



51
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**"FACTORES QUE FAVORECEN LA PRESENCIA
DE DISMENORREA Y LOS BENEFICIOS QUE
PROPORCIONA EL MASAJE A LAS
ADOLESCENTES QUE
LA PRESENTAN."**

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO
EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N :
**MORENO GUTIERREZ FABIOLA ARACELI
OMANA ZAPATA MARIA EUGENIA**

ASESOR: LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ



México

1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C. M. A. M.
COMISIÓN NACIONAL DE
DEFENSA DEL CONSUMIDOR
COMISIÓN NACIONAL DE
SOCIALES Y TÉCNICAS
DE REGULACIÓN



Lic. Ezequiel Canela Nuñez

Ahora que vemos realizada nuestra meta, sólo nos resta agradecer a los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que contribuyeron a nuestra formación profesional transmitiéndonos sus conocimientos y experiencias a través de muchas horas de trabajo.

Así mismo y en forma muy especial al Lic. Ezequiel Canela Nuñez por su paciencia, apoyo y asesoría brindada para la realización y culminación de ésta investigación ya que sin ello habría sido difícil lograrlo.

MUCHAS GRACIAS.

Maru y Fabiola.

Tengo tanto y a tantas personas que agradecer por lo que soy, por lo que se y tengo que no podría mencionarlas pues podría olvidar a alguien y sería una injusticia; sin embargo creo que es el momento de decirles que aprecio mucho todo lo que han hecho por mí para poder concluir mi formación profesional y vivir así uno de los momentos más importantes en mi vida ante esto no puedo más que decir gracias.

Gracias a ti Señor por todas las alegrías que me has permitido vivir al lado de mi madre, esposo, familia y amigos a quienes también tengo mucho que agradecer, pues han sido base importante para el logro de todos mis objetivos, a todos y cada uno de ellos les dedicó este trabajo.

Fabiola.

DEDICO ESTA INVESTIGACIÓN

A Dios:

Por guiar mis pasos durante mi vida. Por la protección brindada a mi familia.

A Teresa y Adolfo

Por darme la vida.

A mis padres:

Por su amor, comprensión y apoyo durante mi carrera así como sus sacrificios para ser una profesionista.

A mis hermanos.

Por dejarme ser la consentida y motivarse a seguir adelante.

A Manolo y Maricarmen:

Por la ayuda necesaria para la realización de ésta investigación.

CONTENIDO

	Página	
I	INTRODUCCION	1
II	JUSTIFICACION	2
III	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
IV	OBJETIVOS	5
V	METODOLOGIA	8
VI	MARCO TEORICO	9
	1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.	9
	1.1. Organos genitales externos	
	1.2. Organos genitales internos	
	2. Adolescencia	16
	2.1. Cambios físicos	
	2.2. Cambios psicológicos	
	3. Ciclo menstrual	19
	3.1. Fase preovulatoria	
	3.2. Fase ovulatoria	
	3.3. Fase posovulatoria	
	3.4. Mitos sobre la menstruación	
	3.5. Dismenorrea	
	4. Actividad física en la menstruación	23
	4.1. Dismenorrea y deporte	
	4.2. Síndrome premenstrual	
	5. Dolor	25
	5.1. Fisiología del dolor	
	5.2. Mecanismo del dolor	
	6. Masaje	28
	6.1. Historia del masaje	
	6.2. Efectos fisiológicos del masaje	
	6.3. Beneficios que proporciona el masaje	
VII	RESULTADOS	35
VIII	CONCLUSIONES	52
IX	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	53
X	ANEXOS	57
	BIBLIOGRAFIA	65

I INTRODUCCION

La finalidad de toda investigación, es el conocer y mostrar los fenómenos estudiados así como sus causas y consecuencias. Este trabajo no es la excepción ya que aquí se informa acerca de los principales factores relacionados con la presencia de dismenorrea en adolescentes; en el estudio realizado se encontró que los tabues y la errónea información que las adolescentes reciben de madres y mujeres mayores de la familia acerca de la menstruación, provoca que la mujer inconscientemente rechace este hecho como característica propia de su sexo, lo que origina un cierto grado de estrés que influye en que se presente o acentúe la intensidad de la dismenorrea en cada ciclo menstrual.

En la investigación se observó, que a pesar de que el dolor menstrual es un problema que afecta a un gran número de adolescentes, no se le brinda la atención necesaria, ya que como se mencionó, la menstruación se considera como algo muy íntimo y en ocasiones vergonzoso por lo que no se habla del tema con nadie y mucho menos se exponen los problemas que de ésta se originan como lo es la dismenorrea por esto, además de buscar los factores condicionantes del dolor menstrual también se llevó a cabo un estudio de como el masaje puede ser una alternativa para ayudar a aliviar la dismenorrea siendo un recurso de bajo costo, y que puede ser aplicado por la propia persona que padece el dolor.

En el estudio se observó que algunas de las adolescentes refirieron que posterior al masaje recibido su dolor disminuyó notablemente y en algunos casos desapareció comprobando así la eficacia del masaje cuando se aplica adecuadamente.

Dentro del problema de la dismenorrea, la enfermera es una pieza importante como informadora de todo el proceso fisiológico que conlleva un sangrado menstrual y también debe ser formadora de personas y en éste caso específico, de adolescentes conscientes y responsables de los cambios y procesos biológicos característicos de cada sexo en cada etapa de su vida.

II JUSTIFICACION

La maduración sexual en la mujer comienza en la pubertad, con la aparición de notables cambios. En los inicios surge el vello axilar y púbico, las mamas también comienzan a desarrollarse en esta época y hay un crecimiento acelerado del crecimiento corporal.

Los cambios mencionados anteceden la primera menstruación, conocida como menarquia, es el signo más claro de la pubertad y constituye una indicación de que están madurando los órganos internos de la reproducción.

Entre los 12 y 16 años suele presentarse la menarquia, dependiendo de factores como la herencia, estado nutricional y medio ambiente.

Durante toda la pubertad, hay una interrelación de fuerzas fisiológicas y socioculturales, a menudo la enfermera debe participar para explicar los cambios físicos y fisiológicos a la adolescente, principalmente cuando se presenta una menstruación dolorosa conocida como dismenorrea la cual es causada la mayoría de las veces, por la contracción interna del útero acompañada en algunos casos de náuseas, vómito, diarrea, cefalea y fatiga, en ocasiones es tan intenso el dolor menstrual que presentan las adolescentes que les provoca incapacidad física obligándolas a estar en reposo, también llegan a presentarse notables cambios en el carácter y comportamiento. Debido a esto, las jóvenes no asisten a clases lo que puede repercutir en su formación académica.

Se sabe que el masaje aplicado al individuo sano sirve para prevenir alteraciones que en un momento dado puede ser factor desencadenante para el desarrollo de una patología.

El masaje tiene su origen desde la humanidad misma, siendo intuitivo en el hombre, ya que reacciona inmediatamente después de haber recibido un golpe, una caída o un rasguño; colocando la mano en la parte dolida o friccionando para calmar el dolor.

En tiempos antiguos, los humanos sentían un poderoso instinto en golpear, pinchar o "chupar" el cuerpo, cuando éste sentía alguna dolencia.

Hablando específicamente de la dismenorrea la aplicación del masaje provoca una disminución del cólico menstrual en la adolescente trayendo beneficios a ésta ya que favorece la realización de sus actividades de manera óptima sin tener que hacer gastos en analgésicos, antiespasmódicos o consultas médicas, el masaje es un método natural.

La investigación realizada tiene como finalidad el conocer los factores biopsicosociales que favorecen la presencia del dolor menstrual en la adolescente y reafirmar el hecho de que el masaje ayuda a disminuir las molestias propias de la dismenorrea.

III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**¿QUE FACTORES FAVORECEN LA
PRESENCIA DE DISMENORREA
Y QUE BENEFICIOS OTORGA
EL MASAJE A LAS
ADOLESCENTES QUE LA PRESENTAN?**

IV OBJETIVOS

- **CONOCER LOS FACTORES QUE FAVORECEN LA DISMENORREA EN LAS ADOLESCENTES.**
- **IDENTIFICAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR QUE PRESENTAN LAS ADOLESCENTES CON DISMENORREA.**
- **EVALUAR LA INTENSIDAD ANALGESICA DEL MASAJE ATRAVES DE UNA SEGUNDA APLICACIÓN DE LA ESCALA NUMERICA EN EL DOLOR MENSTRUAL.**

VARIABLES	INDICADORES
Adolescencia	Edad
Antecedentes gineco-obstétricos	Menarca Duración Frecuencia
Tipo de actividad física	Correr Nadar Ninguna Otra, especificar
Frecuencia de actividad física	Diario Cada tercer día Una vez por semana Ocasional, especificar
TOXICOMANIAS	
Tabaquismo	Si No Cantidad Frecuencia
Conocimiento de la menstruación antes de presentarla	Si No
Identidad sexual	Si No ¿Por qué?
Aceptación de la menstruación como parte de la persona	Si No ¿Por qué?

Frecuencia de baño

Diario
Cada tercer día
Una vez por semana
Otros, especificar

Cambio de ropa interior

Diario
Cada tercer día
Una vez por semana
Otros, especificar

VARIABLES

INDICADORES

CREENCIAS SOBRE LA MENSTRUACION

La mujer debe ocultar que esta menstruando

Si
No
¿Por qué?

Relaciones sexuales durante la menstruación

Si
No
¿Por qué?

Evitar ciertos alimentos

Si
No
Cuales
¿Por qué?

Actividad fisica

Aumentarla
Disminuirla
Mantenerla igual
¿Por qué?

Intensidad del dolor por escala numérica

1. Leve
2. Moderado
3. Severo
4. Incapacitante

V METODOLOGIA

Se trata de una investigación de tipo descriptiva y transversal porque solo se registraron los acontecimientos en un tiempo determinado.

La investigación constó de dos fases, la primera fue un estudio documental que se llevó a cabo a través de la consulta de libros y material bibliográfico que proporcionaron conocimientos y bases teóricas que fundamentaron el tema de la investigación.

La segunda etapa comenzó al dar una plática en la escuela secundaria No. 41, sobre el tema de dismenorrea en la adolescencia, posterior a esto se identificó el universo de trabajo con una muestra representativa de 100 alumnas, las cuales debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener entre 13 y 15 años de edad.
- Presentar dismenorrea durante su período menstrual.
- No utilizar medicamentos antiespasmódicos o analgésicos.

Considerando como criterios de exclusión:

- Adolescentes que presentan periodos menstruales irregulares.
- Aquellas adolescentes que no quisieron participar.

Ya seleccionada la muestra se aplicó el instrumento de recolección de datos y una escala numérica en el momento de padecer la dismenorrea para conocer el grado de dolor que se presentaba; posteriormente se procedió a brindar una sesión de masaje por ciclo menstrual a cada joven hasta completar 4 sesiones y en sus siguientes periodos menstruales se volvió a medir el dolor a través de una segunda valoración con ayuda de la escala ya mencionada y así saber cuanto disminuyó el dolor. La información obtenida a través de ambos instrumentos aplicados para la recolección de datos se recabó por el método de tarjeta simple y paloteo dando a conocer los resultados en cuadros, analizando los mismos a través de la confrontación con el marco teórico y la observación del fenómeno para posteriormente presentar el informe correspondiente.

VI

MARCO TEORICO

1

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

1.1. ORGANOS GENITALES EXTERNOS

El sistema reproductor femenino comprende los genitales externos, los genitales internos y sus estructuras de sostén.

Los órganos genitales externos reciben el término colectivo de pudendum o vulva e incluyen las siguientes formaciones, todas ellas visibles a la exploración externa: El monte de venus, labios mayores, labios menores, clitoris, vestíbulo, meato uretral, glándulas de Skene (parauretrales), glándulas de Bartholino (vulvovaginales), himen, horquilla, cuerpo perineal y la fosa navicular. La forma de la región vulvar está determinada por la configuración ósea de la parte anteroinferior del cinturón pélvico, como también por la disposición del tejido adiposo subcutáneo de los músculos y de las aponeurosis.

MONTE DE VENUS

“Es una prominencia producida por depósito de tejido adiposo, situado por delante de la sínfisis pubiana y que se desarrolla a partir del tubérculo genital. Está cubierto de vello rígido y oscuro, su piel contiene glándulas sudoríparas y sebáceas, la cantidad de tejido adiposo subcutáneo está condicionada por factores nutricionales y posiblemente hormonales. Los nervios sensitivos de la región son el abdominogenital menor y el genitocrural. La circulación sanguínea se realiza por medio de ramas de la arteria y vena pudendas externas” (1).

LABIOS MAYORES

“Son dos repliegues cutáneos, alargados en sentido anteroposterior y aplanados transversalmente. Poseen dos caras, dos bordes y dos extremidades. La cara externa corresponde a la cara interna del muslo, del que está separada por el surco genitocrural. Es convexa, de coloración oscura, su cara interna es lisa y glabra.

Los labios mayores se unen por delante formando la comisura anterior, por detrás no están unidos, pero la proyección del núcleo tendinoso del perineo produce a veces la aparición de una comisura posterior. Los labios mayores están constituidos por tejido conjuntivo y areolar con múltiples glándulas sebáceas.

En su porción anterior están inervadas por el abdominogenital menor y el pudendo interno, lateral y posteriormente la inervación procede al ciático menor.

Están vascularizados por la arteria pudenda interna, que es rama anterior de la iliaca interna (hipogástrica) y por la pudenda externa (rama de la arteria femoral). La estructura referida contiene también las terminaciones de los ligamentos redondos" (2).

LABIOS MENORES

"Son dos repliegues de piel situados por dentro de los labios mayores que circundan el vestibulo. Por delante de los labios menores se dividen en dos capas. Los pliegues superiores se unen inmediatamente por delante del clitoris para formar el prepucio, mientras que los inferiores se fijan a la cara inferior del glande del clitoris para formar su frenillo.

Por detrás los labios menores están definidos y parecen unirse a los labios mayores en un pliegue transverso de piel, la comisura posterior de la vulva u horquilla.

La depresión conocida como fosa navicular, está localizada entre la horquilla por detrás y el borde posterior del orificio vaginal" (3).

En los labios menores no se encuentran folículos pilosos ni glándulas sudoríparas, sin embargo las glándulas sebáceas son numerosas.

"La inervación de los labios menores tiene lugar por el abdominogenital menor, el pudendo interno y el hemorroidal. La circulación se realiza por las arterias pudendas externa e interna" (4).

CLITORIS

"Es una pequeña masa cilíndrica de tejido eréctil y terminaciones nerviosas que se localiza en la unión anterior de los labios pudendos menores, en el punto en que estos últimos se unen al cuerpo clitoris se observa una capa de piel, el prepucio del clitoris que recubre este órgano eréctil. La porción visible del clitoris es el glande del clitoris, éste órgano es el equivalente al pene masculino" (5).

"El clitoris está provisto de una rica inervación sensitiva, los nervios hipogástrico y pudendo interno, como el simpático pélvico, le proporcionan numerosas terminaciones. La irrigación se hace por ramas de la arteria y venas pudendas" (6).

VESTIBULO Y MEATO URETRAL

La zona triangular que se encuentra entre los labios menores hacia la parte anterior, en donde se abre la uretra, es el vestibulo. Está cubierta por un delicado epitelio escamoso estratificado. El meato urinario ofrece el aspecto de una hendidura anteroposterior de una V invertida. Está cubierto por un epitelio transicional como la uretra.

El vestibulo y la uretra terminal están inervadas por el pudendo e irrigadas por la arteria y la vena pudenda.

GLANDULAS PARAURETRALES (Glándulas de Skene)

"Dentro de la uretra, en la proximidad del meato urinario, posterolateralmente dos orificios correspondientes a los conductos tubulares poco profundos de las glándulas de Skene. Estos conductos están cubiertos por células transicionales y representan el equivalente de numerosas glándulas prostáticas masculinas. La arteria y vena pudendas son las encargadas de irrigar las glándulas de Skene, como también el vestibulo y meato uretral" (7).

GLANDULAS Y CONDUCTOS VULVOVAGINALES

(Glándulas y conductos de Bartholin)

Inmediatamente por fuera el himen, y a la mitad de la altura del orificio vaginal, existen dos pequeñas aberturas a uno y otro lado. Ambas se comunican por un conducto estrecho de 1-2 cm. de largo con una pequeña glándula mucosa aplanada, situada entre un labio menor y la pared vaginal, éstas son las glándulas de Bartholin homólogas de las glándulas de Cowper en el hombre. Sus conductos están revestidos por epitelio transicional.

Ramas de la arteria, vena y nervios pudendos internos, están destinados a las glándulas de Bartholin.

HIMEN

"Es una membrana circular o falciforme, situada por dentro y muy próxima de los labios menores, y que señala la entrada de la vagina. Este tabique moderadamente elástico ocluye parcial o en raras ocasiones, totalmente el canal vaginal. El himen esta constituido por dos caras cubiertas de epitelio que encierran un tejido fibroso vascular intermedio.

Los vasos arteriales y venosos, y los nervios del himen pertenecen a los troncos pudendos y hemorroidales inferiores" (8).

1.2. ORGANOS GENITALES INTERNOS

VAGINA

Es el órgano femenino de la cópula, el extremo inferior del conducto del parto y la vía de excreción de la menstruación. La cavidad de la vagina comunica con la del útero y por abajo se abre en el vestibulo vaginal.

"La vagina es muy dilatable, especialmente en la porción situada por encima del diafragma pélvico; sus paredes anterior y posterior se hallan en contacto por debajo de la cérvix. La pared anterior, atravesada por la cérvix mide unos 7.5 cm de longitud; la posterior, unos 9 cm. ambas son muy extensibles. Las paredes laterales se hallan unidas hacia arriba al ligamento son más rígidas. El fondo de saco existente entre la porción vaginal de la cérvix y las paredes de la vagina es llamado fórnix vaginal. Aunque es continuo alrededor de la cérvix, se divide en anterior, posterior y lateral; el fórnix posterior es el más profundo y su pared se relaciona con el peritoneo del fondo del saco oterorrectal" (9).

La vagina ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto, y se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales transversos y los músculos elevadores del ano.

"La vagina está recubierta por un epitelio escamoso poliestratificado grueso con pliegues transversales en la mujer nulipara. Los nervios de esta proceden del pudendo interno, del hemorroidal y del plexo hipogástrico. La arteria vaginal, rama de la hipogastrica, irriga a la vagina en gran parte, pero también recibe éstas ramas de la vesical inferior, hemorroidal media y pudenda interna" (10).

CERVIX

La cérvix del útero fuera de la gestación es de forma cónica y moderadamente firme, de 2 a 4 cm de largo y de un diámetro externo aproximado de 2.5 cm. Un conducto central fusiforme intercomunica a la cavidad del cuerpo uterino con la vagina.

EL cuello está sostenido por los ligamentos uterosacros y los ligamentos cervicales transversos.

“La porción vaginal de la cervix está recubierta por células escamosas estratificadas. La innervación de la cervix se hace a través de los nervios sacros segundos, tercero y cuarto, y del plexo simpático pélvico. La arteria y vena cervicales, ramas principales de la circulación uterina, representan las vías de circulación fundamentales de la cervix” (11).

CUERPO Y FONDO DEL UTERO

El útero es un órgano musculoso con una cavidad central estrecha situada profundamente en la pelvis verdadera entre la vejiga y el recto. El útero ingravido de la mujer adulta mide aproximadamente 7-8 cm. de longitud y 4 cm. en su diámetro más grande. Las trompas de falopio se unen en ambos lados del útero, la porción situada por encima de las terminaciones tubarias se denomina fondo del útero, por debajo de la inserción, se halla el cuerpo uterino, el cual se continúa hacia abajo, con el segmento supravaginal de la cervix.

“Los encargados de sostener al útero son:

- Los ligamentos redondos musculosos que se originan lateralmente en el fondo uterino y termina en los labios mayores.
- Los ligamentos anchos; pliegues peritoneales amplios, que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino, a las paredes laterales de la pelvis.
- Los ligamentos uterosacros, estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el periostio del sacro.
- Ligamentos cervicales transversos.
- Músculos elevadores del ano” (12).

La pared uterina está principalmente constituida por fibras musculares lisas, entrelazadas, y que son particularmente gruesas en el fondo uterino. Esta red muscular se encuentra perforada por los vasos que la irrigan. La cavidad del útero es pequeña y está revestida por el endometrio, que prolifera, sangra, descama y se regenera periódicamente durante la vida reproductiva.

La circulación uterina se deriva de las arterias y venas uterinas y ováricas.

TROMPAS DE FALOPIO

Las trompas de falopio son un par de conductos que miden de 10 a 12 cm. de longitud y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuernos uterinos, de donde siguen en una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por debajo y en la porción medial de los ovarios. El diámetro del conducto varía entre 1 y 2 mm en los extremos, y en su porción media puede alcanzar más del doble.

El extremo está unido al ovario por una franja larga (fimbria ovarica) que mantiene la proximidad de ambos.

"Las trompas tienen dos capas de fibras musculares lisas; una externa, delgada, longitudinal; y otra profunda, circular, su mucosa (endosalpinx) es un epitelio cuboide semejante al endometrio, pero de estroma más escaso. Las trompas envueltas por un pliegue peritoneal (mesosalpinx) es una porción del ligamento ancho del útero" (13).

A los oviductos se les reconocen diferentes segmentos. Su extremidad distal, que comunica a la cavidad peritoneal por un orificio minúsculo (ostium peritoneal), posee franjas o fimbrias y es casi eréctil cuando está turgente.

La cavidad de los 2-3 cm. distales de los oviductos se conoce como infundíbulo con un segmento ensanchado de 6 a 8 cm. que es la ampolla. De ésta a la pared se estrecha el conducto, a esta porción se le designa istmo y mide 1.2 cm.

El segmento intrauterino, llamado intersticial, tiene 1 cm. de longitud aproximadamente y es la porción tubárica de luz más reducida (1mm).

La innervación de los oviductos es similar a la del útero. Las porciones proximales de las trompas toman su irrigación de la arteria uterina.

OVARIOS

Los ovarios o gónadas femeninas son un par de órganos ovoides, aplanados, firmes y blanquecinos con dimensiones aproximadas de 1.5 X 3 X 3.5 cm. localizados en la pelvis verdadera. El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis, también está en relación con el útero por el ligamento uterovárico, que es una banda fibrosa que corre en el espesor del ligamento ancho.

"El ovario está constituido de una célula germinal (óvulo) que contiene corteza y médula vascular. La corteza o capa periférica del ovario representa la tercera parte de la mitad del grosor del órgano y esta recubierto por una capa única de células cuboides, falsamente llamado epitelio germinal, debido a que no proviene de este tejido. El estroma cortical está compuesto por células fusiformes características, que rodean a numerosos y pequeños espacios vesiculosos (folículos de Degraff) situados en forma variable. La mitad o los dos tercios centrales del órgano corresponden a la zona medular del ovario, la cual está desprovista de folículos, pero contiene un estroma laxo y rica vascularización" (14).

La corteza del ovario en el neonato posee millares de óvulos en diferentes estados de desarrollo. Antes de la pubertad cada óvulo se rodea de una capa simple de células epiteliales y se denomina folículo primordial y óvulo. Estos folículos, con diámetro aproximado de 0.25 mm, contienen una célula sexual desarrollada, grande y excéntrica. La capa epitelial está formada de células granulosas. Circundan al óvulo una cavidad de líquido seroso claro.

“Después de la pubertad, los folículos primordiales pueden convertirse en folículos vesiculares o de Degraft, bajo el estímulo de la hormona gonadotrópica, estas hormonas estimulan algunos folículos en forma cíclica, iniciando la producción ovular de tal manera que cada mes aproximadamente madura un óvulo. Las células foliculares, originalmente aplanadas, se vuelven cuboides y más numerosas. A medida que se multiplican, se ordenan en dos capas: la túnica interna, que es la capa vesicular profunda; y la túnica externa, formada de células más pequeñas, planas.

Rodeando por completo al óvulo y recubriendo la cavidad o antrofolicular, se disponen las células” (15).

Alrededor de una vez por mes, se inicia el desarrollo de un pequeño número de folículos, pero únicamente 1 ó 2 folículos de Degraft logra su desarrollo completo y se rompen permitiendo la salida del óvulo. El folículo vacío, ahora llamado cuerpo lúteo, produce estrógenos y progesterona. Aquellos folículos que sólo lograron una maduración parcial y que aún conservan óvulo degeneran y desaparecen. De no haber concepción, el cuerpo lúteo degenera, ocurre la menstruación y, después de algunos meses, se convierte en una masa hialina llamada cuerpo albicante. La vascularización del ovario adulto es muy rica, de tal manera que la irrigación es muy generosa.

Las arterias ováricas, que nacen de la aorta inmediatamente después de las renales, se anastomosan por numerosas ramas con las arterias uterinas.

2

ADOLESCENCIA

El término adolescencia se deriva de la palabra latina adolescere que significa "madurar". En nuestra cultura, la adolescencia es el período intermedio entre la niñez y la edad adulta, durante el cual el individuo aprende las habilidades necesarias para florecer como adulto. (16)

La pubertad es la etapa de la vida en la cual las características sexuales secundarias comienzan su desarrollo, y la reproducción se vuelve posible. Es la etapa de los fenómenos de crecimiento físico y psicológico más importantes que experimenta el ser humano, se caracteriza por un gran aumento en la producción de hormonas sexuales. La glándula pineal, situada en el cerebro, produce hormonas llamadas gonadotropinas que estimulan las gónadas para que produzcan andrógenos y estrógenos y estos a su vez son los responsables de los cambios que se presentan en la adolescencia.

2.1. CAMBIOS FISICOS

A la llegada de la pubertad se observan grandes cambios físicos que se presentan tanto en la velocidad de crecimiento como en las características sexuales. El crecimiento repentino y los primeros indicios del desarrollo en las características sexuales secundarias marcan el principio de un período de rápido crecimiento físico cuyo ritmo sólo es inferior al que se presenta durante la niñez y la primera infancia. (17)

Cuando las glándulas sexuales maduran las diferencias sexuales entre los sexos se vuelve más notoria. Cada muchacho y muchacha tienen su período propio de transición y la gama de diferencias individuales es amplia. Las muchachas comienzan el rápido proceso de maduración alrededor de los 10 a 12 años de edad, aproximadamente 2 años antes que los muchachos. La mayor parte de los niños alcanzan su estatura completa alrededor de los 16 años.

La adolescencia es un período de "despertar sexual". La primera evidencia de la pubescencia en una muchacha la constituye el cambio que ocurre en las glándulas mamarias, las pequeñas eminencias cónicas existentes aumentan de tamaño y los pezones comienzan a proyectarse hacia el exterior, el contorno del cuerpo femenino se redondea gradualmente y la cintura de la pelvis se ensancha. Aparece vello suave, casi incoloro en pubis y axilas; posteriormente el vello púbico se engruesa y se ondula, oscureciéndose. Crece hacia abajo formando un triángulo invertido, peculiar de las mujeres.

Alrededor de 2 años después que los senos comenzaron a brotar y cerca de 1 año después de la aparición del vello púbico comienza la menstruación. La menarquía es el principio de la función menstrual en una niña.

Existe una variación considerable entre la edad en la cual las muchachas llegan a la menarquia debido a diferencias individuales, a la salud general, desarrollo de la madurez y herencia que reciben de madres y abuelas. (18)

El monte del pubis se vuelve prominente, los labios se desarrollan haciéndose más carnosos. El clitoris desarrolla rápidamente su extenso sistema de vasos sanguíneos durante esa época. La vagina adquiere un color rojo oscuro y su epitelio se engrosa permaneciendo así hasta la menopausia. (19)

2.2.CAMBIOS PSICOLOGICOS

No hay un índice preciso del comienzo ni signo neto de la terminación de los fenómenos psicosociales de la adolescencia.

Comienzan en la pubertad y continúan hasta que se logra una identidad de adulto.

Hay por lo menos tres tareas claves de la adolescencia que deben dominarse:

- Establecer independencia emocional de padres y familia.
- Sentirse cómodo con el papel de género y la sexualidad.
- Formular un papel para uno mismo como miembro adulto de la sociedad en la que vive. (20)

La adolescencia temprana es una fecha de cambios puberales impresionantes. La menstruación y la eyaculación son indicaciones manifiestas del potencial reproductor y surgen nuevas sensaciones sexuales. La preocupación por uno mismo y el aislamiento alternan con la comparación ansiosa de los cambios físicos con amigos. (21)

La capacidad fisiológica de excitación sexual y el orgasmo precede con mucho, a la pubertad en varones y mujeres y en algunos casos se presenta en etapa temprana de la niñez. Los jóvenes son informados sobre la salud sexual a medida que crecen a través de diversas fuentes, algunas de las cuales son de especial ayuda. Aún con el mejor deseo del mundo, quienes intentan instruir a los jóvenes sobre los aspectos físicos de la salud sexual tienen una tarea difícil, ya que a menudo se ven obstaculizados por los padres que no desean que sus hijos se instruyan sobre sexualidad, porque creen que de ello depende que hagan o piensen algo sexual.

Sin embargo tan importante como las restricciones, es la oportunidad de que los adolescentes tomen esos programas de enseñanza.

La sexualidad en adolescentes debe examinarse en el contexto general de la adolescencia como una etapa de la vida y más específicamente a la luz de la experiencia particular de esta fase para un individuo dado. La relación que guarda la sexualidad con tres tareas claves del desarrollo son:

- Formación de la identidad personal.
- Maduración de las relaciones interpersonales.
- Aumento del amor propio.

“Consolidar el sentido de identidad personal es, según Erikson la tarea específica de fase primaria de la adolescencia. Identidad denota la individualidad y la igualdad persistente de una persona o una cosa en el curso del tiempo y en distintas circunstancias. La identidad sexual es el componente de la identidad personal que se relaciona con el sexo. Dos componentes claves de la identidad sexual son la identidad de género y el papel sexual” (22).

Los factores genéticos y hormonales establecen la base para la identidad sexual, y la “virilidad” o “feminidad” resultantes son el sexo de la persona. Sobre esta base biológica se constituye la identidad sexual psicosocial y se da significado cultural al hecho de ser varón o mujer biológicamente hablando. Así, además de ser hombre o mujer, la persona adquiere resentimiento de ser masculino o femenina.

Estas características de la personalidad constituyen la identidad de género, la cual precede a la adolescencia. (23)

La identidad de género en el desarrollo del adolescente tiene influencia notable sobre la conducta sexual. La sexualidad tiene un papel importante para regir la autoestimación del individuo. La imagen de YO de ser una persona atractiva y deseable es regida de manera importante por ventajas y desventajas sexuales. Aunque no hay mucho que hacer para modificar radicalmente el YO físico, puede ayudarse al adolescente a comprender que la persona que habita el cuerpo es la que brinda la atracción erótica. (24)

3

CICLO MENSTRUAL

La menstruación consiste en la expulsión periódica de sangre, líquido tisular, moco y células epiteliales; son expulsadas aproximadamente de 25 a 10 ml.

El intervalo entre los períodos menstruales varía de acuerdo con la edad, el estado físico y emocional además del medio ambiente. El ciclo menstrual normal se considera comúnmente de 28 días, pero intervalos de 24 y 32 días están dentro de la normalidad si no existe una irregularidad acentuada concomitante de los ciclos. La duración promedio del período menstrual es de 3 a 7 días, pero también está sujeta a variaciones.

La expulsión del material con predominio sanguíneo tiene relación con cambios endometriales que comprenden degeneración de la capa funcional y aparición de pequeñas zonas hemorrágicas, hay expulsión del contenido de las glándulas uterinas, colapso de las mismas y expulsión del líquido tisular. (25)

"Durante la menstruación también tiene lugar el ciclo ovárico y se inicia el desarrollo de los folículos primarios.

Durante los primeros días de la menstruación unos 20 a 25 folículos primarios se inician la producción de cantidades mínimas de estrógeno, en los 4 ó 5 días siguientes se transforman en folículos ováricos secundarios (de Graaf maduros) conforme las células de la capa circundante se incrementan, se diferencian y secretan líquido folicular el cual hace que el óvulo se desplace hacia los bordes de los folículos ováricos secundarios y la producción de estrógenos produce un aumento a nivel sanguíneo" (26).

El desarrollo de los folículos es el resultado de la secreción del factor de liberación de la hormona foliculo estimulante (FSH) por parte del hipotálamo, lo cual estimula la producción de dicha hormona por el lóbulo de la hipófisis. (27)

3.1. FASE PREEVULATORIA

Segunda fase del ciclo menstrual, es la medidora entre la menstruación y la nueva ovulación.

La FSH y la hormona luteinizante (LH) estimulan la producción de estrógenos por los folículos ováricos lo que provoca la regeneración del endometrio; mientras que por mitosis, la capa basal forma una nueva capa funcional. A esta fase se le conoce también como proliferativa por el incremento de células endometriales que tiene lugar en esta fase. Un tercer nombre es de fase folicular por el aumento en la secreción de estrógenos por los folículos en desarrollo. (28)

En los primeros días de esta etapa, la FSH es la que secreta en mayor cantidad el lóbulo anterior de la hipófisis. En esta fase son los estrógenos la hormona ovárica predominante.

3.2. FASE OVULATORIA (ovulación)

“La ovulación es la ruptura del folículo ovárico maduro y el desprendimiento del óvulo. Poco antes de la ovulación la concentración elevada de estrógenos inhibe al factor hipotalámico de liberación de FSH, y a su vez hace que se interrumpa su secreción de FSH y se incrementan los estrógenos y LH. Posteriormente a la ovulación el folículo se colapsa y se forma el cuerpo hemorrágico que finalmente es absorbido por las células foliculares que con el tiempo forman el cuerpo lúteo” (29).

3.3. FASE POSTOVULATORIA

Esta fase es la de duración más constante. “La concentración sanguínea de estrógenos disminuye después de la ovulación y con la secreción de LH se estimula la formación de cuerpo lúteo que libera cantidades crecientes de estrógenos y progesterona que es la responsable de preparar el endometrio para recibir al huevo fecundado, como es notorio la hormona predominante en esta fase es la progesterona” (30).

El aumento en la concentración de progesterona y estrógenos derivados del cuerpo lúteo inhibe la secreción del factor liberador de LH y de la propia LH, en caso de no haber fecundación ni implantación; por lo que el cuerpo lúteo degenera y se vuelve cuerpo blanco consecuentemente disminuye la concentración de estrógenos y progesterona iniciando así otro ciclo menstrual. (31)

3.4. MITOS SOBRE LA MENSTRUACION

La aparición de la primera menstruación marca un momento especial para la joven que de niña pasa a ser mujer. Biológicamente a madurado, y esto trae implicaciones psicológicas, sociales y culturales, las cuales han estado presentes desde etapas primitivas de la sociedad.

En los patrones actuales sociales no difieren mucho los mitos y tabúes de culturas ancestrales y primitivas. En muchas culturas es y ha sido motivo de ritos y ceremonias especiales, esto hace que la adolescente esté consciente de que sus cambios biológicos forman parte de una tradición y cultura socialmente aceptados; ya que es mujer, ya está capacitada para reproducirse.

Un ejemplo interesante lo encontramos en la cultura maya "cuando las niñas llegaban a los cuatro años de edad participaban en una ceremonia referente al sexo y la virginidad, a esta ceremonia se le denominaba *caputzihil*, que significa nacer de nuevo. Al llegar a la pubertad, con la iniciación de la menstruación se efectuaba un rito especial denominado *emku*, y desde ese momento las jóvenes eran consideradas casaderas. En este ejemplo, el matrimonio lo marca un hecho biológico: la menstruación" (32).

La conducta que observamos en diferentes culturas, es la abstinencia sexual durante la menstruación; esto tiene orígenes muy antiguos; partían de la base falsa de que, si la concepción ocurría durante la menstruación el hijo sería un monstruo o tendría muchas anormalidades. Este rechazo lo encontramos en nuestra cultura, no sólo de parte de la mujer sino también por el hombre. Los orígenes de estos tabúes no son claros y tienen explicaciones diversas; por ejemplo, la conducta hacia la mujer menstruante, podría explicarse según la antropología, como el temor del hombre primitivo por la sangre. Esto nos puede mostrar la importancia que en la mujer a través de los siglos y la tradición tiene la menstruación; está ligada a tabúes sexuales, a los espíritus malignos, a las impurezas, y relaciona varios aspectos de su vida con el hecho de menstruar. (33)

Las creencias que más dominan en nuestros tiempos es el hecho de restringir ocupaciones y actividades habituales durante los días de sangrado, así como evitar el consumo de irritantes sin embargo el acuerdo general entre los médicos y personal de salud es que la mujer debe realizar sus ocupaciones de manera habitual. El participar en los deportes, tomar un baño de regadera y lavarse el cabello con champú durante esta época no daña los órganos reproductores. Tampoco provocará daño el comer limones y picante, o el tomar bebidas frías, todo esto es mitología sin base alguna. (34)

Retomando el tema del coito durante la menstruación, en la actualidad es sabido que no existe razón alguna para abstenerse de la relación sexual en los días de sangrado. La investigación de Masters y Johnson ha demostrado con claridad que el temor de sufrimiento físico que pudiera tener la mujer que menstrúa durante el coito es infundado y que además la actividad sexual durante este período tiene efecto opuesto en la mujer, es decir, puede proporcionar alivio del dolor o del malestar menstrual. (35)

Por lo anterior es del todo entendible que cuando la mujer pierde su menstruación puede entrar en una etapa de crisis; y que aún en la actualidad, con los conocimientos que se tienen del ciclo hormonal de la mujer y con las formas de tabúes menstruales que han surgido y seguirán a la mujer a través de los años.

3.5. DISMENORREA

Se denomina dismenorrea a la menstruación dolorosa, resultante de contracciones del útero.

Existen dos tipos de dismenorrea, primaria y secundaria. Esta última se debe a enfermedades pélvicas identificables como endometriosis, adenomiosis, infección pélvica con afección de trompas de falopio y ovarios, y algunos miomas.

“La dismenorrea primaria es aquella que no está asociada a ningún trastorno identificable en vías genitales, por lo general se presenta en el primer ciclo después de la menarquia. Es un trastorno común que afecta al 35% en promedio de todas las adolescentes, generalmente, el dolor es tipo cólico surge del abdomen inferior, y se puede irradiar hacia espalda y muslos” (36).

En ocasiones la dismenorrea es acompañada de diversos síntomas como náuseas, vómito, diarrea, cefalea, fatiga y nerviosidad, así como angustia, tensión y depresión.

En un estudio realizado en Guadalajara y León, se investigó la frecuencia y severidad de los síntomas físicos y emocionales en adolescentes. Los síntomas más frecuentes fueron: distensión abdominal, acné, aumento del apetito, dolor bajo de espalda, polodipsia y síntomas emocionales relacionados con depresión tales como fatiga, deseo de quedarse en casa, deseos de estar a solas y ansiedad” (37).

Se sabe que la dismenorrea primaria es el resultado de una disminución en las concentraciones de estrógenos y progesterona lo que causa disminución del endometrio y liberación de prostaglandinas, las cuales en cantidad excesiva producen un aumento de las contracciones uterinas, lo que ocasiona una reducción en el riesgo sanguíneo uterino e isquemia del miometrio.

Los otros síntomas de la dismenorrea ya mencionados, pueden derivarse del estímulo de contracción que ejercen las prostaglandinas sobre las fibras musculares no estriadas del estómago, intestino y vasos sanguíneos cerebrales. (38)

“Al igual que con otros tipos de dolor, en la dismenorrea puede haber ansiedad, temor o culpa. Además, el estrés de origen interno o externo puede afectar el umbral al dolor. Dentro del tratamiento de la dismenorrea se recomienda la actividad física durante la menstruación, el ejercicio moderado puede ayudar a aliviar los síntomas. La atención cuidadosa a la dieta (comer más granos enteros, vegetales, frutas y menos o nada de sal, cafeína y azúcar) ha sido útil en algunas mujeres; son eficaces la relajación y el masaje” (39) Los síntomas de la dismenorrea comienzan de 2 a 24 horas antes que surja la menstruación, se agudiza al aparecer ésta y dura de 12 a 24 horas más

4

ACTIVIDAD FISICA EN LA MENSTRUACION

Las niñas inician la pubertad aproximadamente dos años antes que los niños. Esto da a la niña púber de la misma edad cronológica pero de maduración más avanzada una ventaja temporal en los esfuerzos físicos que requieren de habilidad y fuerza.

Los efectos del ejercicio sobre el desarrollo de la pubertad y la edad de la menarquía deben ser examinados en relación con los factores y variaciones ambientales tales como el estado nutricional, el nivel socioeconómico, la altitud y el componente genético de cada mujer.

La menstruación puede ser una discapacidad para la realización de actividad física, se ha sabido que durante la menstruación las atletas tienen un desempeño deficiente y bajo rendimiento en pruebas que requieren resistencia; este problema ha llevado al uso de anticonceptivos orales para evitar la menstruación durante competencias atléticas a niveles importantes. (40)

La menarquía se ha observado que se produce a una edad significativamente más tardía en las deportistas jóvenes que en sus compañeras no deportistas, se ha observado que de entre 11 y 14 años experimentaban una aparición más tardía de la menarquía que las jóvenes sedentarias.

Las buceadoras, las patinadoras artísticas y las gimnastas son quienes experimentan menarquias más tardías, estudios realizados indican que las niñas que se someten a entrenamientos deportivos intensos alcanzan la menarquía más tarde que la población relativamente inactiva y que las mejores tienen la menarquía más tarde que aquellas que no se entrenan tan intensamente, esto es debido a los bajos valores de grasa corporal que tienen las atletas ya que la intensa demanda de energía en los entrenamientos modula la actividad del hipotálamo y da como resultado una menarquía tardada. (41)

Se han presentado hipótesis para explicar la asociación aparente entre el entrenamiento deportivo intenso y una mayor edad para la menarquía. La primera hipótesis es la del peso corporal crítico sobre la grasa corporal, esta hipótesis fue propuesta por Frisch en 1980. Frisch cree que el entrenamiento deportivo causa una reducción de la grasa corporal, lo cual, combinado con restricciones dietéticas ocasiona un adelgazamiento excesivo que da lugar a una disminución de la concentración y potencia de los estrógenos circulantes. Esto, sugirió debilita la función del hipotálamo, provocando un retraso en la menarquía o una interrupción de la menstruación. (42)

Se sabe, por estudios realizados, que la amenorrea y la oligomenorrea son más frecuentes en deportes que exigen esfuerzos físicos intensos. La dismenorrea es más frecuente en nadadoras que entre participantes de otros deportes. (43)

4.1. DISMENORREA Y DEPORTE

La dismenorrea es una de las molestias ginecólogas más comunes. Se estima que más de un 50% de las mujeres menstruantes experimentan dismenorrea de forma regular, un 10% aprox. sufren síntomas agudos con incapacitación de 1 a 3 días cada mes. Esto significa que pueden perderse 600 millones de horas laborales y/o escolares anualmente. Así pues, la dismenorrea es una enfermedad significativamente importante.

La dismenorrea se produce cuando no existe una patología pélvica microscópicamente identificable, se inicia normalmente entre los 12 y 16 meses después de la menarquia, cuando los ciclos ovulatorios se han establecido. Durante muchos años la dismenorrea fue tratada como psicósomática, como la reacción de una mujer neurótica, o como algo que era " la cruz en la vida de la mujer" hoy en día, se admite que el dolor menstrual seriamente incapacitante no es normal y no precisa ser tolerado.

Se sabe que el ejercicio proporciona alivio a la dismenorrea primaria ya que el ejercicio lleva aparejado niveles más altos de una clase de péptidos opiáceos del plasma conocidos como endorfinas. Tales péptidos alivian el dolor al transmitirlo a receptores narcotizados, jugando así un papel importante en la reducción del dolor menstrual. Se ha sugerido también que el entrenamiento puede llevar aparejado una mayor tolerancia al dolor. Si esto es así, la deportista sería menos consciente de las dismenorreas ligeras. (44)

4.2.SINDROME PREMENSTRUAL

El síndrome premenstrual (SPM) incluye síntomas como ansiedad, depresión, irritabilidad, dolor de cabeza, tensión mamaria, retención hídrica, edema periférico, distensión abdominal y aumento del apetito. Algunos de estos síntomas son experimentados alguna vez por casi todas las mujeres en edad reproductiva. La intensidad y regularidad de estos síntomas marca a la mujer con SPM.

Los efectos del ejercicio sobre el SPM no son muy claros; generalmente las mujeres que hacen ejercicio de una forma regular experimentan menos síntomas, pero algunas de ellas continúan informando padecer el SPM a pesar de ejercitarse regularmente. Puede ser que el aumento en la sangre de las endorfinas que se produce con el ejercicio libere algunos síntomas premenstruales. (45)

5

DOLOR

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes por el que se busca atención médica. Clínicamente al dolor se le estudia su localización, intensidad, cualidades, duración y fenómenos generales asociados. Al experimentar esta sensación se activan reacciones de escape inminente al estímulo que lo produce, se trata de eliminar la causa que lo origina, ó, al menos disminuir su intensidad. Se ha observado que la experiencia individual puede asociarse al miedo, ansiedad y/o depresión.

"El dolor es una experiencia común en los seres humanos que produce diversas consecuencias físicas y patológicas; también tiene diferentes definiciones. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define al dolor como la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. Esta definición se refiere básicamente a la experiencia humana. El dolor también se ha estudiado experimentalmente y se ha denominado nocicepción. La asociación internacional para el estudio del dolor, ha definido a la nocicepción como la experiencia sensorial aversiva causada por un daño actual o potencial que produce reacciones motoras o vegetativas de protección, capaces de modificar ciertas conductas propias de la especie, incluyendo la conducta social" (46).

5.1. FISILOGIA DEL DOLOR

Los receptores del dolor son terminaciones ramificantes de las dendritas de algunas neuronas sensoriales, están presentes en casi todos los tejidos del cuerpo y suelen ser excitados por cualquier tipo de estímulo tales como el tacto, presión, calor y/o frío que a alta intensidad originan dolor; otros tipos de estímulos para el dolor incluyen: distensión o dilatación excesiva de un órgano, contracciones musculares durante un periodo largo, espasmos musculares, y/o riego insuficiente de un órgano.

Los receptores del dolor cumplen una función protectora al identificar cambios que pueden causar lesión, tales receptores presentan escasa o nula adaptación ya que si ésta fuera mayor, el dolor pasaría inadvertido y se causarían daños irreparables. (47)

En el sistema nervioso central se revisa el papel de las hastas dorsales de la médula, el tálamo y la corteza cerebral en la transmisión del dolor. Los impulsos sensoriales relacionados al dolor, se transmiten al sistema nervioso central (SNC), a través de los nervios craneales y espinales.

"Los tractos espinotalámicos laterales de la médula espinal transmiten los impulsos al tálamo, estructura de relevo que a su vez los conduce al giro poscentral del lóbulo parietal. La identificación del origen y la intensidad de la mayor parte de las sensaciones dolorosas se lleva a cabo en la corteza cerebral" (48).

En el diencefalo se proponen 3 regiones con la identificación del estímulo, la respuesta aversiva y el reconocimiento del estímulo doloroso como tal.

Se puede dividir el dolor en dos tipos:

1. Dolor somático, el cual resulta de la estimulación de receptores cutáneos, o de la estimulación de los receptores presentes en músculos esqueléticos, articulaciones, tendones y aponeurosis.
2. Dolor profundo, se origina por estimulación de los receptores en vísceras.

5.2. MECANISMOS DEL DOLOR

La aplicación de estímulos nocivos de tipo mecánico, térmico, químico, eléctrico, etc. en los tejidos produce la activación de los receptores sensoriales periféricos al dolor o nociceptores.

El conocimiento detallado de la transmisión periférica del dolor se ha derivado de los estudios realizados a los nervios periféricos, los cuales tienen una organización y transmisión compleja de diferentes funciones que incluyen las motoras y las automáticas así como las sensoriales. Los nervios periféricos están compuestos por poblaciones de axones con diámetros diferentes; a mayor diámetro, mayor velocidad de conducción.

“Se ha propuesto que los nociceptores son activados directamente por los estímulos nocivos; así mismo se ha observado que diferentes sustancias químicas producidas en el sitio involucrado al dolor pueden activar o actuar como intermediario al sensibilizar los nociceptores. Algunas sustancias activan directamente al nociceptor, como las bradiquininas, las cuales estimulan la producción y liberación de prostaglandinas” (49).

La activación de las fibras aferentes por medio de la bradiquininas también causa la liberación de péptidos que contribuyen a la sensibilización y a la hiperalgesia.

La información sensorial se transmite desde la médula espinal al encéfalo por medio de dos vías generales:

1. Los funículos o columnas blancas de los que llegan a la corteza cerebral existen por lo menos tres elementos. La neurona de primer orden o neurona I conecta al receptor con la médula espinal y la médula oblongada. El cuerpo celular de la neurona I se localiza en el ganglio espinal y establece sinápsis con la neurona de segundo orden o neurona II, esta última conecta al bulbo

con el tálamo y su cuerpo celular esta situado en los núcleos cuneiformes y grácil del bulbo. En el tálamo se establece la sinápsis con la neurona de tercer orden o neurona III, cuyas fibras llegan al área somestésica de la corteza cerebral.

2. Las vías espinotalámicas, consisten en por lo menos tres elementos, la neurona I, conecta a los receptores del cuello, tronco y miembros con la médula espinal, establece sinápsis con la neurona II cuyo cuerpo celular se localiza en el cuerpo posterior de la médula espinal. En el tálamo se establece la sinápsis con la neurona III, y el axón de ésta última se dirige al área somestésica de la corteza cerebral.

Las vías espinotalámicas transmiten impulsos sensoriales con relación al dolor (50)

6

MASAJE

... ..

6.1. HISTORIA DEL MASAJE

Al parecer en tiempos prehistóricos, los humanos sentían un instinto poderoso en tocar o golpear el cuerpo cuando éste se hallaba aquejado de alguna dolencia a fin de consolar al enfermo o acelerar su recuperación.

Los orientales empleaban una combinación de masaje y gimnasia hace 3,000 años A.C. "Un tratado médico conocido como NeiChing contiene las referencias chinas más antiguas al masaje. Los libros hindúes del Ayur Veda, escrito alrededor de 1800 A.C. mencionan al masaje como sobeo y lavado que recomendaban para ayudar al cuerpo a sanar por sí mismo". (51)

Los doctores griegos creían firmemente en los beneficios del masaje. Homero, Herodoto, Hipócrates, Sócrates y Platón, elogiaron la práctica del masaje. En la Odisea, Homero describe los poderes restaurativos que tenían las unguentos de aceite sobre los exhaustos héroes guerreros. Herodoto declara que el masaje puede curar la enfermedad y conservar la salud, mientras que Hipócrates creía que todos los médicos debían aprender a aplicar masaje" (52).

Los escritos de Platón y Sócrates hacen referencia al uso y a los excelentes resultados del masaje.

"En la Edad Media el masaje perdió su posición privilegiada entre la profesión médica. El cristianismo, al dar tanta importancia al ser espiritual, creó una tendencia hacia la exclusión de las cuestiones mundanas como el placer del bienestar físico" (53).

El Renacimiento consiguió un renovado interés por el cuerpo y la salud física. Revivieron muchos de los acontecimientos de las civilizaciones orientales, griegas y romanas. El masaje empezó a ganar popularidad y a desarrollarse en forma de ciencia.

Pare y Mercurialis (Siglo XVI y XVIII) fueron médicos que integraron ampliamente el masaje dentro de sus prácticas médicas. Mercurialis, médico Italiano, escribió un célebre tratado sobre masaje y gimnasia que le valió gran fama y un puesto destacado entre los médicos más prestigiados de Italia.

En los años treinta, varios médicos y científicos contribuyeron a darle al masaje el lugar relevante que actualmente ocupa en el ámbito de la medicina moderna.

6.2. EFECTOS FISIOLÓGICOS DEL MASAJE

El masaje constituye una técnica para liberar tensiones y mejorar mecánicamente aspectos como la circulación, y el drenaje linfático.

Cualquier movimiento del masaje efectuado sin precipitación y con cariño suele producir un efecto de relajación. Observamos un elemento físico y emocional de liberación de tensiones acumuladas al recibir un buen masaje. Los músculos se relajan y la circulación mejora, las tensiones desaparecen; a través de todos éstos cambios se estimula y se contribuye activamente a una desintoxicación.

Otra forma de masaje sirve de métodos de presión específicamente que son útiles a la hora de neutralizar posibles puntos de dolor, quizá en algunas ocasiones, una ligera y agradable sensación de "tirón" pero nunca de dolor.

En el masaje de relajación no existe límite ni frecuencia con la que se puede recurrir a ésta técnica. Los métodos de drenaje linfático se aplican con el fin de agilizar la circulación del líquido linfático, que auxilia a la eliminación de restos tóxicos a través de las redes linfáticas y conductos que se encuentran debajo de la piel. Esto se logra a través de una serie de movimientos lentos breves y suaves.

El masaje de la medicina, ya ocupa un sitio permanente en la prevención de algunas enfermedades y de la salud en general. Combinando con otras actividades como el ejercicio o el sauna, el individuo podrá mantenerse en buenas condiciones. Pero su mayor aplicación está en el tratamiento del desgaste degenerativo de las articulaciones, de las extremidades y de la columna vertebral, "así como el tratamiento de alteraciones dolorosas del metabolismo y de la tonicidad de la musculatura, donde el masaje se aplica, frecuentemente acompañado de tratamientos a base de calor y de ejercicios físicos.

El masaje se utiliza también en traumatología, cirugía y en el terreno de la fisioterapia para ayudar al paciente a restablecerse, mientras forma parte de su vida diaria hasta que logre la completa recuperación" (54).

Es comprensible que el masaje no ayude con el mismo éxito en cualquier tipo de padecimientos. Por lo tanto, conviene distinguir los casos en los que el masaje es una terapia optativa de aquellos en los que sólo se cumple una función de apoyo.

El masaje ha dado resultados positivos durante el tratamiento de ciertos padecimientos, como dolores musculares en la nuca, que pueden manifestarse como consecuencia de prolongados trabajos de escritorio.

El masaje ha logrado buenos resultados en el tratamiento de muchos trastornos neurovegetativos. Cuando el masaje tiene como finalidad estimular la irrigación sanguínea y el metabolismo así como aliviar dolores ocasionados por fenómenos de desgaste degenerativo en las articulaciones y en la columna vertebral, es necesario tener conocimientos especializados.

EFFECTOS SOBRE LA PIEL

La piel es la primera estructura receptora de las maniobras manuales del masaje. A la acción mecánica de las manos del masajista, se produce una vasodilatación activa e hiperemia local de mayor a menor intensidad; esta vasodilatación produce un aumento de la sangre circulante por lo que se origina un incremento de las funciones propias de la piel; del músculo subyacente y de la transmisión de las sensaciones cutáneas al Sistema Nervioso Central (SNC).

Sobre las funciones de la piel el masaje va a originar:

- * Liberación de la histamina, que origina una vasodilatación capilar con el enrojecimiento local y posteriormente regional.
- * Aumento de la transpiración.
- * Aumento de la secreción sebácea y sudorípara al desobstruir los orificios excretores de salida y aumenta la acción protectora glandular.
- * Absorción de cuerpos grasos, de allí la utilidad de ciertos preparados utilizados en el masaje.
- * Activa la nutrición de las células dérmicas.
- * Aumenta la temperatura local de uno a 3°C según la intensidad y tiempo del estímulo.
- * Favorece la eliminación de sustancias de desecho de la piel y la descamación.

EFFECTOS SOBRE EL MUSCULO

La manipulación ejercida sobre la piel en la zona que existe tejido muscular estriado, ocasiona variación en sus 3 propiedades básicas (tono, elasticidad, contractibilidad), el flujo sanguíneo reduce tono muscular y aumenta la elasticidad y contractibilidad.

La vasodilatación e hiperemia consecuente a éstos estímulos, origina en primer lugar un aumento del nivel de saturación de oxígeno en la sangre arterial, aumenta el contenido de hemoglobina y glóbulos rojos y la salida de catabolitos procedentes de la contracción muscular (ácido pirúvico, ácido láctico). De esta forma el músculo recupera su capacidad contráctil más rápidamente, aumenta la sensación dolorosa y se obtiene la relajación final. Estas acciones son variables

según el tipo y la intensidad del masaje de tal forma que un masaje superficial tiene poco efecto sobre las masas musculares y su aparato vascular. Unas presiones profundas perpendiculares a las fibras musculares, actúan preferentemente como estimulantes del músculo, aumenta una contractibilidad y un amasamiento lento con presiones suaves y profundas siguiendo la dirección de las fibras musculares facilitando la relajación.

EFFECTOS SOBRE LA CIRCULACION GENERAL

El masaje actúa sobre los tres niveles circulatorios es decir, sobre la circulación arterial, venosa y linfática.

CIRCULACION ARTERIAL

El efecto del masaje origina un estímulo del flujo sanguíneo a nivel arteriolar y arterial; una aceleración circulatoria que provoca los fenómenos de rubicundez de la zona tratada, por dilatación de los vasos periféricos es más intenso cuanto más constante y profundo es el estímulo aplicado.

CAPILARES SUPERFICIALES

Si el masaje es superficial actúa a un primer tiempo como vasoconstrictor para inmediatamente provocar una vasodilatación, por lo tanto la circulación capilar está aumentada.

CIRCULACION VENOSA

Favorece el retorno sanguíneo si el masaje es aplicado en sentido centripeto, aumenta la acción de las válvulas. Esta aceleración de la circulación venosa, supone un estimable efecto favorable en los trastornos venosos periféricos en la circulación de retorno.

CIRCULACION LINFATICA

Favorece el vaciamiento y la reabsorción de líquidos tisulares mejorando el éxtasis vascular. De este modo el masaje linfático favorece la salida de material tóxico del área lesionada y edematizada.

EFFECTOS SOBRE ESTRUCTURAS NERVIOSAS PERIFERICAS

El masaje actúa sobre la sensibilidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, es decir disminuye la percepción del dolor con sensación de sedación.

- * Aumenta la excitabilidad de los nervios motores de forma que aumenta el tono y facilita la contracción muscular; este efecto se potencia si las maniobras son bruscas, rápidas y energicas.
- * Contribuye a mejorar la nutrición de los nervios periféricos.
- * La disminución de la sensibilidad y estimulación de la contracción muscular, favorece secundariamente la relajación refleja, e indirectamente la relajación psíquica al disminuir el dolor y la tensión.
- * Disminuye la estesia táctil al desbloquear parcialmente las terminaciones sensitivas dérmicas.

6.3. BENEFICIOS QUE PROPORCIONA EL MASAJE

- * Disminuye la intensidad del dolor y a veces lo elimina. En algunos casos la sensación dolorosa se transforma en otra más aceptable, por ejemplo, un cambio de dolor agudo a una sensación de calor.
- * Alivia el espasmo muscular secundario a una irritación de la raíz nerviosa, es decir interrumpe el círculo vicioso de espasmo muscular, isquemia, dolor y más espasmo muscular.
- * Aumenta la actividad física y la capacidad para realizar los ejercicios terapéuticos debido al alivio de espasmo muscular y/o la disminución cutánea distrae el dolor, promueve la relajación general y disminuye la ansiedad.
- * El inicio y la duración del alivio del dolor puede incluir el periodo durante la estimulación y/o un periodo después de esta" (55).

Los efectos del masaje corporal superficial son por lo general tranquilizantes y relajantes, tanto física como mentalmente. El masaje disminuye el dolor principalmente mediante la relajación de los músculos. Aumenta la circulación capilar y mejora la circulación general.

La forma en que se da el masaje es colocando al receptor en decúbito ventral, con los ojos cerrados, brazos y piernas estiradas y los tobillos sobre un molote hecho de tela. El emisor debe colocar sus manos sobre la cintura del receptor, ejerciendo presión suave y realizando un movimiento de vaiven; posterior a esto, se efectua una presión sobre los glúteos del receptor con el pie del emisor, con esto se realiza un masaje profundo sin cansar al emisor y sin lastimar al receptor, provocando así una relajación y disminución del dolor. El masaje se puede aplicar a cualquier mujer que presente dismenorrea, en el momento de padecerla.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENSON RALPH. Manual de ginecología y obstetricia, pág. 7
2. QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO. Tratado de anatomía humana, pág. 324
3. JACOB STANLEY. Anatomía y fisiología humana, pág. 603
4. Ob Cit 1 pág. 8
5. TORTORA GERARD J. Principios de anatomía y fisiología, pág. 930
6. Ob Cit 1 pág. 10
7. Ob Cit 1 pág. 11
8. Ob Cit 3 pág. 606
9. Ob Cit 2 pág. 325
10. Ob Cit 1 pág. 13
11. JACOB STANLEY. Anatomía y fisiología humana, pág. 606
12. Ob Cit 1 pág. 15
13. Ob Cit 1 pág. 16
14. TORTORA GERARD. Principios de anatomía y fisiología, pág. 938
15. Ibidem. pág. 939
16. HURLOCK ELIZABETH B. Psicología de la adolescencia, pág. 572
17. McCARY LESLIE. Sexualidad humana, pág. 27
18. Ibidem pág. 28
19. Ibidem pág. 29
20. Clinicas pediátricas de Norteamérica, pág. 163
21. Ibidem pág. 164
22. Ibidem pág. 165
23. Ob Cit 17 pág. 535
24. Ob Cit 18 pág. 32
25. PERNOLL MARTIN. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstetrico, pág. 104
26. WILLSON J. ROBERT. Ginecobstetricia, pág. 81
27. Ibidem pág. 82
28. Ibidem pág. 83
29. WILSON J. Ginecobstetricia, pág. 86-87
30. BECK C. ALFRED. Práctica de obstetricia, pág. 201
31. Ibidem pág. 203
32. GANTUS MERAY VICTOR. La segunda edad de la mujer, pág. 22
33. Ibidem pág. 23
34. WILSON SHAEF ANNE. La mujer en un mundo masculino, pág. 94
35. Ibidem pág. 96
36. CARNEIRO LEAO ANTONIO. Adolescencia, sus problemas y educación, pág. 113.

37. M.C. MARIA RAQUEL HUERTA. Sintomas de adolescentes de dos ciudades de México y su asociación con el ciclo menstrual. pág. 19
38. Ob Cit 36 pág. 115
39. Ob Cit 36 pág. 116
40. ASTRAND PER-PLOF. Fisiología del trabajo físico. pág. 518
41. CHRISTINE L. WELLS. Mujeres, deporte y rendimiento. pág. 150
42. Ob Cit 40 pág. 140
43. Ob Cit 40 pág. 143
44. Ob Cit 41 pág. 159
45. Ob Cit 41 pág. 163
46. OMAÑA IMELDA. Estudio y tratamiento del dolor. pág. 48
47. TORTORA GERARD. Principios de anatomía y fisiología. pág. 924
48. Ibidem pág. 925
49. Ob Cit 46 pág. 51
50. TORTORA GERARD. Principios de anatomía y fisiología. pág. 428 y 429
51. OVIDIA WEST. Guía práctica del masaje. pág. 16
52. Ibidem pág. 17
53. Ibidem pág. 18
54. MASAJE UNAM. Introducción al masaje. pág. 19
55. Mc CAFFERY MARGO. Dolor. Manual clínico para la práctica de enfermería. pág. 78

VII

RESULTADOS

Una de las manifestaciones de los cambios hormonales que se presentan en la adolescente es el inicio de la menstruación a la cual se le denomina menarca y oscila entre los 12 y 13 años de edad. En el estudio realizado se encontró que el 33.96% presentan la menarca a los 12 años teniendo 11.33% dolor severo y 10.37% dolor leve y moderado y 1.89% dolor incapacitante; en el 24.53% de las adolescentes del estudio se presenta la menarca a los 11 y 13 años, presentando el 12.26% dolor severo en el grupo de los 11 años, mientras que el mayor porcentaje en el grupo de 13 años tiene dolor moderado con 10.37% y el 0.94% representa el dolor incapacitante en el rubro de los 11 años, la presencia de menarca a los 14 años tiene el 8.49% siendo el 4.72% el dolor moderado y el 1.89% dolor severo e incapacitante; el 4.72% representa a la edad de 10 años teniendo el 1.89% en el dolor severo y moderado, el 0.94% en dolor leve; el 3.77% representa la edad de 9 años siendo el 1.89% en dolor moderado y 0.94% en severo e incapacitante, por lo que podemos decir que la edad de inicio de la menarca es un factor predisponente para la dismenorrea. (Ver cuadro no. 1 pág. 41). Las edades antes mencionadas marcan un notable cambio en el crecimiento y desarrollo de las adolescentes, sin embargo, en ocasiones no se les informa ampliamente a los jóvenes la evolución que van a presentar por lo que actualmente se observa que las autoridades educativas se han preocupado porque el joven (hombre o mujer) conozca los cambios surgidos en la adolescencia como es la aparición de la menstruación, así observamos que el 93.40% si tienen conocimiento de la menstruación, de estas el 37.74% presentan dolor severo, el 36.79% dolor moderado, 16.98% dolor leve y el 1.89% dolor incapacitante, con el 6.60% se encuentra quien no conocía lo que era la menstruación antes de que ésta empezará siendo el 3.77% dolor incapacitante el 1.89% dolor moderado y el 0.94% dolor leve (Ver cuadro no. 2 pág. 42).

Por lo observado cabe mencionar que el no conocer aspectos relacionados con la menstruación si afecta a las adolescentes. Esto puede ser por el hecho de que las madres y la familia en general sienten vergüenza de hablar de ciertos temas que implican involucrar la sexualidad de un individuo, estas restricciones se nos van creando conforme vamos creciendo ya que desde que nacemos empezamos a recibir información de todo lo que nos perjudica, el mejor transmisor de esta información durante la infancia es el núcleo familiar, de todo lo que aprende un niño éste va creando sus propios conceptos y criterios de acuerdo a la forma en que se conduce la familia y el individuo, posteriormente, también el núcleo escolar va a ser parte fundamental en la formación del carácter de la persona a esto le podemos llamar identidad personal y va muy ligado a la identidad sexual que cada individuo adquiere en su formación y que va a ser decisivo para su vida adulta.

Dentro del estudio realizado podemos observar que el 91.50% de las adolescentes están identificadas plenamente con su sexo, de las cuales el 38.68% tiene dolor moderado, 35.85% dolor severo y 16.98% dolor leve. El 8.50% es representativo de las adolescentes que no sienten agrado de ser mujer de éstas el 5.67% se encuentra en dolor incapacitante, 1.88% dolor severo y el dolor leve esta representado con el 0.94% (Ver cuadro no. 3, pág. 43).

De lo anterior se puede decir que la identidad sexual de las adolescentes si influye en que se presente o no la dismenorrea, ya que si observamos los porcentajes el mayor lo ocupa el grupo de adolescentes con dolor incapacitante y severo que no están de acuerdo en ser mujeres, ellas comentan que alguna vez sus padres les mencionaron el deseo de que hubiesen sido varones. Sin embargo el hecho de ser de un sexo u otro no limita la superación personal y esto lo podemos observar en nuestra sociedad en donde actualmente la mujer abarca un gran número de actividades que anteriormente se consideraban exclusivas del sexo masculino. Dentro de la sociedad la mujer es un individuo altamente productivo, pero por la naturaleza propia del sexo femenino hay personas que al presentar molestias durante su periodo menstrual, específicamente dismenorrea, se ve disminuido su rendimiento laboral y en las adolescentes afecta al aprovechamiento escolar, esto se presume, es causa del estrés que origina el hecho de estar menstruando y todos los detalles que hay que cuidar para no sufrir "accidentes". Todo lo anterior da como resultado que la mujer rechace su periodo menstrual como característica de su sexo.

De las adolescentes del estudio se encontró que el 37.74% presentan dolor moderado, el 34.91% dolor severo, el 12.26% dolor leve y el 2.83% dolor incapacitante. Todos los porcentajes anteriores representan al grupo de adolescentes que si aceptan la menstruación como característica propia de su sexo. Del grupo de las que no lo aceptan encontramos un total del 12.26% de las cuales el 5.66% esta en dolor leve, en dolor severo e incapacitante el 2.83% y el 0.94% refieren dolor moderado; por lo anterior podemos mencionar que es factor predisponente de dismenorrea el aceptar o no la menstruación, (Ver cuadro no. 4 pág. 44) gran parte de esto puede deberse a que en nuestra sociedad se maneja que la menstruación debe ocultarse ya que forma parte de la intimidad de la mujer, antiguamente cuando la mujer presentaba su periodo menstrual era considerado sucio o pecado, tanto así que entre los judios no estaba permitido que entrará a la sinagoga una mujer menstruando.

En nuestra cultura a las mujeres se les manejaba la menstruación como tabú ya que no se hablaba del tema con la familia, en la actualidad todavia existe ese tipo de tradiciones; a las adolescentes se les plantea que es principalmente por higiene así como para evitar ser la burla de los varones de su misma edad.

La información obtenida es que el 58.49% opinan que si se debe ocultar el hecho de estar menstruando siendo así que el 27.35% presenta dolor moderado, el 23.59% presentan dolor severo, el 4.72% es dolor leve y el 2.83% dolor incapacitante.

El 41.51% opinan que no se debe ocultar el hecho de estar menstruando, de estas el 14.16% presentan dolor severo, el 13.20% es dolor leve, el 11.33% es moderado y el 2.83% es dolor incapacitante (Ver cuadro no. 5 pág. 45).

De esta forma observamos que los porcentajes más altos se encuentran entre las adolescentes que opinan que debe ocultarse el hecho de estar menstruando, esto posiblemente se deba al estrés que genera el que, en un momento dado, la gente que rodea a estas jóvenes se da cuenta de que se encuentran en su periodo menstrual.

Por otra parte el inicio de la menstruación marca el comienzo de la capacidad reproductora de una mujer, son embargo algunas personas, por información recibida de sus antepasados lo consideran como una enfermedad o "maldición" por lo que todas las mujeres se encuentran en desventaja para la realización de ciertas actividades y estas creencias son transmitidas de generación en generación y en algunos casos crean una influencia psicológica tan fuerte que en el estudio realizado encontramos adolescentes que piensan que la menstruación las limita tanto que incluso piensan que afecta su rendimiento escolar por lo que la consideran una desventaja; estas jóvenes están representadas con el 32.8% de las cuales el 8.49% tienen dolor leve, 9.43% presentan dolor moderado, 10.38% dolor severo y con dolor incapacitante esta el 3.78%.

La otra parte de las adolescentes opinan que la menstruación no las limita y no la consideran como desventaja, esta parte esta representada por el 67.92% de éstas el 9.43% presentan dolor leve, 29.25% moderado, 27.36% dolor severo y el 1.88% dolor incapacitante (Ver cuadro no. 6 pág. 46).

De esta forma si nos enfocamos en el rubro de incapacitante podemos observar que si afecta el considerar la menstruación como desventaja ya que el porcentaje es doble en relación a las que opinan que no es desventaja.

Dentro de las actividades que consideran deben limitar es la realización de deportes, sin embargo, consideramos que la actividad física ayuda a que el cuerpo este en mejores condiciones ya que favorece la circulación sanguínea y los músculos están en tono adecuado.

En el periodo de la escuela es más fácil que el adolescente este en actividad física, sin descartar que en la familia es importante que se inculque desde niño para que cuando sea adulto este en las mejores condiciones físicas para evitar enfermedades. Por lo que podemos mencionar que del grupo estudiado se observó que el 26.4% realizan ejercicio cada 8 días, mencionando que el 14.15% están en dolor severo, el 11.32% moderado, el 0.94% en leve; con el 20.77% continúan las adolescentes que realizan actividad física cada tres días y las que nunca lo realizan, de las primeras el 11.32% es dolor moderado y el 4.72% están en dolor severo y

leve respectivamente; las segundas con el 6.60% están en dolor severo y moderado, el 5.66% dolor incapacitante y el 1.88% un dolor leve. Con el 14.15% son las adolescentes que diario realizan ejercicio, con el 8.49% es dolor leve y el 5.66% dolor moderado por lo que la actividad física influye al realizarlo ya que mientras con más frecuencia se realice hay un mejor funcionamiento de nuestro organismo y menor probabilidad de presentar dismenorrea.

Las adolescentes que realizan ejercicio diario no presentan dolor severo e incapacitante, mientras que las adolescentes que no realizan actividad física presentan dolor incapacitante (Ver cuadro no. 7 pág. 47).

De los deportes más practicados encontramos los siguientes resultados: el mayor porcentaje por deporte practicado lo ocupa la carrera con un 33.02%, en segundo lugar esta el rubro de otros (voleibol, karate, y aerobics) con el 20.75%, le sigue natación con el 16.98%, en orden decreciente continua el grupo que no realiza actividad física con 21.70% y finalmente el basquetbol con 7.55%.

Comparando la intensidad del dolor presentado con el tipo de actividad física tenemos que el porcentaje mayor lo tiene el dolor moderado en las adolescentes que practican la carrera y esta representada con el 16.98%, le sigue el grupo de sedentarias con dolor severo con un 10.38%, a continuación se muestra el grupo de corredoras con dolor severo y el rubro de otros con dolor moderado ambas con el 9.43% (Ver cuadro no. 8 pág. 48). De esto tenemos que el grupo de corredoras es más propenso a padecer dismenorrea, y puede deberse a la carga de trabajo físico que se tiene en cada carrera. Sin embargo y de forma general podemos decir que por la distracción psicológica que genera la práctica de algún deporte además de la liberación de endorfinas que provoca el mismo y el mejoramiento de la circulación general, la actividad física es un aliado para disminuir el dolor menstrual. No obstante en la encuesta realizada a las adolescentes sobre si las actividades físicas durante la menstruación deben modificarse, se observa que el 78.31% opina que debe mantenerse igual, de las cuales el 36.80% presentan dolor severo, el 32.08% presentan dolor moderado y el 9.43% dolor leve.

El 12.26 opinan que se debe disminuir la actividad física, en el 5.66% su dolor es incapacitante, el 3.77% presentan dolor moderado y el 2.83% dolor leve.

El 9.43% opinan que se debe aumentar la actividad física, siendo que el 0.94% presentan dolor severo, el 2.83% presentan dolor moderado y el 5.66% presentan dolor leve (Ver cuadro no. 9 pág. 49).

La bibliografía refiere que la actividad física es necesaria en el individuo, ya que si no hay tal, puede haber una disminución del riesgo sanguíneo y en este caso específico la disminución es en útero, además el músculo uterino presenta

contracciones más intensas para liberar los coágulos formados durante la menstruación.

Esto coincide con el hecho de que las adolescentes que presentan dolor incapacitante son aquellas que opinan que debe disminuirse la actividad física, por lo que se puede decir que la intensidad de dolor menstrual si se ve afectada por la actividad física, aunque esto ha sido comprobado a través de múltiples estudios realizados la influencia que se tiene de generaciones pasadas sobre como conducirse en los días de sangrado es predominante en las adolescentes, esto lo podemos corroborar al observar que por tradición se maneja que las mujeres deben evitar ciertos alimentos durante su periodo menstrual, esto viene desde los antepasados, ellos conocían los efectos que tenían las mujeres menstruando al ingerir alimentos que favorecían la dismenorrea y sabían que alimentos eran. Lamentablemente ya se perdió el "porque" se deben evitar dichos alimentos.

En el estudio se encontró que el 50.95% de las adolescentes opinan que si debe evitarse ciertos alimentos, de estas el 20.76% se encuentran en dolor moderado, el 16.98% en severo, 11.32% en dolor leve, y el 1.89% dolor incapacitante.

De las adolescentes que opinan que no debe evitarse alimentos son el 49.05% de estas el 20.76% están en el rubro de dolor severo, 17.92% dolor moderado, 6.60% dolor leve y el 3.77% dolor incapacitante (Ver cuadro no. 10 .pág. 50).

De esta forma encontramos que el mayor porcentaje lo representa el grupo de las adolescentes que presentaron dolor severo e incapacitante que opinan que no deben restringirse alimentos; por lo cual se puede decir que si influyen ciertos alimentos en la presencia de la dismenorrea.

Las adolescentes manifestaron que los alimentos que se deben restringir son el limón, sandía, piña, chile, pozole, calabazas y bebidas muy frías.

Enfocándonos a otro punto tenemos que el dolor es el síntoma más difícil de medir debido a que el umbral del dolor varía de un individuo a otro por lo que la intensidad del dolor se midió de acuerdo a signos y síntomas que se establecieron para que la adolescente pudiera explicar el grado de su dolor menstrual. De acuerdo a esto se encontraron los siguientes resultados:

El 38.68% presentan dolor moderado antes del masaje del cual después del masaje el 3.77% sigue en dolor moderado, el 10.38% pasó a dolor leve, 24.53% están en el rubro de nulo. Antes del masaje 37.74% están en dolor severo, siendo el 1.88% continua en dolor severo, el 5.66% en dolor moderado, el 14.15% en dolor

leve y el 16.05% en nulo. El 17.92% lo representa el dolor leve antes del masaje, de estos el 5.66% continua en leve y el 12.26% quedo en nulo. En dolor incapacitante encontramos un porcentaje de 5.66% antes del masaje, después de éste el 0.95% es dolor severo y el 4.71% dolor moderado.

Después de que se aplicaron las sesiones de masaje el rubro de dolor incapacitante desapareció, teniendo un nuevo renglón donde se observa la erradicación del dolor (Ver cuadro no. 11 pág. 51).

Por lo tanto podemos afirmar que el masaje es efectivo en la adolescente con dismenorrea, teniendo como ventaja que es un método natural y esto favorece a la adolescente ya que no es necesario que ingiera medicamentos que pueden causarle algún malestar gástrico, además con la disminución del dolor ya no es necesario interrumpir la actividad física y/o educativa.

CUADRO NO. 1

**EDAD EN QUE INICIARON SU MENARCA LAS ADOLESCENTES EN ESTUDIO DE LA SECUNDARIA
NUMERO 41 EN 1995.**

INTENSIDAD DE DOLOR	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Edad de menarca										
9	--	--	2	1.89	1	0.94	1	0.94	4	3.77
10	1	0.94	2	1.89	2	1.89	--	--	5	4.72
11	2	1.89	10	9.44	13	12.26	1	0.94	26	24.53
12	11	10.37	11	10.37	12	11.33	2	1.89	36	33.96
13	5	4.72	11	10.37	10	9.43	--	--	26	24.53
14	--	--	5	4.72	2	1.89	2	1.89	9	8.49
TOTAL	19	17.92	41	38.68	40	37.74	6	5.66	106	100

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ADOLESCENTES DE LA SECUNDARIA NO. 41 EN 1995.

CUADRO NO. 2

CONOCIMIENTO SOBRE LO QUE ERA LA MENSTRUACION ANTES DE PRESENTARLA LAS ADOLESCENTES ESTUDIADAS EN LA SECUNDARIA NUMERO 41 EN 1995.

INTENSIDAD DE DOLOR Conoc. de menstruación	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SI	18	16.98	39	36.79	40	37.74	2	1.89	99	93.4
NO	1	0.94	2	1.89	--	--	4	3.77	7	6.6
TOTAL	19	17.92	41	38.68	40	37.74	6	5.66	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 3

OPINION SOBRE SI SIENTEN AGRADO DE SER MUJER LAS ADOLESCENTES DE LA SECUNDARIA NUMERO 41
EN ESTUDIO EN 1995.

Opinión de agrado por ser mujer	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SI	18	16.98	41	38.68	38	35.85	--	--	97	91.5
NO	1	0.94	--	--	2	1.88	6	5.67	9	8.5
TOTAL	19	17.92	41	38.68	40	37.73	6	5.67	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 4

ACEPTACION DE LA MENSTRUACION COMO CARACTERISTICA PROPIA DEL SEXO FEMENINO ENTRE LAS ADOLESCENTES DEL ESTUDIO EN LA SECUNDARIA NUMERO 41 EN 1995.

INTENSIDAD DE DOLOR	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Menstruación como aceptación de su sexo SI	13	12.26	40	37.74	37	34.91	3	2.83	93	87.74
NO	6	5.66	1	0.94	3	2.83	3	2.83	13	12.26
TOTAL	19	17.92	41	38.68	40	37.74	6	5.66	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 5

OPINION DE LAS ADOLESCENTES EN ESTUDIO DE LA SECUNDARIA NUMERO 41 SOBRE SI SE DEBE OCULTAR EL HECHO DE ESTAR MENSTRUANDO

INTENSIDAD DE DOLOR	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Opinion sobre ocultar la menstruación										
SI	5	4.72	29	27.35	25	23.59	3	2.83	62	58.49
NO	14	13.2	12	11.33	15	14.16	3	2.83	44	41.51
TOTAL	19	17.92	41	38.68	40	37.75	6	5.66	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 6

CONSIDERACIÓN ACERCA DE QUE SI LA MENSTRUACION ES UNA DESVENTAJA PARA LA MUJER SEGUN
OPINIÓN DE LAS ADOLESCENTES DEL ESTUDIO EN LA SECUNDARIA NUMERO 41 EN 1995.

INTENSIDAD DE DOLOR	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Menstruación como desventaja										
SI	9	8.49	10	9.43	11	10.38	4	3.78	34	32.08
NO	10	9.43	31	26.25	29	27.36	2	1.88	72	67.92
TOTAL	19	17.92	41	38.68	40	37.74	6	5.66	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 7

FRECUENCIA CON QUE PRACTICAN ALGUNA ACTIVIDAD FISICA LAS ADOLESCENTES DEL ESTUDIO DE LA SECUNDARIA NUMERO 41 EN 1995.

INTENSIDAD DE DOLOR Frecuencia de actividad física	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
DIARIO	9	8.49	6	5.66	--	--	--	--	15	14.15
CADA 3 DIAS	5	4.72	12	11.32	5	4.72	--	--	22	20.77
CADA 8 DIAS	1	0.94	12	11.32	15	14.15	--	--	28	26.41
CADA 15 DIAS	2	1.89	4	3.77	13	12.26	--	--	19	17.92
NUNCA	2	1.89	7	6.6	7	6.6	6	5.66	22	20.75
TOTAL	19	17.93	41	38.67	40	37.73	6	5.66	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 8

**TIPO DE EJERCICIO QUE PRACTICAN LAS ADOLESCENTES DE LA SECUNDARIA NUMERO 41
EN ESTUDIO EN 1995.**

INTENSIDAD DE DOLOR	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Tipo de ejercicio										
CORRER	5	4.72	18	16.98	10	9.43	2	1.89	35	33.02
NATAACION	6	5.66	2	1.89	9	8.49	1	0.94	18	16.98
BASQUETBOL	5	4.72	2	1.89	1	0.94	--	--	8	7.55
OTROS	1	0.94	10	9.43	9	8.49	2	1.89	22	20.75
NINGUNO	2	1.89	9	8.49	11	10.38	1	0.94	23	21.7
TOTAL	19	17.93	41	38.68	40	37.73	6	5.66	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 9

OPINION ACERCA DE QUE SI LA INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FISICA DEBE AUMENTARSE, DISMINUIRSE O MANTENERSE IGUAL DURANTE EL PERIODO MENSTRUAL, SEGUN LAS ADOLESCENTES DE LA SECUNDARIA NUMERO 41 EN 1995.

INTENSIDAD DE DOLOR Intensidad de actividad fisica	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
AUMENTAR	6	5.66	3	2.83	1	0.94	--	--	10	9.43
DISMINUIR	3	2.83	4	3.77	--	--	6	5.66	13	12.26
MANTENER IGUAL	10	9.43	34	32.08	39	36.8	--	--	83	78.31
TOTAL	19	17.92	41	38.68	40	37.74	6	5.66	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 10

OPINION SOBRE LA RESTRICCION DE CIERTOS ALIMENTOS DURANTE LA MENSTRUACION SEGUN LAS ADOLESCENTES DEL ESTUDIO DE LA SECUNDARIA NUMERO 41 EN 1995.

INTENSIDAD DE DOLOR Restricción de alimentos	LEVE		MODERADO		SEVERO		INCAPACITANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SI	12	11.32	22	20.76	18	16.98	2	1.89	54	50.95
NO	7	6.6	19	17.92	22	20.76	4	3.77	52	49.05
TOTAL	19	17.92	41	38.68	40	37.74	6	5.66	106	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 11

INTENSIDAD DE DOLOR MENSTRUAL QUE PRESENTAN LAS ADOLESCENTES DEL ESTUDIO ANTES Y DESPUES DEL MASAJE EN 1995.

INTENSIDAD DE DOLOR	LEVE*		MODERADO*		SEVERO*		INCAPACITANTE*		TOTAL*	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
NULO**	13	12.26	26	24.53	17	16.05	--	--	56	52.84
LEVE**	6	5.66	11	10.38	15	14.15	--	--	32	30.19
MODERADO**	--	--	4	3.77	6	5.66	5	4.71	15	14.14
SEVERO**	--	--	--	--	2	1.88	1	0.95	3	2.83
TOTAL*	19	17.92	41	38.68	40	37.74	6	5.66	106	100

*ANTES DEL MASAJE, **DESPUES DEL MASAJE
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

VIII

CONCLUSIONES

La represión que se da de madres a hijas en cuanto a la sexualidad repercute en la adolescente que al iniciar su menarca muchas veces no cuenta con la suficiente información de lo que es la menstruación y las alteraciones que esta puede presentar, por lo que al tener el dolor menstrual las jóvenes creen que es algo normal y todavía siguen costumbres de sus antepasados.

Si observamos los resultados obtenidos en la investigación tenemos que la edad promedio de iniciación es entre los 11 y 13 años y aún conociendo lo que era el menstruar antes de presentarla estas jóvenes tiene diferentes grados de dismenorrea. De las adolescentes estudiadas la gran mayoría manifestó agrado de ser mujer y a pesar de esto algunas expusieron no aceptar la menstruación como parte propia de su sexo por considerarla una forma de desventaja para la realización de ciertas actividades opinando que la actividad física debe disminuirse sin conocer que el ejercicio de forma constante ayuda a reducir el grado de dolor menstrual, esto puede comprobarse al observar que las jóvenes del estudio que realizan ejercicio diariamente se encuentran ubicadas en los rubros de dolor leve y moderado.

Dentro de las creencias que aun siguen vigentes en torno a la menstruación es la restricción de alimentos durante el período menstrual ya que se maneja que el ingerirlos puede incrementar el grado de dolor presentado, por otra parte a pesar de ser muy jóvenes, algunas de estas adolescentes han comenzado a fumar sin saber que el tabaco, por la vasoconstricción que causa, puede ser más favorable para incrementar el dolor menstrual que los denominados "alimentos fríos" (piña, sandía, calabazas, pozole, limón, nopales y chile así como bebidas extremadamente frías).

De todo lo anterior podemos observar que la influencia de las madres sobre las hijas y la mala información que se tiene en todo lo relacionado a la menstruación se obtienen diversos factores psicológicos que favorecen la presencia de la dismenorrea. Afortunadamente también se pudo observar que el masaje es una terapia alternativa para lograr la disminución del dolor menstrual, pero para que esto sea eficaz, la terapia debe ser practicada por personas que cuenten con los conocimientos y elementos necesarios para poder ejecutarlo sin lesionar al receptor.

Cabe mencionar que el masaje causa efectos analgésicos que disminuyen y/o alivian el dolor sin producir reacciones secundarias o efectos colaterales como los medicamentos alopatas además de ser de bajo costo.

IX

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

La menstruación como tal no es considerada como un problema de salud, sin embargo las alteraciones que ésta pudiera tener puede ocasionar un desequilibrio en la estabilidad biopsico-social de la mujer; si enfocamos la atención en la dismenorrea nos encontramos que es un problema importante, recurrente y de poca atención, es aquí donde la enfermera juega un papel muy importante para hacer un diagnóstico oportuno de esta alteración menstrual y poder brindar un tratamiento adecuado y efectivo, en este caso se propone que el tratamiento sea el masaje, el cual es de bajo costo, puede ser autoaplicable y no produce efectos secundarios como los medicamentos.

Para que un masaje sea efectivo debe ser aplicado por personas que cuenten con conocimiento y capacitación sobre el tema, éste puede ser un campo de acción para enfermería ya que con una buena preparación sobre masoterapia la enfermera sería una adecuada emisora de masaje.

Observando los resultados obtenidos y la problemática encontrada se propone lo siguiente:

- Impartir pláticas a adolescentes sobre lo que es la menstruación y las alteraciones que de esta se pueden presentar, haciendo énfasis en la dismenorrea
- Realizar programas de salud escolar, estos programas pueden ser llevados a cabo dentro del área de salud pública por los estudiantes y pasantes de la carrera de enfermería elaborando programas específicos de servicio social que sean aplicables a grupos de adolescentes con necesidades de atención y orientación sobre sexualidad, adicciones, alimentación y deporte.
- Realizar talleres de masaje, dirigidos a enfermeras con duración aprox. de 12 horas que contengan los siguientes temas:

ASPECTO TEORICO. Concepto de masaje, concepto de automasaje, masaje por parejas, aplicación de masaje en espacio abierto y cerrado, posiciones adecuadas en la masoterapia y masaje reflexológico.

ASPECTO PRACTICO. Como iniciar y concluir el masaje, masaje natural y masaje artificial.

- Como sugerencia se pueden implementar conocimientos de medicina alternativa a través de la formación académica del estudiante de enfermería ya que se podrían poner en práctica durante la prestación del servicio social.

ASPECTOS TEORICOS DEL MASAJE

OBJETIVOS	CONTENIDO	TIEMPO	TECNICA	AUX. DIDACTICO
<p>AL CONCLUIR EL TALLER LA ENFERMERA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocerá las posiciones adecuadas para dar y recibir masaje. - Identificará la importancia del automasaje y el masaje por parejas 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de masaje y automasaje. - Masaje por parejas. - Masaje en espacio. -Posiciones adecuadas en la masoterapia. 	<p>5 horas</p>	<p>Expositiva Demostrativa</p>	<p>Acetatos Retroproyector</p> <p>Cartulinas Marcadores Crema Guantes Molote</p>

ASPECTOS PRACTICOS DEL MASAJE

OBJETIVOS	CONTENIDO	TIEMPO	TECNICA	AUX. DIDACTICO
<p>AL CONCLUIR EL TALLER LA ENFERMERA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocerá como iniciar y concluir una sesión de masaje. - Aprenderá a diferenciar el masaje natural del artificial. 	<p>Técnicas de inicio y culminación de una sesión de masaje.</p> <p>Masaje natural Masaje artificial.</p>	<p>5 horas</p>	<p>Trabajo grupal Se formaran grupos para que los integrantes de cada grupo de y reciba masaje.</p>	<p>Crema Toallas Guantes Sábanas Molotes Cojines</p>

MASAJE REFLEXOLOGICO (TEORIA)

OBJETIVOS	CONTENIDO	TIEMPO	TECNICA	AUX. DIDACTICO
<p>AL CONCLUIR EL TALLER LA ENFERMERA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubicará los puntos reflexológicos del masaje y podrá utilizarlo como un tratamiento auxiliar en diversas patologías. -Conocerá las diferentes cartas flexológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la reflexología. - Masaje reflexológico en pies. - Masaje reflexológico en manos. - Masaje reflexológico en oreja. 	<p style="text-align: center;">2 horas</p>	<p>Expositiva Demostrativa</p>	<p>Láminas con esquemas de reflexología.</p>

X

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

CUESTIONARIO

OBJETIVO: El presente instrumento de recolección de datos tiene como finalidad el captar los principales factores que provocan la dismenorrea en las adolescentes y las creencias que se tienen sobre el tema.

EDAD _____
EDAD EN QUE EMPEZO A MENSTRUAR _____

FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA SU MENSTRUACION
a) cada 28 días b) cada 32 días c) cada 40 días d) Otros
Especificar _____

DIAS QUE DURA EL SANGRADO DURANTE SU MENSTRUACION
a) 3 b) 5 c) 8 d) Otros
Especificar _____

QUE TIPO DE EJERCICIO PRACTICA
a) correr b) nadar c) ninguno d) Otros.
Especificar _____

CON QUE FRECUENCIA HACE EJERCICIO
a) Diario b) cada 3 días c) 1 vez por sem. d) Otros.
Especificar _____

CADA CUANDO FUMA
a) Diario b) 2 veces por sem. c) cada 15 días d) Otros.
Especificar _____

CUANTOS CIGARROS FUMA CADA VEZ QUE LO HACE

ANTES DE EMPEZAR A MENSTRUAR, SABIAS LO QUE ESTO ERA?

- a) Si b) No

PARA TI QUIEN DEBE DAR INFORMACION SOBRE LA MENSTRUACION

- a) Madre b) Hermanas c) Maestros d) Amigas e) Otros.

Especificar _____

TE GUSTA SER MUJER?

- a) Si b) No ¿Por qué?
-

ACEPTAS LA MENSTRUACION COMO CARACTERISTICA DE TU SEXO?

- a) Si b) No ¿Por qué?
-

CONSIDERAS LA MENSTRUACION COMO UNA DESVENTAJA PARA LA MUJER

- a) Si b) No ¿Por qué?
-

QUE SE DEBE OCULTAR QUE SE ESTA MENSTRUANDO

- a) Si b) No ¿Por qué?
-

SE DEBEN TENER RELACIONES SEXUALES CUANDO SE ESTA MENSTRUANDO

- a) Si b) No ¿Por qué?
-

LA ACTIVIDAD FISICA DURANTE LA MENSTRUACION SE DEBE:

- a) Disminuir b) Aumentar c) Mantener igual
¿Por qué?
-

DURANTE LA MENSTRUACION:

EL BAÑO DEBE SER

- a) Diario b) c/3 días c) Una vez por semana d) Otros.
Especificar _____

EL CAMBIO DE ROPA DEBE SER:

- a) Diario b) Cada 3 días c) Una vez por semana d) Otros
Especificar _____

CREES QUE SE DEBEN EVITAR CIERTOS ALIMENTOS

- a) Si b) No

CUALES

¿POR QUE?

ESCALA NUMERICA DE VALORACION DEL DOLOR

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre

ANTES DEL MASAJE

LEVE 1	MODERADO 2	SEVERO 3	INCAPACITANTE 4
------------------	----------------------	--------------------	---------------------------

DESPUES DEL MASAJE

NULO	LEVE 1	MODERADO 2	SEVERO 3	INCAPACIT. 4
-------------	------------------	----------------------	--------------------	------------------------

CRITERIOS PARA LA ESCALA NUMERICA DE VALORACION DEL DOLOR

- (1) LEVE** Se presentan síntomas premenstruales como inflamación de mamas y ligeros espasmos uterinos constantes que no obligan al reposo y pueden durar sólo un día.
- (2) MODERADO** Puede presentarse palidez de tegumentos y dolor que aunque no es incapacitante modifica las actividades y estado de ánimo de las personas, en ocasiones se presenta dolor de cabeza y ligera fatiga.
- (3) SEVERO** Se considera a la dismenorrea que va acompañada de náuseas, vómito, cefalea, fatiga y que además obliga al reposo.
- (4) INCAPACITANTE** Se presentan los signos y síntomas antes mencionados y se suma la presencia de desmayos ocasionales.

GLOSARIO

ADENOMIOSIS. Endometriosis que envuelve a tejidos musculares como el de la pared uterina o el canal vaginal.

ADOLESCENCIA. Período de la juventud que abarca desde la pubertad hasta la madurez.

AMENORREA. Falta de menstruación.

ANALGESICOS. Que alivia el dolor.

ANDROGENO. Hormona que promueve el desarrollo y que mantiene los caracteres sexuales secundarios masculinos y las estructuras correspondientes.

ANTIESPASMODICO. Agente que alivia o previene los dolores o las convulsiones de tipo espasmódico.

APONEUROSIS. Expansión tendinosa que consiste de una lámina fibrosa o membranosa que sirve como medio de unión entre los músculos planos y su origen o su inserción, o como una fascia que envuelve o cubre un grupo de músculos.

CLITORIS. En la mujer, el órgano homólogo del pene.

COAGULO. Gel semisólido que se forma como resultado de la coagulación de la sangre o de la linfa.

COLAPSO. Depresión extrema, agotamiento o postración por causas físicas psicógenas. Laxitud anormal de un órgano u obliteración de su cavidad.

COLICO. Dolor abdominal agudo paroxístico, generalmente debido a espasmo, obstrucción o torsión del músculo liso.

COMISURA. Haces de fibras nerviosas que unen estructuras similares en ambos lados del cerebro. Región en que se unen estructuras tales como los labios, párpados, labios mayores y/o válvulas cardiacas.

CUTANEO. Relativo o que afecta a la piel.

DISMENORREA. Dificultad o dolor durante la menstruación.

DOLOR. Sensación desagradable, que causa sufrimiento o aflicción.

EPITELIO. Tejido formado por células contiguas con sustancia intercelular mínima.

ESPASMO. Contracción física breve de una fibra muscular, o reacción contráctil súbita breve de una unidad muscular pequeña a un estímulo máximo único.

ESTESIA. Suñijo para las palabras con el significado de: estado en el que interviene la sensación o la percepción. Capacidad de percepción, sentimiento o sensación.

ESTROGENO. Sustancia que posee la actividad biológica de las hormonas productoras de estro, ya sea en forma natural o sintética.

FALCIFORME. Que tiene forma de hoz.

FORNIX. Cuerpo o superficie arqueada; concavidad o fondo de saco.

FOSA NAVICULAR. Fosa vestibular de la vagina.

GENITOCRURAL. Relativo a los genitales y al miembro inferior.

GLABRO. Liso, desprovisto de pelos.

GLANDULA. Célula, tejido u órgano que elabora y secreta una sustancia que se utiliza en otro sitio del organismo.

HORQUILLA. Pliegue de piel que se encuentra dentro de la comisura posterior de la vulva.

IDENTIDAD. Igualdad exacta; auto igualdad. Sentido de unidad y de continuidad del propio YO frente a experiencias cambiantes.

ISQUEMIA. Disminución local en el riego sanguíneo debido a una obstrucción del flujo de sangre arterial o una vasoconstricción.

MASAJE. Acto de frotar, amasar o percutir las partes superficiales del cuerpo con la mano o con algún instrumento con propósitos terapéuticos.

MEATO URETRAL. Orificio externo de la uretra.

MENARQUIA. Fecha en que se inicia la menstruación. 1ª menstruación.

MENSTRUACION. Descarga de líquido sanguíneo del útero, que ocurre durante el periodo de la madurez sexual de una mujer desde la pubertad hasta la menopausia.

MIOMA. Tumor derivado del músculo.

MITOSIS. División nuclear; por lo general, pasa por una serie de etapas: profase, metafase, anafase y telofase. División del citoplasma y del núcleo.

MUSCULO. Tejido compuesto de fibras o células contráctiles. Se clasifica, por su aspecto microscópico, en no estriado o estriado, en voluntario o involuntario; por su localización en el cuerpo es esquelético, cardíaco o visceral.

OLIGOMENORREA. Menstruación anormalmente escasa.

ORGANO. Parte diferenciada de un organismo adaptada para una función determinada.

ORGASMO. Sensación intensa difusa y subjetivamente placentera experimentada durante el acto sexual o la manipulación de los genitales.

PELVIS. Palangana, o cavidad en forma de palangana. Anillo óseo formado por ambos huesos coxales, el sacro y coxis.

PREPUCIO. Pliegue de piel que cubre el glande del pene. Pliegue similar sobre el glande del clitoris.

PROGESTERONA. Hormona esteroidea secretada por el ovario, principalmente por el cuerpo amarillo, es esencial para la conservación del embarazo; el cese de su secreción determina el inicio de la menstruación.

PUBERTAD. Periodo en el que los órganos generadores se vuelven capaces de ejercer la función de la reproducción.

SEXUAL. Relativo, o característico del sexo.

SEXUALIDAD. Suma de los atributos, conducta y tendencias sexuales de una persona.

SINAPSIS. Zona de comunicación entre neuronas; el punto en el cual un impulso pasa del axón de una neurona a una dendrita o al cuerpo celular de otra.

UNCIÓN. Acto, o proceso de ungir. Untura o pomada.

VELLO. Pelo corporal fino que persiste hasta la pubertad.

VESTIBULO. Acceso, cámara anterior.

VULVA. Región de los órganos genitales externos de la mujer donde se abre la vagina.

BIBLIOGRAFIA

- ASTRAND PER-OLOF.
Fisiología del trabajo físico.
Edit. Medita Panamericana 1992 Arg.
- BAENA PAZ GUILLERMINA.
Instrumento de investigación.
UNAM. México 1990.
- BECK C. ALFRED.
Práctica de Obstetricia.
Edit. Prensa Medica Mexicana. 8ª ed. México 1981.
- BENSON RALPH.
Manual de Ginecología y Obstetricia.
7ª ed. Manual Moderno. México 1986.
- BOTELLA LLUISA, JOSE.
Patología y Obstetricia.
Edit. Científica Medica. España 1981.
- CAECHORONSKI, HENRI.
Práctica de los masajes.
Edit. Hachette. Buenos Aires, Arg. 1980.
- CARNEIRO LEAO, ANTONIO.
Adolescencia, sus problemas y educación.
Trillas, México 1982.
- CISETTE, LAVIN.
Manual de masajes.
Edit. Olimpo D.F. 1987.
- CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA.
Medicina del adolescente Vol. I.
Edit. Interamericana México 1990.
- DANFORT, DAVID.
Tratado de Ginecología y Obstetricia.
4ª ed. Interamericana. México 1986.

- DARLEY JOHN M.
Psicología.
Traduc. Guillermina Cuevas Mesa.
Prentice- Hall Hispanoamericana S.S 1990.
- Diccionario Breve de Medicina de Blakiston.
Ediciones Científicas Prensa Medica Mexicana S.A.
México 1983.
- GANTUS MERAY VICTOR.
La segunda edad de la mujer.
Edit. Diana México 1980.
- GEORGET, DOWNING.
El libro del masaje.
Pomaire. Barcelona Esp. 1983.
- GRINDER ROBERT E.
Adolescencia.
Edit. Limusa 10ª ed. 1992.
- HOFA GOCH. Et al.
Técnica del masaje.
Edit. Jims. Barcelona Esp. 1985.
- HOSAGOUHT.
Técnica del masaje.
Edit. Jims. Barcelona Esp. 1985.
- HUERTA, MARIA RAQUEL. Et al.
Síntomas en adolescentes de dos ciudades de México y su asociación con el ciclo menstrual.
Edit. Ginecología y Obstetricia de México.
Vol. 62 1994.
- HURLOCK ELIZABETH B.
Psicología de la adolescencia.
Edit. Paidós. México 1994.
- JACKSON RICHARD.
Masaje olfístico.
Edit. Diana México D:F. 1983.

- L'GAMIZ MATUK ARNULFO.
Bioestadística.
Edit. Fco. Méndez Cervantes. México 1989.
- MASAJE U.N.A.M.
Introducción al masaje cap. 8
México 1995.
- MASTROIANNI LUIGI.
Enfermería materno-infantil.
Edit. Harla México 1988.
- MAURICE BOIGEY.
Manual de masajes.
5ª ed. Toray-Massou S.A. barcelona 1992.
- McCARY JAMES LESLIE.
Sexualidad humana.
4ª ed. El Manual Moderno México 1983.
- MENDEZ OTEO.
Ginecología y obstetricia.
Edit. Asoc. de Médicos del Hospital de Ginecología y
Obstetricia No. 3 del IMSS A.C.
2 ed. México 1980.
- MONDRAGON CASTRO HECTOR.
Obstetricia básica ilustrada.
Edit. Trillas 4ª ed. México 1991.
- OLDS SALLY B.
Enfermería materno-infantil.
2ª ed. Interamericana. México 1987.
- OMAÑA Z. IMELDA.
Estudio y tratamiento del dolor.
Edit. Instituto Syntex 1994.
- PERNOLL MARTIN.
Diagnóstico y tratamiento ginecobstétrico.
Manual Moderno 2ª ed. México 1989.

- PONCE ANIBAL.
Psicología de la adolescencia.
2ª Ed. El Manual Moderno. México 1989.
- PRITCHARD McDONALD GANT.
Williams Obstetricia.
Edit. Salvat 3ª ed. México 1987.
- PROGRAMA ACADEMICO DE SERVICIO SOCIAL.
Coordinación de Servicio Social y opciones terminales de titulación.
ENEO-UNAM. México 1993.
- QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO.
Tratado de Anatomía Humana, Tomo III.
4ª ed. Parna S.A. Argentina 1982.
- ROPER N.
Diccionario de enfermería.
15ª ed. Interamericana. México 1980.
- SHARON JREEDER.
Enfermería materno-infantil.
Edit. Harla 15ª ed. México 1988.
- STRUNA CHURCH.
Automasaje.
Edit. Mtz. Roca. Barcelona Esp. 1985.
- STONE JOSEPH Y CHURCH JOSEPH.
Niñez y adolescencia.
9ª ed. Ediciones Horme S.A.E. Buenos Aires. 1983.
- TOHEN ZAMUDIO ALFONSO.
Medicina Física.
Edit. Librería Acuario. México 1982.
- TORTORA GERARD J.
Principios de Anatomía y fisiología.
5ª ed. Harla México 1989.
- VARGAS ARMANDO Y PALACIOS V.P.
Anatomía, fisiología e higiene.
Edit. Continental. 1980.

- VAZQUEZ GALLEGO J.
Masaje terapéutico.
Edit. Las mil y una ediciones.
Madrid Esp. 1982.
- WELLS, CHRISTINE L.
Mujeres, deporte y rendimiento Vol. I.
Paidotribo Barcelona Esp. 1994.
- WEST OVIDIA.
Guía práctica del masaje.
Edit. Mtz. Roca Barcelona Esp. 1985.
- WILSON SHAEF ANNE.
La mujer en un mundo masculino.
Edit. Pax-México 1985.
- WILLSON J. R.
Gineco obstetricia.
Edit. Manual Moderno México D:F: 1991.

ESTA TESTA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA