción, ésta se caracteriza por brindar información sobre el entorno; tiene duración breve, con lo que podría decirse que es “fugaz”, además de presentar una intensidad alta, a lo que se suma un inicio y un declive fácilmente

identificables, con un climax de intensidad, y una clara definición del objeto de la misma y qué la causó (Hervás & Vázquez, 2006).

Profundizando ya en el campo de las emociones, el estudio de éstas involucra diversos aspectos dentro de los cuales puede mencionarse la regulación emocional. Los procesos de regulación emocional facilitan u obstruyen la aparición y mantenimiento de diversos problemas físicos y/o psicológicos (Hervás & Jódar, 2008). La regulación emocional es entendida como cualquier estrategia cuya finalidad es incrementar, eliminar o mantener un estado afectivo (Jaime Silva, 2005). Existen dos formas de regulación emocional: la supresión emocional y la reevaluación cognitiva. La primera de ellas hace referencia a la disminución positiva y negativa de la expresividad afectiva lo que desemboca en una disminución de la comunicación de los estados internos de la persona. Esta estrategia implica un gran esfuerzo cognitivo ya que produce la disminución de las capacidades cognitivas del individuo durante el proceso emocional. Por su parte, la reevaluación cognitiva involucra la disminución de la experiencia subjetiva desagradable frente a algún estímulo que resulta aversivo, siendo menor el esfuerzo cognitivo implicado (Jaime Silva, 2005).

Campos, Iraurgi, Páez y Velasco (2004) definen a la regulación emocional como la capacidad de disminuir la afectividad negativa y aumentar la positiva. Estos autores incluyen a la regulación afectiva como un tipo de estrategia de afrontamiento que comprende diversas estrategias tales como el autocontrol, la supresión emocional de pensamientos o emociones negativas, la catarsis y la expresión verbal de los estados emocionales.

Según lo expuesto por Greenberg (2008), las emociones pueden considerarse como una forma adaptativa de procesamiento de la información que permite a las personas orientarse en su entorno y lograr su bienestar. Desde esta perspectiva se postula que las

personas le otorgan un sentido a esa experiencia emocional. En base a estas consideraciones, Greenberg plantea un modelo terapéutico centrado en la emoción, para lo cual propone un modelo dialéctico- constructivista. De acuerdo a esta perspectiva, el significado que cada persona le otorga a sus emociones es el resultado de la propia experiencia emocional, habiendo una adecuada adaptación cuando se logra integrar la razón y la emoción. Este último proceso se produce mediante la articulación de la experiencia emocional por medio del lenguaje, lo que conlleva la creación de una nueva experiencia.

La regulación emocional es uno de los ejes que Greenberg (2008) desarrolla para explicar su modelo. A tal fin, realiza una diferenciación entre emociones primarias y secundarias, siendo las emociones primarias fundamentales y básicas e implican la reacción directa a una determinada situación, mientras que las emociones secundarias son respuestas a pensamientos o a sentimientos. En este sentido, señala que las emociones que requieren de una regulación son las secundarias como la desesperanza o las emociones primarias desadaptativas, como la vergüenza o el pánico. La capacidad de regular las propias emociones, implica ciertas habilidades tales como la identificación y el etiquetamiento de las emociones lo que permite aumentar las emociones positivas, reducir las negativas, tranquilizarse, distraerse, etc. La posibilidad de regular la respiración y observar las propias emociones, son procesos importantes en la regulación de la angustia. Además, las habilidades de tolerancia frente a las emociones y la capacidad de autoconsolarse son aspectos importantes implicados en los procesos de regulación emocional (Greenberg, 2008).

Bizquera Alzina y Pérez Escoda (2007) ubican a la regulación emocional dentro de las competencias emocionales junto con la competencia para la vida y el bienestar, la competencia social, autonomía emocional y la conciencia emocional. Desde este enfoque,

se define a la regulación emocional como una capacidad para conducir apropiadamente las emociones. Esta capacidad supone, en primer lugar, tomar conciencia de que están interrelacionados la emoción, la cognición y la conducta; en segundo lugar, poder expresar las emociones; en tercer lugar, la regulación emocional implica regular la impulsividad, poseer tolerancia a la frustración y perseverar en el logro de los objetivos. Por último, involucra habilidades de afrontamiento de emociones negativas y el poder autogenerar emociones positivas.

Medrano y Trógolo (2012) plantean que las diferentes estrategias emocionales intervienen en distintas etapas del proceso emocional. Este proceso emocional es descrito por Gross (1998; 1999a; 1999b; 2002) y consta de una secuencia de eventos: el primer evento es un estímulo antecedente, en segundo lugar ubica la atención y valoración del mismo; y el evento final es la respuesta emocional, la cual implica cambios a nivel subjetivo, fisiológico y conductual. De este modo, las estrategias de regulación emocional pueden actuar sobre el estímulo antecedente, lo cual permitiría modificar la situación; sobre la atención y valoración, produciendo un cambio cognitivo; o sobre la respuesta emocional. Según este planteo, podrían dividirse en dos grandes grupos a las estrategias de regulación emocional: la regulación centrada en los antecedentes y la regulación centrada en la respuesta emocional.

En lo referente a la regulación centrada en los antecedentes se puede, en primer lugar, modular la emoción al exponerse a ciertas situaciones y no a otras; en segundo lugar, se puede intentar cambiar la situación –por acción u omisión- en una u otra dirección; otra forma es modular la atención a unos elementos y no a otros de la situación; por último se puede otorgar ciertos significados a la situación en detrimento de otros. En relación a la regulación centrada en la respuesta emocional, Gross (2001) postula que existen diversas estrategias según sobre cuál componente de la emoción se actúe pudiendo influir sobre la

experiencia emocional, sobre la expresión o sobre la activación fisiológica. Lo más estudiado hasta el momento ha sido la supresión emocional poniéndolo en contrapartida con la reevaluación cognitiva (Hervás & Vázquez, 2006).

Recapitulando, todas las estrategias utilizadas para reducir, mantener o aumentar una emoción es lo que se denomina regulación emocional (Gross, 2001 citado en Jermann, Van der Linden, D`Acremont & Zermatian, 2006). La capacidad para regular una experiencia afectiva depende en gran parte de la habilidad para distinguir y diferenciar estados internos. Es importante destacar que hay diferencias individuales en la reactividad afectiva y los estados anímicos, por lo que se entiende que hay diferentes estilos afectivos que son particulares de cada persona (Silva, 2005). Todos los individuos usan de manera particular las estrategias de regulación emocional y esto conlleva diferencias afectivas, cognitivas y consecuencias sociales únicas en cada persona (Jermann, Van der Linden, D`Acremont & Zermatian, 2006).

En lo que respecta específicamente al dolor, podría decirse que la profundización en el estudio de las emociones que éste genera, constituye un eje fundamental en la comprensión de la experiencia dolorosa, su abordaje y tratamiento. Cabe aclarar que las actividades tanto biológicas como fisiológicas producidas por el dolor están reguladas por un sistema de modulación propio que al mismo tiempo se encuentra en interacción con las bases neurobiológicas de las emociones. Debido a ello, la afectación emocional puede facilitar o perjudicar el sistema de regulación nociceptiva (Vallejo & Comeche, 2000). En tal sentido, Truyols Taberner y colaboradores (2008) afirman que una mayor experiencia dolorosa está relacionada con la falta de expresión emocional. Es por ello que Greenberg (2008) plantea que una excesiva regulación de las emociones o su evitación no implica adaptación ni tampoco salud. Asegura que hay una relación estrecha entre emoción y

cognición, ya que la cognición, en muchas ocasiones, sirve a los fines afectivos y la emoción suele ser una respuesta a una cognición.

Siguiendo en esta línea, se puede resaltar que si bien en un primer momento las emociones pueden resultar adaptativas y funcionales, es preciso contar con un sistema de regulación que posibilite volver al estado previo, siendo así necesaria una modulación de las emociones, sobre todo cuando éstas son muy intensas. Es fundamental regular tanto las emociones negativas como las positivas (Hervás & Vázquez, 2006). Hay evidencia de que una buena regulación emocional se vincula con una mejor calidad en las relaciones sociales y un mayor bienestar psicológico (Extremera, Fernández-Berrocal & Durán 2003; Gross, Richards & John, 2006; John & Gross, 2004; Lieble & Snell, 2004; Salovey, 2001 citado en Cabello González, Fernández-Berrocal, Ruiz Aranda & Extremera, 2006)

Aquellas emociones que mayormente se han estudiado en relación al dolor son la depresión, la ansiedad y en menor medida, la ira. En cuanto a la ansiedad, se considera que potencia y colabora en mantener el dolor: a mayor ansiedad mayor intensidad del dolor percibido (Ackerman & Stevens, 1989; Ahles, Cassens & Stalling, 1983; Eppley, Shear & Abrams, 1989 citados en Truyols Taberner et al., 2008). Además, diferentes estudios afirman que las personas que padecen dolor crónico experimentan niveles de ansiedad más elevados (Asmundson, Norton & Norton, 1999; Craig, 1994 citado en Truyols Taberner et al., 2008) y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad que la población en general (Asmundson, Jacobson, Allerdin & Norton, 1996 en Truyols Taberner et al., 2008). Si la ansiedad se sostiene de manera continuada en el tiempo, provoca tensión muscular, alteraciones del sistema nervioso autónomo y mayor percepción de los estímulos dolorosos. Por su parte, Hervás y Jódar (2008) afirman que diferentes estudios evidencian una asociación positiva de la sintomatología ansiosa con la atención, y una asociación negativa con claridad emocional y reparación emocional.

En lo referente a la depresión, se ha estudiado que la presencia de la misma en pacientes con dolor crónico produce un incremento en las conductas de dolor, en las cogniciones negativas, aumenta la dificultad de expresar sentimientos negativos y reduce la actividad de estas personas, lo que conlleva un deterioro en su calidad de vida (Lindsey et al., 1992; Haythornwaite, Sieber & Kerns, 1991; Doan & Wadden, 1989 citados en Truyols Taberner et al., 2008). Las personas que presentan sintomatología depresiva tienden a prestar mayor atención a las emociones y las experimentan con menor claridad (Hervás & Jódar, 2008).

Para finalizar, en cuanto a la ira, ésta influye aumentando las conductas desadaptativas (Amir et al., 2000; Pilowsky & Spence, 1976 citado en Truyols Taberner et al., 2008). Dicha emoción se expresa mediante la agresividad y la hostilidad, lo cual dificulta la relación terapéutica y el abordaje de los pacientes con dolor crónico. Por tal motivo, se debe trabajar en la regulación de la ira, en donde padecer una determinada enfermedad sea una experiencia de aprendizaje que permita su control eficaz, sin tener que recurrir a la represión de las emociones (Leiker & Hailey, 1988, citado en Vallejo & Comeche, 2000).

Cabe resaltar que la desregulación emocional estaría en la base de diversos trastornos psicológicos, como por ejemplo el trastorno de personalidad límite, trastornos por consumo de sustancias, entre otros. Asimismo, diversos estudios sostienen que la evitación de la experiencia emocional sería una estrategia de regulación emocional desadaptativa que se asocia a trastornos de pánico o trastornos de ansiedad generalizada. Por otra parte y como se mencionó con anterioridad, parece haber una relación significativa entre bienestar psicológico y rasgos de personalidad, como lo son la estabilidad emocional/ neuroticismo y extraversión, que están vinculados a una regulación emocional eficaz. Concretamente, se ha encontrado que la claridad en percibir las

emociones y expresarlas junto a una mayor intensidad al experimentar emociones positivas, se relacionan positivamente con mayor bienestar psicológico (Hervás & Vázquez, 2006).

METODOLOGÍA

Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico accidental (Montero & León, 2007) se seleccionaron 222 estudiantes universitarias de sexo femenino con una media de edad de 21 años ($SD= 2.4$) procedentes de diferentes unidades académicas de la ciudad de Córdoba. Se utilizó como criterio de exclusión a la muestra a aquellas mujeres que padecían dismenorrea secundaria (ver Anexo A).

De la totalidad de la muestra, el 93% de la participantes pertenecen a la Universidad Nacional de Córdoba, mientras que el 7% a la Universidad Empresarial Siglo 21. Por su parte, el 84% son estudiantes de Psicología, un 9% estudiantes de Nutrición, en tanto que el resto pertenecen a otras carreras (ver tabla 1)

Tabla 1

Carrera que cursa

	Frecuencia	Porcentaje
Psicología	186	83,8
Nutrición	20	9,0
Kinesiología y Fisioterapia	8	3,6
Ciencias Económicas	3	1,4
Lic. en Producción de Bioimágenes	2	,9

Antropología	1	,5
Traductorado de Inglés	1	,5
Historia	1	,5
Total	222	100,0

El 80% de las mujeres de la muestra sólo estudia y el porcentaje restante estudia y trabaja. En relación al estado civil, un 96% de las mujeres son solteras. Respecto a la presencia de dolor menstrual, el 82% afirmó poseer dolor menstrual, en tanto que el 18% no presenta dolor en la fase menstrual. En cuanto a la cantidad de días en los que hay presencia de dolor se corresponde con una media de 1.93. En lo referente a la intensidad de dolor se reportó una media de 4,37 (SD 2.49), cuya localización es señalada en mayor medida en la zona del vientre (70,7%) y en la parte baja de la espalda (33,8%).

Teniendo en cuenta la presencia de síntomas, un 95% respondió de modo afirmativo, exhibiéndose con mayor frecuencia cambios en el humor (58, 10%), hinchazón (53,60%) y dolor abdominal (51, 80%) (Ver Tabla 2)

Tabla 2

Síntomas presentes durante el ciclo menstrual

	Porcentaje
Cambios de humor	58, 10
Hinchazón	53, 60
Dolor abdominal	51, 80
Dolor de espalda	33, 80

Sensibilidad en las mamas	33, 80
Fatiga	29, 30
Dolor pelviano	28, 83
Dolor de cabeza	25, 70
Aumento del apetito	25, 70
Ansiedad	21, 62
Cambio de actividad en los intestinos	18, 50
Depresión	15, 32
Irritabilidad	13, 96
Diarrea	11, 26
Nervios	10, 36
Aumento al orinar	10, 36
Retención de fluídos	9, 00
Pérdida del apetito	8, 60
Cólicos	8, 60
Náuseas	5, 00
Enfriamiento	4, 05
Otro	2, 25

A través de la realización de un análisis de frecuencia se halló que un 82,4% de las mujeres presenta dismenorrea primaria, mientras que el 17,4% no posee este tipo de DC. El cuestionario de dismenorrea además arrojó que un 92% de las mujeres que participó en el estudio considera al dolor dismenorreico como algo normal, mientras que el 8% cree que

no lo es. También se obtuvieron datos sobre la necesidad de abandonar las actividades a causa del dolor, en donde un 84,6% reporta no tener que dejar de realizar sus actividades cotidianas, mientras que el 15,4% sí lo hace.

Instrumentos

- *Planilla de variables sociodemográficas.* En esta planilla se les pide a las participantes que registren edad, carrera que cursa, unidad académica a la que asiste, ocupación, estado civil y si en los últimos seis meses ha tenido alguna enfermedad o trastorno médico.
- *Cuestionario de dismenorrea.* Este cuestionario es un instrumento de tipo ad-hoc que en su fase original constaba de 45 ítems creados especialmente para la presente investigación. A partir de este instrumento, se pretendió recabar datos acerca de la actividad física y sexual de la mujer, evolución y estado actual de la menstruación, como así también síntomas y dolor asociados al ciclo menstrual y consultas médicas realizadas. Dicho instrumento, luego de una prueba piloto, fue reducido a un total de 35 ítems, desechándose los menos relevantes para esta investigación según aportes teóricos empíricos previos como lo son los estudios realizados por Roybal (2009) y los de Larroy, Crespo y Mesenguer (2001).
- *Escala Visual Análoga (EVA).* Esta escala se utiliza para medir de manera unidimensional la intensidad del dolor percibido. Se trata de una línea de 10 centímetros de longitud que va del 0 (ningún dolor) a 10 (el peor dolor imaginable), en donde las participantes deben marcar la intensidad del dolor que perciben (Chapman & Syrjala, 2001) durante la menstruación. Este instrumento no necesita

de adaptación psicométrica debido a que para efectuar estudios de consistencia interna y estructura interna se debe contar con un grupo de ítems, pero en este caso, es un solo reactivo (Thompson, 2004 citado en Moretti, 2011).

- *Cuestionario de estrategias de afrontamiento al dolor (CAD)*. Este instrumento fue creado por Rosenstiel y Keefe (1983, en Rodríguez Franco, Cano García & Blanco Picabia, 2004) que evalúa las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con dolor crónico (por ejemplo, “Veo el dolor como un desafío -a ver quién puede más, el o yo- y no dejo que me moleste”, “Hago cosas que me gustan, como ver la televisión o escuchar la radio”, “El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor”). Es una escala tipo likert, que mide la frecuencia del uso de estrategias de afrontamiento, cuyas opciones de respuesta son: 0= nunca; 1= casi nunca; 2= pocas veces; 3= a veces; 4= muchas veces; 5= casi siempre; 6= siempre.

En el presente estudio se utilizó la versión adaptada al contexto local por Moretti (2011), la cual consta 39 ítems distribuidos en 4 factores: 1) *Autoinstrucciones, distracción mental y reinterpretación del dolor* ($\alpha = .87$): este factor comprende un conjunto de estrategias de afrontamiento cognitivas. Una de ellas, la reinterpretación del dolor, implica aquellos esfuerzos tendientes a modificar la propia perspectiva sobre la experiencia dolorosa, a fin de percibirla de manera más positiva (Campos, Iraurgi, Páez & Velasco, 2004); 2) *Conductas distractoras* ($\alpha = .86$): esta dimensión hace referencia a que la persona recurre a la realización de diversas actividades que le resultan atractivas, para hacerle frente a su dolor (Campos, Iraurgi, Páez & Velasco, 2004); 3) *Catastrofización* ($\alpha = .86$): comprende la categorización del dolor como extremadamente negativo e incontrolable (Moretti, 2011); y 4) *Fe y plegarias* ($\alpha = .93$): describe aquellas estrategias tanto cognitivas

como conductuales que provienen de la religión o espiritualidad, llevadas a cabo para afrontar la experiencia de dolor (Soriano & Monsalve, 2002).

- *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)*. Este instrumento permite medir las dificultades en diversos aspectos del proceso de regulación emocional. De este modo, este instrumento permite medir déficits en el proceso de regulación emocional, de una manera más acabada que en otros procedimientos (Medrano & Trógolo, 2012).

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) fue creada por Gratz y Roemer (2004) y luego Hervás y Jódar (2008) la adaptaron a la población española. En el presente trabajo se empleó la versión adaptada al ámbito local por Medrano y Trógolo (2012), la cual está compuesta por 28 ítems que se agrupan en 6 factores equiparables a los postulados por Gratz y Roemer (2004). A pesar de la diferencia en el número de ítems, la estructura factorial obtenida y la estructura del estudio original presentaron un valor explicativo semejante entre sí. Los análisis de consistencia interna revelaron niveles aceptables y óptimos de consistencia para los diferentes factores (Medrano & Trógolo, 2012). Según la validación realizada por Medrano y Trógolo (2012), los factores que componen el DERS son: 1) *Falta de aceptación emocional* ($\alpha = .71$): este factor refiere a la disposición a experimentar emociones negativas secundarias como respuesta a una emoción negativa primaria; 2) *Interferencia en conductas dirigidas a metas* ($\alpha = .70$): esta dimensión da cuenta de dificultades en la concentración o ejecución de tareas ante una experiencia emocional negativa; 3) *Dificultades en el control de impulsos* ($\alpha = .84$): este factor evidencia dificultades en el control de la propia conducta cuando se vivencia una emoción displacentera; 4) *Conciencia emocional* ($\alpha = .82$): esta dimensión expresa la capacidad de aceptar y prestar atención a las diversas experiencias emocionales.

Los ítems deben invertirse para evaluar la “falta de conciencia emocional”, tal como se plantea en la escala original; 5) *Falta de claridad emocional* ($\alpha = .87$): evalúa la capacidad de conocer y comprender las propias emociones; y 6) *Acceso limitado a estrategias de regulación emocional* ($\alpha = .54$): abarca aquellos ítems que evidencian la creencia en la incapacidad de modificar una experiencia emocional negativa.

Procedimiento

Con el objetivo de determinar la existencia de relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y las dificultades en la regulación emocional en mujeres con y sin dismenorrea se realizó un diseño ex post facto retrospectivo con grupo cuasi control (Montero & León, 2007). La elección de este tipo de diseño se debe a que se escogió una muestra con una característica determinada que es la presencia de dismenorrea primaria, lo que permite definir que el grupo clave estuviera compuesto por mujeres con dismenorrea primaria, en tanto que el grupo cuasi control se conformó por mujeres que no poseían esta característica.

A fin de realizar la recolección de los datos, la administración se llevó a cabo en las distintas unidades académicas de la Ciudad de Córdoba y estuvo a cargo de quienes realizaron la investigación. En primera instancia, se solicitó el consentimiento informado de las estudiantes que de manera voluntaria decidieron acceder a la investigación. Se les explicó que le serían entregados una serie de escalas y cuestionarios de carácter autoadministrado y anónimo en donde se encontraban las instrucciones para su realización. Luego de ello, se procedió a la aplicación de los siguientes cuestionarios y escalas: planilla

de variables sociodemográficas, cuestionario de dolor menstrual, Escala Visual Análoga (EVA), Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor (CAD) y Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

Una vez obtenidos los datos, se los cargó en el programa estadístico SPSS 17.0, con la finalidad de realizar el análisis estadístico.

Cuestiones Éticas

Considerando lo planteado por Leibovich (2000), los aspectos éticos que resultan importantes tener presentes en este proyecto giran en torno al consentimiento informado y la confidencialidad de los datos. Por ello, en la presente investigación se brindó a las participantes la información necesaria sobre las finalidades y características generales del proyecto de investigación, y una vez concluida esta fase se procedió a la entrega de los cuestionarios para aquellas que decidieran participar voluntariamente, aclarando a la vez que tienen el derecho de retirarse del mismo cuando así lo deseen. (Ver Anexo D)

RESULTADOS

En primera instancia y con el objetivo de determinar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y las dificultades en la regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con dismenorrea primaria en la ciudad de Córdoba se realizó el análisis de correlaciones bivariadas de los factores del CAD con el DERS

mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Los análisis realizados revelaron que las mujeres que puntuaron más alto en el factor *autointerpretación, distracción mental y reinterpretación del dolor* exhibieron un mayor puntaje en el factor *falta de aceptación emocional* ($r=.206$; $p < .01$), lo cual evidencia una correlación significativa y positiva. Asimismo, el factor *conductas distractoras* se correlaciona de modo significativo y positivamente con el factor *conciencia emocional* ($r=.144$; $p < .05$); y a la vez con el factor *acceso limitado a estrategias de regulación emocional* ($r= .173$; $p < .05$).

En cuanto al factor *catastrofización* se encuentra correlacionado significativamente y de manera positiva con el factor *dificultad en el control de impulsos* ($r=.158$; $p < .05$); y a l mismo tiempo con el factor *conciencia emocional* ($r=.143$; $p < .05$). Estas correlaciones significativas y positivas indican que a medida que aumenta el empleo de uno de los factores, el otro también lo hace.

En segundo término, se llevó a cabo un estudio de contrastación de grupos de mujeres con y sin dismenorrea primaria a fin de observar si existen diferencias significativas en cuanto a estrategias de afrontamiento ante el dolor y dificultades en las estrategias de regulación emocional. Para ello, se empleó la prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados hallados demuestran que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores: *interferencia en conductas dirigidas a metas* ($t= -2.14$; $gl= 58.16$; $p < .05$), *dificultades en el control de impulsos* ($t= -3.58$; $gl= 84.67$; $p < .01$) y *catastrofización* ($t=-10.59$; $gl= 208.44$; $p < .01$). En este sentido, los hallazgos obtenidos muestran que el grupo de mujeres con DC utilizan con mayor frecuencia la *catastrofización* (media= 5.16), y presentan dificultades en el *control de impulsos* (media= 13.34) e *interferencias en conductas dirigidas a metas* (media= 14.06) en relación al grupo sin DC.

En tercer lugar y con el objetivo de determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento ante el dolor y cuáles son las dificultades en la regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con y sin dismenorrea primaria, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos utilizando la media, obtenida a través de la prueba T de Student. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en mujeres con dismenorrea primaria son las correspondientes al factor *autoinstrucciones, distracción mental y reinterpretación del dolor* (media= 33,51) y al factor *conductas distractoras* (media= 14,88). En lo que respecta a las mujeres sin dismenorrea, la estrategia de afrontamiento utilizada con mayor frecuencia refiere al factor *autoinstrucciones, distracción mental y reinterpretación del dolor* (media= 27,45). Por otro lado, en cuanto a las dificultades en la regulación emocional en mujeres con dismenorrea primaria, las estrategias más utilizadas por las participantes corresponden a los factores *conciencia emocional* (media= 14,49), *interferencia en conductas dirigidas a metas* (media= 14,06). En las mujeres sin dismenorrea las estrategias más utilizadas por las participantes corresponden a los factores *conciencia emocional* (media= 14,72) e *interferencia en conductas dirigidas a metas* (media= 12,68).

DISCUSIÓN

Acorde con el objetivo principal de investigación se ha encontrado que existe correlación positiva entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y las dificultades en la regulación emocional en mujeres con dismenorrea primaria. Esto puede evidenciarse en algunas correlaciones significativas que serán abordadas a continuación.

Se entiende al factor *falta de aceptación emocional* del DERS como las emociones secundarias negativas que se producen en respuesta a una emoción primaria (Medrano & Trógolo, 2012); este factor correlaciona de manera positiva y significativa con el factor *Autointerpretación, distracción mental y reinterpretación del dolor* (CAD). Estos resultados observados posibilitaría pensar que las estrategias de afrontamiento cognitivas, que consisten en utilizar pensamientos para modificar la percepción del dolor, como ver al dolor como un desafío, alentarse a si mismo a no permitir que el dolor interfiera en las actividades diarias, no prestarle atención al dolor, entre otras; serían utilizadas como una manera de evitar conectarse con las emociones que despierta el hecho de percibir el dolor, como por ejemplo: sentir vergüenza por sentirse disgustado, enojarse con uno mismo cuando se está molesto.

Retomando a Iraurgi, Páez y Velasco (2004) puede sostenerse que las formas de afrontamiento adaptativas son las que permiten aumentar las reacciones emocionales positivas y disminuir las negativas. Es importante recordar que los factores emocionales, como así también la interpretación que se hace de la situación de dolor, permiten modular el dolor, posibilitando o no la transmisión del estímulo doloroso. Desde el modelo cognitivo-comportamental, el origen de los problemas relacionados con el dolor radica en la interpretación que las personas realizan del mismo (Moretti, 2010). Evitar las emociones negativas secundarias asociadas a la percepción del dolor mediante estas estrategias podría resultar funcional a las personas que lo padecen, porque si vivencian el dolor como realidad se despiertan emociones desagradables. Estas estrategias posibilitarían, en cierta medida, distraerse y generar un cambio a nivel emocional pudiendo, a través de pensamientos de control y de manejo del dolor, vivenciar de otra manera la situación.

Por su parte la correlación positiva encontrada entre el factor *conductas distractoras* (CAD) y el factor *conciencia emocional* (DERS) podría deberse a que todas aquellas acciones que permitan prestar atención, reconociendo y admitiendo los estados emocionales en un contexto determinado, que en este caso estaría aludiendo a darle importancia a los sentimientos producidos del dolor dismenorreico, llevarían a hacer conscientes a las personas de lo que les sucede en dicho momento y a tratar de modificarlo mediante el aumento de conductas distractoras (hacer actividades placenteras, o alguna labor por ejemplo) que permiten desviar la atención del foco del dolor y todo lo que a él circunda. Esto concuerda con lo expresado por Vallejo (2005), quien señala que estas estrategias conductuales, dirigidas a no atender de modo directo el foco del dolor, son una forma de intervención que ayuda a que la persona recupere y mantenga sus actividades cotidianas pese a que pueda considerarse que esto aumentaría el dolor; lo cual sería un error ya que contribuye a disminuirlo. Para ejecutar estas conductas distractoras debe haber una previa consciencia de la dolencia padecida para así poner en marcha acciones tendientes a modificar tal estado. De acuerdo con Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia (2004) tener percepciones de control de dolor, previa consciencia del mismo, resulta más adaptativo como estrategia de afrontamiento, no ocasionando la desaparición del dolor pero sí su disminución.

Esta estrategia de *conductas distractoras* también correlacionó de modo positivo con el *acceso limitado a estrategias de regulación emocional* (DERS), de lo cual se desprendería que se emplearían tales acciones al verse las mujeres desvalidas de estrategias (pudiendo ser producto del desconocimiento de la existencia de las mismas) que permitan controlar o regular el dolor desde lo emocional, o también a la creencia de no poder controlar las emociones que la dismenorrea primaria les genera, optando entonces por prácticas que aboguen más a lo conductual que al plano de las cogniciones. Esto condice

con lo expresado por Medrano y Trógolo (2012), quienes expresan que esta situación se debe a la creencia de que no podrán ser modificados los estados emocionales displacenteros. A partir de esto podría pensarse que al percibir las emociones ligadas a la experiencia dolorosa, las mujeres se crean desvalidas o desbordadas en el manejo de las mismas, por lo cual buscarían el control poniendo en práctica estrategias más conductuales. Ante este hecho, la regulación emocional, tal como lo plantea Bisquera Alzina (2007), incluiría en primera instancia comprender la interacción entre emoción-cognición-comportamiento, para así poder emplear las estrategias adecuadas que permitan comprender lo que acontece en el plano emocional. En este caso, lo emocional aludiría al efecto del dolor, y de este modo a posterior poner en juego las competencias generadoras de emociones positivas que estabilicen las irregularidades emocionales, además de estrategias de afrontamiento emocionales.

Respecto a la correlación entre el factor *catastrofización* y el factor *dificultad en el control de impulsos*, podría señalarse que al percibirse al dolor como extremadamente amenazante, se producirían dificultades al intentar controlar el comportamiento ante la experiencia dolorosa, debido a que la misma es considerada altamente negativa y fuera del propio control. Diversos estudios coinciden en señalar que el uso de este tipo de estrategia se asocia a un afrontamiento pasivo y poco eficaz. En efecto, la valoración excesivamente negativa de la experiencia dolorosa, conlleva un aumento de lenguaje interno ansiógeno, escasa posibilidad de control y autoeficacia (Rodríguez Franco, Cano García & Blanco Picabia, 2004). A su vez, la catastrofización está relacionada con un incremento tanto en la frecuencia como intensidad del dolor, y con mayores niveles de estrés percibido (Gil, Abrams, Phillips & Keefe, 1989 citado en Rodríguez Franco, Cano García & Blanco Picabia, 2004).

Por otra parte, el factor *catastrofización* correlacionó de manera positiva con el factor *conciencia emocional*, lo cual podría explicarse a partir de que las personas que más utilizan dicha estrategia de afrontamiento ante el dolor, presentarían una mayor disposición a atender a sus estados de malestar emocional generados por el dolor, ya que su atención está focalizada en él y no en otros estímulos. Este hecho es coherente con lo expresado por Schütze, Rees, Preece y Schütze (2010, citado en Moretti, 2011) quienes plantean que aquellos que más hacen uso de este tipo de estrategia presentan rumiaciones acerca de las sensaciones generadas por el dolor, y se sienten imposibilitados en poder controlar el mismo, lo cual ocasiona dificultades en el uso de estrategias de distracción y de otras estrategias de afrontamiento cognitivas. Además, se ha demostrado que la utilización de la catastrofización podría dar cuenta tanto de las variaciones en la sensibilidad como de la tolerancia al dolor percibido, debido a que las personas que hacen uso de la misma, mantienen su atención de manera elevada en información somática amenazante y tienden a amplificar las características sensoriales del estímulo doloroso (Crombez, 2008 citado en Moretti, 2010).

En base a las diversas investigaciones realizadas en torno a la temática, podría señalarse que el uso de la catastrofización en los síndromes de dolor crónico se encuentra asociada de manera causal con el dolor, o por lo menos, la utilización de dicha estrategia constituye un antecedente de la experiencia dolorosa (Moretti, 2011).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas en mujeres con y sin dismenorrea primaria son las correspondientes al factor *autoinstrucciones, distracción mental y reinterpretación del dolor*, además en el grupo sin dolor también se utilizan mayormente las estrategias coincidentes con el factor *conductas distractoras*. Por otro lado, en cuanto a las dificultades en la regulación emocional en mujeres con y sin dismenorrea primaria, las estrategias más utilizadas por ambos grupos corresponden a los

factores *conciencia emocional* e *interferencia en conductas dirigidas a metas*. Si bien estas estrategias son coincidentes en los dos grupos, se encontró una diferencia significativa en la contrastación de los mismos en cuanto a un mayor uso de catastrofización, mayor dificultad en controlar los impulsos y mayor interferencia en conductas dirigidas a metas en las mujeres con dolor. Esto sería coherente con lo encontrado en otros estudios sobre el dolor en los cuales se exponen el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento, en personas con dolor, que resultan disfuncionales y que afectan la posibilidad de modificar el nivel de dolor percibido (Soucase, Monsalve & Soriano, 2005; Torre, Martín- Corral, et al., 2008). En tal sentido, en una investigación realizada por Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia (2004), se halló que los pacientes con migraña y con dolor de origen muscular, en particular con fibromialgia, utilizan estrategias que resultan más disfuncionales para afrontar el dolor, como lo es la catastrofización. Las estrategias de afrontamiento pasivas, evitativas y centradas en la emoción se asocian a niveles más altos de dolor (Redondo Delgado et al., 2008). Es importante recordar que las estrategias de afrontamiento están relacionadas con las creencias que las personas tengan respecto al dolor y esto puede llevar a la intensificación o no de la sintomatología (Rodríguez Franco, Cano García & Blanco Picabia, 2004).

Desde el modelo Cognitivo- conductual la experiencia subjetiva asociada a la experiencia dolorosa depende de la evaluación que la persona hace de su situación (Craig, 1999). En distintas investigaciones, se ha encontrado evidencia de una asociación positiva entre creencias desadaptativas y estrategias de afrontamiento disfuncionales. Quienes consideran que su dolor no se puede manejar, por ejemplo, presentan mayor catastrofización de la experiencia dolorosa, disminuyendo así la posibilidad de controlarlo, situación que quedaría en evidencia con los resultados obtenidos aquí (González Rivera et al., 2011).

Por esta razón, se considera que el uso de técnicas cognitivo comportamentales en personas con DC, en este caso con dismenorrea, sería beneficioso ya que posibilitaría identificar y corregir creencias erróneas sobre la experiencia dolorosa y comportamientos disfuncionales, remplazándolas así por estrategias de afrontamiento que les resulten más adaptativas para hacer frente a su situación (Moretti, 2011).

Algo que cabe destacar y que resulta una limitación en este estudio, es la naturalización del dolor dismenorreico. Esto ocasiona un sesgo al momento de reportar la presencia de dolor menstrual debido a que algunas mujeres expresaban la ausencia de dolor pero sin embargo señalaban puntuaciones moderadas e incluso altas de dolor en la escala EVA. Además, existe un elevado el porcentaje de mujeres que expresan que no abandonan sus actividades durante los días de dolor, lo cual puede suponer que esto tiene relación con la creencia de la normalidad del mismo. Esto también podría explicar el hecho de que en los resultados, tanto aquellos grupos con dismenorrea como sin dismenorrea muestren la utilización de las mismas estrategias de afrontamiento y las mismas dificultades en la regulación emocional y con diferencias de valores poco significativas. Tales supuestos condicen con lo postulado por Roybal (2009), quien expresa que en Argentina hay un consenso generalizado de la mujer, de que la dismenorrea es un asunto propiamente femenino, debido a creencias arraigadas de que el dolor es inevitable. Esta situación hace que muchas mujeres vean interferidas sus actividades y disminuida su calidad de vida, siendo que existen modos de abordar integralmente este tipo de dolor, desde lo médico como así también desde lo psicológico mediante diferentes estrategias.

En relación a esto último y de lo cual se desprende otra de las limitaciones, es que los métodos anticonceptivos orales suelen ser utilizados como forma de tratamiento de la dismenorrea, y aquí, parte de la muestra estuvo integrada por mujeres que los utilizaban

como método de anticoncepción. Por tal motivo, se recomienda en estudios posteriores eliminar de la muestra estos casos.

Para finalizar, es importante destacar la necesidad de continuar profundizando en este campo poco explorado sobre las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y las dificultades en la regulación emocional, en lo que son problemáticas de dolor, y en particular en la dismenorrea primaria. Debido a los escasos antecedentes de investigaciones relacionadas al tema, y su complejidad mínima, este trabajo sentaría base para posteriores indagaciones en profundidad de esta temática, que ha estado presente en todos los tiempos pero que recientemente está empezando a resultar de interés en el ámbito científico. Este tipo de proyectos, tenderían no sólo a generar conocimiento científico, sino a contribuir al desarrollo de mejores formas de trabajar sobre las consecuencias en la regulación emocional de la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento al dolor producto de la dismenorrea y que puede incidir negativamente en la calidad de vida y desarrollo personal de las mujeres que padecen esta patología.

Cronograma

		MESES								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
A C T I V I D A D E S	Elección del tema y planteo del problema	■								
	Revisión bibliográfica y búsqueda de antecedentes	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Elaboración del marco teórico		■	■	■	■	■			
	Redacción de objetivos			■	■	■				
	Elaboración de la metodología			■	■	■				
	Aplicación de cuestionarios			■	■	■	■	■		
	Procesamiento y análisis de datos				■	■	■	■	■	
	Discusión final						■	■	■	■

REFERENCIAS

- Bizquera Alzina, R. & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Cabello González, R., Fernández-Berracal, P., Ruiz Aranda, D. & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 155-166.
- Campos, M.; Iraurgi, J.; Páez, D. & Velasco, C. (2004) Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Castel Bernal, B.; De Felipe García Bardón, V. & Tornero Molina, J. (2006). Evaluación Psicológica en el Dolor Crónico. *Reumatología Clínica*, 2(1), 44- 49.
- Chapman, C. R. & Syrjala, K. L. (2001). Measurement of pain. En J. D. Loeser (Eds.). *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88
- Cid, J. (2006). Dolor Pélvico Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 13(1). 29-39.
- Craig, K. (1999). Emotions and psychobiology. En P. D. Wall & R. Melzack (Eds.). *Textbook of pain*. (331-343). Hong Kong: Churchill Livingstone.
- Domínguez Trejo, B. (2005). *Regulación cognoscitiva y emocional del dolor crónico y el estrés traumático. Fundamento de la ciencia clínica psicológica (translacional)*. Conferencia presentada en la II Reunión de Investigadores Nacionales en Psicología, SNI, SEP-CONACYT. Tequisquiapan.

- Fall, M., Baranowsky, A. P., Elneil, S., Engeler, D., Hughes, J., Messelink, Oberpenning, A.C. & Williams, C. (2010) Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. *European Association of Urology*, 673-773.
- French, L. (2008). Dysmenorrhea in adolescents: diagnosis and treatment. *Paediatricdrugs*, 10(1), 1-7.
- García Arroyo, J., & Domínguez López, M. (2009). Aspectos psicológicos de la dismenorrea primaria. *Ginecología y Obstetricia Clínica*, 10(4), 221-228.
- González Rivera, V.; Salinas, J. G; Fernández López, B. L.; & Tinajero Estrada, S. (2011) La importancia de la evaluación cognitiva como parte de las estrategias de intervención para el control del dolor. *Revista Electrónica de CICS-UST*, 1(1).
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The Transforming Power of Affect. *Canadian Psychology*, 49 (1), 49–59.
- Gross, J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Gross, J. (1999a). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Gross, J. (1999b). Emotion and emotion regulation. En L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2^o ed., pp. 525-552). Nueva York: Guilford Press.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. Cambridge University Press.

- Hernández Castro, J. (2008). *Dolor en la mujer: mujeres reales- dolores reales*. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana para el estudio del dolor (ACED).
- Hervás, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud, 19*(2), 139-156.
- Hervás, G & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada, 59*, 9-36.
- Jaime Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de Neuro Psiquiatría, 43* (3), 201-209.
- Jermann, F.; Van der Linden, M.; D'Acromont, M. & Zermatian, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *European Journal of Psychological Assessment, 22* (2) ,126–131.
- Larroy, C., Crespo, M. & Mesenguer, C. (2001). Dismenorrea funcional en la Comunidad Autónoma de Madrid: estudio de la prevalencia en función de la edad. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 8*, 11-22.
- Leibovich de Duarte, A. (2000) La dimensión ética de la investigación psicológica. Rev. Del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/ UBA. Año 5, n° 1.
- Medrano, L. & Trógolo, M. (2012) Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. Manuscrito no publicado.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science, 150* (3699), 971-979.
- Miró, J. (2006). Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Montero, I. & León, O.G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Monterrosa Castro, A. (2001). Dismenorrea primaria: visión actual. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 52(4). Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195218312004.pdf>
- Moretti, L. (2011). *Evaluación de la eficiencia de un programa de tratamiento del dolor crónico mediante un estudio de caso*. En Medrano, L (Comp.), *Prácticas en salud basadas en la evidencia* (pp. 105-120). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Moretti, L. (2011). Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico de la ciudad de Córdoba. Manuscrito no publicado.
- Queraltó, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología*, 36 (1), 37-57.
- Redondo Delgado, M., León Mateos, L., Pérez Nieto, M. A., JoverJover, J. A. & Abasolo Alcázar, L. (2008). El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clinica y Salud*, 19 (3), 359- 378.
- Rodríguez Franco, L.; Cano García, E. J. & Blanco Picabia, A. (2004) Evaluación de las estrategias del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-41
- Roybal, A. (2009). Frecuencia y correlaciones de la dismenorrea en mujeres en edad reproductiva en Buenos Aires. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, 88(982), 212-224
- Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Revista AQUICHAN*, 3(3), 32-41.
- Silva, J.C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (3), 201-209.

- Soucase, B, Soriano, J.F., Monsalve, V., & De Andrés, J. (2003). Aplicación del modelo transaccional de Lazarus y Folkman al dolor crónico: valoración, estrategias de afrontamiento y depresión. Extraído el día 3 de diciembre de 2011 desde la fuente http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2694/1/interpsiquis_2003_9957.pdf
- Soucase, B., Monsalve, V. & Soriano, J. F. (2005) Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 8- 16.
- Torre, F., Martín- Corral, J., Callejo, A., Gómez Vega, C., La Torre, S., Esteban, I., Vallejo, R.M. & Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 15(2), 83-93.
- Truyols Taberner, M. M, Pérez Pareja, J, Medinas Amorós, M. M, Palmer Pol, A & Sesé Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clinica y Salud*, 19 (3), 295-320.
- Vallejo, M. & Comeche, M. (2000) Emociones y dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*,(7), 3-5.
- Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, (84), 41-58.

ANEXOS

ANEXO A

CUESTIONARIO SOBRE DOLOR MENSTRUAL

Le agradecemos mucho que conteste a este cuestionario. La información que nos proporcione será tratada de modo confidencial. Su colaboración será de gran utilidad para la realización de un estudio sobre dolor menstrual que se está llevando a cabo la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, para la realización de un trabajo final de la Licenciatura. Por favor, conteste a todas las preguntas de la manera más precisa posible marcando un círculo en la opción que considere más adecuada.

NO VACILE EN PREGUNTAR SI TIENE ALGUNA DUDA ¡Muchas gracias!

I. Universidad o unidad académica a la que asiste:

II. Carrera que cursa:

III. Edad: _____

IV. Ocupación:

1. Estudia
2. Estudia y trabaja

V. Estado civil:

1. Soltera
2. Concubinato
3. Casada
4. Divorciada
5. Separada
6. Viuda

VI. ¿Realiza actividad física?

1. No
2. Sí

En el caso en que haya respondido afirmativamente, señale qué tipo de actividad física realiza con regularidad:

1. Aeróbica
2. Localizada
3. Spinning
4. Yoga
5. Pilates
6. Gimnasia acuática
7. Natación
8. Deporte en equipo. ¿Cuál?:

- _____
9. Danzas o baile
 10. Musculación
 11. Caminar
 12. Correr
 13. Andar en rollers

14. Otro:

- a) ¿Cuántas veces por semana?: _____
b) Cantidad de horas por vez que realiza la actividad física:

- VII. ¿Es activa sexualmente?
1. No
2. Si
- VIII. ¿Siente dolor durante el coito?
1. No
2. Sí
En el caso de que sienta dolor, el dolor es
1. Superficial
2. Profundo
- IX. ¿Siente dolor después del coito?
1. No
2. Sí
- X. ¿Ha estado embarazada?
1. No
2. Sí. ¿Cuántos embarazos tuvo?: _____
¿Cuántos hijos tuvo?: _____
- XI. ¿Utiliza anticonceptivos?
1. No
2. Si, sólo para anticoncepción
3. Sí, prescritos para el dolor menstrual
4. Sí, para anticoncepción y para el dolor menstrual
¿Cuáles utiliza?
a. Orales
b. Inyectables
c. Parches
d. DIU
e. Ligadura de trompas
f. Preservativos
- XII. Aproximadamente, ¿a qué edad fue su primera menstruación?: _____
Su menstruación, ¿es regular?
1. No
2. Si
- XIII. ¿Cuántos días de sangrado tiene por ciclo? (En días): _____
Especifique el grado de incomodidad causada por su ciclo mensual (severidad de la menstruación):
1. ninguna
2. leve
3. moderada
4. severa
- XIV. ¿Siente dolor durante la menstruación?
1. No.
2. Sí

- XV. Puntúe el dolor que siente habitualmente durante su menstruación haciendo un círculo sobre uno de los números que describa de manera más adecuada su dolor:
- 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
- Sin Dolor El peor dolor que pueda Imaginar
- XVI. Durante la menstruación, el dolor se localiza en:
1. Vientre
 2. Parte baja de la espalda
 3. Cara interna de los muslos
 4. Tensión en mamas
 5. Otros lugares (especificar)
- XVII. ¿Tiene los siguientes síntomas durante la menstruación? En el caso de que su respuesta sea afirmativa, señale cuál/es de ellos se presentan:
1. No
 2. Sí
 - a. Dolor abdominal
 - b. Dolor pelviano
 - c. Fatiga
 - d. Dolor de espalda
 - e. Cambios de humor
 - f. Retención de fluido
 - g. Náusea
 - h. Diarrea
 - i. Sensibilidad en las mamas
 - j. Nervios
 - k. Ansiedad
 - l. Depresión
 - m. Dolor de cabeza
 - n. Enfriamiento
 - o. Aumento al orinar
 - p. Irritabilidad
 - q. Aumento del apetito
 - r. Pérdida del apetito
 - s. Hinchazón
 - t. Cambio en la actividad de los intestinos
 - u. Cólicos
 - v. Otro (favor de especificar)
- XVIII. ¿Usted considera que el dolor que siente es normal?
1. No
 2. Si
- XIX. Número de días en los que siente dolor: _____
- XX. El dolor o las molestias menstruales suelen comenzar:
- a. Dos días antes de la menstruación
 - b. Un día antes de la menstruación
 - c. El mismo día de la menstruación

d. A veces el día antes y otras veces el mismo día

XXI. ¿Ha realizado alguna consulta por el dolor menstrual?

1. No
2. Sí ¿Con quién?:
 - a. Enfermera
 - b. Médico
 - c. Amigo
 - d. Hermano
 - e. Padres
 - f. Maestro
 - g. Internet
 - h. Otro (favor de especificar) _____

En caso de responder negativamente ¿Por qué no realizó una consulta médica?:

XXII. ¿Toma alguna medicación recetada para el dolor menstrual?

1. No
2. Si ¿Cuál/es?: _____
¿Cada cuántas horas?: _____

XXIII. ¿Ha tomado, sin haber sido recetada, alguna medicación para el dolor menstrual?

1. No
2. Sí. ¿Cuál/es?: _____

XXIV. ¿Cada cuántas horas toma medicación para el dolor?

XXV. Si toma alguna medicación, ¿cuánto alivio le produce? Por favor, marque con un círculo sobre aquel puntaje que refleje mejor cuánto alivio del dolor recibe:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Sin Totalmente
Alivio Aliviado

XXVI. ¿Ha probado otros métodos para aliviar el dolor?

1. No
 2. Sí. ¿Cuál/es?: _____
-

XXVII. ¿Le han solicitado estudios médicos a causa del dolor menstrual?

1. No
 2. Si ¿Cuáles?: _____
-

XXVIII. ¿Le han diagnosticado alguna vez alguna enfermedad pélvica?

1. No
2. Si. ¿Cuál?
 - a. Endometriosis

- b. Miomatrosis
 - c. Patologías del cuello uterino
 - d. Quistes ováricos
 - e. Otro. Especifique
-

XXIX. ¿Presenta antecedentes familiares de desórdenes menstruales?
1. No
2. Sí

XXX. ¿Tuvo alguna cirugía ginecológica?
1. No
2. Si. Especifique el tipo de cirugía y el diagnóstico médico:

XXXI. ¿Con qué frecuencia se realiza chequeos ginecológicos?
1. Mensualmente
2. Trimestralmente
3. Semestralmente
4. Anualmente
5. Otros_____

XXXII. Cuando está menstruando, ¿necesita abandonar sus actividades?
1. No
2. Sí

XXXIII. En el caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta anterior, ¿durante cuánto tiempo debe suspender sus actividades?
a. Menos de media hora
b. De media hora a una hora
c. De una a tres horas
d. De tres a seis horas
e. De seis horas a un día
f. Más de un día

XXXIV. Número de días perdidos de clases o trabajo a causa de la menstruación dolorosa durante este año: _____ días.

XXXV. ¿Ha tenido que suspender la realización de alguna actividad física, social (por ejemplo, ir al cine, asistir a alguna fiesta, salir con amigos) y/o académica a causa de la menstruación dolorosa?
1. No
2. Sí

ANEXO B

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

Responda marcando en la casilla que considere apropiada, con qué frecuencia realiza las siguientes acciones cuando tiene dolor. Utilice la siguiente escala: 0= nunca; 1= casi nunca; 2= pocas veces; 3= a veces; 4= muchas veces; 5= casi siempre; 6= siempre.

Asegúrese de responder a todas las frases y de que marca una casilla en cada una de ellas. No hay respuestas correctas e incorrectas, sólo se evalúa lo que usted hace en ese momento.

		Nunca	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1	Ve el dolor como un desafío ("a ver quién puede más, el o yo") y no dejo que me moleste	0	1	2	3	4	5	6
2	Creo que no puedo más con este dolor	0	1	2	3	4	5	6
3	Me digo a mi mismo/a que no puedo permitir que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer	0	1	2	3	4	5	6
4	Me pongo a cantar o a tararear canciones mentalmente cuando me duele	0	1	2	3	4	5	6
5	No le presto atención al dolor	0	1	2	3	4	5	6
6	Cuando me duele hago cosas que me gustan, como ver la televisión o escuchar la radio	0	1	2	3	4	5	6
7	No pienso en el dolor	0	1	2	3	4	5	6
8	Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de mi mente	0	1	2	3	4	5	6
9	Cuando me duele salgo de casa y hago algo, como ir al cine o de compras	0	1	2	3	4	5	6
10	Me digo a mi mismo/a que puedo superar el dolor	0	1	2	3	4	5	6
11	Cuando me duele paseo mucho	0	1	2	3	4	5	6

		Nunca	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
12	El dolor es terrible y pienso que nunca mejoraré	0	1	2	3	4	5	6
13	Tengo confianza en que algún día los médicos me curarán el dolor	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que algún día alguien me ayudará y el dolor desaparecerá	0	1	2	3	4	5	6
15	Imagino que el dolor está fuera de mi	0	1	2	3	4	5	6
16	Creo que no puedo soportar más el dolor	0	1	2	3	4	5	6
17	Hago como si no me doliera nada	0	1	2	3	4	5	6
18	Hago como si el dolor no fuera parte de mi	0	1	2	3	4	5	6
19	Rezo a Dios para que no dure más el dolor	0	1	2	3	4	5	6
20	Cuando me duele hago cosas como tareas domésticas o planear actividades	0	1	2	3	4	5	6
21	Rezo para que pare el dolor	0	1	2	3	4	5	6
22	Me digo a mi mismo/a que no me duele	0	1	2	3	4	5	6
23	Cuando me duele pienso que no vale la pena vivir así	0	1	2	3	4	5	6
24	Aunque me duela sigo con lo que estoy haciendo	0	1	2	3	4	5	6
25	No importa cuán intenso sea el dolor, sé que puedo con él	0	1	2	3	4	5	6
26	Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor	0	1	2	3	4	5	6

		Nunca	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
27	Me digo a mi mismo/a que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor	0	1	2	3	4	5	6
28	Cuando me duele continúo con lo que estaba haciendo como si no pasara nada	0	1	2	3	4	5	6
29	Ignoro el dolor	0	1	2	3	4	5	6
30	Trato de distanciarme del dolor, casi como si el dolor estuviera en otro cuerpo	0	1	2	3	4	5	6
31	El dolor es horrible y siento que me desborda	0	1	2	3	4	5	6
32	Me paso el día preocupado/a pensando si acabará alguna vez el dolor	0	1	2	3	4	5	6
33	Trato de no pensar en que el dolor está en mi cuerpo, sino que está fuera de mi	0	1	2	3	4	5	6
34	Cuando me duele pienso en cosas que disfruto hacer	0	1	2	3	4	5	6
35	Cuando me duele trato de estar con otras personas	0	1	2	3	4	5	6
36	Cuando me duele recuerdo buenos momentos del pasado	0	1	2	3	4	5	6
37	Cuando me duele cuento con mi fe en Dios	0	1	2	3	4	5	6
38	Cuando me duele me acuesto	0	1	2	3	4	5	6
39	Cuando me duele pienso en personas con las que me gusta estar	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO C

**ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACION EMOCIONAL
(DERS)**

Por favor, indique con qué frecuencia las siguientes afirmaciones se le pueden aplicar. Para ello, utilice la escala que se presenta a continuación:

	1	2	3	4	5
	casi nunca	a veces	casi la mitad del tiempo	la mayor parte del tiempo	casi siempre
	(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)
	1	2	3	4	5
1.- Yo entiendo mis sentimientos.					
2.- Presto atención a cómo me siento.					
3.- Yo experimento mis emociones como sobrecogedoras y fuera de control.					
4.- Me cuesta entender mis sentimientos.					
5.- Estoy atento/a a mis sentimientos.					
6.- Sé exactamente cómo me siento.					
7.- Me importa lo que estoy sintiendo.					
8.- Me siento confuso/a acerca de cómo me siento.					
9.- Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme así.					
10.- Cuando me disgusta, me da vergüenza sentirme así.					
11.- Cuando me disgusta, me cuesta hacer mi trabajo.					
12.- Cuando me altero, pierdo el control.					
13.- Cuando me enfado, me cuesta centrarme en otras cosas.					
14.- Cuando me altero, me siento fuera control.					
15.- Cuando estoy disgustado/a, yo sigo pudiendo acabar mis tareas.					
16.- Cuando me altero, me siento avergonzado/a por sentirme así.					
17.- Cuando me disgusta, sé que puedo encontrar una forma de sentirme mejor eventualmente.					
18.- Cuando me disgusta, me siento culpable por sentirme así.					
19.- Cuando me altero, me cuesta concentrarme.					
20.- Cuando estoy disgustado/a, me cuesta controlar mis comportamientos.					
21.- Cuando me disgusta, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.					
22.- Cuando estoy disgustado/a, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.					
23.- Cuando me altero, empiezo a sentirme muy mal acerca de mí mismo/a.					
24.- Cuando me enfado, pierdo el control sobre mis comportamientos.					
25.- Cuando estoy disgustado/a, tengo dificultades para pensar en ninguna otra cosa.					
26.- Cuando me disgusta, me tomo el tiempo para darme cuenta de lo que estoy sintiendo de verdad.					
27.- Cuando estoy disgustado/a, me lleva mucho tiempo sentirme mejor.					
28.- Cuando me altero, mis emociones parecen abrumadoras.					

ANEXO D

Carta de consentimiento informado

LUGAR Y FECHA:.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

.....

A través de la presente acepto la participación en la investigación titulada: “Relación entre estrategias de afrontamiento ante el dolor y dificultades en la regulación emocional en mujeres con dismenorrea primaria”.

Se me ha informado acerca de los procedimientos y propósitos de esta investigación con anterioridad y tendré a mi disposición toda información que requiera durante y al finalizar la misma.

Entiendo que cuento con el derecho de desistir de participar y retirarme de la investigación en cualquier momento durante su proceso.

Mi identidad será resguardada y se me garantiza la confidencialidad mis datos personales.

FIRMA:

.....

ACLARACIÓN:

.....