

11
2e1-



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LAS
MUJERES QUE PADECEN DE DISMENORREA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

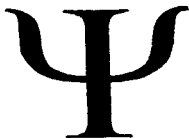
**ALVARADO HERNANDEZ MARCELA E.
RODRIGUEZ PINEDA VIRGINIA**

Estela

DIRECTOR DE TESIS: MTR. JOSE MENDEZ VENEGAS.
ASESOR ESTADISTICO: MTRA. GEORGINA LOZANO.

MEXICO, D. F.

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.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
PROCESOS FISIOLÓGICOS DEL DOLOR Y LA MENSTRUACION	
FISIOLOGIA DEL DOLOR	3
FISIOLOGIA DE LA MENSTRUACION	9
CAPITULO II	
CUADRO CLINICO DEL SINDROME PREMENSTRUAL Y LA DISMENORREA	
EL SINDROME PREMENSTRUAL	14
LA DISMENORREA	19
CAPITULO III	
AFRONTAMIENTO	
DEFINICION DE AFRONTAMIENTO	25
AFRONTAMIENTO AL DOLOR	31
AFRONTAMIENTO A LA DISMENORREA	38
METODO	41
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	66
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	69

AGRADECIMIENTOS

Con profunda estimación y agradecimiento al Mtro. José Méndez V. por su valioso apoyo y dirección en este trabajo.

A la Mtra. Georgina Lozano por la dirección en metodología y estadística.

A la Lic. Rosa Ma. Córdova por prestar atención y brindarnos tiempo y dedicación a este trabajo.

Al H. Jurado:

Lic. Noemí Barragán Torres.

Lic. Leticia Bustos De la Tijera.

Mtro. José Méndez Venegas.

Mtro. Sotero Moreno Camacho.

Mtro. Samuel Jurado Cárdenas.

DEDICATORIAS

A mi papá por su empuje que me ha dado a la vida,... GRACIAS.
¡TE QUIERO MUCHO!

A mi madre, que con su recuerdo me ha dado la LUZ que necesito en mi vida.

VICKY

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos por su apoyo y cariño.

MARCELA

NO DESISTAS

CUANDO VAYAN MAL LAS COSAS COMO A VECES SUELEN IR,
CUANDO OFREZCA TU CAMINO SOLO CUESTAS QUE SUBIR,
CUANDO TENGAS POCO HABER, PERO MUCHO QUE PAGAR,
Y PRECISES SONREIR AUN TENIENDO QUE LLORAR,
CUANDO YA EL DOLOR TE AGOBIE Y NO PUEDAS YA SUFRIR
DESCANSAR ACASO DEBES ¡PERO NUNCA DESISTIR!

POR LAS SENDAS DE LA VIDA, CON SUS VIROS Y VIREJES
QUE, A VECES, NOS DESCUBREN EN UN SOLO APRENDIZAJE
QUE FRACASOS, A MENUDO, PUDIMOS HABER EVITADO
CON TAN SÓLO INSISTIR, A CAMBIO DE HABER CEJADO.

NO DESISTAS, NUNCA, NUNCA, PUES AUN A PASO LENTO
LOGRARÁS TAL VEZ EL TRIUNFO, AUNQUE NO EN UN SOLO INTENTO.

ESA META QUE, A SEGUIR APARECE TAN DISTANTE
PARA AQUEL QUE DESFALLECE Y SE MUESTRA TITUBIANTE,
NO LO ES PARA QUIEN LOGRA, SIN RENDIRSE, PROSEGUIR
Y EL TAN ANHELADO PREMIO EN LA VIDA CONSEGUIR.
CUÁNTOS HAY QUE, YA MUY TARDE CON TRISTEZA SE CERCIOAN
DE HABER ESTADO A LAS PUERTAS DE LO QUE AHORA TANTO AÑORAN.

TRAS LAS SOMBRAS DE LA DUDA, YA PLATEADAS, YA SOMBRÍAS,
PUEDE BIEN SURGIR EL TRIUNFO, NO EL FRACASO QUE TEMÍAS,
Y NO ES DABLE A TO IGNORANCIA FIGURARSE CUÁN CERCANO
PUDA ESTAR EL BIEN QUE ANHELAS Y QUE JUZGAS TAN LEJANO.
LUCHA, PUES, POR MÁS QUE TENGAS EN LA BREGA QUE SUFRIR,
CUANDO TODO ESTÉ PEOR, MÁS DEBEMOS INSISTIR.

ANONIMO

Vicky y Marce

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Uno de los padecimientos más frecuentes en las mujeres es el dolor menstrual conocido como Dismenorrea Primaria, afecta a un gran número de mujeres en mayor o menor grado, desde las molestias que se alivian con la administración de un medicamento hasta la incapacidad total que requiere que la paciente permanezca en cama (Vargas, Ibáñez, Colotla, 1987). Todas las pacientes que conocen algo acerca de la etiología, patología, tratamiento y pronóstico de su condición en algunas de estas áreas puede carecer de información y como consecuencia no puede ser capaz de comprender y aceptar lo que le está ocurriendo, lo cual produce respuestas excesivas inadecuadas e inapropiadas hacia las demandas de la situación (Pilowsky, 1985; Lazarus, 1986). No es posible entender completamente las emociones individuales que se presentan en relación a este padecimiento, a menos que uno tenga una idea del significado simbólico de su dolor y la incapacidad que le provoca. Un artículo clásico de George Engels (1959) sobre la patología del dolor ayuda particularmente a entender el grado en el cual el dolor puede ser individual, en particular refiere que el factor del dolor (cualquier dolor) puede estar asociado con ideas de castigo, culpa, pérdida y amenaza, y por lo tanto, con las emociones que están acompañadas de estas ideas; los principales afectos que se encuentran con el dolor, incluyendo la dismenorrea, son la depresión, ansiedad y enojo, y posteriormente puede generar culpa y vergüenza. Las pacientes que se predisponen en las primeras experiencias, el afecto puede ser particularmente intenso para romper su capacidad de usar sus acostumbradas estrategias de afrontamiento (Citado en Pilowsky, 1985).

Además, cabe agregar aquí que los síntomas que presenta el Síndrome de Tensión Premenstrual por un desequilibrio hormonal está aunado a los afectos que están relacionados con el dolor y esto da lugar a que los estilos de afrontamiento que se tengan ante la dismenorrea sean menos adecuadas.

Al observar, que la dismenorrea es un padecimiento tan común que un 80% de mujeres la tienen (Vargas,Colofla, 1987), y tomando en cuenta que sus estilos de afrontamiento pueden ser inefectivos al grado de incapacitarlas, o bien disminuir su rendimiento productivo, explica la importancia que tiene esta investigación, puesto que de esta manera al atender este problema en particular se pueden buscar las diferentes alternativas de tratamiento, y así disminuir la severidad que puede representar para quienes padecen de dismenorrea.

Para contextualizar esta investigación se dividió en tres capítulos: I - Los Procesos Fisiológicos del Dolor y la Menstruación, II - El Cuadro Clínico de la Dismenorrea y el Síndrome Premenstrual, III - El Afrontamiento, este capítulo a su vez consta de a) Afrontamiento, b) Afrontamiento al Dolor y c) Afrontamiento a la Dismenorrea.

CAPITULO I

CAPITULO I

PROCESOS FISIOLÓGICOS DEL DOLOR Y DE LA MENSTRUACION

1. FISIOLÓGIA DEL DOLOR

Los receptores del dolor son las terminaciones nerviosas libres que se encuentran en casi todos los tejidos del organismo. Los impulsos dolorosos son transmitidos al sistema nervioso central por dos sistemas de fibras periféricas: las fibras C son delgadas, no mielinizadas, de conducción lenta, y las fibras A delta son más gruesas, mielinizada (Carlson, 1982; Guyton, 1992).

VÍAS CENTRALES DEL DOLOR

Los axones de los nociceptores aferentes primarios entran en la médula espinal a través de la raíz dorsal. Terminan en el asta posterior de la sustancia gris medular. Las terminaciones de los axones aferentes primarios contactan con las neuronas medulares, que transmiten la señal de dolor a las zonas cerebrales implicadas en su percepción. Cada axón aferente primario contacta con muchas neuronas medulares, y cada neurona medular recibe impulsos convergentes de muchas fibras aferentes primarias (Carlson, 1982).

VÍAS ASCENDENTES DE DOLOR

Una gran parte de las neuronas medulares que contactan con nociceptores aferentes primarios envían sus axones al tálamo contralateral. Estos axones forman el haz espinotalámico contralateral que descansa en la sustancia blanca antero lateral de la médula espinal, el borde lateral del borde raquídeo y la porción lateral de la protuberancia y el mesencéfalo. El haz espinotalámico es crucial para la sensación nociceptiva en los seres humanos. La interrupción de esta vía produce déficit permanentes en discriminación del dolor y la temperatura (Carlson, 1982).

Carlson (1982) propone que un área importante a la que se dirige en el haz espinotalámico es la región ventrobasal del tálamo. Los axones de haz espinotalámico conectan con las neuronas que se proyectan en la corteza somatosensorial, parece ser particularmente importante para los aspectos sensitivos del dolor, esto es, su localización, su intensidad y su carácter. Los axones del haz espinotalámico conecta también con las regiones talámicas mediales unidas con la corteza frontal y el sistema límbico. Se cree que esta vía favorece la dimensión afectiva o emocional desagradable del dolor (Carlson, 1982, Guyton, 1992).

CLASIFICACION DEL DOLOR

Carlson (1982) ha clasificado al dolor en dos tipos fundamentales: dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo aparece en menos de una décima de segundo cuando se aplica un estímulo doloroso, mientras que el dolor crónico, se inicia después de un segundo o más, y a continuación aumenta lentamente.

DOLOR AGUDO

El dolor agudo recibe muchos nombres alternativos como dolor cortante, dolor rápido o dolor eléctrico. El dolor agudo, no se percibe en los tejidos del cuerpo más profundos. Stenbach (1986) presenta el cuadro clínico del dolor agudo como un curso temporal característico, por lo tanto, previsible. Este tipo de dolor se transmite a través de las fibras A delta (Guyton, 1992; Harrison, 1995).

DOLOR CRONICO

El dolor crónico tiene múltiples denominaciones, como dolor abrazador, dolor sordo, dolor punzante, dolor nauseoso y dolor lento. Este tipo de dolor suele ir acompañado de destrucción tisular. Puede ser muy intenso y conducir a un sufrimiento prolongado e insoportable que dura de seis o más meses, y aparece tanto en la piel como casi en cualquier órgano o tejido profundo. Este tipo de dolor es el resultado de la estimulación de fibras tipo C, más

primitivas (Guyton, 1992; Harrinson, 1995).

DOLOR NEUROPATICO

Harrinson (1995) añade a la clasificación anterior, el dolor neuropático y lo define como el dolor que tiene típicamente un carácter quemante con hormigueo o parecido a una descarga eléctrica y puede desencadenarse por toque muy ligeros. Estas características son raras en otro tipo de dolor.

Diversos mecanismos contribuyen al dolor neuropático, las fibras aferentes primarias, incluidos los nociceptores, se tornan muy sensibles a la estimulación mecánica y generan impulsos en ausencia de estimulación. Las fibras aferentes primarias también pueden desarrollar sensibilidad a la noradrenalina liberada por las neuronas simpáticas postganglionares. Las neuronas medulares transmisoras del dolor pueden llegar a activarse espontáneamente, aunque se interrumpen sus estímulos aferentes. De esta manera, tanto los cambios del Sistema Nervioso Central como los del Periférico pueden contribuir al dolor neuropático (Harrinson, 1995).

DOLOR VISCERAL

El dolor procedente de los diferentes órganos del abdomen y del tórax, es uno de los pocos criterios que se pueden utilizar para diagnosticar inflamación o enfermedad visceral. Por lo general, las vísceras no tienen receptores sensoriales de otra modalidad que no sea dolor. El dolor visceral, así mismo, difiere del dolor superficial en varios aspectos importantes (Guyton, 1992).

Una de las diferencias más importantes entre el dolor superficial y el dolor visceral es que rara vez provocan dolor intenso. En cambio cualquier estimulación difusa de las terminaciones nerviosas de dolor en toda víscera origina dolor que puede ser muy intenso. Por ejemplo, la isquemia producida por oclusión del flujo sanguíneo a una extensa área del intestino estimula a muchas fibras difusas de dolor a la vez y

puede ocasionar dolor intenso (Carlson, 1982; Guyton, 1992).

Cualquier estímulo que excite las terminaciones nerviosas del dolor en áreas difusas de las vísceras puede ocasionar dolor visceral, daño químico a la superficies de las vísceras .

En una teoría desarrollada por Melzack y Wall (1985) intentan explicar algunas de las formas en las que el dolor difiere de los otros sentidos. Las diferencias más importantes son las formas en las que las emociones u otros estímulos cutáneos pueden alterar la percepción del dolor. Los autores sugieren que se ejerce un nivel de control en el caso de los nervios espinales, en la sustancia gelatinosa del cuerno dorsal. Suponen que las neuronas de segundo orden, que ascienden al encéfalo, reciben estímulos de dos poblaciones de fibras: las fibras S (de pequeño diámetro) y las fibras L (de gran diámetro). Las fibras S corresponden con las fibras C para el dolor, mientras las fibras L corresponden con las fibras A delta que median otros somatosentidos. Hay también fibras en la sustancia gelatinosa que son inhibidas por colaterales provenientes de las fibras S y excitadas por colaterales provenientes de las fibras L. Se supone que el encéfalo ejerce control sobre este sistema, pero no se ha especificado la naturaleza de dicho control. Cuando las interneuronas proporcionan inhibición presináptica sobre las terminales, tanto de las fibras L como de las fibras S se bloquean de este modo la transmisión de mensajes dolorosos (Carlson, 1982; Guyton, 1992).

RECEPTORES DEL DOLOR Y SU ESTIMULACION

Guyton (1992) dice que los receptores de dolor de la piel y de los otros tejidos son todas ellas terminaciones nerviosas libres; están repartidos por las capas superficiales de la piel, así como en determinados tejidos internos, como el periostio, las paredes arteriales, las superficies articulares y la hoz y la tienda de la bóveda

craneal. Los restantes tejidos profundos no cuentan con un gran número de terminaciones de dolor; no obstante, cualquier lesión tisular puede sumarse para producir un tipo de dolor sordo, lento y crónico en estas áreas.

Guyton (1992) y Harrinson (1995) proponen tres tipos diferentes de estímulos que excitan a los receptores de dolor: mecánicos, térmicos y químicos. La mayoría de las fibras de dolor pueden excitarse por diferentes tipos de estímulo. Sin embargo, es probable que algunas fibras respondan al estiramiento mecánico excesivo, otras, a extremos de calor o frío y otras más, a determinadas sustancias químicas actuando sobre los tejidos. Se clasifican respectivamente, en receptores de dolor mecánico, térmico y químico. Por lo general, el dolor agudo está provocado por los dos primeros tipos, mientras que el dolor crónico lo pueden producir los tres. Entre las sustancias que excitan al dolor químico se incluyen bradiquinina, serotonina, histamina, iones potasio, ácidos, acetilcolina y enzimas proteolíticas. Además, las prostaglandinas aumentan la sensibilidad de la terminaciones de dolor, aunque no las excitan directamente. Las sustancias químicas son sobre todo importantes para la estimulación del tipo de dolor crónico que sigue a una lesión de un tejido (Carlson, 1982; Guyton, 1992).

VELOCIDAD DE DAÑO A LOS TEJIDOS COMO CAUSA DE DOLOR

Una persona normal comienza a sentir dolor cuando la piel se calienta por encima de 45 C, ésta es también la temperatura a la que los tejidos comienzan a lesionarse por efecto del calor; de hecho, los tejidos acaban destruyéndose por completo si se mantienen la temperatura por encima de este valor de forma

indefinida. Por tanto, se comprende inmediatamente que exista una estrecha correlación entre el dolor producido y la capacidad de éste de dañar a los tejidos (Carlson, 1982; Guyton, 1992; Harrinson, 1995).

La intensidad de dolor también se ha correlacionado con la velocidad de daño tisular por otras causas además del calor, como infecciones bacterianas, isquemia tisular, contusión, etc. (Carlson, 1982, Guyton, 1992)

Guyton (1992) sugiere tres formas de causar el dolor en forma experimental:

A) Importancia especial de los estímulos de dolor químico durante el daño tisular

Todas las sustancias químicas enumeradas anteriormente, capaces de excitar a los receptores de dolor químicos se encuentran en estos extractos. No obstante, la que parece ser más dolorosa es la bradiquinina.

También se correlacionan la intensidad de dolor percibido con el aumento local de la concentración de potasio. Debe recordarse así mismo de las enzimas proteolíticas pueden atacar directamente a las terminaciones nerviosas y provocar dolor al hacer sus membranas más permeables a los iones (Carlson, 1982, Guyton, 1992).

La liberación de diversas sustancias químicas no solo estimulan a las terminaciones de dolor químicamente sensibles, sino que también disminuyen notablemente el umbral para la estimulación de los receptores mecánicamente sensibles y termicamente sensibles.

B) Isquemia tisular como causa de dolor Cuando queda bloqueado el riego sanguíneo a un tejido se pone sensible en cuestión de minutos, y más cuando mayor sea el ritmo metabólico del tejido, más rápidamente aparecerá el dolor. En ausencia de tejido muscular, el dolor tarda de tres a cuatro minutos en aparecer.

C) Espasmo muscular como causa de dolor Los espasmos musculares son otra causa muy común de dolor y constituyen la base de muchos síndromes dolorosos clínicos. Este dolor es, probablemente, resultado en parte de la estimulación de los receptores de dolor mecanosensibles. No obstante, también es el resultado del efecto indirecto del espasmo muscular para comprimir los vasos sanguíneos y producir isquemia.

El espasmo también eleva el ritmo del metabolismo en el tejido muscular, aumentando así la isquemia relativa y creando las condiciones ideales para la liberación de sustancias químicas con la capacidad de inducir dolor.

PERCEPCION Y TOLERANCIA DEL DOLOR

Hay una clara evidencia fisiológica para distinguir entre la percepción y la tolerancia del dolor. Mark, Ervin y Yakovlev (1962) efectuaron lesiones estereotáxicamente en el talamo en un intento por aliviar el dolor de pacientes que estaban sufriendo de etapas avanzadas de cáncer. La lesión de los núcleos de relevo sensorial (VPM y VPL) produjo una pérdida de sensaciones cutáneas: el tacto, la temperatura y el dolor cutáneo. Sin embargo, los pacientes no obtuvieron ningún alivio de dolor profundo, crónico. Las lesiones en el núcleo parafascicular y en el núcleo intralaminar obtuvieron éxito, el dolor se perdía pero no la sensación cutánea: el tacto, la temperatura y el dolor cutáneo. Finalmente, la destrucción de los núcleos talámicos dorsomedial y anterior dejaban intacta la sensibilidad cutánea y la percepción del dolor. Sin embargo, los pacientes no prestaban mucha atención al dolor. Las lesiones reducían o parecían eliminar su componente emocional. Estos núcleos se encuentran íntimamente relacionados con el sistema límbico y los núcleos dorsomediales hacen proyección hacia la corteza prefrontal. La extirpación de esta región (lobotomía prefrontal o leucotomía prefrontal) también reduce los aspectos emocionales de la percepción del dolor (Carlson, 1982; Guyton, 1992).

2.-PROCESOS FISIOLÓGICOS DE LA MENSTRUACION

1. SISTEMA NEUROENDOCRINO

Las hormonas ejercen efectos de largo alcance: 1) Promoviendo la proliferación, el crecimiento y la diferenciación de células 2) Modulando la activación celular. Aunque la proliferación y diferenciación neural tiene lugar fundamentalmente durante el desarrollo temprano, las células de algunos órganos también se dividen y crecen en etapas más tardías de la vida; por ejemplo, las

hormonas masculinas y femeninas (Carlson, 1982).

REGULACION DE LA SECRECIÓN DE HORMONAS

Algunas glándulas endócrinas secretan hormonas con un ritmo bastante estable a lo largo de grandes periodos de tiempo, mientras que otras varían con la estimulación. En cualquier caso, la secreción es controlada y regulada para que se adecúe a las continuas actividades y necesidades corporales. El control básico empleado es el Sistema de Retroalimentación Negativo - La acción de retroalimentación negativa de una hormona es similar a un termostato: en un sistema de calefacción, cuando la temperatura desciende por debajo de un nivel determinado, el termostato pone en marcha el aparato. Cuando la temperatura se eleva unos cuantos grados, el termostato vuelve a apagar el aparato, y la temperatura tiende a mantenerse constante. Del mismo modo que el termostato puede programarse a diferentes temperaturas, en diferentes horas, los puntos programados de los sistemas de retroalimentación endocrino también pueden modificarse al encontrar circunstancias distintas (Rossenweig, 1993)

PRINCIPALES GLANDULAS ENDOCRINAS

HIPOTALAMO

Las secreciones de la hipófisis anterior son controladas por hormonas liberadoras producidas en neuronas del hipotálamo, incluyendo la Eminencia Media que está rodeada por una elaborada profusión de capilares (los capilares y venas porta hipofisarios). Las terminaciones de las neuronas de la eminencia media se hallan cerca de los capilares. Estos axones transportan abultados gránulos que contienen hormonas. El contenido de los gránulos se liberan en los capilares adyacentes, y fluye a través de la sangre hasta la hipófisis anterior. De este modo, el riego sanguíneo de la hipófisis anterior contiene muchas hormonas que han

sido transportadas a través de la circulación portal de la eminencia media (Carlson, 1982; Rosenzweig, 1993); entre ellas están la Hormona Liberadora de la Hormona del Crecimiento, la Hormona Liberadora Tirotrópica y la Hormona Liberadora de Hormona Luteinizante.

Rosenzweig (1993) propone que las hormonas hipotalámicas supone un nuevo elemento de control en la regulación de las secreciones endócrinas. Además, dice que las neuronas que sintetizan estas hormonas reguladoras están sujetas a dos tipos de influencias:

1) Reciben influencias neurales de otras regiones encefálicas a través de los contactos sinápticos de estas células. De este modo el Sistema Endocrino está influido por amplio rango de señales neurales originadas a partir de acontecimientos internos y externos. Así, los outputs de las glándulas endócrinas pueden ser regulados de acuerdo con los eventos que están sucediendo. Además, la secreción endócrina puede estar sujeta a controles aprendidos.

2) Las células que sintetizan las hormonas liberadoras son afectadas directamente por otras señales, como las hormonas y el nivel de glucosa sanguínea, ya que no están protegidas por la barrera hematoencefálica.

HIPOFISIS

La Hipófisis consta de dos partes principales, teniendo funciones totalmente separadas y poseen orígenes embriológicos diferentes, las dos partes son: la Hipófisis Anterior o Adenohipófisis que se origina a partir del tejido glandular, y la Hipófisis Posterior o Neurohipófisis derivada del tejido neural (Carlson, 1982; Rosenzweig, 1993).

LA HIPOFISIS POSTERIOR

La Hipófisis Posterior tiene su origen neural y las principales hormonas que contienen son la Hormona Antidiurética (también llamada Vasopresina) y la Oxitocina que está implicada en la producción "de leche", es decir, en la contracción de las células de la glándulas mamarias (Carlson, 1982; Rossenweig, 1993).

LA HIPOFISIS ANTERIOR

Las células de lóbulo anterior de la hipófisis secretan gran variedad de hormonas, la mayoría de ellas son las llamadas trópicas, debido a que su papel principal es el control de la glándulas endocrinas situadas por todo el cuerpo, entre ellas están La Hormona del Crecimiento, también conocida como Somatotropina y la Hormona Somatotrópica. La Hormona Adrenocorticotrópica (ACTH), controla la producción y liberación de la hormona de la corteza adrenal. Dos hormonas de la hipófisis anterior influyen sobre las actividades hormonales de las gónadas (Carlson, 1982; Rosenzweig, 1993).

Una de ellas se conoce como Hormona Luteinizante (LH) en las hembras y como Hormona Estimulante de las Células Intersticiales (ICSH) en los machos. La LH estimula la liberación de los óvulos maduros en los ovarios y prepara al útero para la implantación de un óvulo fecundado. En los machos esta hormona estimula la producción de testosterona por los testículos. La otra hormona trópica que influye sobre las actividades hormonales gonadales es la Hormona Estimulante de Foliculo (FSH). Esta hormona estimula la secreción de estrógenos en las hembras y de testosterona en los machos, también actúan sobre la producción de óvulos y de espermatozoides.

La secreción de la hormonas trópicas está parcialmente determinada por las "hormonas liberadoras" producidas por el hipotálamo y transportadas a la hipófisis

anterior por los vasos sanguíneos que circulan por el infundíbulo (Carlson, 1982; Rosenzweig, 1993).

GONADAS

Rosenzweig (1993) dice que prácticamente todos los aspectos de la conducta reproductora, incluyendo el apareamiento y la conducta paternal, depende de las hormonas siendo las responsables de éstas, las gónadas, las cuales producen espermatozoides y óvulos. Las gónadas son las siguientes:

Los Testículos

Son las glándulas masculinas que secretan la Hormona Testosterona, y las demás hormonas masculinas se denominan andrógenos y están intercaladas con las células productoras de esperma. La producción y liberación de testosterona está regulada por una hormona de la hipófisis anterior, esta hormona se denomina Hormona estimulante de las Células Intersticiales (ICSH), y también Hormona Luteinizante (LH). La hormona hipofisiaria está controlada a su vez por un factor liberador hipotalámico, la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH) también llamada Hormona Liberadora de Hormona Luteinizante (LHRH). La testosterona controla una gran variedad de cambios corporales que se hacen visibles en la pubertad.

Los Ovarios

La pareja de gónadas femeninas, los ovarios, también producen gametos maduros (óvulos) y hormonas. La producción de hormonas ováricas se realiza en ciclos, alrededor de cuatro semanas (veintiocho días).

Carlson, (1982) y Rosenzweig (1993) mencionan que el ovario produce dos tipos principales de hormonas: los Estrógenos y la Progesterona; la producción ovárica de estas hormonas está bajo el control de dos hormonas de la hipófisis anterior: la Hormona Foliculo Estimulante (FSH) y la Hormona Luteinizante (HL)

DESCRIPCION DEL CICLO MENSTRUAL

Durante el ciclo menstrual de veintiocho días la FSH de la hipófisis anterior comienza a aumentar antes de la menstruación y estimula el crecimiento de un folículo con su óvulo. La FSH estimula también al ovario a secretar estrógenos, especialmente, estradiol que actúa sobre el útero para producir su revestimiento interno. Los estrógenos alcanzan su punto máximo alrededor del día doce, lo dispara un incremento en la producción de la LH que se produce al día siguiente, la ovulación se produce a las veinticuatro horas (Carlson, 1982; Rosenzweig, 1993)

El folículo que ha liberado al óvulo se convierte ahora en el cuerpo lúteo, que secreta la hormona progesterona. La progesterona produce el desarrollo adicional de la pared uterina que la prepara para la implantación de un óvulo fecundado. Si se fecunda, tras haber experimentado algunas divisiones celulares secretan una hormona que mantiene la producción de progesterona por parte del cuerpo lúteo; más adelante la placenta secreta progesterona, si no se produce la fecundación, la producción de progesterona disminuye alrededor del día veinticuatro, lo que lleva al desprendimiento de la capa que recubre la pared uterina, es decir, lo que llamamos menstruación (Carlson, 1982; Rosenzweig, 1993)

Cuando la mucosa uterina sale al exterior (menstruación), las dos hormonas están en sus niveles más bajos, pero entonces la falta de progesterona induce al hipotálamo para que libere la FSH, con lo cual se inicia un nuevo ciclo (Carlson, 1982; Rosenzweig, 1993)

CAPITULO II

CAPITULO II

CUADRO CLINICO DEL SINDROME PREMENSTRUAL Y DISMENORREA

SINDROME PREMENSTRUAL

La sintomatología de la menstruación tiene sus primeros estudios en los fenómenos físicos y psicológicos. Las mujeres tienen pensamientos y expresiones negativas, tanto por la incomodidad física que se presenta, como por los cambios conductuales, las cuales van precedidos o surgen durante la menstruación (Brooks, Ruble, Clark, 1977), por lo que se ha estudiado al Síndrome Premenstrual

DEFINICION Y DESCRIPCION

Durante el ciclo menstrual existen cambios en la secreción hormonal, generalmente durante la primera mitad del ciclo menstrual las mujeres son más activas y reportan sensaciones de bienestar, mientras que en la segunda mitad del ciclo la conducta son pasivas y receptivas (Marván, Contreras, 1993), por lo que en los días anteriores de la menstruación pertenecen al Síndrome Premenstrual (SPM)

El SPM se define como el conjunto de síntomas que se inician de dos a doce días antes de la menstruación, por lo regular el SPM alcanza su nivel máximo justamente antes de la menstruación y declina al iniciarse ésta, (Bancroft y col., 1985; Iglesias y col., 1987; Witkin, 1987, Boston, 1989; Colston, 1993). Aunque algunos autores incluyen todo el periodo de la menstruación (Marriott, Faragher, 1986).

Marriott, Faragher (1986) han incluido los siguientes los síntomas del SPM:

ESTADO EMOCIONAL Y AFECTIVO ALTERADO: Tensión, ansiedad, irritabilidad, hostilidad, tristeza, labilidad emocional, crisis de llanto.

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO: Aislamiento, cambios en los hábitos de trabajo, inadecuado control de impulsos, aumento o reducción de la libido, disminución y eficiencia de las actividades.

ALTERACION COGNOSCITIVA: Disminución de la concentración, dificultad en toma de decisiones.

ALTERACION SOMATICA: Cefaleas, náuseas, edema, hipersensibilidad mamaria, dolor muscular y de articulaciones.

ALTERACION NEUROVEGETATIVAS: Cambios en la libido, hipersomnias, fatiga y letargia.

ALTERACION DE APETITO: Antojos o rechazo de ciertos alimentos, anorexia.

RETENCION DE LIQUIDOS: Distensión abdominal, aumento de peso, inflamación.

EFFECTOS MOTORES: Incoordinación motora.

FACTORES CAUSALES

Las causas del SPM no pueden ser explicadas por un sólo factor. Osborn (1981) sugiere que existen dos tipos de factores etiológicos del SPM que son los Físicos y los Psicológicos.:

A) FACTORES FISICOS

- Las Hormonas Ováricas: los estrógenos y la progesterona.

El trabajo que se ha hecho con las hormonas ováricas sugiere que la tensión premenstrual puede ocurrir por un exceso de estrógenos o por una deficiencia de progesterona.

- La Hormona Pituitaria: prolactina.

La hipótesis de que la producción excesiva de prolactina es la causante del trastorno premenstrual está siendo investigada (Bäckström y Aakvaag, 1981). Se descubrió que esta hormona oscila de un día a otro, se eleva notablemente en los días de ovulación y, después durante toda la segunda mitad del ciclo menstrual permanecen más elevadas que en la primera mitad. Al parecer la prolactina contribuye sólo ocasionalmente al SPM, aunque de acuerdo con Kinston (1984) muchas mujeres que padecen SPM tienen un alto nivel de prolactina.

- El Sistema Renina - angiotensina - aldosterosa.

La actividad del sistema Renina - angiotensina - aldosterosa puede causar la tensión premenstrual por la producción de sodio y la retención de agua; ésta es una evidencia objetiva en mujeres con síntomas premenstruales (Osborn, 1981).

B) FACTORES PSICOLOGICOS

Existen una relación mutua entre el SPM y algunos trastornos de la personalidad. A menudo el SPM está asociado a fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso y dependencia de alcohol y otras drogas.

A pesar de la postura que tiene el DSM IV, en una considerable proporción de mujeres que padecen el SPM, los síntomas constituyen una exacerbación premenstrual o menstrual de ciertos rasgos de personalidad; en ocasiones, se trata de unos rasgos de tipo neurótico, y otros, de niveles elevados de ansiedad. Así mismo, en las mujeres que padecen SPM es frecuente encontrar una historia de episodios depresivos, en general, trastornos afectivos (Price, 1986). En un estudio longitudinal se logró demostrar que las mujeres con puntajes elevados en la escala de Depresión del Cuestionario de Evaluación Premenstrual suelen presentar periodos de depresión mayor (Graetz y col., 1990). Por ello se ha sugerido que los síntomas premenstruales severos de naturaleza depresiva son las manifestaciones subyacentes de un trastorno depresivo.

TRATAMIENTO DEL SPM

Existen varios tratamientos aplicados a las mujeres que sufren SPM, los cuales disminuyen las molestias empleando varios recursos por lo que se sugiere que tengan atención individualizada ya que no todas las mujeres padecen los mismos síntomas.

TERAPIA NUTRICIONAL

Algunos estudios indican que la piridoxina tiene efectos benéficos (Brusch M. y col., 1988; Dol ., 1989). También se ha intentado proporcionar un suplemento dietético de calcio, reportándose la disminución de varios síntomas como la depresión, la retención de agua y el dolor (Wurtman, 1988).

TRATAMIENTO HORMONAL

En general, las mujeres que usan anticonceptivos orales presentan menos síntomas menstruales, o bien, cuando aparecen son menos severos (Grahams y col., 1987).

Magos y col. (1986) y Watson (1989) obtuvieron resultados alentadores en la supresión de la ovulación en el SPM para el control del dolor (West, 1990). La Dihidroespirinona es un anovulatorio progestágeno de reciente síntesis que debido a sus acciones sobre el metabolismo de los milergos-corticoides, reduce algunas de las molestias premenstruales relacionadas con el edema (Oelkers y col., 1991). Sin embargo, este fármaco disminuye algunas de las molestias que acompaña el SPM, dejando otros síntomas de lado. El Danazol, un esteroide sintético, es de utilidad para controlar la mastalgia, la letargia y aumentar el apetito (Watts, 1987), pero no se recomienda usarlo en mujeres que sufren de depresión primaria o de ansiedad lo cual limita notablemente su uso (Derzko, 1990), ya que puede acelerar la sintomatología de estos padecimientos.

TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA

El estudio reciente de las propiedades de los nuevos agonistas de la serotonina (5-HT), ha abierto opciones para el tratamiento de hipertensión arterial, migraña, depresión y ansiedad (Bonate, 1991), ya que los reguladores de los neurotransmisores 5-HT se han relacionado con estos síntomas; por lo tanto, los tratamientos farmacológicos agonistas de la función 5-HT tienen efectos terapéuticos en estos padecimientos (Marvan, 1993). Incluso la administración de la fenfluramina que es un liberador presináptico del 5-HT (Rowland, 1986), durante la fase lútea reduce los síntomas de depresión y el consumo elevado de carbohidratos y grasas (Brezezinsky, 1990). La nortriptilina, bloqueador del 5-HT, también es eficaz en el tratamiento del SPM (Harrison y col., 1989), y el bloqueador más potente del 5-HT que se conoce como la clorimipramina administradas en dosis relativamente bajas por un tiempo prolongado ha producido alivio en la irritabilidad y tristeza premenstrual (Eriksson y col., 1990); en este estudio se descartó que estas mujeres tuvieran depresión que se incluyen en los criterios diagnóstico del D S M IV.

DISMENORREA

Uno de los trastornos más comunes es la dismenorrea, es decir, dolor menstrual. Novak, Jones y Jones (1993). Odgen (1970), Klein y Litt (1981) la han descrito como una de las quejas más comunes en medicina y, probablemente, el más frecuente de lo síntomas ginecológicos (Chesney, 1975a).

DEFINICION, CLASIFICACION Y SINTOMATOLOGIA

La dismenorrea está clasificada como Dismenorrea Secundaria, que es el dolor menstrual resultado de un desorden orgánico, aparece en presencia de otras enfermedades pélvicas como la endometriosis, miomas intramurales, este tipo de dismenorrea es adquirida y se produce por un factor demostrable. La Dismenorrea Primaria, que es definida como el dolor en el que no se sabe el origen de las causas y frecuentemente es acompañada de náuseas, dolor de cabeza, irritabilidad y problemas gastrointestinales (Chesney, 1975; Novak, 1993).

Por otro lado, Colston (1993) define a la Dismenorrea Primaria como el dolor menstrual en ausencia de lesión pélvica identificable y se debe a factores intrínsecos del útero. En forma característica el dolor se inicia al comienzo de la menstruación y dura varias horas, y en ocasiones, puede continuar durante días; suele ser espasmódica en forma de cólico y similares a los dolores de parto, pero a veces se describe como una molestia en la parte inferior del abdomen. Este mismo autor describe que tiende a centrarse en la línea media inferior, pero puede radiarse a la región lumbar o incluso hasta los muslos; algunos síntomas que pueden acompañar a este dolor pélvico son náuseas, vómito, anorexia, diarrea, cefalea, mareo, fatiga y nerviosismo.

Dalton (1969) clasifica la Dismenorrea Primaria en dos tipos diferentes, conocidos como Congestiva y Espasmódica. La Dismenorrea Espasmódica, se refiere a los espasmos de dolor semejantes a los de parto que comienzan en el primer día de la menstruación; la Dismenorrea Congestiva, es definida como la variación de un síntoma del SPM, que es un dolor menstrual embotador, acompañado de letargo y depresión, siendo previo a la aparición de la menstruación.

FACTORES CAUSALES

DISMENORREA PRIMARIA

FACTORES ANATOMICOS

Una de las posibles causas de la dismenorrea corresponde a un trastorno anatómico, concretamente a la constricción cervical (estenosis), que es un factor que parece estar relacionado con la dismenorrea, es decir, cuando la mujer tiene el cuello del útero anormalmente pequeño, o cuando éste está bloqueado por coágulos de sangre, se produce dolor menstrual. (Calhoun, 1984; Gompel, 1984)

FACTORES HORMONALES

En ocasiones la dismenorrea primaria aparece con la primera menstruación, pero en la mayoría de las pacientes esto no sucede sino hasta meses o años después de la menarca (Colston, 1993). En un estudio realizado por Andersch (1982), demostró que cerca del 8% de las mujeres que presentan dismenorrea lo hacen dentro de los primeros tres años después de la menarca y es raro que aparezcan síntomas intensos posteriormente. Una explicación a la falta de síntomas durante el primer año, lo hace Colston (1993), y dice que más del 60% de los ciclos iniciales son anovulatorios e indoloros, o bien se acompañan de una fase lútea inadecuada y una reducción en la secreción de progesterona; pero cuando se inicia la ovulación y el funcionamiento del cuerpo lúteo puede aparecer este padecimiento. Esta secuencia de acontecimientos no suele suceder sino hasta 6 a 12 meses después de la menarca, cuando hay un antecedente de menstruación dolorosa. Al iniciarse la menstruación cíclica regular se debe estar alerta por la probabilidad de alguna anomalía pélvica coexistente. Además cabe señalar que casi siempre que la dismenorrea inicia después de los 25 años de edad suele ser secundaria a otro problema pélvico (Colston, 1993).

Ahora bien, Dalton (1969) propone que la dismenorrea primaria se relaciona a un desbalance hormonal ovárico (estrógenos y progesteronas). Las mujeres cuyos niveles de progesterona se eleva marcadamente están más propensas a sufrir la dismenorrea espasmódica. De acuerdo con la teoría de Dalton, este padecimiento tiene relación con el exceso de progesterona y del cérvix más estrecha que lo normal. Se cree que los dolores (calambres) son el resultado de las contracciones uterinas que se da al pasar el flujo sanguíneo por la apertura cervical (Tindall, 1971; Marin, 1963; Davis, 1965)

2.3 LAS PROSTAGLANDINAS

Más recientemente, la prostaglandina (PGS), ácido graso producido por el útero , así como por otros tejidos del cuerpo, han sido implicados en la etiología de la dismenorrea (Amodei, Sigmon, 1987); Pickles (1965) descubrió en el fluido menstrual una sustancia liposoluble que aumenta el tono uterino con espasmos, isquemia (reducción o supresión total de la circulación arterial en el útero) y dolor; más tarde (1979), las identificó como prostaglandinas (PGS). Desde entonces, se ha pensado que la formación excesiva o el metabolismo insuficiente de estas PGS en el endometrio podrían ser la causa principal de la génesis de la dismenorrea (Cornec y col., 1986). Parece que las PGS que se encuentran en diversas estructuras, juegan un papel de intermediarios en la integración de la función neuroendócrina y que su síntesis y liberación en el cerebro está mediada por los estrógenos (Asso, 1983). Las PGS participan también en el mecanismos homeostático que sirve para regular el tono muscular y el flujo sanguíneo (Alzina, 1983; Birke y col., 1979; Friederich, 1983).

Friederich (1983) y Calhoun y col. (1984) consideran que existen tres mecanismos por medio de los cuales las concentraciones elevadas de PGS pueden producir los síntomas de la dismenorrea:

1) Causando concentraciones en el miometrio que producen una disminución en la sangre uterina y la subsecuente isquemia del tejido endometrial.

2) Aumentando la sensibilidad de las fibras receptoras del dolor, situadas en el endometrio, frente a los estímulos mecánicos y químicos que causan dolor.

FACTORES PSICOSOCIALES

Existen mujeres que no reportan molestias durante la menstruación; la presencia de cierta pesadez pélvica y de cólicos leves pueden considerarse dentro de los límites normales. Cuando las molestias normales se convierten en una verdadera dismenorrea, la paciente lo refiere con base en la incapacidad que le produce; por lo tanto, el factor psicológico no debe menospreciarse en el tratamiento de la dismenorrea. Se han hecho estudios al respecto, Jones III, Wentz y Burnett (1993) refieren que las jóvenes cuyas madres les enseñan que la menstruación es un momento en el que deben considerarse "enfermas" muchas veces así lo sienten. Por otra parte, Widholm (1979) estudió la correlación entre madres con dolor menstrual e hijas adolescentes, y observó que las últimas tienden a reaccionar hacia la menstruación como lo hicieron las primeras. Si las madres nunca tuvieron menstruación dolorosa, sólo el 6.8% de las hijas de las madres dismenorreicas padecerán de menstruación dolorosa. En un ambiente familiar en el que una o muchas mujeres sufren de dismenorrea, la transición de una niña a la invalidez menstrual es muy fácil.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la crisis por dismenorrea depende de su gravedad; una vez que se inicia el dolor, lo más prudente es atender su evolución natural, puesto que la prevención del dolor puede ser más fácil que detenerlo. Una vez iniciados los fármacos son más eficaces, si se toman antes que se establezca la crisis.

Por lo general, la dismenorrea aguda responde a la aplicación de calor, analgésicos y sedantes antiespasmódicos. En ocasiones, se recomienda diuréticos que provocan un gran alivio al movilizar el líquido y reducir la congestión pélvica. El simple ejercicio puede aliviar un poco la molestia y sirve como diversión. La dismenorrea debe considerarse una enfermedad crónica. Cuando menos el 30% de las pacientes que se tratan con cualquier medida responden favorablemente, aunque sea en forma temporal, así que vale la pena apoyar el efecto del placebo con confianza (Colston, 1993).

Con lo que respecta a la dismenorrea primaria, Mondragón (1988) expone diversos puntos terapéuticos que se han empleado:

- a) Dietas y ejercicio especial.
- b) Psicoterapia, tratando de explicar a la paciente lo que es la menstruación para suprimir el temor.
- c) Administración de psicofarmacos para el mismo fin.
- d) Empleo de calor local en la parte baja del abdomen para tratar de aliviar el dolor.
- e) Uso de analgésico como el ácido acetilsalicílico (aspirinas)
- f) El tratamiento hormonal son los anovulatorios. La supresión de la ovulación con hormonas gonadales, a menudo, alivian el dolor de la dismenorrea primaria.
- g) Inhibidores de la Prostaglandina, los datos que demuestran que la dismenorrea primaria se produce por la PGS han conducido el desarrollo de medicamentos potentes diseñados para interrumpir o inhibir sus acciones.

Dawood y col. (1985) refieren que la dismenorrea primaria tiene una gran influencia psicológica de la dismenorrea primaria y esto implica una evaluación crítica de los diversos métodos de tratamiento. Este mismo autor dice que gran parte del alivio puede ser atribuible a la sugestión debido a que los factores psicológicos desempeñan una gran parte para que se dé la dismenorrea primaria, finaliza exponiendo lo importante que es obtener un período sin dolor, lo más pronto posible; una vez que la paciente experimenta una menstruación libre de dolor y ella se puede dar cuenta de que el alivio es posible, entonces el temor recurrente de una crisis puede desaparecer. Además, de la sugestión y los tranquilizantes los regímenes terapéuticos para la dismenorrea primaria incluyen analgésicos, hormonas, y de la terapia cognitivo-conductual (Colston, 1993).

INCIDENCIA DE LA DISMENORREA PRIMARIA

A pesar de que la dismenorrea primaria parece ser uno de los trastornos ginecológicos que más se da en la población femenina, resulta difícil obtener datos concretos acerca de la incidencia de este síndrome ya que, a menudo, tanto las pacientes como los terapeutas consideran que los síntomas de dolor están dentro de la normalidad. Esta actitud de considerar normal el hecho de padecer dolor cuando se tiene la menstruación, unida a la falta de una definición clara y objetiva de trastorno denominado dismenorrea primaria, hace difícil hablar con exactitud de un porcentaje de afectados.

La incidencia de la dismenorrea varía considerablemente de unos autores a otros. En general, se podría situar la frecuencia de la dismenorrea en el 50 % de las mujeres que menstrúan, siendo más frecuente en las mujeres más jóvenes. Entre un 10-15 % de las mujeres afectadas de dismenorrea son incapaces de hacer una vida normal entre doce horas y tres días de cada ciclo. La dismenorrea primaria alcanza su mayor incidencia entre los 18 y 24 años. Es excepcional que se inicie entre los 25 y raramente persiste más allá de los 30 años.

CAPITULO III

CAPITULO III

A FRONTAMIENTO

1. - DEFINICION DE AFRONTAMIENTO

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología más de cuarenta años, pues actualmente constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos (Lazarus, 1986). En la experimentación animal puede considerarse debido al pensamiento darwiniano, según el cual la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno, y así poder autoconservarse, ya sea evitando, escapando o venciendo los agentes nocivos, y esto lo hace dependiendo de su sistema nervioso autónomo, lo utiliza para discriminar entre las situaciones nocivas para él, y así lograr su supervivencia.

En esta línea de investigación, Miller (1980) dice que el afrontamiento consiste en el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de estrés mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva. Así mismo, Ursin (1980) define el afrontamiento como el logro de una disminución gradual de la respuesta, tanto en animales como en seres humanos. Este autor menciona que el animal va aprendiendo a afrontar la situación disminuyendo la tensión que le provoca un reforzamiento positivo. Obrist (1981) trabajó sobre el concepto de afrontamiento activo, en contraste, con el afrontamiento pasivo. En resumen, el tema central del modelo animal es un concepto unidimensional, pues toda la experimentación se centra en la conducta de huida y evitación.

El modelo psicoanalítico del Yo lo define como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por consiguiente, reduce el estrés (Lazarus, 1986).

La diferencia principal entre la forma de tratar el afrontamiento en este modelo y en el modelo animal radica en el modo de percibir y considerar la relación del individuo y el entorno. Aunque la conducta no queda ignorada, es considerada de mayor importancia que el factor que contempla los procesos cognitivos (Lazarus, 1986).

AFRONTAMIENTO COMO UN RASGO O UN ESTILO

Los modelos tradicionales de afrontamiento tienden a insistir en los rasgos o estilos; es decir, en estructuras del Yo desarrolladas por el propio sujeto que, una vez creadas, actúan presumiblemente como predisposiciones estables para afrontar de una u otra forma los acontecimientos de la vida (Lazarus, 1986).

AFRONTAMIENTO VS. CONDUCTA ADAPTATIVA AUTOMÁTICA

En cuanto más rápida es la adaptación humana, el individuo podrá aplicar sus recursos en forma automática, y así será más eficaz para manejar la relación con el entorno. Cuando una situación es nueva probablemente las respuestas no serán automáticas, pero la situación aparece una y otra vez, es probable que las respuestas vayan volviéndose automáticas a medida que son aprendidas (Lazarus, 1986).

La definición de afrontamiento debe incluir los esfuerzos para manejar las demandas estresantes independientemente del resultado. Esto significa que ninguna estrategia se considera inherentemente mejor que la otra, es según al problema que se está afrontando. (Lazarus, 1986).

Lazarus (1986) afirma que el mejor afrontamiento es aquel que modifica la relación individuo - torno en el sentido de mejorarla, el afrontamiento es considerado como el equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas.

ESTRATEGIAS DEL AFRONTAMIENTO

El proceso de afrontamiento se haya constantemente influido por la reevaluación cognitiva que se hace, es decir, para manejar el estrés las personas aprenden a modificar el medio ambiente y, así manejar el estrés más efectivamente; eliminar el estrés por sí mismo no es importante, aprender a hacerle frente, es mejor (Weisenberg op cit. Meizak y Wolf, 1985). Lazarus (1986) explica que la función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene.

EL AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA EMOCION

Este tipo de afrontamiento está constituido por los siguientes grupos de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que se puede derivar de una crisis de estrés; incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos positivos (Lazarus, 1986). Aunque los procesos dirigidos a la emoción pueden cambiar el significado de una situación estresante sin distorsionar la realidad se debe tomar en cuenta la cuestión de la autodecepción; fenómeno siempre posible en este tipo de afrontamiento (Lazarus, 1984). Se utiliza el afrontamiento dirigido para conservar la esperanza y el optimismo para negar, tanto el hecho como su implicación para no tener que aceptar lo peor y actuar como si lo ocurrido no importara. Estos procesos conducen por sí mismos a una interpretación de autoprotección o distorsión de la realidad; esta autodecepción se extiende en un continuo que va desde las ilusiones personales y sociales hasta las distorsiones mayores, sin línea divisoria entre la normal y patológica (Lazarus, 1984).

AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA

La resolución de problemas implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluye las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto (Lazarus, 1984).

RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO

Decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos sino que también tiene la habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíble de uno mismo, tanto si son realmente útiles, como si constituyen un medio para hallar otros recursos no disponibles (Lazarus, 1984).

SALUD Y ENERGIA

Una persona frágil, enferma, cansada y débil tiene menor energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante (Lazarus, 1984)

CREENCIAS POSITIVAS

Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. De hecho, una creencia puede conducir a una evaluación de desesperanza que a su vez, disminuye el afrontamiento dirigido al problema. Una creencia negativa sobre la propia capacidad para ejercer control sobre una situación o sobre la eficacia de una determinada situación puede disminuir la capacidad de afrontar los problemas. La naturaleza de un sistema de creencias como su grado de generalización determinan su valor como recurso y su influencia a los procesos y de afrontamiento (Lazarus, 1984)

AFRONTAMIENTO Y CONSECUENCIAS ADAPTATIVAS

No se considera al estrés como algo intrínsecamente desadaptativo y perjudicial. El estrés mayor (al que muchas veces nos referimos como crisis) algunas veces hace que el individuo desarrolle recursos adaptativos que nunca había utilizado, tales personas suelen ganar firmeza, que podrían utilizar en posteriores crisis; parece pues, que crecen teniendo más estrategias de afrontamiento, y esto es, como consecuencia del estrés. De la misma manera, las personas que en su infancia son protegidas de determinadas situaciones (sea enfermedad, rabias, etc.) tienen mayor probabilidad de ser posteriormente altamente vulnerables al estrés, puesto que no han tenido la oportunidad de tener las estrategias necesarias para afrontar la vida diaria (cit. Woriarty 1976; 1984).

TECNICAS PARA LA RESOLUCION DE UN PROBLEMA

Lazarus (1984) propone las siguientes técnicas de afrontamiento que incluyen habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades y alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Janis, 1974; Janis y Mann 1977)

HABILIDADES SOCIALES

Se refiere a la capacidad de comunicarse y actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. La importancia de las habilidades sociales como recurso se hace evidente en muchas áreas incluidos los programas terapéuticos que ayudan al individuo a manejar los problemas cotidianos, así como los programas de entretenimiento que persiguen mejorar la comunicación interpersonal (Lazarus, 1984).

RECURSOS MATERIALES

Los recursos económicos, obviamente, aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes, ya que proporcionan el acceso más fácil, y a menudo, más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo (Lazarus, 1984).

LIMITACIONES EN LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS

CONDICIONANTES PERSONALES

Los condicionantes personales, hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción, de sentimientos y a los déficit psicológicos que son producto del desarrollo del individuo. Los valores y creencias culturales sirven como norma que determinan conductas o ciertos sentimientos apropiados o no (Lazarus, 1984)

CONDICIONANTES AMBIENTALES

Existen tantos en el ambiente como en el individuo. El entorno puede responder a los esfuerzos del afrontamiento del individuo en modo tal que acaba anulando sus estrategias (Lazarus, 1984)

GRADO DE AMENAZA

La amenaza puede ser evaluada como mínima, cuando se experimenta escasa sensación de estrés, o como máxima cuando experimenta emociones negativas intensas como el miedo, junto con los recursos y las condicionantes, el grado de amenaza que experimenta el individuo juega un papel importante en la determinación del afrontamiento (Lazarus, 1984); pues la amenaza extrema interfiere con los modos de afrontamiento dirigidos al problema, mediante sus efectos sobre el funcionamiento cognitivo y la capacidad del procesamiento de la emoción (Lazarus, 1984)

No se está hablando de la negación, lo que constituye una respuesta frecuente a la información amenazadora, sino de la reducción del funcionamiento cognitivo y, por tanto, al acceso de estrategias dirigidas al problema.

Es importante resaltar que los grados de amenaza no significa necesariamente una disminución de alguna o de ambas formas de afrontamiento. La conducta de afrontamiento esta determinada por el grado de amenaza que es solo uno de los factores determinantes. Por ejemplo, Janzoff-Bulman y Brickman (1982), señalan que el afrontamiento adaptativo incluye el saber en qué momento hay que dejar de perseguir un objetivo que es inalcanzable.

La relación entre los recursos y el afrontamiento se haya mediada por las coacciones personales y ambientales, y por el grado de amenaza. Además, los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo; tienen la capacidad para expandirse o para contraerse, y algunos son más erráticos que otros, en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondiente a los distintos periodos de la vida (Lazarus, 1984).

EFICACIA DEL AFRONTAMIENTO

Perlman y Schooler (1978) afirman que la gente al afrontar puede o no fracasar para responder a sus problemas y esto puede hacer la diferencia en su bienestar. Por otro lado, se debe considerar la necesidad de examinar el curso y efecto diverso de las estrategias de afrontamiento a través del tiempo, por ejemplo en un periodo interino de evitación puede ser útil para utilizar los recursos ambientales, personales y sociales en las fases iniciales del afrontamiento dentro de las situaciones de vida apropiada. Sin embargo, cuando un individuo continúa confiando en estrategias de afrontamiento de evitación, las crisis y sus consecuencias no pueden darse directamente y el resultado se ve en una disfunción psicológica. Existe, entonces una desventaja práctica, pues el tiempo que transcurre entre el acto de afrontar y el resultado puede variar de un milisegundo hasta toda una vida (Varela, 1966)

2. - AFRONTAMIENTO AL DOLOR

La percepción del dolor que es evocado por un estímulo nocivo es un proceso multidimensional que envuelve tanto una evaluación subjetiva de aspectos sensoriales de los estímulos (intensidad, duración y localización) como a las respuestas emocionales y afectivas (Ducan, 1989).

Por consiguiente, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) tiene una definición que contiene implicaciones que constituyen importantes avances en la conceptualización del dolor (Chapman 1980):

- a)- Invalida el concepto de dolor como un modelo sensorial, presentándola como una experiencia compleja;
- b)- otorga la importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro;
- c)- considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo;
- d)- considera parte intrínseca de la experiencia del dolor la atribución del significado a los hechos sensoriales desagradables.

CONDUCTA DE DOLOR

En términos de Fordyce (1976) las conductas de dolor son, un conjunto de operantes definidos por su efecto social: la comunicación de un estado, entendido o descrito, como dolor. Se trataría, pues, de un conjunto de comportamientos socialmente significativos e interpretados como indicación o señal de lo que le sucede a quien los emite, en este caso, de dolor.

Las configuraciones que adoptan dichas conductas pueden ser muy dispares en el apartado de procedimientos de estudio dedicado a la observación directa, se indicaran las más importantes clasificaciones dentro este terreno (Penzon, 1989) un primer grupo corresponde a las verbales, ya sea en las categorías de quejas o bien, como informaciones específicas. Otras modalidades dentro de las conductas de dolor son el consumo de medicamentos, las maniobras analgésicas, los cambios o las pausas en la actividad, el reposo, determinados tipos de movimientos. Lo que los englobaría en una misma clase es el hecho de que cualquiera de ellas es claramente informativa y percibidas como tal por las personas que rodean al paciente que suelen responder a ellas estableciendo discriminaciones muy matizadas y de forma altamente previsible.

A pesar de la propiedad común que las define, no está justificada ni es metodológicamente prudente tratar las conductas de dolor como un bloque, sino que han de estudiarse teniendo en cuenta que pueden tener una historia distinta, una probable justificación particular y depender de circunstancias características. Su aprendizaje puede haberse realizado en condiciones diferentes: algunas, por enseñanzas explícitas (las verbales) otras, a partir de maniobras analgésicas reflejas (movimientos protectivos o de afrontamiento, inmovilización), otras, por imitación o instrucción (ingestión de medicamentos), otras en fin, por sus efectos de evitación (reposo). Su diversidad de origen hace que en cada persona, según su particular historia, se configure un repertorio peculiar e idiosincrático (Penzon, 1989).

Penzon (1989) justifica las conductas de dolor con la subjetividad de la información que proporciona el paciente como los datos generados por el profesional; y esto es importante

cuando se realiza una historia clínica o ausculta al paciente. Por consiguiente, Penzon (1989) dice que en la interpretación de las conductas de dolor se deben tomar en cuenta en sus condiciones de ocurrencia pues tienen siempre un componente social o simbólico y, por supuesto, que tales condiciones son múltiples, complejas y dependen del contexto

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE DOLOR

Una vez liberadas de la necesidad de explicar los fenómenos que no son de incumbencia o que son ajenos a su campo es mucho lo que queda para el estudio psicológico en este tema del dolor. Penzon (1989) sistematizó las principales áreas de dolor en tres aspectos: el estudio evolutivo de la conducta de dolor; el análisis funcional de sus condiciones de ocurrencia; y el estudio de comportamiento, verbal y no verbal, de los profesionales en relación con el dolor.

El primer apartado, comprende el estudio de la historia natural de las conductas de dolor, basado en su evolución desde los estados agudos hasta los crónicos, y de cómo se van configurando por la influencia moduladora ambiental. Esto implica la necesidad de observar a todos los pacientes a partir del momento que presentan un dolor agudo y seguir su evolución, dedicando una atención especial al estudio de las fases y mecanismos de transición, por ejemplo, del dolor agudo al dolor crónico y a la invalidez.

Cuando se adopta una perspectiva de interacción, uno de los aspectos más importantes a analizar dentro de este apartado son las influencias recíprocas entre el individuo que emite conductas de dolor y su entorno social. Esto implica, por una parte, a qué conductas el entorno tienden a responder en forma selectiva, y por otra, cómo responde el entorno a ellas y los efectos de estas respuestas hacia las mismas. La situación creada por la interdependencia entre el individuo y su entorno social puede constituirse en un factor mantenedor o etiológico secundario. Interesa pues, qué conductas desarrolla un determinado paciente en un determinado cuadro, cómo éstos son influidos por el ambiente social y, cómo, a su vez, influyen en él convirtiéndole en un factor mantenedor y, de forma general, incidiendo en la relación del cuadro.

En el terreno de la aplicación, el objetivo de estos estudios, es prevenir la evolución de los cuadros agudos hacia la cronicidad y de los crónicos hacia a la invalidez. En segundo lugar, aumentar la eficacia terapéutica mediante la elaboración de criterios de decisión y selección que permitan definir los grupos de pacientes y las indicaciones específicas de tratamiento para cada uno de ellos.

El segundo apartado, se refiere al análisis funcional de las condiciones de las que dependen las conductas de dolor y su clasificación en categorías y funciones psicológicas. En primer lugar, esto implica especificar en presencia de qué factores ambientales es más probable que se produzca una determinada conducta, es decir, en qué condiciones incrementan su probabilidad y cómo interactúan entre si estos factores. En segundo lugar, implica establecer en qué contexto una determinada relación funcional es eficaz o resulta inhibida, cuáles son estos factores moduladores contextuales y cuál es su efecto sobre una determinada relación funcional. En tercer lugar, definir las unidades funcionales complejas, su significado, tanto normal como patológica, constituida por la interacción de todos estos componentes

El tercer apartado, se refiere a la realización del mismo tipo de análisis funcional con respecto al lenguaje de los profesionales. Cuando los profesionales hablan de dolor es importante el tomar en cuenta qué términos usan, qué matizaciones establecen, en qué condiciones o contextos se emiten determinadas verbalizaciones, frente a qué evidencia, atendiendo a qué propiedades o a qué aspectos se están refiriendo hacia un mismo fenómeno que, en este caso, es el dolor.

DOLOR Y CONDUCTA ENFERMIZA

La conducta enfermiza se refiere a los pensamientos, emociones, actitudes individuales que están en relación a la salud. Pilowsky (1985) dice que aunque la conducta enfermiza puede ocurrir sin dolor, el dolor sin manifestar una conducta enfermiza podría ser extremadamente raro. Para un punto de vista clínico, es razonable considerar las experiencias enfermizas como inseparables del dolor, para los clínicos constituye únicamente una faceta de todos los pacientes

que tienen una conducta enfermiza. Para entender y explicar la experiencia del dolor, por consiguiente, es necesario emprender una evaluación para encuadrar las influencias biológicas, psicológicas y socioculturales.

DETERMINANTES DE LA CONDUCTA ENFERMIZA (DOLOR)

APRENDIZAJE OBSERVACIONAL, MODELO DE DOLOR

Los factores del aprendizaje juegan un rol significativo en la respuesta de dolor; como ejemplo, son los niños que aprenden cómo responder al dolor por observación de parientes, sean los padres u otros familiares, o bien otros modelos de rol en su medio ambiente (Fordyce, 1976; Sternback, 1978; Bandura, 1977).

EL REFORZAMIENTO

El reforzamiento es otro factor que contribuye para que las personas aprendan a responder al dolor (Gil, 1985); es decir, la forma en que una persona responde a la experiencia dolorosa a consecuencia del comportamiento de las personas que le rodean. El reforzamiento, es el receptor de la consecuencia positiva para expresiones o conductas dolorosas. En el caso de las personas son sometidas a un procedimiento médico doloroso, una respuesta casi automática de la gente que está cerca, ya sea algún pariente o la mismas enfermeras o médicos, es la atención y confianza que proporcionan en un esfuerzo para facilitar la experiencia de dolor. Esta tendencia puede ser contraproducente, ya que tal conducta que presentan los parientes que están cerca puede estar asociado con angustia, enojo o miedo en el paciente (Gil, 1985).

Otra forma de reforzamiento es cuando, el paciente puede anticipar el dolor o una respuesta repetida, imaginando cómo se realiza el procedimiento, de tal modo, que dentro de las expectativas del paciente se prolongue la espera, y crezca más su miedo al dolor (Citado en Gil, 1985).

FACTORES CULTURALES

La variación en la expresión, umbral y tolerancia al dolor ha sido observada a través de diferentes grupos raciales, religiosos y étnicos (Clark v Clark, 1980; Lambert y col., 1984; Woodrow y col., 1972) Peck (1986) hizo un estudio experimental de dolor mostrando antecedentes culturales de la experiencia que pueden influenciar la tolerancia de dolor de los sujetos. tal descubrimiento puede tener implicaciones en el ambiente clínico cuando el paciente es de un grupo racial, religioso o cultural diferente al grupo que están atendiendo (Gil, 1985)

ASPECTOS CONGNITIVOS

Cuando una persona piensa que el dolor, influye en sus sentimientos y acciones, estas ideas dependerán de la información que tienen a su disposición la cual será derivada por una experiencia previa (ya sea de la persona o de otra), tal como la ha interpretado y como han sido tolerada. En este sentido, la información dependerá de los estilos de cognición, la estructura de desarrollo y de personalidad que determinan el significado del dolor de esta persona (Pilowsky, 1985)

Las Creencias y el Manejo del Dolor. Una persona que tiene una creencia acerca de su dolor y el manejo del mismo, ya sea como "achaque" o como una situación dolorosa, influye en la intensidad y tolerancia del dolor (Gil, 1985) Es decir, la creencia es un factor importante para reaccionar al dolor.

Atención & Distracción La atención en una estimulación dolorosa ha sido asociado con el dolor incrementado, mientras que con la distracción disminuye el dolor. En un estudio de distracción a través de estrategias cognitivas, tal como la imaginera placentera, o hacer otras actividades cotidianas es efectivo para la disminución del dolor; los sujetos a quienes se distrajo les sirvió para tener un umbral mayor de dolor, así como, mayor tolerancia al dolor (MacCaul y Malott, 1984).

ASPECTOS AFECTIVOS

No es posible comprender completamente algunas emociones individuales en relación con la enfermedad, al menos que alguien tenga idea del significado de su dolor y la incapacidad que le produce. Los principales afectos asociados al dolor son la depresión, ansiedad y enojo, y posteriormente, con frecuencia genera la culpa y vergüenza. Los pacientes que se predisponen a las primeras experiencias, el estado emocional puede ser particularmente intenso y plomizo, rompiendo su capacidad de usar sus acostumbradas estrategias de afrontamiento (Pilowsky, 1985).

Las reacciones emocionales que típicamente acompañan al dolor son: Ansiedad, miedo, depresión, enojo, irritabilidad y frustración (Gil, 1985)

Ansiedad y Miedo

La investigación experimental de dolor indica que la ansiedad incrementa y exagera los reportes de estimulación de dolor (Gil, 1985)

La ansiedad es un factor importante en una situación de dolor. Puede ser especialmente útil evaluar los niveles de ansiedad en pacientes que reportan dolor muy intenso y requieren frecuentemente medicamento para el dolor (Gil, 1985).

Depresión

La depresión es una respuesta menos común para la experiencia de dolor agudo (leve) y es más frecuente observado en el dolor crónico (Gil, 1985).

Enojo, Irritabilidad y Frustración

El enojo, la irritabilidad y la frustración son también factores asociados en el dolor crónico, aunque pueden ser observados en el dolor agudo; y la forma de responder, por ejemplo, las demandas excesivas que se tienen del medicamento para el dolor o el quejarse demasiado (Gil, 1985).

ESTRATEGIAS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR

Cada vez que una persona afronta una situación dolorosa y estresante, sus respuestas de demandas o requerimientos serán mayores o excesivas. Algunas estrategias son efectivas y facilitan un mayor afrontamiento, sin embargo, otras son inefectivas y puede fomentar un sufrimiento y dolor adicional (Gil, 1985).

Para manejar el dolor y el estrés más efectivamente, las personas aprenden a modificar el medio ambiente, pues eliminar el estrés por sí mismo no es importante, aprender hacer frente al estrés es mejor.

TECNICAS COGNITIVAS

Meichenbaum (1975) propone la necesidad de proporcionar a los pacientes una variedad de estrategias de afrontamiento que incluyan técnicas de relajación, habilidad en la solución de problemas, la reestructuración de errores cognitivos

AFRONTAMIENTO A LA DISMENORREA

La dismenorrea, es un padecimiento doloroso que da lugar a cambios en la vida cotidiana de una mujer disminuyendo las actividades que realiza; Witman (1987) propone que esta es la causa de ausentismo escolar entre las adolescentes y la pérdida de horas laborales entre las mujeres. Aunado a la sintomatología de la dismenorrea, Ruble y Brooks-Gunn, (1979) consideraron que el dolor menstrual es más un fenómeno cultural que biológico. Estos mismos autores (1980) sugirieron que la actitud hacia la menstruación puede ser inducida por situaciones socialmente estresantes como la reacción a la menstruación y sus síntomas agravantes, esto bien puede influir en la evaluación de los síntomas. Un dato concerniente a la persistencia de la dismenorrea y sus efectos en las actividades diarias podría ser importante para comprender mejor en el futuro la experiencia menstrual, y así, desarrollar métodos de tratamiento para aminorar este impacto. Entre los factores relevantes para la evaluación del impacto a la dismenorrea, es importante el reporte del dolor, así como la intensidad, los factores cognitivos como la percepción de las consecuencias de pérdida de actividades, autocontrol, enfermedad y actitud

dirigida hacia la menstruación; la duración e intensidad del dolor es un aviso para la predisposición y el ausentismo durante la menstruación que contribuye significativamente a la predisposición, pues la sintomatología no parece ser un buen predictor para tal ausentismo (Witman, 1987).

Colston (1993) reporta respecto a la dismenorrea que más del 50% de las mujeres postmenárgicas experimentan algún grado de malestar, y el 10% de ellas, la molestia es incapacitante: de uno a tres días de cada mes. En Suecia, la frecuencia de la dismenorrea es hasta del 72.4% del grupo estudiado y el 15.4% el dolor limita la actividad diaria y no mejora con analgésicos (Anderch B., 1982). Este trastorno tiene un impacto socioeconómico considerable, se calcula que es la principal causa de ausentismo laboral, escolar y provoca millones de horas improductivas cada año. Debido a que la mujer forma parte, cuando menos, del 42% de la fuerza de trabajo entre los adultos, sólo en Estados Unidos se pierden cerca de seiscientos millones de horas laborales cada año por no proporcionarse un tratamiento eficaz (Waite, 1981).

Por otro lado, Whittle (1987) refiere que los mecanismos psicológicos que incrementan la sensibilidad y la reactivación al dolor puede incrementar la severidad de la experiencia. Este mismo autor hace un reconocimiento de la relación anteriormente descrita y enfatiza un cambio en el camino de un simple modelo psicológico del origen de la dismenorrea dirigiendo la incorporación de factores sociales. La dismenorrea no es conceptualizada como un dolor crónico pero puede ser vista como una experiencia periódica. Esto da la posibilidad de que las mujeres que reportan dismenorrea pueden tener poca adecuación social.

Como conclusión, se sugiere que el dolor o la inconformidad que experimentan durante el periodo menstrual no deben ser las causas para interrupción de las actividades en las mujeres por lo que se deben realizar terapias diseñadas para el impacto de la dismenorrea y crear factores cognitivos más afortunados.

En este sentido, Muller (1968) demostró la efectividad de la modificación conductual en un solo caso; utilizando la sugestión con la relajación, desensibilización sistemática, además de imaginería, durante seis meses en una mujer de 31 años que presentaba síntomas de

dismenorrea y ansiedad, incapacitándola por lo menos un día en cama, al darle este tratamiento conductual desaparecieron los síntomas. Por otra parte, Tasto y Chesney (1975b) encontraron que al tratar con modificación conductual los síntomas menstruales de mujeres que sufrían dismenorrea primaria obtuvieron resultados positivos para la dismenorrea espasmódica, no siendo así para la congestiva, por este motivo Amodei y col. (1987) agregaron a estas técnicas un paquete de habilidades de afrontamiento con personas que tenían dismenorrea congestiva, aunque tampoco fueron efectivas. Sin embargo, Vargas y col. (1987) demostraron que lo importante no es si se trata de uno u otro tipo de dismenorrea, sino pacientes que reportan dolor asociado a la menstruación, y el psicólogo debe aprovechar los procedimientos de terapia conductual o de modificación de comportamiento. Dentro de esta línea de razonamiento Cox y Meyer (1978) demostraron la utilidad de la terapia de desensibilización en el tratamiento de dismenorrea primaria, sin importar que fuesen del tipo congestiva o espasmódica.

METODO

M E T O D O

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación se avocará hacia el estudio de la Dismenorrea ya que este padecimiento provoca la disminución de las actividades cotidianas de las mujeres, por lo que la pregunta problema es la siguiente:

- ¿ Qué estrategias de afrontamiento se utilizan cuando se padece de dismenorrea ?

H I P O T E S I S

Las mujeres que padecen de dismenorrea utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas por lo que sus actividades laborales, sociales y escolares y en el hogar disminuyen.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

H0: La dismenorrea no afecta en el estilo de utilizar las estrategias de afrontamiento en las mujeres que la padecen.

H1: La dismenorrea afecta el estilo de utilizar las estrategias de afrontamiento, al grado de incapacitar a las mujeres que la padecen.

OBJETIVO

Determinar la importancia que tienen la relación entre la dismenorrea y las estrategias de afrontamiento tomando en cuenta las diferentes alternativas de tratamiento.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

DISMENORREA PRIMARIA

Dolor menstrual intermitente, intenso, con calambres que comienzan en la parte baja del abdomen e irradia hasta la espalda y los muslos. Se desconocen las causas.

Se clasifica en lo siguiente:

ESPASMODICA: Espasmos de dolor menstrual que comienza el primer día de la menstruación y puede durar todo el periodo.

CONGESTIVA: Es un dolor embotador acompañado de letargo previa a la aparición a la menstruación.

VARIABLE DEPENDIENTE

AFRONTAMIENTO

Son estrategias que se utilizan para la solución de un problema en la vida cotidiana; y cualquier signo que indique descontrol o desequilibrio, por definición no es un adecuado recurso de afrontamiento.

S U J E T O S

La muestra está constituida por 50 mujeres entre 18 y 24 años de edad, ya que es el rango en el que se manifiesta la dismenorrea primaria, además que estén estudiando la licenciatura.

M U E S T R E O

La muestra fue elegida en una forma NO PROBABILÍSTICA, ya que no dependió de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de esta investigación, es decir, que las mujeres que se seleccionaron padecen de dismenorrea

TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio que requirió esta investigación fue de tipo **ex post facto**.

DISEÑO

El diseño con el que se trabajó en el presente estudio fue un diseño de una sola muestra. Así mismo, al ser una investigación no experimental o **expostfacto**, resulta imposible manipular variables pues éstas ya están dadas, por lo que se convierten en criterios de inclusión a la muestra

INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

La aplicación de la batería de instrumentos se hizo en forma **grupal** o individual pues las pruebas son **autoaplicables**.

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron los siguientes:

- 1 - El Cuestionario de Síntomas Menstruales para clasificar el tipo de dismenorrea que padecen las mujeres, ya sea Espasmodica o Congestiva.
- 2.- El Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana para verificar las estrategias de afrontamiento que utilizan estas mujeres.
- 3 - La Escala Zung para medir depresión.
- 4.- La Escala de Hamilton para medir ansiedad
- 5.- Escala Visual Análoga (EVA) para medir la intensidad de dolor.

1.- CUESTIONARIO DE SINTOMAS MENSTRUALES

ANTECEDENTES

Este cuestionario fue construido por Chesney y Tasto (1975) basado en la teoría de Dalton (1969) que clasifica el tipo de dismenorrea primaria, ya sea congestiva o espasmódica. Este instrumento se elaboró en dos etapas:

- En la primera etapa hicieron las preguntas que caracterizan la dismenorrea y la clasificaron en dos tipos:

- En la segunda etapa se realizó un análisis factorial a cada pregunta en dos muestras separadas, en donde se obtuvo una confiabilidad test- retest de 0.76 distinguiendo claramente dos factores que apoyan la teoría de los dos tipos de dismenorrea. Cuando los reactivos tuvieron \pm 0.35 de confiabilidad se eliminaron, y solo permanecieron 25 reactivos, la confiabilidad media test - retest de 0.78. Por consiguiente, este instrumento provee medios confiables para diferenciar la dismenorrea; y desde un punto de vista terapéutico este instrumento da un diagnóstico preciso del tipo de dismenorrea y puede ser un prerrequisito para dar un tratamiento adecuado.

DESCRIPCION

El cuestionario consta de 25 preguntas, 24 de estas tienen 5 respuestas posibles que reflejan el grado de los síntomas; Doce preguntas características de la dismenorrea espasmódica y doce preguntas características de la dismenorrea congestiva, el último reactivo es un párrafo que describe uno de los dos tipos de dismenorrea que más se acerca a su inconformidad menstrual.

CALIFICACION

Este cuestionario de 25 preguntas es puntuado por las personas de 1 a 5 en cada respuesta. El puntaje 5 fue asignado a la respuesta SIEMPRE quien experimentó síntomas característicos de dismenorrea espasmódica, el puntaje 1 fue asignado a la respuesta NUNCA experimentado este síntoma. El puntaje opuesto 1 fue asignado a la respuesta SIEMPRE experimento síntomas característicos de dismenorrea congestiva y el puntaje 5 fue asignado a la respuesta NUNCA experimento este síntoma. Los puntajes 2, 3 y 4 fueron asignados en orden ascendente. Por lo tanto, doce preguntas describen síntomas característicos de dismenorrea congestiva y fueron puntuadas en orden contrario a las preguntas que describen síntomas característicos de dismenorrea espasmódica. En la pregunta 25 se selecciona uno de los dos tipos de inconformidad menstrual, el tipo 1 puntúa como 5 por ser espasmódica y el tipo 2 puntúa como 1 por ser congestiva. Las mujeres que padecen dismenorrea espasmódica obtienen puntajes altos y las mujeres que padecen dismenorrea congestiva obtienen puntajes bajos. Los puntajes más altos son de 125 y los más bajos son de 29, la media entre los dos extremos es de 77 puntos.

2. CUESTIONARIO DE SALUD FÍSICA Y VIDA COTIDIANA (HDL)

ANTECEDENTES

El cuestionario de Salud Física y Vida Cotidiana (HDL) es un procedimiento de evaluación estructurado, elaborado por Moos y col. (1986). Con este instrumento es posible obtener una serie de índices relacionados con la salud y el funcionamiento social, estresores de vida, respuestas de afrontamiento y recursos sociales. Algunos de los índices fueron adaptados de trabajos de otros investigadores, y otros más fueron desarrollados por los autores de esta prueba.

Este cuestionario puede ser de gran utilidad a investigadores que estén interesados en el proceso de adaptación psicosocial. La versión adulta inicial (forma A) del HDL fue desarrollada

para usarse en los resultados de un estudio longitudinal del tratamiento entre pacientes alcohólicos y sus familiares. Esta forma también se usó en un estudio de tensión y estilos de afrontamiento en un grupo comunitario de mujeres y hombres casados; además, se utilizó en un proyecto donde se examinó el papel de los factores psicosociales en el proceso de rehabilitación de hombres que experimentaron un infarto al miocardio

La versión adulta enmendada (forma B) del HDL se desarrolló en base a la experiencia de la forma inicial, forma A, y se ha usado en resultados de un estudio longitudinal del tratamiento de pacientes deprimidos y sus familias. La forma B también se ha utilizado para examinar tensión y respuestas de afrontamiento en un grupo comunitario de mujeres y hombres que eran sociodemográficamente equiparable a los pacientes tratados por depresión.

Los autores crearon una primera versión para adolescentes del HDL que tienen estudios de educación media y superior

El HDL se ha utilizado para examinar la influencia de factores extra tratamiento, y para explorar los recursos sociales y el uso de estrategias de afrontamiento de la gente en proceso de prevenir y adaptarse a las circunstancias de la vida que causan tensión. Este trabajo se ha conducido dentro de una estructura conceptual general que considera determinantes personales y ambientales de estresores de vida, tipos de afrontamiento y recursos sociales que moderan los efectos de tales estresores sobre la adaptación

Existen aplicaciones detalladas de la estructura y los índices de la teoría psicosocial e investigaciones sobre depresión (Billings & Moos, 1982a, 1985) y un estudio sobre el proceso de recuperación y recaída entre pacientes alcohólicos (Billing & Moos, 1983). Finalmente, los autores han revisado la utilidad y condición actual de medidas existentes de respuestas de afrontamiento (Billings & Moos, 1982) y de la red de recursos sociales (Moos, 1985b, Moos & Mitchell, 1982).

En el manual se incluyen información psicométrica básica de la prueba, información normativa sobre los índices de la prueba B del HDL para adultos. La forma enmendada B incorpora cambios en base a la experiencia del uso de la forma A inicial, por lo que se recomienda

que los investigadores utilicen la forma B (que está siendo utilizada en este trabajo). La adaptación de este instrumento en México forma parte de un proyecto de investigación financiado por el CONACYT cuyo responsable es el Dr. Héctor Ayala en la Facultad de Psicología de UNAM

DESCRIPCION

En el cuestionario de Salud y Vida Cotidiana HDL incluye preguntas en la que detectan factores sociodemográficos , así como la siguiente serie para sondear: El funcionamiento social y la salud física, los eventos estresantes y su resistencia, las estrategias de afrontamiento y los recursos sociales.

Los reactivos se pueden usar individualmente, por lo que en este estudio se utilizó la escala de afrontamiento que incluye 3 indicadores: 1) Activo Cognitivo 2) Activo Conductual 3) Evitación.

AFRONTAMIENTO COGNITIVO ACTIVO. Se refiere a la forma de pensar ante un problema determinado.

A) ANALISIS LOGICO: Aqui se refiere a la forma de razonamiento y alternativas objetivas para la solución de problemas.

AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL ACTIVO Aquí se analiza el tipo de conducta que realizó para afrontar el problema.

A) BUSQUEDA DE INFORMACION: Está relacionado con investigación de alternativas de solución de problemas.

B) RESOLUCION DE PROBLEMAS: Se relaciona con la forma en cómo soluciona la situación problemática.

AFRONTAMIENTO DE EVITACION: Se refiere a la conducta de evitar el problema, ya sea comiendo, fumando, tomando más tranquilizantes antes que afrontar la situación.

ADMINISTRACION Y CLASIFICACION

El cuestionario HDL es un instrumento de evaluación que se puede administrar como entrevista; puede utilizarse en una población psiquiátrica. Los índices de afrontamiento son :

I.- **AFRONTAMIENTO COGNITIVO ACTIVO** Se suman los puntajes de once reactivos calificados en una escala de cuatro que va de 0 (no) a 3 (si frecuentemente). El puntaje puede estar entre 0 y 33

- **Análisis Lógico:** se suman los puntajes de reactivos calificados en una escala de cuatro puntos que varía de 0 (no) a 3 (si frecuentemente) El puntaje del índice puede estar entre 0 y 12.

- **Regulación Afectiva:** Se suman los puntajes de seis reactivos calificados en una escala de cuatro puntos que varía de 0 (no) a 3 (si frecuentemente). El puntaje de este índice puede estar de 0 y 18.

II.- **AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL ACTIVO:** Se suman los puntajes de los doce reactivos en una escala de cuatro puntos que varía de 0 (no) a 3 (si frecuentemente). El puntaje de este índice está entre 0 y 36.

- **Búsqueda de Información.** Se suman los puntajes de los siete reactivos calificados en una escala de cuatro puntos que varía de 0 (no) a 3 (si frecuentemente). El puntaje del índice puede estar entre 0 y 21.

- **Resolución de Problemas:** Se suman los puntajes de cinco reactivos calificados en una escala de cuatro puntos que varía de 0 (no) a 3 (si frecuentemente). El puntaje del índice puede estar entre 0 y 15.

III.- AFRONTAMIENTO DE EVITACION: Se suman los puntajes de ocho reactivos calificados en una escala de cuatro puntos que varía de 0 (no) a 3 (sí frecuentemente). El puntaje de este índice puede estar entre 0 y 24.

- **Descarga Emocional:** Se suman los puntajes de cinco reactivos calificados en una escala de cuatro que varía de 0 (no) a 3 (sí frecuentemente). El puntaje del índice puede estar entre 0 y 15.

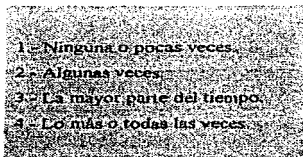
3.- ESCALA DE ZUNG PARA AUTOEVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

DESCRIPCIÓN

Zung es una escala que mide la depresión, comprende una lista de veinte declaraciones, cada una de estas se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los veinte temas esbozan de una manera comprensiva los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes de la depresión. A un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen: Muy pocas veces, Algunas veces, La mayor parte del tiempo, Lo mas o todas las veces.

ADMINISTRACIÓN Y CALIFICACIÓN

Al paciente se le proporciona una lista de declaraciones y se le pide que ponga un número del 1 al 4 en el parentesis que esta a un lado de cada declaración.



Para obtener la medición de la depresión de cada sujeto se suman el puntaje obtenido, esta calificación se convierte a un índice basado en 100, el cual se localiza en la tabla correspondiente.

La escala esta planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto indica una depresión significativa

Las declaraciones de la escala están redactadas en el lenguaje común y de uso diario de la población. En ocasiones las personas tendran dudas sobre ciertas declaraciones, como por ejemplo a alguna persona se le ocurrirá preguntar como contestar el tema No. 5 Como igual que antes solia hacerlo, siendo que está a dieta y en consecuencia, no come igual que antes; en este caso se le pide que conteste como si no estuviera a dieta. A una persona que titubea antes de contestar el tema No. 6 "Todavía disfruto las relaciones sexuales", se le pregunta si disfruta estar con personas del sexo opuesto

Se han incorporado ciertas medidas de protección, comunes a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación. Pero el paciente no podrá discernir algunas tendencias en sus respuestas porque la mitad de las declaraciones están redactadas de manera positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativas.

Por ejemplo, el primer tema, "me siento abatido y melancólico", es positivo. El segundo, "en la mañana me siento mejor", es una declaración negativa que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de los pacientes deprimidos, que se sienten peor por la mañana.

4.- ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

DESCRIPCION

La escala fue diseñada para facilitar el trabajo de los investigadores quienes obtienen una medida cuantificable del estado clínico de los pacientes. Esta prueba frecuentemente es usada como auxiliar en el diagnóstico aunque éste no es el principal propósito de la escala.

En la práctica escala tiene dos funciones:

- a) El investigador puede describir con precisión las características de los grupos de pacientes usando la puntuación media y la desviación estándar
- b) La segunda función de la prueba es ayudar a definir síndromes y subsíndromes.

Estos son los siguientes:

- 1.- HUMOR ANSIOSO (Estado de aprehensión)
- 2 - TENSION (incluye irritabilidad)
- 3 - MIEDOS (fobias)
- 4.- INSOMNIO
- 5 - INTELLECTUAL (comprensión)
- 6.- DEPRESION
- 7.- SISTEMA SOMATICO (muscular)
- 8.- SISTEMA SOMATICO (sensorial)
- 9.- SISTEMA CARDIOVASCULAR
- 10.- OPRESION O CONSTRICCION TORAXICA
- 11.- SINTOMAS GASTROINTESTINALES
- 12.- SINTOMAS GENITO-URINARIAS
- 13.- SINTOMAS DE SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO

ADMINISTRACIÓN Y CALIFICACIÓN

Al paciente se le proporciona una lista de declaraciones y se le pide que ponga un número del 1 al 4 en el parentesis que esta a un lado de cada declaración.

- 1- Ninguna o pocas veces
- 2- Algunas veces
- 3- La mayor parte del tiempo
- 4- La más o todas las veces

5.- LA ESCALA VISUAL ANALOGA

DESCRIPCION

La técnica no verbal más usada para medir el dolor es la Escala Visual Análoga que consiste en una línea de 10 cm. en la cual los pacientes describen su nivel de dolor marcando en la línea la distancia apropiada entre los dos extremos :



La instrucción que se le da al paciente es la siguiente: Elija un número, del 0 al 10, calificando la intensidad de su dolor y marque sobre la línea el punto donde relacione la mayor intensidad de su dolor

RESULTADOS

PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

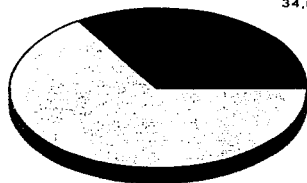
El análisis estadístico está contituido en primer lugar frecuencias y porcentajes de algunas variables. Además, se utilizó la prueba de Mann-Whitney para describir cómo se comportaba la muestra según el tipo de dismenorrea con respecto a las demás variables: estrategias de afrontamiento, intensidad de dolor, ansiedad y depresión.

En las siguientes gráficas se describe algunas características de las mujeres estudiadas en esta investigación:

TIPO DE DISMENORREA

MUJERES CON DISMENORREA

ESPASMODICA
34,0%

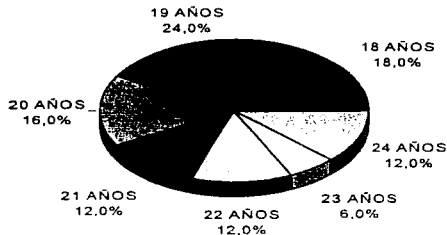


CONGESTIVA
66,0%

Esta gráfica muestra el tipo de dismenorrea representando el mayor por centaje en las mujer que padecen de dismenorrea congestiva con el 66%.

EDAD

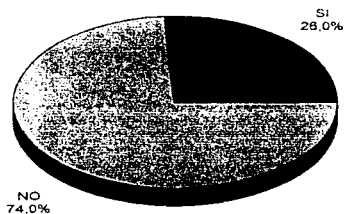
MUJERES CON DISMENORREA



En esta gráfica se describe la edad de las mujeres que participaron en esta investigación representando el mayor porcentaje las mujeres que tienen 19 años con un 24%.

RELACIONES SEXUALES

MUJERES CON DISMENORREA



N=50

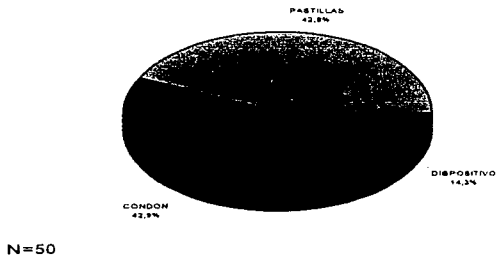
Esta gráfica muestra el porcentaje de mujeres con dismenorrea que tienen relaciones sexuales con un 26 %.

ANTICONCEPTIVOS MUJERES CON DISMENORREA



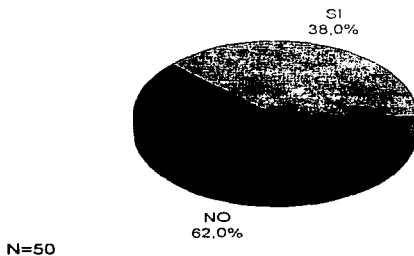
Esta gráfica muestra las mujeres con dismenorrea que utilizan anticonceptivos representando el mayor porcentaje de ellas con un 22.9%

TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS MUJERES CON DISMENORREA



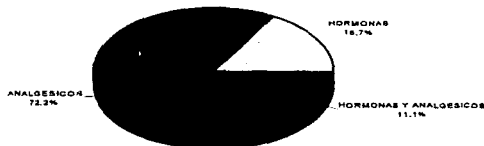
De las mujeres que utilizan anticonceptivos, las pastillas y el condón representaron el mayor porcentaje con un 42.9%

TRATAMIENTO MEDICO MUJERES CON DISMENORREA



Esta gráfica muestra a las mujeres con dismenorrea que asisten a tratamiento médico representando el menos porcentaje con un 38%.

TIPO DE TRATAMIENTO MUJERES CON DISMENORREA



De las mujeres que asisten a tratamiento médico el 72.2% son controladas con analgésico.

En las siguientes tablas se aprecian las frecuencias:

FRECUENCIAS DEL TIPO DE DISMENORREA Y LAS MUJERES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES			
	SI REL SEX	NO REL SEX	TOTALES
ESPASMODICA	4	13	17
CONGESTIVA	8	25	33

En la tabla se observa la relación entre el tipo de dismenorrea y relaciones sexuales presentándose con mayor frecuencia la dismenorrea congestiva en la mujeres que no tienen relaciones sexuales.

FRECUENCIAS DEL TIPO DE DISMENORREA Y LAS MUJERES QUE ACUDEN A TRATAMIENTO MÉDICO			
	SI TRATAM.	NO TRATAM.	TOTALES
ESPASMODICA	4	13	17
CONGESTIVA	14	19	33

En la tabla se observa la relación entre dismenorrea y las mujeres que tienen tratamiento médico presentándose 18 casos de mujeres que padecen de dismenorrea congestiva; y 32 casos que padecen de dismenorrea y no tienen tratamiento médico.

FRECUENCIA ENTRE EL TIPO DE DISMENORREA Y LA INTENSIDAD DE DOLOR				
	8	9	10	TOTALES
ESPASMODICA	7	2	3	12
CONGESTIVA	11	4	3	18

En la tabla se observa la relación entre la intensidad de dolor y el tipo de dismenorrea concentrándose los datos en las calificaciones del EVA del 6 al 10 lo cual indica que hay un dolor de moderado a severo. los datos se agrupan en la calificación 8 lo que representa dolor severo encontrándose con mayor frecuencia en el tipo de dismenorrea congestiva.

La población de esta investigación se comportó de la siguiente manera:

En relación con el tipo de afrontamiento (HDL) y la intensidad del dolor (EVA) significativamente se encontró lo siguiente:

El 10 % de la muestra calificaron con 8 en el reactivo de resolución de problemas (RP) del cuestionario de afrontamiento (HDL) lo que representa estar en la norma estadística de 8.88, además tuvieron 8 en la escala análoga visual (EVA) lo que significa que tiene una intensidad de dolor severo, esto indica que con esta intensidad de dolor estas mujeres pueden solucionar sus problemas.

El 12 % de la muestra calificaron con 4 en el reactivo de descarga emocional (DE) del cuestionario de afrontamiento (HDL) lo que representa un punto por arriba de la norma estadística que es de 3.33; además tuvieron 8 en (EVA) lo que significa un dolor severo esto indica que estas mujeres con esta intensidad de dolor tienden a desquitarse con otras personas o aislarse.

En relación con el tipo de afrontamiento (HDL) y la depresión (Zung) significativamente se encontró lo siguiente:

El 26 % de la muestra calificaron entre 6 y 8 en el reactivo de afrontamiento de evitación (AE) lo que representa 4 puntos por arriba de la norma estadística que es de 3.55, asimismo, en el Zung obtuvieron 3 de calificación lo que significa depresión severa. Esto indica que estas mujeres con dolor menstrual presentan rasgos depresivos por los que sus estrategias son inadecuadas pues prefieren ignorar la situación para bajar su angustia.

El 20 % de la muestra calificaron con 4 en el reactivo de descarga emocional (DE) del cuestionario de afrontamiento (HDL) lo que representa 1 por arriba de la media estadística que es de 3.33; además obtuvieron 3 puntos en el Zung lo que significa una depresión severa. Esto indica que estas mujeres con dolor menstrual presentan rasgos depresivos tienden a desquitarse con otras personas o aislarse.

En relación con el tipo de afrontamiento (HDL) y ansiedad (Hamilton) significativamente se encontró lo siguiente:

El 12 % de la muestra calificaron con 4 en el reactivo de descarga emocional (DE) del cuestionario de afrontamiento (HDL) lo que representa 1 por arriba de la norma estadística que es de 3.33, además obtuvieron 1 de calificación en reactivo 4 de Hamilton (insomnio) lo que significa un tipo de ansiedad leve. Esto indica que las mujeres con dolor menstrual presentan síntomas de ansiedad como dificultad para conciliar el sueño, fatiga, lo que se refleja en las conductas de desquitarse con otras personas o aislarse.

El 12 % de la muestra calificaron con 4 en el reactivo de descarga emocional (DE) del cuestionario de afrontamiento (HDL) lo que representa 1 por arriba de la norma estadística que es de 3.33, además obtuvieron 2 de calificación en el reactivo 2 de Hamilton que es tensión lo que significa un tipo de tensión moderada esto indica que las mujeres con dismenorrea con síntomas de ansiedad tales como sobresalto llanto fácil o sensación de inquietud tienden a descargarse emocionalmente hacia las demás personas o aislarse.

El 12 % de la muestra calificaron con 5 en el reactivo de descarga emocional (DE) del cuestionario de afrontamiento (HDL), lo que representa 2 puntos de la media estadística que es de 3.33 además obtuvieron 1 de calificación que en el reactivo 5 de Hamilton que es intelectual (comprensión) lo que significa un tipo de ansiedad leve. Esto indica que estas mujeres que padecen dismenorrea con síntomas de ansiedad tales como dificultad para concentrarse pueden manifestar acciones como descargarse emocionalmente hacia las demás personas o aislarse.

El 10 % de la muestra calificaron con 6 en el reactivo de afrontamiento de evitación (AE) lo que representa 3 puntos por arriba de la media estadística que es de 3.55 además obtuvieron un 1 punto en el reactivo 6 de Hamilton que es el de estado depresivo lo que significa que este tipo de ansiedad es leve esto indica que las mujeres que padecen dismenorrea con síntomas de ansiedad como pérdida de interés, falta de placer en pasatiempos, despertar temprano y transposición de sueño y vigilia tienden a ignorar la situación o bajar su angustia por medio de acciones como comer, fumar, etc.

El 12 % de muestra calificaron con 4 en el reactivo de descarga emocional de afrontamiento (HDL) lo que representa 1 arriba de la norma estadística que es de 3.33, además obtuvieron 1 en el reactivo 6 de Hamilton que es estado depresivo esto significa que el tipo de ansiedad es leve, lo que indica que estas personas que padecen de dismenorrea con síntomas de ansiedad como pérdida de interés, falta de placer en pasatiempos, despertar temprano y trasposición de sueño tienden a desquitarse con los demás o aislarse.

El 10 % de la muestra calificaron con 7 en Afrontamiento de Evitación lo que representa 4 por arriba de la norma estadística que es de 3.55, además calificaron con 3 en el reactivo 7 de Hamilton que es el sistema somático lo que significa que este tipo de ansiedad es grave. Esto indica que las mujeres que padecen de Dismenorrea con síntomas de ansiedad tales como dolores, espasmos musculares-rigidez, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado, suelen ignorar la situación para disminuir su angustia por medio de acciones como comer más, ingerir alcohol, fumar, etc.

El 10 % de la muestra calificaron con 2 en el reactivo de Descarga Emocional de Afrontamiento (HDL) lo que representa 1 por debajo de la norma estadística, además calificaron con 3 en el reactivo 7 de Hamilton que es el que comprende el sistema somático muscular lo cual indica que este tipo de ansiedad es severa. Esto significa que estas mujeres que representan síntomas de ansiedad como dolores, espasmos musculares, rigidez, rechinar de dientes, tono muscular adecuado no utilizan este tipo de afrontamiento.

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN RELACION
CON EL AFRONTAMIENTO**

	MEDIA	MEDIAN A	MODO	D . S .	RANGO	
ACG	12.620	12.000	9.000	5.406	22.000	AFRONTAMIENTO COGNITIVO ACTIVO
ACD	13.880	14.000	8.000	6.648	26.000	AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL ACTIVO
AE	6.740	7.000	6.000	3.096	12.000	AFRONTAMIENTO DE EVITACION
AL	6.580	6.500	8.000	2.858	10.000	ANALISIS LOGICO
BI	6.060	6.000	3.000	3.254	14.000	BUENADEDA DE INFORMACION
RP	6.020	6.000	6.000	3.414	15.000	RESOLUCION DE PROBLEMAS
RA	7.640	7.000	5.000	3.843	17.000	REACCION AFECTIVA
DE	3.460	4.000	4.000	1.919	7.000	DESCARGA EMOCIONAL

En el reactivo Afrontamiento Cognitivo Activo (ACG) la media fue de 12.620 se encuentra 5 puntos por de bajo de la media estadística que es de 17.5 lo cual indica que estas mujeres que padecen dismenorrea utilizan estrategias que involucren formular un plan de acción para la solución de problemas, evaluación de experiencias, pensamiento y objetividad.

En el reactivo afrontamiento Conductual Activo (ACD) la media fue de 13.880, se encuentra 6 puntos por de bajo de la media estadística que es de 19.49. Lo cual indica, que estas mujeres que padecen de dismenorrea utilizan poco acciones contundentes para la solución de problemas, información sobre la situación, manejo de motivación y esfuerzo

En el reactivo Afrontamiento de Evitación (A E) la media fue de 6.740 se encuentra arriba de la media estadística. Esto indica que estas mujeres que padecen dismenorrea prefieren ignorar la situación o bajar su angustia por medio de acciones como comer, fumar o tomar tranquilizantes antes que afrontar de una manera más adecuada sus problemas.

RELACION ENTRE EL TIPO DE DISMENORREA Y EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO				
ESTILO DE AFRONTAMIENTO	TIPO DE DISMENORREA	MEDIA	U	P
ACG	ESPASMODICA	26.82	288	0.6443
	CONGESTIVA	24.82		
ACD	ESPASMODICA	28.53	229	0.2469
	CONGESTIVA	23.94		
AE	ESPASMODICA	31.88	172	0.0253
	CONGESTIVA	22.21		
AL	ESPASMODICA	24.76	268	0.7967
	CONGESTIVA	25.88		
BI	ESPASMODICA	31.88	184	0.0469
	CONGESTIVA	22.58		
RP	ESPASMODICA	24.15	287.5	0.6358
	CONGESTIVA	26.20		
RA	ESPASMODICA	27.65	244	0.4529
	CONGESTIVA	24.39		
DE	ESPASMODICA	33.44	145.5	0.0051
	CONGESTIVA	21.41		

En esta tabla se puede apreciar las diferencias entre los estilos de afrontamiento y el tipo de dismenorrea, obteniendo los siguientes datos significativos:

Hay una diferencia estadística significativa ($U=172$, $p= 0.0253$) entre las mujeres con dismenorrea espasmódica y congestiva respecto al Afrontamiento de Evitación, siendo las mujeres con dismenorrea espasmódica quienes presentan más conductas de este tipo (fumar, tomar tranquilizantes, etc.)

Con respecto al reactivo de Búsqueda de Información y la dismenorrea se obtuvo una $U=184$ con $p=0.0469$ lo que representa que estas mujeres con dismenorrea espasmódica hablan con otras persona acerca de los síntomas del padecimiento.

Con respecto al reactivo de Descarga Emocional y la dismenorrea se obtuvo una $U=145.5$ con $p=0.0051$ lo significa que estas mujeres con dismenorrea espasmódica y tienden a desquitarse con otros para reducir su tensión.

RELACION ENTRE EL TIPO DE DISMENORREA Y ANSIEDAD

HAMILTON	TIPO DE DISMENORREA	MEDIA	U	P
EDO. ANSIOSO	ESPASMODICA	29.97	204.5	0.1031
	CONGESTIVA	23.20		
TENSION	ESPASMODICA	32.74	157.5	0.0075
	CONGESTIVA	21.77		
TEMORES	ESPASMODICA	29.00	221	0.1602
	CONGESTIVA	23.70		
INSOMNIO	ESPASMODICA	26.41	265	0.7403
	CONGESTIVA	25.03		
INTELLECTUAL comprensión	ESPASMODICA	29.38	214.5	0.1607
	CONGESTIVA	23.50		
EDO. DEPRESIVO	ESPASMODICA	33.56	143.5	0.0036
	CONGESTIVA	21.35		
SISTEMA SOMATICO MUSCULAR	ESPASMODICA	29.26	216.5	0.1719
	CONGESTIVA	23.50		
SISTEMA SOMATICO SENSORIAL	ESPASMODICA	27.53	246	0.4637
	CONGESTIVA	24.45		
SINTOMAS CARDIOVASCULARES	ESPASMODICA	26.15	269.5	0.7842
	CONGESTIVA	25.17		
CONSTRICCIÓN TORÁNICA	ESPASMODICA	25.76	276	0.9153
	CONGESTIVA	25.36		
SINTOMAS GASTROINTESTINALES	ESPASMODICA	26.74	259.5	0.657
	CONGESTIVA	24.86		
SINTOMAS SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO	ESPASMODICA	29.38	214.5	0.1639
	CONGESTIVA	23.50		

En esta tabla se puede apreciar la diferencias entre las mujeres que padecen dismenorrea congestiva y espasmódica respecto a los estados de ansiedad:

Hay una diferencia estadística significativa ($U=157.5$, $p=0.0075$) entre estas mujeres que padecen dismenorrea espasmódica y congestiva que tiene síntoma de llanto fácil y sensación de inquietud.

Hay una diferencia estadística significativa ($U=143.5$, $p=0.0056$) lo que significa que estas mujeres con dismenorrea espasmódica y congestiva presentan falta de placer en los pasatiempos y transposición de sueño y vigilia.

RELACION ENTRE EL TIPO DE DISMENORREA Y DEPRESION				
ZUNG	TIPO DE DISMENORREA	MEDIA	U	P
DEPRESION	ESPASMODICA	31.76	174	0.02287
	CONGESTIVA	22.27		

Como se puede apreciar en la tabla, la relación entre la depresión que mide la prueba de Zung y la dismenorrea se obtuvo una $U=174$ con una $p= 0.0287$ lo que significa que hay una diferencia estadística significativa con estas mujeres que padecen dismenorrea espasmódica y congestiva ya que tienen síntomas depresivos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados en esta investigación con respecto a la relación entre el tipo de dismenorrea y los estilos de afrontamiento fueron estadísticamente significativos en los reactivos de Afrontamiento de Evitación ($p = 0.0127$) y Descarga Emocional ($p = 0.0062$) lo que comprueba la Hipótesis Alternativa (H_1) que dice que las mujeres que padecen de dismenorrea tienden a utilizar estrategias inadecuadas de afrontamiento disminuyendo sus actividades cotidianas. Esta ratifica lo encontrado por Witman (1987) que propone que la dismenorrea es la causa principal del ausentismo escolar, o bien, pérdida de horas laborales.

Por otra parte, se encontró que las mujeres con dismenorrea utilizan pocas estrategias que involucran formular un plan de acción para la solución de problemas y tienen pocas acciones para buscar información sobre el mismo padecimiento. Esto significa que es una forma inadecuada para resolver la situación pues Lazarus (1986) afirma que el mejor afrontamiento es aquel que modifica la situación estresante en el sentido de mejorarla, ya que el afrontamiento es considerado como el equivalente como la actuación efectiva para la solución de problemas, y en este caso las mujeres dismenorreicas prefieren ignorar la situación o bajar su angustia por medio de acciones como comer, fumar o tomar tranquilizantes antes que afrontar el problema; es decir, utilizan más como estilo de afrontamiento en de Evitación, o bien, suelen desquitarse con los demás. Por lo que puede agudizarse más el padecimiento, pues si tomamos en cuenta que este dolor es periódico esta forma de reaccionar se vuelve parte de un estilo de vida, y así estas mujeres llegan a creer que la menstruación es dolorosa, y la creencia es un factor importante para reaccionar al dolor (Gül K., 1985), y por lo mismo las predispone para que en el siguiente periodo halla dolor, y es muy probable que lo intensifique, y así mismo baje su nivel de rendimiento en sus actividades hasta incapacitarlas (Colston, 1993).

Ahora bien, existe una correlación directa entre tener una conducta enfermiza (Plowski, 1985) y la intensidad de dolor menstrual lo cual nos lleva a tener estrategias de afrontamiento inadecuadas, ya que hay factores que pueden influir en la conducta como es el aprendizaje al dolor, o el reforzamiento social, es decir, cuando los familiares o amistades dan más atención al padecimiento lo que implica facilitar más la experiencia al dolor (Gil, 1985), pues para manejar el dolor y el estrés efectivamente, las personas aprenden a modificar el medio ambiente, ya que eliminar el estrés por sí mismo no es importante, aprender hacer frente es mejor, por lo que Meichebaum (1975) propone la necesidad de proporcionar a los pacientes un variedad de estrategias de afrontamiento que incluyan técnicas de relajación, inoculación de estrés, distracción imaginaria, desensibilización sistemática, habilidad en la solución de problemas y reestructuración de errores cognitivos. Lo anterior, confirma la propuesta de Jones y col. (1993) que dicen que las jóvenes cuyas madres les enseñan que la menstruación es un momento en el que deben considerarse "enfermas" muchas veces así lo sienten.

Por otro lado, el reactivo de búsqueda de información fue significativo ($p=0.0469$) lo que quiere decir que las mujeres que padecen de dismenorrea son capaces de hablar del padecimiento con otras personas, pues en la actualidad es un tema común y fácil de comunicar, sin embargo, lo utilizan más como una descarga emocional que para obtener información del síntoma, ya que el 64% de la muestra no acude a tratamiento médico, por lo que se presupone que la mayoría de las que tienen dismenorrea desconoce el curso clínico del padecimiento, y más aún, alternativas de tratamiento. Esta hipótesis es tomada en cuenta basándose en la propuesta de Lazarus (1984) que dice que las técnicas de afrontamiento incluyen habilidades para conseguir información, analizar situaciones, examinar diferentes alternativas de solución, predecir opciones útiles para obtener resultados que se desean y elegir un plan de acción. En este sentido, las mujeres que tienen dolor menstrual al no consultar al médico difícilmente tienen información del padecimiento y por lo tanto es muy probable que no conozcan las diferentes alternativas de tratamiento, y menos lleven un plan de acción. Es probable, que en los reactivos de ACG (Afrontamiento Cognitivo Activo) y ACD (Afrontamiento Conductual Activo) como estrategias

de afrontamiento tuvieron puntajes por abajo de la media estadística, lo cual indica que utilizan poco las estrategias que involucran formular un plan de acción para la solución de problemas además de tener poca objetividad para afrontar el dolor.

A pesar que los aspectos psicológicos y socioculturales influyen en los trastornos menstruales, tanto la Dismenorrea Primaria como el Síndrome Premenstrual tienen un componente fisiológico importante y no responde únicamente a un aprendizaje social por lo que se recomienda informarse más acerca de este padecimiento, ya que todavía existe un importante vacío informativo referido al ciclo menstrual que afecta a las mujeres provocando una resistencia por parte de ellas mismas a solicitar visitas ginecológicas para intentar saber más sobre el trastorno que padecen (Iglesias y col., 1987)

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Al realizar esta investigación no se contó con información suficiente ni con instrumentos que pudiera medir el afrontamiento; se utilizó el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (HDL), sin embargo, esta instrumento aunque es muy completo, le hace falta un estudio más exhaustivo con la población mexicana para estandarizar el instrumento, o bien, hacer otros instrumentos que midan exclusivamente afrontamiento. Además, existe poca información teórica sobre el Afrontamiento a la Dismenorrea que permita conocer más acerca de este fenómeno.

Por otra parte, la muestra que se utilizó en este estudio fue pequeña con respecto a las variables que se manejaron que fueron síntomas del Síndrome Premenstrual y Dismenorrea, intensidad de dolor, síntomas depresivos y de ansiedad, y afrontamiento; esto limitó a la investigación para utilizar un estadístico de prueba no paramétrica, por lo que se recomienda ampliar la muestra para futuras trabajos de investigación, y asimismo, obtener datos que permitan completar más este estudio.

En este estudio se encontraron diferencias en el tipo de dismenorrea sea, congestiva o espasmódica, con respecto a los estilos de afrontamiento, sin embargo, no fue el objetivo de esta investigación y éste un dato importante, se sugiere que se realice más estudios con estos datos como son alternativas de tratamientos para la dismenorrea congestiva o espasmódica.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Abergue, E.; Denney, D.(1983) Pain sensitivity and coping strategies among dysmenorrheic women: much ado about nothing *Journal Behavior and Experimental Psychiatry* 21 (2), 119 - 127.
- Amodei, N; Nelson, R.O; Jarret, R.B; Sigmon, S. (1987) The Menstrual Symptom Questionnaire the Validity of the Distinction between Spasmodic and Congestive Dysmenorrhea *Behavior Research and Therapy*. 22, 611-614
- Amodei, N; Nelson, R.O ; Jarret, R.B, Sigmon, S (1987) Psychological Treatment of Dysmenorrhea *Behavior Therapy & Experimental-Psychiatry* 18 (2), 95-103.
- Andersch, B; Milson, I (1982) An Epidemiologic Study of Young Women with Dysmenorrhea. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 144: 655.
- Alzinar, J (1983). Citado en *Transtornos de la Menstruación*. España: Martínez Roca.
- Asso D (1983).Citado en *Transtornos de la Menstruación*. España: Martínez Roca .
- Bäckström T., Aakvaag, A. (1981). Citado en *Transtornos de la Menstruación*. España: Martínez Roca. .
- Bancroft, J; Bäckström, T.(1985). Premenstrual Syndrome. Review. *Clinical Endocrinology*, 22, 313-336.
- Bandura, A. (1977a) Self- Efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*. 84. 191- 215.

- Birke, L; Gardner, K (1979). Citado en *Transtornos de la Menstruación*. España: Martínez Roca.
- Bonate, P.L. (1991) Serotonin Receptors Subtypes: Funtional, physiological, and clinical correlates. *Clin Neuropharmacol*, 14, 1-16.
- Brezekinsky, A.A; Wurtman, J.J.; Wurtman, J.R.; Gleason, R; Greenfiel, J, Neder, T. (1990). Citado en *Salud Mental* 16 (1), pp 33- 36
- Brooks, J; Ruble, D; Claik, A. (1977) College Women's Attitudes and Expectations Concerning Menstrual-Related *Changers* *Psychosomatic Medicine*, 39, 288-298.
- Brucsh, M.G; Bennet, T. Hansen, K (1988) Pyridoxine in the Tratment of Premenstrual, Syndrome: A retrospective survey in 630 patients *Br. J Clin. Pract.* 42, 448-452.
- Calhoun, K.S; Burnette, M.M (1984). Etiology and Treatment of Menstrual Disorders. *Behavioral Medicine Update*, 4, (2), 21-26.
- Carlson N. (1982) *Fisiología de la Conducta* México: Continental.
- Craig ,K.D (1985) Emotional Aspects of Pain. Citado en *Textbook of Pain*. Livingstone: Churchill.
- Colston, A (1993) Dismenorrea, Síndrome Premenstrual y otras Alteraciones. *Tratado de Ginecología de Novak* México: McGraw Hill, 211-230.
- Cornec, A; Guiraud, J.R; Paulain, P (1986). Citado en *Transtornos de la Menstruación*. España: Martínez Roca.
- Cox, D. J; Meyer, R.G (1978). Behavioral Treatment Parameters with Primary Dysmenorrhea *Journal of Behavioral Medicine*. 1, 297-309.

- Cruz, E.J (1995) *Enfoque Sociocológico: Relación entre Desarrollo Personal y Respuestas de Afrontamiento en Mujeres de Edad Fértil*. Tesis- Licenciatura. Fac Psicología UNAM.
- Chapman, C.R. (1986) Pain, Perception and Illusion. En R. A. Sternbach (ed) *The Psychology on Pain* Nueva York: 2a ed Reven Press.
- Chesney, M.A. y Tasto, D.L. (1975a) The Development of the Menstrual Symptoms Questionnaire *Behavior Research and Therapy*, 13, 237-244.
- Chesney, M.A. y Tasto, D.L. (1975b). The Effectiveness of Behavior Modification with Spasmodic and Congestive Dysmenorrhea *Behavior Research and Therapy*. 13, 245-253.
- Dalton, K. (1969) *The Menstrual Cycle*. New York: Pantheon Books.
- Dawood, M.Y (1985) Etiology and Treatment of Dysmenorrhea. *Semin Reprod Endocrinol*, 3, 283.
- Derzko, C.M (1990) Role of Danazol in Relieving the Premenstrual Syndrome. *J. Reprod Med* 35 (1), 97- 102.
- Duncan (1989). Comparison of Verbal and Visual Analogue Scales for Measuring the Intensity and Unpleasantness of Experimental Pain. *Pain*. 37, 295-303.
- Eriksson, E; Lisjo, P; Sundblack, C; Anderson, K; Andersch, B; Modigh, K (1990). Citado en *Transtornos de la Menstruación* España: Martinez Roca.
- Fordyce, W.E (1976) *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. San Luis: The C. V. Mosby Company
- Frederich, N.A (1983). Citado en *Transtornos de la Menstruación*. España: Martinez Roca.
- Gil, K. (1985). Citado en *Pain Management*. New York: Pergamon.

- Gompel, A (1984). Concepciones Actuales de la Dismenorrea. *Ginecología*, 8-16.
- Graham, C.A; Sherwin, B.B (1987). The Relationship Between Retrospective Menstrual Symptom Reporting and Present Oral Contraceptive Use. *J. Psychosom Res.* 31, 45- 53.
- Graeze, K.K; Nee, J. Endicott, J (1990) Premenstrual Depression Predicts Future Major Depressive Disorder. *Acta Psychiatrica Scand.* 81, 201- 205.
- Gruber, V.A; Wildman, A.V. (1987). The Impact of Dysmenorrhea on Daily Activities. *Behav. Res. Ther.* 25, 123-128
- Guyton, A. (1992) *Tratado de Fisiología Médica*. México: Interamericana.
- Gil, K.M (1985), Citado en *Textbook of Pain* Livingstone: Churchill.
- Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety States by Rating. *Brit. J. Med. Psychol.* 32, 50-55.
- Harrison, W.M; Endicott, J, Nee, J (1989). Treatment of Premenstrual Depression with Nortprtyline: A pilot study. *J. Clin Psychiatry*, 50, 136-139.
- Harrinson, L. (1995) *Principios de Medicina Interna, Vol. 1*. México: Mc Graw Hill, 265- 273.
- Holzman, A; Turk, D. (1986). *Pain Management*. New York: Pergamon.
- Iglesias, X.; Camarasa, E; Centelles, N (1987). *Transtornos de la Menstruación*. España: Martínez Roca.
- Janis, I.L. (1974). Vigilance and Decision-Making in Personal Crises. Citado en *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Martínez Roca

- Janis, I.L y Mann, L. (1977) Decision Making. Citado en *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Martínez Roca
- Janoff-Bulman, R. y Brickman, P. (1982). Citado en *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Martínez Roca
- Jones, H.W III, Wentz, A. C; Burnett (1993). *Tratado de Ginecología de Novak*. Interamericana, Mc Graw Hill. México, 211-230.
- Klein, J.R; Litt, I.F (1981) Epidemiology of Adolescent Dysmenorrhea. *Pediatrics*, 68, 661-664.
- Lazarus S. R. (1986) *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Martínez Roca.
- Lazarus S. R, Folkman S (1984) *Stress, Appraisal and Coping* Nueva York: Springer
- Leach C. (1982). *Fundamentos de Estadística: Enfoque no paramétrico para Ciencias Sociales* Mexico: Limusa.
- Magos, A.L; Brincat, M; Studd, J.W (1986) Treatment of the Premenstrual Syndrome by Subcutaneous Estradiol Implant and Cyclical Oral Norethisterone: Placebo controlled study. *Br. Med. J. (Clin Res)*, 292-, 1629-1633
- Marriott, A; Faragher, E.B (1986). An Assessment of Psychological State Associated with the Menstrual Cycle in users of Oral Contraception. *J. Psychosom. Res*, 30, 41-47.
- Marvan, M.L y Contreras, C.M (1993), El Síndrome Premenstrual. *Salud Mental*. 16 (1), 33- 36
- Melzack,R y Wall, P. (1985) *Textbook of Pain* Livingstone: Churchill.
- Meichenbaum, D. (1975). Citado en *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Martínez Roca

- Miller, N.E. (1980). A Perspective on the Effects of Stress and Coping on Disease and Health Citado en *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Martínez Roca.
- Mondragón, H (1988) *Ginecología Básica Ilustrada* México: Trillas, 113-116.
- Muller, F.G (1968) The Treatment of a Case of Dysmenorrhea by Behavior Therapy Techniques *Journal of Nervous and Mental Disorders* 147, 371-376.
- Novak, E. R., Jones, G. S. Jones, H. W. Jr (1965) *Textbook of Gynecology*. 7Th Edn, 633-661.
- Obrist, P. A. (1981). Cardiovascular Psychophysiology: A Perspective. Citado en *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Martínez Roca
- Oelkers, W; Berger, V; Bolik, A; Bahr, V; Hazard, B; Beier, S; Elger, W; Heithecker, A. Citado en *Salud Mental* 16 (1), 33- 36
- Ogden, J. A; Wade, M. E, Anderson, G. y Davis, C (1970) Treatment of Dysmenorrhea; a Comparative Double-Blind Study. *Am. J. Obstet. Gynec.* 106, 838-842
- Osborn, M. (1981). Physical Psychological Determinants of Premenstrual Tension: Research Issues and a Proposed Methodology. *Journal of Psychosomatic Research* 25 (5), 363-367.
- Papp, M; Willner, P; Muscat, R (1991). Citado en *Salud Mental* 16 (1), 33- 36
- Pearce, S (1985). Citado en *Textbook of Pain*. Livigstone: Churchill.
- Pearlin, L.I; Schooler, C (1978) The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior.* 19, 2-21.
- Penzon, W (1989) *El Dolor Crónico : Aspectos Psicológicos*. España: Martínez Roca.

- Pickles, B.R, Hall, W.J; Best, F.A, Smith, G.N (1965). Citado en *Tratado de Ginecología de Novak* México: McGraw Hill, 211-230.
- Pickles, B.R (1979) Prostaglandins and Dysmenorrhea. *Acta Obst. Gynecol. Scand (Suppl)*, 87: 27.
- Pilowsky, I. (1985). Citado en *Textbook of Pain*. Livigstone: Churchill.
- Price, W.A, Dimarzio, L. (1986) Premenstrual Tension Syndrome in Rapid- Cycling Bipolar Affective Disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 47, 415-417.
- Reading, A.E; Newton, U.R. On a Comparison of Dysmenorrhoea and Intrauterine Device Related Pain. *Pain* 3, 265 - 276
- Richter, M. A; Haltvick, R. y Shapiro, S S (1984). Progesterone Treatment of Premenstrual Syndrome. *Current Therapeutic Research*, 36 (5), 840-858.
- Rosenzweig, M. R. (1993) *Psicología Fisiología* España: Mc Graw Hill; 237-265.
- Rowland, N.E, Carlton, J (1986). Citado en *Salud Mental*. 16 (1), 33- 36
- Sampieri, R; Fernández, C; Baptista, P (1995) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Scott, H (1976) Graphic Representation of Pain. *Pain* 2, 175 - 184.
- Sternbach, R.A (1978) Clinical Aspects of Pain In: Sternbach R.A. *The Psychology of Pain*. Nueva York: Raven Press., 241-264.
- Tindall, V.R (1971). Dysmenorrhoea. *Br. Med. J*, 1, 329-331.

- Tyler, E. T. (1973) *Contraception Control: The Pill is Best for Most. In Reproductive Endocrinology*. New York: D.P. Lauer Medcom.
- Ursin, H. (1980). Personality, Activation and Somatic Health. Citado en *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Martínez Roca
- Varela, B.J.A (1990). Citado en *Enfoque Sociocológico: Relación entre Desarrollo Personal y Respuestas de Afrontamiento en Mujeres de Edad Fértil*. Tesis- Licenciatura. Fac Psicología UNAM.
- Vargas, J.J Ibáñez, J. y Colotla, V. (1987). Efecto de la Relajación en el Reporte del Dolor por Dismenorrea *Revista Mexicana de Psicología* 4, 36-40.
- Watson, N. R; Studd, J.W; Sawas, M; Garnett, T; Baber, R. K (1989). Citado en *Salud Mental*. 16 (1), 33- 36
- Watts, J.F; Butt, W.R, Logan, E.R (1987). A Clinical Trial Using Danazol for the treatment of Menstrual Tension. *Br. J Obstet. Gynecol*, 94, 30-34.
- Whittle, G.C, Slade, P; Ronalds, M.C (1987) Social Support in Women Reporting Dysmenorrhea *Journal of Psychosomatic Research*. 31 (1). 79-84.
- Wurtman, J.J (1988) Carbohydrate Craving, Mood Changes and Obesity. *J. Clin. Psychiatry*, 49 (sup. 8), 37-39
- Weisenberg, M. (1985). Citado en *Textbook of Pain* Livingstone: Churchill
- Widholm, O. (1979). Dysmenorrhea During Adolescence. *Acta Obstet Gynecol Scand (Suppl)*. 8 87 (61).

William, P. Matheny y Rogers, P. (1989). The Relationship. Among Exercises, Stress and Primary Dysmenorrhea. *Journal of Behavior Medicine* 12 (6), 569-586.

Witkin, L. (1987). *El Estrés de la Mujer: cómo reconocerlo y superarlo*. México: Grijalbo.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Zinser, O. (1987). *Psicología Experimental*. Colombia: Mc Graw Hill.

ANEXO I

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

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES
QUE PADECEN DOLOR MENSTRUAL**

NOMBRE:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

ANTECEDENTES DE RELACIONES SEXUALES (SI) (NO)

USO DE ANTICONCEPTIVOS; (SI) (NO)

CUAL:

HA ESTADO EN TRATAMIENTO MEDICO POR ESTE PADECIMIENTO (SI) (NO)

DESCRIBA EL TRATAMIENTO:

ELIJA UN NUMERO, DEL 0 AL 10, CALIFICANDO LA INTENSIDAD DE SU DOLOR DURANTE LA MENSTRUACION; MARQUE SOBRE LA LINEA EL PUNTO DONDE RELACIONE LA MAYOR INTENSIDAD DE SU DOLOR.

**NO _____ I _____ DOLOR MUY
DOLOR INTENSO**

CUESTIONARIO DE SINTOMAS MENSTRUALES

I. - Para responder, escriba en el paréntesis el número que considere adecuado:

- 1 NUNCA
- 2 RARA VEZ
- 3 ALGUNAS VECES
- 4 A MENUDO
- 5 SIEMPRE

- 1.- Me siento irritable, agitada e impaciente unos días antes de mi periodo. ()
- 2.- Tengo calambres musculares que empiezan el primer día de mi periodo. ()
- 3.- Me siento deprimida varios días antes de mi periodo. ()
- 4.- Tengo dolor abdominal o incomodidad que inicia un día antes de mi periodo. ()
- 5.- Me siento exhausta, aletargada o cansada algunos días antes de mi periodo. ()
- 6.- Sólo se que mi periodo se acerca al ver el calendario. ()
- 7.- Tomo medicina para el dolor durante mi periodo. ()
- 8.- Me siento débil y mareada durante mi periodo ()
- 9.- Me siento tensa y nerviosa antes de mi periodo ()
- 10.- Tengo diarrea durante mi periodo ()
- 11.- Tengo dolores en la espalda algunos días antes de mi periodo. ()
- 12.- Tomo aspirinas para el dolor durante mi periodo. ()
- 13.-Siento mi busto adolorido e inflamado unos días antes de mi periodo ()
- 14.- La parte baja de la espalda, la parte interna de mis muslos y mi abdomen me comienzan a doler o se vuelven más sensibles en el primer día de mi periodo. ()
- 15.- Durante el primer día de mi periodo o en los primeros días, me gustaría "enroscarme" en mi cama con una bolsa de agua caliente en el abdomen, o tomar un baño caliente. ()
- 16.- Aumenta mi peso unos días antes de mi periodo. ()
- 17.- Me extriño antes de mi periodo. ()

18.- Desde el primer día de mi periodo, tengo dolores en el abdomen que disminuyen o desaparecen por unos minutos y después vuelven a aparecer. ()

19.- El dolor que tengo en mi periodo no es intenso, pero si es continuo. ()

20.- Tengo incomodidad abdominal por más de un día previo en mi periodo. ()

21.- Tengo dolores en la espalda que comienzan el mismo día de mi periodo. ()

22.- Se me inflama el abdomen unos días antes de mi periodo. ()

23.- Siento náuseas el primer o primeros días de mi periodo. ()

24.- Tengo dolores de cabeza algunos días antes de mi periodo ()

25.- Para contestar esta pregunta, lea las descripciones que aparecen a continuación de dos tipos de molestias menstruales y seleccione la que se acerque más a su experiencia:

- TIPO 1: El dolor comienza el primer día de la menstruación, frecuentemente una hora antes de los primeros signos de menstruación. El dolor es más severo el primer día y puede o no continuar los días subsecuentes. Siento espasmos (cólicos), los dolores pueden disminuir un tiempo y después aparecer. Pocas mujeres consideran a este dolor tan severo que puede causar vómito, debilidad o vértigo, otras reportan que se sienten mejor en cama o tomando un baño caliente. Este dolor se limita en el bajo abdomen, espalda y partes internas del muslo

-TIPO 2: Es un tipo de menstruación en que la mujer siente una pesadez creciente y un dolor intenso en el bajo abdomen. Algunas veces se acompaña de náuseas, ausencia de apetito y extrñimiento. Dolores de cabeza espalda y busto.

El tipo más cercano a mi experiencia es el #-----

ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

II. - Pensando en su experiencia de dolor menstrual como un problema importante, indique por favor, cuál (les) de las siguientes formas de actuar, que a continuación le mencionamos, empleó usted para tratar de resolver el problema.

	NO	SI, 1 o 2 veces	SI, algu- nas veces	SI, fre- cuente
	1	2	3	4
- Trató de saber más sobre la situación	()	()	()	()
-Habló con un amigo acerca del problema	()	()	()	()
- Habló con un profesionalista o cura	()	()	()	()
-Rezó por un guía para darse valor	()	()	()	()
-Se preparó para el peor de los casos	()	()	()	()
-No se preocupó. Pensó que todo saldría bien	()	()	()	()
-Se desquitó con otras personas, cuando se sentía enojada o deprimida	()	()	()	()
-Trató de ver el lado bueno de la situación	()	()	()	()
-Se ocupó con otras cosas para no pensar en la situación	()	()	()	()
- Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo	()	()	()	()
- Consideró varias alternativas para manejar el problema	()	()	()	()

	NO SI. 1 o	SI, algu-	SI, fre-	
	2 veces	nas veces	cuente	
	1	2	3	4
-Se guió por sus experiencias pasadas	()	()	()	()
-No expresó sus sentimientos	()	()	()	()
-Tomó las cosas como venían	()	()	()	()
-Trató de ver las cosas objetivamente	()	()	()	()
- Pensó sobre la situación para tratar de entenderla mejor	()	()	()	()
- Se dijo cosas para ayudarse a entenderse mejor	()	()	()	()
-Intentó no precipitarse actuando impulsivamente	()	()	()	()
- Se olvidó de: problema por un tiempo	()	()	()	()
-Supo qué había que hacer y se esforzó más para que funcionaran las cosas	()	()	()	()
-Evitó estar con la gente en general	()	()	()	()
- Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes	()	()	()	()
-Se negó a creer lo que había sucedido	()	()	()	()

	NO	SI, 1 o 2 veces	SI, algunas veces	SI, frecuente
	1	2	3	4
-Lo aceptó, no podía hacer nada	()	()	()	()
-Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares	()	()	()	()
-Hizo algo para rescatar alguna parte positiva de la situación	()	()	()	()
Intentó reducir la tensión:				
- Tomando pastillas	()	()	()	()
- Fumando más	()	()	()	()
- Haciendo más ejercicio	()	()	()	()
- Tomando tranquilizantes	()	()	()	()

ESCALA DE ZUNG PARA AUTOEVALUACION DE LA DEPRESION

III . - Describa cómo se siente con su apariencia física eligiendo el número que más se acerque a su experiencia:

- 1 . - Ninguna o pocas veces
- 2 . - Algunas veces
- 3 . - La mayor parte del tiempo
- 4 . - Lo más o todas las veces

- | | |
|--|-----|
| 1) Me siento abatida | () |
| 2) En la mañana me siento mejor | () |
| 3) Tengo accesos de llanto o deseos de llorar | () |
| 4) Me cuesta trabajo dormir en la noche | () |
| 5) Como igual que antes solía hacerlo | () |
| 6) Todavía disfruto las relaciones sexuales | () |
| 7) Noto que estoy perdiendo peso | () |
| 8) Tengo molestias de constipación, estreñimiento | () |
| 9) El corazón me late más a prisa que de costumbre | () |
| 10) Me canso sin hacer nada | () |
| 11) Tengo la mente tan clara como antes | () |
| 12) Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro | () |
| 13) Me siento intranquila y no puedo mantenerme quieta | () |
| 14) Tengo esperanza en el futuro | () |
| 15) Estoy más irritable de lo usual | () |
| 16) Me resulta fácil tomar decisiones | () |
| 17) Siento que soy útil y necesaria | () |
| 18) Mi vida tiene bastante interés | () |
| 19) Creo que les haría un favor a los demás muriéndome | () |
| 20) Todavía disfruto con las mismas cosas | () |

ESCALA DE HAMILTON DE EVALUACION DE ANSIEDAD

IV. - Describa cómo se siente con relación a su apariencia física :

- 0 . - Ausente
- 1 . - Leve
- 2 . - Moderado
- 3 . - Grave
- 4 . - Totalmente incapacitado

1) ESTADO ANSIOSO

Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor⁷ antipado de que suceda lo peor. ()

2) TENSION

Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse. ()

3) TEMORES

De la obscuridad, de extraños, de ser dejada sola, de animales, del tráfico, de las multitudes. ()

4) INSOMNIO

Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, sueños, pesadillas, temores nocturnos. ()

5) INTELLECTUAL (Comprensión)

Dificultad de concentración, memoria pobre. ()

6) ESTADO DEPRESIVO

Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar temprano y transposición de sueño y vigilia. ()

7) SISTEMA SOMATICO (muscular)

Dolores y mialgias, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics mioclónico, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado. ()

8) SISTEMA SOMATICO (sensorial)

Visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. ()

9) SINTOMAS CARDIOVASCULARES

Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de desmayo, arritmia.

()

10) OPRESION O CONSTRICCION TORACICA

Sensación de ahogo, suspiros.

()

11) SINTOMAS GASTROINTESTINALES

Dificultad al tragar, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso, estreñimiento.

()

12) SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO

Sequedad bucal, rubor, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.

()

ANEXO II

ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA
(FORMA A)
MOOS, R. (1984)

1.- TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN:

Héctor E. Ayala, 2,3,4

Alma P. Aduna

Humberto Vázquez

Areli Lozano

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

- 2.- Investigador Nacional SS 3110, Sistema Nacional de Investigaciones
Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica
Secretaría de Educación Pública
- 3.- La adaptación de este Instrumento formó parte de un proyecto de investigación
financiado por el Consejo Nacional Ciencia Tecnología a través del proyecto PCSANA
03791 otorgado a Héctor E: Ayala como Investigador Responsable.
- 4.- Se agradece a los estudiantes de Psicología: Ana Ma. Delgado y Miguel A. Franco, su
participación en el piloteo de este instrumento en México.

CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

Este es un cuestionario general de salud. Por favor conteste cada pregunta tan adecuadamente como usted pueda. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales.

Mucho agradeceríamos su cooperación en este estudio llevado a cabo por un grupo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

No. de cuestionari	1	2	3	4
Tipo de Cuestionario	5	6		
Número de tarjeta			7	8

I.- ALGUNOS DATOS ACERCA DE USTED.

Sexo: Masculino = 1		Femenino = 2	9
Edad:			10 11
1.- ¿Que religión practica?	12	2.- ¿Qué nacionalidad tiene?	13
1) Católica 2) Judía 3) Protestante 4) Otra		1) Mexicana 2) Sudamericana 3) Centroamericana 4) Norteamericana 5) Europea 6) Asiática	
3.- ¿Estado Civil?	14	4.- ¿Cuántas veces se ha casado en total	15
1) Soltero 2) Casado o Unión Libre 3) Separado 4) Viuda			
5.- ¿Tiempo de relación ? (En años)	16 17	6.- ¿Trabaja actualmente?	18
1) ¿Tiempo de unión Con el actual conyuge? 2) ¿Tiempo que vivió con su Conyuge antes de separarse? 3) ¿Tiempo que estuvo casado Con su último cónyuge?		1) No 2) Si, medio tiempo 3) Si, Tiempo completo 4) Si, más de tiempo completo	

7.- ¿Número de cambios de trabajos en el último año?

19 20

8.- ¿Si usted no esta trabajando actualmente, ¿Cuál es el motivo?

1) Temporalmente desempleado

21

2) No esta empleado y esta Buscando trabajo.

3) No esta usted empleado y no busca trabajo.

4) Estudia

5) Mala Salud

6) Ama de casa

II.- SU SALUD EN LOS ULTIMOS DOCE MESES

9.- Le voy a leer una lista de enfermedades. ¿Ha tenido alguna de ellas durante los últimos doce meses?

Si = 1

No = 2

Anemia

22

Problemas con la espalda

29

Asma

23

Problemas con el corazón

30

Artritis o reumatismo

24

Presión alta

31

Bronquitis

25

Problemas de riñón

32

Cáncer

26

Tuberculosis

33

Problemas crónico del hígado

27

Úlceras

34

Diabetes

28

Embolia

35

10.- A continuación se presenta una lista de síntomas físicos. En los últimos doce meses, ¿Ha padecido alguno de ellos?

Si = 1

No = 2

Ha sentido debilidad

36

Ha sentido acidez estomacal o indigestión

42

Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo

37

Ha sentido escalofríos

43

Ha sentido que el corazón le late fuertemente

38

Ha tenido manos temblorosas

44

Ha tenido poco apetito	<u>39</u>	Ha tenido dolor de cabeza	<u>45</u>
Se ha sentido inquieto	<u>40</u>	Ha tenido estreñimiento	<u>46</u>
Se ha sentido inquieto ^{W3}	<u>41</u>	Ha sufrido insomnio	<u>47</u>

11.- A continuación se enlistan algunas formas de como uno se siente a veces. ¿En los últimos doce meses se ha sentido de alguna de las formas que a continuación le leeré?

SI = 1 NO = 2

Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad	<u>48</u>
Ha sentido que se preocupa demasiado	<u>49</u>
Ha sentido que su memoria no está del todo bien	<u>50</u>
Ha tenido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo.	<u>51</u>
Ha sentido que nada le sale bien	<u>52</u>
¿Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena?	<u>53</u>

12.- ¿Fuma usted cigarros? (Si no es así, pase a la pregunta 16)

Si = 1 No = 2

13.- Si es así: cuantas cajetillas fuma	<u>55</u>	14.- Por lo general, ¿Cuántos cigarros fuma diario	<u>56</u>	<u>57</u>
1) Más que el año pasado				
2) Lo mismo que el año pasado				
3) menos que el año pasado				

15.- ¿Ha sentido algún síntoma físico por fumar demasiado? Si es así, ¿Qué clase de sintoma(s) ha tenido?

Si = 1 No = 2

Garganta irritada	<u>58</u>	Falta de aire	<u>60</u>
Tos	<u>59</u>	Otros, especifique: _____	<u>61 62</u>

16. - ¿Toma usted alguna bebida alcohólica? (Vino de mesa, cerveza, brandy, tequila, pulque, ron, etc.)
(Si no es así, pase a la pregunta 20)

Si = 1

No = 2

63

17.- Si respondió Si ¿Con que frecuencia tomo usted durante el mes pasado?

Nunca 1	Menos de una vez a la semana 2	una vez a la semana 3	2 o 3 veces a la semana 4	3 o 4 veces a la semana 5	Diario 6
------------	--------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------

Pulque o Tequila 64

Cerveza 65

Brandy o Ron 66

Vino de mesa 67

18. - ¿Cuándo usted bebe, qué tanto bebe en un día normal?

1 Vaso 1	1-2 vasos 2	1 litro 3	2 litros 4	3 litros 5	<u>68</u>
-------------	----------------	--------------	---------------	---------------	-----------

Pulque: 1 vaso 1	2-3 botellas 2	4-8 botellas 3	9-12 botellas 4	15 botellas 5	<u>69</u>
------------------------	-------------------	-------------------	--------------------	------------------	-----------

Cerveza: 1 copa 1	2-3 copas 2	½ litro 3	1 litro 4	1 ½ litro 5	<u>70</u>
-------------------------	----------------	--------------	--------------	----------------	-----------

Brandy, Tequila o Ron: 1 Copa 1	2-3 copas 2	½ litro 3	1 litro 4	1 ½ litro 5	<u>71</u>
---------------------------------------	----------------	--------------	--------------	----------------	-----------

Vino de Mesa:

19. - ¿Ha tenido alguna dificultad durante el último año por beber demasiado? Si = 1 No = 2

Si contesto Si. ¿Que clase de dificultades tuvo?

Su salud <u>73</u>	Golpeo a alguien <u>77</u>
--------------------	----------------------------

Su trabajo <u>74</u>	Dificultades en su vecindario <u>78</u>
----------------------	---

Problemas de dinero 75

Dificultades con la policia 79

Discusiones familiares 76

Dificultades con amigos 80

CAMBIO DE TARJETA

No de cuestionario	1	2	3	4
Tipo de cuestionario			5	6
No de tarjeta				<u>7</u> <u>8</u>

20.- En el siguiente listado se dan algunos adjetivos que las personas usan para describirse a si mismas. Por cada adjetivo que le mencione, indique ¿Cual es el que lo describe mejor?

	No me describe Nada	Me describe un poco	Me describe algo	Me describe bien	Me describe exactamente
Agresivo	<u>1</u>	<u>2</u>	3	4	5
					<u>9</u>
Ambicioso					<u>10</u>
Seguro de si mismo					<u>11</u>
Calmado					<u>12</u>
Confiado					<u>13</u>
Dominante					<u>14</u>
Accesible					<u>15</u>
Activo					<u>16</u>
Feliz					<u>17</u>

Extrovertido

18

Exitoso

19

21.- Sin contar chequeos médicos (revisiones), ¿Cuántas veces vió al doctor durante el último año?

20 21

22.- ¿Estuvo hospitalizado alguna vez durante el último año? Si = 1 No = 2

Si fué así ¿Cuánto tiempo? (Número de días)

22

23 24

¿Cuál fué el motivo? _____

25 26

23.- ¿No ha podido trabajar o realizar sus actividades normales debido a problemas de salud? Si = 1 No = 2

27

28

24.- ¿Ha usado usted frecuentemente algunos de los medicamentos durante los últimos 12 meses? Si = 1 No = 2

- Pastillas para alergias

29

- Anfetaminas (Estimulantes)

30

- Antibióticos

31

- Antidepresivos

32

- Aspirinas

33

- Pastillas para dieta

34

- Laxantes

35

- Pastillas para el dolor

36

- Pastillas para dormir

37

- Medicamentos para la digestión

38

- Tranquilizantes

39

- Vitaminas

40

25.- Algunas veces, cuando las personas tienen problemas acuden a ciertas personas Para solicitar ayuda. En los últimos 12 meses recibí ayuda de : Si = 1 No = 2

-Sacerdote	<u>41</u>
- Consejero familiar o matrimonial	<u>42</u>
- Médico	<u>43</u>
- Psiquiatra e matrimonial	<u>44</u>
- Policía	<u>45</u>
- Grupo de auto-ayuda	<u>46</u>
- Abogado	<u>47</u>
- Su jefe o institución donde trabaja	<u>48</u>
- Amigos	<u>49</u>

III. EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

26.- Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera. ¿Ha experimentado personalmente alguno de ellos durante los últimos 12 meses?

	Si = 1	No = 2							
			¿Hace cuantos	¿ Lo ha hecho					
			Meses ?	O le ha pasado					
				antes ?					
	SI			SI	NO				
Cambió de casa	1	Si es 1	<u> </u> Meses	<u> </u>	<u> </u>	<u>50</u>	<u>51</u>	<u>52</u>	<u>53</u>
Perdió algo con valor sentimental	1	Si es 1	<u> </u> Meses	<u> </u>	<u> </u>	<u>54</u>	<u>55</u>	<u>56</u>	<u>57</u>
Muerte de algún amigo cercano	1	Si es 1	<u> </u> Meses	<u> </u>	<u> </u>	<u>58</u>	<u>59</u>	<u>60</u>	<u>61</u>
Problemas con amigos o vecinos	1	Si es 1	<u> </u> Meses	<u> </u>	<u> </u>	<u>62</u>	<u>63</u>	<u>64</u>	<u>65</u>
Se comprometió sentimentalmente	1	Si es 1	<u> </u> Meses	<u> </u>	<u> </u>	<u>66</u>	<u>67</u>	<u>68</u>	<u>69</u>
Se casó	1	Si es 1	<u> </u> Meses	<u> </u>	<u> </u>	<u>70</u>	<u>71</u>	<u>72</u>	<u>73</u>
Se separó	1	Si es 1	<u> </u> Meses	<u> </u>	<u> </u>	<u>74</u>	<u>75</u>	<u>76</u>	<u>77</u>
Tuvo una reconciliación marital	1	Si es 1	<u> </u> Meses	<u> </u>	<u> </u>	<u>78</u>	<u>79</u>	<u>80</u>	<u>81</u>

Fuó promovido en el trabajo	1	Si es 1 _____ Meses	_____	_____	50	51	52	53
Consiguó mejor trabajo (nuevo)	1	si es 1 _____ Meses	_____	_____	54	55	56	57
Aumento sustancial en el ingreso (20%)	1	Si es 1 _____ Meses	_____	_____	58	59	60	61
Decremento sustancial en el ingreso (20%)	1	si es 1 _____ Meses	_____	_____	62	63	64	65
Se endeudo fuertemente	1	Si es 1 _____ Meses	_____	_____	66	67	68	69
Su hijo entró a la escuela nueva	1	Si es 1 _____ Meses	_____	_____	70	71	72	73
Su hijo se fué de la casa	1	Si es 1 _____ Meses	_____	_____	74	75	76	77
Su hijo regreso a casa	1	Si es 1 _____ Meses	_____	_____	78	79	80	81

CAMBIO DE TARJETA

No. De cuestionario _____ 1 2 3 4

Tipo de cuestionario _____ 5 6

No. De tarjeta _____

	Si		¿Hace cuantos Meses	¿Lo ha hecho o le ha pasado Antes Si No				
Un pariente se cambio de su casa	1	Si es 1	_____ Meses	_____	10	11	12	13
Tuvo problemas legales	1	Si es 1	_____ Meses	_____	14	15	16	17

	Si		¿Hace cuantos meses	¿Lo ha hecho o le ha pasado antes? Si No				
Tuvo problemas de alcohol o droga	1	Si es 1	_____ meses	_____	18	19	20	21
Fué asaltado o robado	1	Si es 1	_____ meses	_____	22	23	24	25

27.- Elija el problema importante de los que usted señaló antes y dígame cuál es:

Si no ha tenido ninguno de estos problemas, mencione otro sobre el cuál usted desee comentar.
 Problema: _____

Indique por favor, cual (es) de las siguientes formas de actuar, que a continuación le mencionamos, empleó usted para tratar de resolver el problema.

	No 1	Si, 1 o 2 veces 2	Si algunas veces 3	Si frecuen- temente 4	
Trato de saber mas sobre la situación	_____	_____	_____	_____	28
Habló con su cónyuge o con otros parientes acerca del problema	_____	_____	_____	_____	29
Habló con un amigo acerca del problema	_____	_____	_____	_____	30
Habló con un profesionalista, abogado, cura	_____	_____	_____	_____	31
Rezó por una guía o para darse valor	_____	_____	_____	_____	32
Se preparó para el peor de los casos	_____	_____	_____	_____	33
No se preocupó. Pensó que todo saldría bien	_____	_____	_____	_____	34
Se desquitó con otras personas cuando se sentía enojada o deprimido.	_____	_____	_____	_____	35

	No 1	Si, 1 o 2 veces 2	Si, algunas veces 3	Si, frecuente- mente 4	
Trató de ver el lado bueno de la situación.	_____	_____	_____	_____	<u>36</u>
Se ocupó con otras cosas para no pensar en lo sucedido.	_____	_____	_____	_____	<u>37</u>
Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo.	_____	_____	_____	_____	<u>38</u>
Consideró varias alternativas para manejar el problema.	_____	_____	_____	_____	<u>39</u>
Se guió por sus experiencias pasadas.	_____	_____	_____	_____	<u>40</u>
No expresó sus sentimientos.	_____	_____	_____	_____	<u>41</u>
Tomó las cosas como venían paso a paso.	_____	_____	_____	_____	<u>42</u>
Trató de ver las cosas objetivamente.	_____	_____	_____	_____	<u>43</u>
Pensó sobre la situación para tratar de entenderla mejor.	_____	_____	_____	_____	<u>44</u>
Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor.	_____	_____	_____	_____	<u>45</u>
Intentó no precipitarse actuando impulsivamente.	_____	_____	_____	_____	<u>46</u>
Se olvidó del problema por un tiempo.	_____	_____	_____	_____	<u>47</u>
supo que había que hacer y se esforzó más para que funcionaran las cosas.	_____	_____	_____	_____	<u>48</u>
Evitó estar con la gente en general.	_____	_____	_____	_____	<u>49</u>
Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes.	_____	_____	_____	_____	<u>50</u>
Se negó a creer lo que había sucedido.	_____	_____	_____	_____	<u>51</u>

	No 1	Si, 1 o 2 veces 2	Si, algunas veces 3	Si, frecuen- tamente 4	
Lo aceptó, no podía hacer nada	_____	_____	_____	_____	<u>52</u>
Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares	_____	_____	_____	_____	<u>53</u>
Negoció para rescatar algo positivo de la situación	_____	_____	_____	_____	<u>54</u>
Intentó reducir la tensión.					
- Tomando más	_____	_____	_____	_____	<u>55</u>
- Comiendo más	_____	_____	_____	_____	<u>56</u>
- Fumando más	_____	_____	_____	_____	<u>57</u>
- Haciendo más ejercicio	_____	_____	_____	_____	<u>58</u>
- Tomando más tranquilizantes	_____	_____	_____	_____	<u>59</u>

IV. - ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA Y AMIGOS

	Si = 1	No = 2	
28.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos tiene, sin incluir los conocidos eventuales?			<u>60 61</u>
29.- ¿Cuántos amigos cercanos tiene? Personas con quien usted puede platicar sus Problemas personales?			<u>62 63</u>
30.- ¿A cuántas personas conoce, de las cuales usted pueda esperar ayuda real En tiempos difíciles?			<u>64 65</u>
31.- ¿Pertenece usted a un círculo de amigos cercanos que se mantengan en Contacto estrecho?			<u>66</u>
32.- ¿Durante los últimos doce meses, ¿Ha asistido usted a algunoas de las siguientes actividades?	Si = 1	No = 2	

a) Evento atlético	<u>67</u>	<u>68</u>
b) Juego de tablero (Ajedrez, damas)	<u>69</u>	<u>70</u>
c) Barajas	<u>71</u>	<u>72</u>
d) Concierto, ópera o museo	<u>73</u>	<u>74</u>
e) Platicó un largo tiempo	<u>74</u>	<u>76</u>
f) Ayudó en algún proyecto	<u>77</u>	<u>78</u>
g) Dio una vuelta caminando	<u>78</u>	<u>80</u>

CAMBIO DE TARJETA

No. De cuestionario	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Tipo de cuestionario	<u>5</u>	<u>6</u>		
No. De tarjeta	<u>7</u>	<u>8</u>		

h) Cacería o pesca	<u>9</u>	<u>10</u>
i) Reunión de club u organización	<u>11</u>	<u>12</u>
j) Fiestas	<u>13</u>	<u>14</u>
k) Día de campo	<u>15</u>	<u>16</u>
l) Nadar o jugar fútbol	<u>17</u>	<u>18</u>

33. - Durante el último mes ¿qué tan frecuentemente se reunió con uno o más amigos? (número de veces)		
Los visitó en su casa	<u>19</u>	<u>20</u>
Se reunió con ellos en otro sitio	<u>21</u>	<u>22</u>
34. - Durante el último mes, ¿Cuántas veces visitó a sus familiares (números de veces)	<u>23</u>	<u>24</u>

35 . - Las personas llevan a cabo sus tareas domésticas de diferentes formas. Durante el último mes, ¿Quién realizó las siguientes tareas en su hogar?

	Siempre Usted 1	Casi siempre usted 2	Ud. Y otro por igual 3	Casi siempre Otro 4	Siempre Otro 5
Compra de comida				25	
Planear y preparar alimentos				26	
Tirar la basura				27	
Limpiar la casa				28	
Hacer los trabajos pesados de la casa				29	
Hacer reparaciones menores en la casa				30	
Arreglar el jardín				31	
Manejar los gastos				32	
Decidir como gastar el dinero				33	
Llevar el coche al taller				34	
Organizar las reuniones familiares				35	
Ayudar a los niños con su tarea				36	
Disciplinar a los niños				37	
- Si usted indicó que " otro " le ayudó , esa persona fué generalmente su:					
1) cónyuge		2) Hijo	3) Hermano	4) Padres	38

v . - ACTIVIDADES FAMILIARES

36 . - ¿Alguno de los siguientes temas causa desacuerdo en su familia?	Si = 1	No = 2
Amigos	39	Ayudar a las tareas de la casa
Parientes	40	El sexo
Hábitos de manejo	41	Las drogas
La política	42	El alcohol (La bebida)
El dinero	43	Fumar cigarros
El uso del carro	44	La disciplina
Ver televisión	45	Las compras importantes

37 . - Digame ¿Cuál es la persona más importante para usted?

1) Cónyuge 2) Padres 3) Hijo(a) 4) Hermano(a) 5) Otro

53

¿Qué tan menudo hacen ustedes dos las siguientes actividades?

	Nunca 1	Rara vez 2	A veces 3	A menudo 4	Siempre 5
Calmadamente discuten algo juntos					<u>54</u>
Tienen un intercambio estimulante de ideas					<u>55</u>
No están de acuerdo acerca de algo importante					<u>56</u>
Critican y desapruaban algo importante					<u>57</u>
Pasan un buen rato juntos					<u>58</u>
Se enojan					<u>59</u>

IV . - DATOS ACERCA DE SU HOGAR

38 . - Le voy a mencionar pares de adjetivos que pueden describir su hogar. Por ejemplo, ordenado-desordenado. Si su hogar está muy ordenado, me indicará el número "1"; si está muy desordenado me señalará el número "5". Por otra parte, si está entre muy ordenado o muy desordenado usted me indicará el "2", el "3" o el "4", según el grado que usted considere que describe mejor su hogar.

Ordenado	1	2	3	4	5	Desordenado	<u>60</u>
Limpio	1	2	3	4	5	Sucio	<u>61</u>
Confortable	1	2	3	4	5	No confortable	<u>62</u>
Tranquilo	1	2	3	4	5	Ruidoso	<u>63</u>
Iluminado	1	2	3	4	5	Oscuro	<u>64</u>
De buen tamaño	1	2	3	4	5	Pequeño	<u>65</u>

39 . - Durante los últimos dos años ¿Cuántas veces se ha cambiado de casa. (Número de veces)

66

40 . - ¿Cuántos meses ha vivido en su domicilio actual?

67 68 69

41 . - Su casa es:

1) Propia 2) Rentada 3) Otra

70

42 . - ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su casa?

1.- Casa independiente
2.- Construcción de dos casas (duplex)
3.- Construcción de tres o cuatro casas

71

4.- Construcción de cinco o más casas

43 . - ¿Qué categoría describe mejor su colonia?

- 1.- Urbano-comercial o urbano-industrial
- 2.- Unidad habitacional
- 3.- Residencial
- 4.- Popular
- 5.- Rural

72

44 . - ¿Cuántos cuartos hay en su casa o departamento (incluye cocina pero no baños)

73

45 . - ¿Cuántas recamaras hay en su casa o departamento?

74

46 . - ¿Su casa tiene patio o jardín? Si = 1 No = 2

75

Aplicador _____ Fecha de aplicación _____

Muestra número _____