

# Estrategias de afrontamiento ante el dolor y dificultades en la regulación emocional en estudiantes cordobesas con dismenorrea primaria<sup>1</sup>

## **Natalí Tita**

Licenciada en Psicología  
Instituto PSIBE, Córdoba.  
Argentina  
Correo electrónico: titanatali@gmail.com

## **Malena M. Luna**

Licenciada en Psicología  
Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de Córdoba.  
Argentina.  
Correo electrónico: male89\_cba@hotmail.com

## **María L. Teillagorry**

Licenciada en Psicología  
Facultad de Psicología, Universidad  
Nacional de Córdoba.  
Argentina.  
Correo electrónico: maria13\_laura@hotmail.com

## **Luciana S. Moretti**

Doctora en Psicología  
Facultad de Psicología, Universidad  
Nacional de Córdoba.  
Argentina.  
Correo electrónico: lsmoretti@gmail.com

Recibido: 25/09/2017  
Evaluado: 27/10/2017  
Aceptado: 19/02/2018

## Resumen

El presente estudio evalúa la relación entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y las dificultades en la regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con dismenorrea primaria en la ciudad de Córdoba, Argentina. Se utilizó un diseño ex post facto retrospectivo con grupo cuasi control con 222 estudiantes universitarias de sexo femenino de entre 17 y 28 años de diferentes unidades académicas públicas y privadas. Se les administró el Cuestionario de Dolor Menstrual, la Escala Visual Analógica (*EVA*), el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor (*CAD*) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (*DEERS*). Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas entre algunos factores del *CAD* y del *DEERS*, los cuales demuestran que existe relación entre las estrategias que las mujeres usan para afrontar el dolor dismenorreico y las dificultades en la regulación emocional.

## Palabras clave

Dismenorrea primaria, estrategias de afrontamiento, regulación emocional.

<sup>1</sup> Para citar este artículo: Tita, N., Teillagorry, M. L., Luna, M. M., & Moretti, L. S. (2018). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y dificultades en la regulación emocional en estudiantes cordobesas con dismenorrea primaria. *Informes Psicológicos*, 18(2), pp. 17-30 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a01>

# Strategies for coping with pain and difficulties in emotional regulation in Cordoban students with primary dysmenorrhea

## Abstract

This study evaluates the relationship between coping strategies for pain and difficulties in emotional regulation used by university students with primary dysmenorrhoea in the city of Córdoba. A retrospective ex post facto design with a quasi-control group was used with 222 female university students between 17 and 28 years of age from different public and private academic units. They were administered the menstrual pain questionnaire, the visual analog scale (EVA), the pain coping strategies questionnaire (CAD), and the emotional regulation difficulties scale (DERS). The results show positive and significant correlations between some CAD and DERS factors, which show that there is a relationship between the strategies that women use to deal with dysmenorrheal pain and difficulties in emotional regulation.

---

### Keywords

Primary dysmenorrhea, coping strategies, emotional regulation.

---

# Estratégias para o enfrentamento da dor e dificuldades na regulação emocional em estudantes cordobesas com dismenorreia primaria

## Resumo

O presente estudo avalia a relação emocional entre as estratégias para o enfrentamento da dor e as dificuldades na regulação emocional usadas pelas jovens universitárias com dismenorreia primaria na cidade de Córdoba. Foi implementado um delineamento retrospectivo ex post facto com um grupo quase-controle com 222 estudantes universitárias de sexo feminino entre os 17 e 28 anos de idade de diferentes unidades acadêmicas públicas e privadas. Foi-lhes administrado o questionário da dor menstrual, a escala visual analógica (EVA), o questionário de estratégias de enfrentamento da dor (CAD) e a escala de dificuldades na regulação emocional (DERS). Os resultados mostram correlações positivas y significativas entre alguns dos fatores do CAD e do DERS, os quais demonstram a existência de relação entre as estratégias que as mulheres usam para lidar com a dor dismenorreica e as dificuldades na regulação emocional.

---

### Palavras chave

Ismenorreia primaria, estratégias de enfrentamento, regulação emocional.

---

## Introducción

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

El dolor crónico es un tipo de dolor que se prolonga en el tiempo más de lo esperado, es decir, posee una duración de tres meses o más, y puede clasificarse en continuo (está presente la mayor parte del tiempo) y recurrente (su aparición es variable, esto es, si bien por períodos de tiempo se percibe dolor, existen momentos en los que éste desaparece) (Hernández & Moreno, 2005, citados en Hernández-Castro, 2008). Un tipo de dolor crónico recurrente y de gran prevalencia en la población femenina es la *dismenorrea*. Roybal (2009) afirma que en Argentina la dismenorrea afecta entre el 40% y 90% de las mujeres lo cual incide negativamente en sus actividades sociales y laborales, por lo que las mujeres que padecen este tipo de dolor pierden horas de trabajo y estudio, disminuyen sus relaciones sociales, la actividad física y de esparcimiento.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor

como una experiencia desagradable, tanto sensorial como emocional, que se encuentra asociada a un daño real o potencial en el tejido, o que se percibe como tal daño (Castel-Bernal, De Felipe, & Tornero-Molina, 2006). En efecto, se conceptualiza al dolor teniendo en cuenta aspectos que exceden a lo fisiológico. En este sentido, a partir de esta definición se pueden tomar tres dimensiones de la experiencia dolorosa: la *sensorial-discriminativa* (dicha dimensión hace referencia a las propiedades físicas del estímulo doloroso), dimensión *motivacional-afectiva* (la cual califica al dolor como una experiencia emocional desagradable, movilizand o conductas de evitación y escape) y la *cognitivo-evaluativa* (esta dimensión regula a las anteriores y es la encargada de darle sentido y significado a la experiencia de dolor a partir de las creencias, pensamientos y valores) (Moretti, 2010).

En los últimos años, un modelo que ha adquirido relevancia en la explicación del dolor es el cognitivo-conductual. Este modelo postula que los problemas relacionados al dolor tienen su origen en la forma en la que las personas reaccionan ante él, en cómo lo valoran e interpretan y no tanto así en la percepción sensorial del mismo. Así, las diferencias se encuentran en aquellas personas que se piensan incapacitados por el DC y aquellos que no lo consideran un problema (Moretti, 2010). En relación a ello, investigaciones relacionadas en el área permiten afirmar que existe relación entre las experiencias de dolor y los factores psicológicos en lo que respecta al grado de dolor experimentado y a la discapacidad producida por el mismo (Fall et al., 2008). Ampliar la mirada sobre la experiencia dolorosa

posibilita explicar de una manera más completa este fenómeno; además, permite generar estrategias de intervención más comprensivas.

La teoría de la compuerta, desarrollada por Melzack y Wall (1965), reconoce la importancia de las emociones como factores moduladores de la experiencia de dolor. Si se considera que las emociones juegan un papel fundamental en esta última, es importante considerar a la regulación emocional en la experiencia de dolor como un aspecto fundamental de ésta. En esta misma línea, las emociones tienen una gran importancia en la vida cotidiana de las personas, es decir, inciden significativamente en el desarrollo de la salud: por un lado, cuando una persona se siente tranquila no sólo se modifica su percepción subjetiva sino que también se producen cambios inmunológicos importantes (Domínguez-Trejo, 2005); por ejemplo, las emociones positivas como el buen humor, la esperanza y el optimismo facilitan el proceso de recuperación en personas enfermas, además que ayudan a manejar la enfermedad de un modo más óptimo (Bizquera-Alzina & Pérez-Escoda 2007); mientras que por otro, las emociones negativas debilitan el sistema inmunológico, facilitando los procesos patológicos. Poder regular de manera eficaz las emociones es un factor de gran importancia para el bienestar y la salud (Medrano, Moretti, Ortiz & Pereno, 2013). Por tanto, en la actualidad hay cierto consenso de que las emociones funcionan como un sistema de control que permite orientar a las personas sobre la importancia de una situación, además de que son de acción rápida y tienen la característica de ser adaptables (Greenberg, 2008).

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

Es importante considerar que los procesos de regulación emocional facilitan u obstruyen la aparición y mantenimiento de diversos problemas físicos y/o psicológicos (Hervás & Jódar, 2008). De esta manera, la experiencia de dolor y los síndromes de DC son fenómenos que desencadenan procesos emocionales. Por ello, concebir el dolor como un estresor crónico puede ayudar a comprender el impacto de dicha experiencia sobre las personas que lo sufren. A este respecto, el modelo procesual del estrés de Lazarus y Folkman permite comprender al dolor crónico como una situación estresante que requiere esfuerzos de adaptación por parte de la persona que lo padece (Moretti, 2010). En tal sentido, aquellos esfuerzos que emprenden las personas que sufren de DC destinados a paliar y a enfrentar el problema del dolor se

conocen como estrategias de afrontamiento (EA), las cuales serán implementadas de acuerdo a la evaluación que la persona realice de su situación y a los recursos con los que cuente en ese momento (Anarte, Ramírez, López & Esteve, 2001; Camacho-Martel & Anarte-Ortiz, 2001, citados en Moretti, 2010; Plaza-Montero & Rosario-Nieves, 2014). A partir de diferentes estudios desarrollados en este ámbito, se han identificado aquellas EA que pueden ser desadaptativas en relación al dolor, como el reposo, la concentración excesiva en el dolor y la catastrofización. Por otro lado, se han encontrado asociaciones positivas entre EA activas y mayores índices de ajuste psicológico y físico (Soucase, Monsalve & Soriano, 2005). En síntesis, las EA pasivas, evitativas y las centradas en la emoción se asocian a mayores niveles de dolor, mientras que las estrategias activas, centradas en el problema y dirigidas al dolor, se relacionan con menores niveles de dolor (Redondo-Delgado, León-Mateos, Pérez-Nieto, Jover-Jover, & Abasolo-Alcázar, 2008). No obstante, es preciso aclarar que, tal como lo señalan Rodríguez-Franco, Cano-García y Blanco-Picabia (2004), la naturaleza de las EA no se puede equiparar con su eficacia, ya que ésta depende de la persona en una particular situación generadora de estrés.

En relación al problema del dolor por dismenorrea y las EA empleadas y su relación con los procesos de regulación emocional, la literatura hallada es insuficiente. Por ello, el objetivo del presente trabajo es determinar si existe relación entre las EA ante el dolor y las dificultades en la regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con

dismenorrea primaria de la ciudad de Córdoba, Argentina.

## Metodología

### Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico accidental (Montero & León, 2007) se seleccionaron 222 estudiantes universitarias de sexo femenino con dismenorrea primaria, con una media de edad de 21 años ( $SD = 2.4$ ) procedentes de diferentes unidades académicas de la ciudad de Córdoba, Argentina. Del total de la muestra, el 82% de las estudiantes afirmó poseer dolor menstrual con una intensidad media de dolor de 4.37 ( $SD = 2.49$ ), cuya localización es señalada en mayor medida en la zona del vientre (70.7%) y en la parte baja de la espalda (33.8%). Teniendo en cuenta la presencia de síntomas, un 95% respondió de modo afirmativo, exhibiéndose con mayor frecuencia cambios en el humor (58.10%), hinchazón (53.60%) y dolor abdominal (51.80%).

### Instrumentos

#### Questionario de dismenorrea

Este cuestionario es un instrumento de tipo *ad-hoc* de 35 ítems que indaga información acerca de la actividad física y sexual de la mujer, evolución y estado actual de la menstruación, síntomas y

dolor asociados al ciclo menstrual y consultas médicas realizadas.

### Escala Visual Análoga (EVA)

Esta escala se utiliza para medir de manera unidimensional la intensidad del dolor percibido. Se trata de una línea de 10 centímetros de longitud que va del 0 (ningún dolor) a 10 (el peor dolor imaginable), en donde las participantes deben marcar la intensidad del dolor que perciben durante la menstruación (Chapman & Syrjala, 2001). Este instrumento no necesita de adaptación psicométrica debido a que, para efectuar estudios de consistencia interna y estructura interna, se debe contar con un grupo de ítems, pero en este caso, es un solo reactivo (Thompson, 2004, citado en Moretti, 2011).

### Cuestionario de estrategias de afrontamiento al dolor (CAD)

Este instrumento fue creado por Rosenstiel y Keefe (1983, citados en Rodríguez-Franco et al., 2004) y evalúa las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con dolor crónico (por ejemplo, "Veo el dolor como un desafío -a ver quién puede más, él o yo- y no deajo que me moleste", "Hago cosas que me gustan, como ver la televisión o escuchar la radio", "El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor"). Es una escala tipo likert que mide la frecuencia del uso de estrategias de afrontamiento, cuyas opciones de respuesta son: 0 = nunca; 1 = casi nunca; 2 = pocas veces; 3 = a veces; 4 = muchas veces; 5 = casi siempre; 6 = siempre. En el presente estudio se utilizó la versión adaptada al contexto local por Moretti (2011), la cual consta

de 39 ítems distribuidos en 4 factores: 1) *Autoinstrucciones, distracción mental y reinterpretación del dolor* ( $\alpha = .87$ ); 2) *Conductas distractoras* ( $\alpha = .86$ ); 3) *Catastrofización* ( $\alpha = .86$ ) y 4) *Fe y plegarias* ( $\alpha = .93$ ).

### Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Este instrumento permite medir las dificultades en diversos aspectos del proceso de regulación emocional. De este modo, mide déficits en el proceso de regulación emocional, de una manera más acabada que en otros procedimientos (Medrano & Trógolo, 2012). Esta escala fue creada por Gratz y Roemer (2004) y luego Hervás y Jódar (2008) la adaptaron a la población española. En el presente trabajo se empleó la versión adaptada al ámbito local por Medrano y Trógolo (2012), la cual está compuesta por 28 ítems que se agrupan en 6 factores equiparables a los postulados por Gratz y Roemer (2004): 1) *Falta de aceptación emocional* ( $\alpha = .71$ ); 2) *Interferencia en conductas dirigidas a metas* ( $\alpha = .70$ ); 3) *Dificultades en el control de impulsos* ( $\alpha = .84$ ); 4) *Conciencia emocional* ( $\alpha = .82$ ); 5) *Falta de claridad emocional* ( $\alpha = .87$ ) y 6) *Acceso limitado a estrategias de regulación emocional* ( $\alpha = .54$ ).

## Procedimiento

Con el objetivo de determinar la existencia de relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y las dificultades en la regulación emocional en mujeres con y sin dismenorrea se realizó un diseño ex post facto retrospectivo con grupo cuasi control (Montero & León, 2007). A

fin de realizar la recolección de los datos, la administración se llevó a cabo en las distintas unidades académicas de la Ciudad de Córdoba en la que, luego de solicitar el consentimiento informado de las estudiantes que de manera voluntaria decidieron acceder a la investigación, se les aplicaron los siguientes cuestionarios y escalas: planilla de variables sociodemográficas, cuestionario de dolor menstrual, Escala Visual Análoga (EVA), Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor (CEAD) y Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Una vez obtenidos los datos, se los cargó en el programa estadístico SPSS 17.0, con la finalidad de realizar el análisis estadístico.

## Resultados

En primera instancia y con el objetivo de determinar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y las dificultades en la regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con dismenorrea primaria en la ciudad de Córdoba se realizó el análisis de correlaciones bivariadas de los factores del CEAD con el DERS mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1.

Coefficientes de correlación  $r$  de Pearson entre los factores del CEAD y el DERS.

	DERS F1	DERS F2	DERS F3	DERS F4	DERS F5	DERS F6
CEAD F1	.206**	.015	-.031	.045	.069	.043
CEAD F2	.096	-.085	-.063	.144*	.012	.173*
CEAD F3	.058	.079	.158*	.143*	.014	.1
CEAD F4	-.097	-.032	.043	.058	0	.062

Nota: CEAD F1: Autointerpretación, distracción mental y reinterpretación del dolor; CEAD F2: Conductas distractoras; CEAD F3: Catastrofización; CEAD F4: Fe y plegarias; DERS F1: Falta de aceptación emocional; DERS F2: Interferencia en conductas dirigidas a metas; DERS F3: Dificultad en el control de impulsos; DERS F4: Consciencia emocional; DERS F5: Falta de claridad emocional; DERS F6: Acceso limitado a estrategias de regulación emocional; \*\* La correlación es significativa al nivel .01; \* La correlación es significativa al nivel .05.

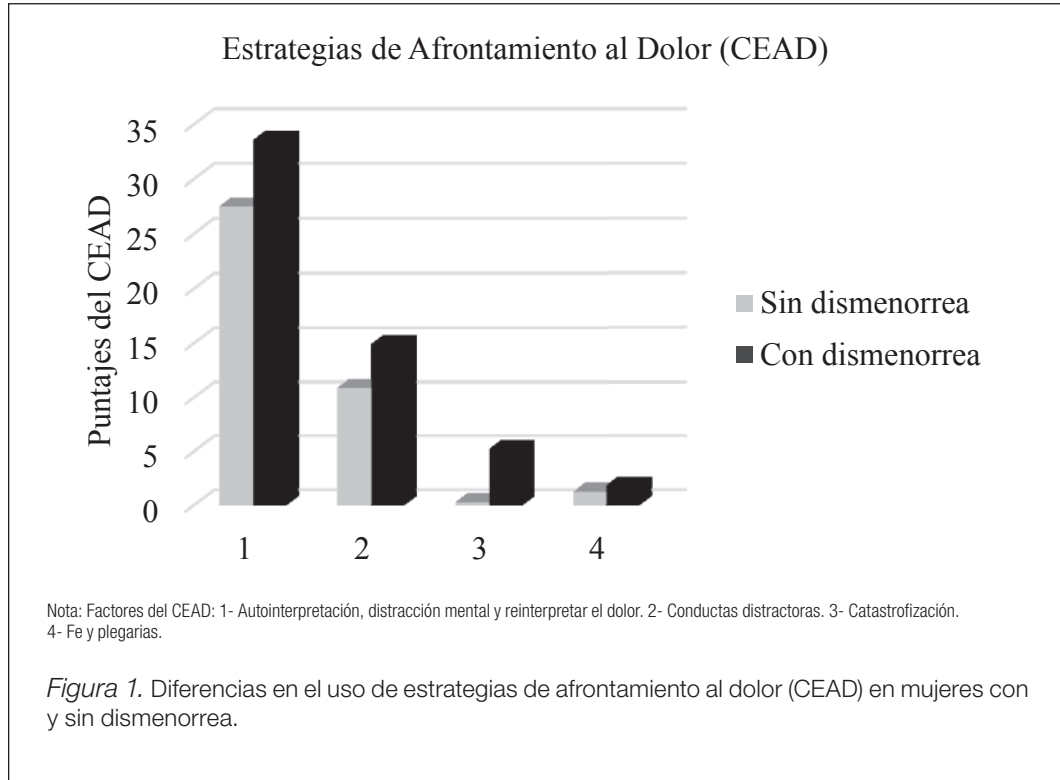
En segundo término, se llevó a cabo un estudio de contrastación de grupos de mujeres con y sin dismenorrea primaria a fin de observar si existen diferencias significativas en cuanto a estrategias de afrontamiento ante el dolor y dificultades en las estrategias de regulación emocional. Para ello, se empleó la prueba  $t$  de Student para muestras independientes. Los resultados hallados demuestran que existen diferencias estadísticamente significativas en los

factores: *interferencia en conductas dirigidas a metas* ( $t = -2.14$ ;  $gl = 58.16$ ;  $p < .05$ ), *dificultades en el control de impulsos* ( $t = -3.58$ ;  $gl = 84.67$ ;  $p < .01$ ) y *catastrofización* ( $t = -10.59$ ;  $gl = 208.44$ ;  $p < .01$ ). En este sentido, los hallazgos obtenidos muestran que el grupo de mujeres con DC utilizan con mayor frecuencia la *catastrofización* (media = 5.16), y presentan dificultades en el *control de impulsos* (media = 13.34) e *interferencias en conductas dirigidas a*

metas (media = 14.06) en relación al grupo sin DC.

En tercer lugar y con el objetivo de determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento ante el dolor y cuáles son las dificultades en la regulación emocional utilizadas por jóvenes universitarias con y sin dismenorrea primaria, se llevó a cabo un análisis de diferencias de medias a través de la prueba t de Student (ver Figuras 1 y 2). Las estrategias de

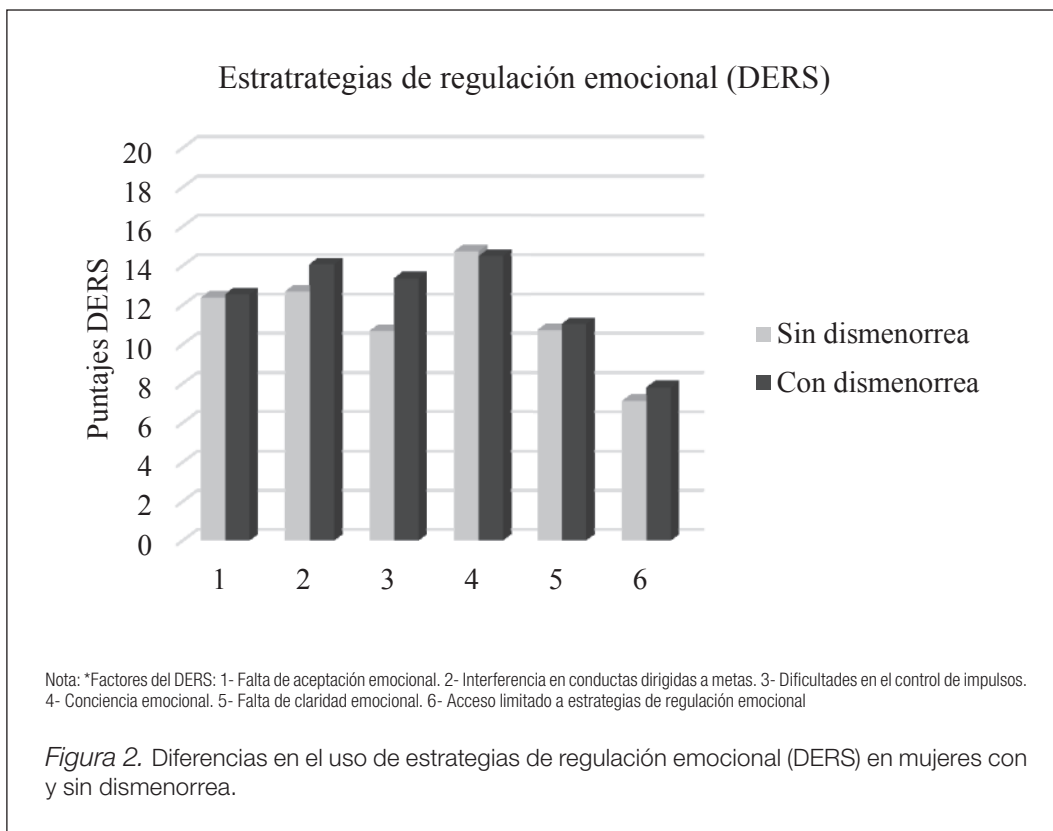
afrontamiento más utilizadas en mujeres con dismenorrea primaria son las *autoinstrucciones*, *distracción mental* y *reinterpretación del dolor* (media = 33.51) y las *conductas distractoras* (media = 14.88). En lo que respecta a las mujeres sin dismenorrea, la estrategia de afrontamiento utilizada con mayor frecuencia son las *autoinstrucciones*, *distracción mental* y *reinterpretación del dolor* (media = 27.45).



Por otro lado, en cuanto a las dificultades en la regulación emocional en mujeres con dismenorrea primaria, las estrategias más empleadas por las participantes son la conciencia emocional (media = 14.49) y la interferencia en conductas dirigidas

a metas (media = 14.06). En las mujeres sin dismenorrea las EA más usadas son la conciencia emocional (media = 14.72) y la interferencia en conductas dirigidas a metas (media = 12.68).





## Discusión

Los resultados hallados en la presente investigación permiten afirmar que existe una correlación positiva entre las estrategias de afrontamiento ante el dolor y las dificultades en la regulación emocional en mujeres con dismenorrea primaria. En este sentido, el factor *falta de aceptación emocional* del DERS (emociones secundarias negativas que se producen en respuesta a una emoción primaria) (Medrano & Trógolo, 2012) correlaciona de manera positiva y significativa con el factor *autointerpretación, distracción mental y reinterpretación del dolor* (CAD). Estos

resultados posibilitarían pensar que las estrategias de afrontamiento cognitivas serían utilizadas como una manera de evitar conectarse con las emociones que despierta el hecho de percibir el dolor como, por ejemplo, sentir vergüenza por sentirse disgustado, enojarse con uno mismo cuando se está molesto. Este hallazgo reviste de importancia ya que los factores emocionales, como así también la interpretación que se hace de la situación de dolor, permiten modular el dolor posibilitando o no la transmisión del estímulo doloroso. Desde el modelo cognitivo-conductual, el origen de los problemas relacionados con el dolor radica en la interpretación que las personas realizan del mismo (Moretti, 2010). A este respecto, evitar las emociones negativas secundarias asociadas a la percepción del dolor mediante estas

estrategias podría resultar funcional a las personas que lo padecen. Estas estrategias posibilitarían, en cierta medida, distraerse y generar un cambio a nivel emocional pudiendo, a través de pensamientos de control y de manejo del dolor, vivenciar de otra manera la situación.

Por otro lado, la correlación positiva encontrada entre el factor *conductas distractoras* (CAD) y el factor *conciencia emocional* (DERS) podría deberse a que todas aquellas acciones que permitan prestar atención, reconociendo y admitiendo los estados emocionales en un contexto determinado, que en este caso estaría aludiendo a darle importancia a los sentimientos productos del dolor dismenorreico, llevarían a hacer conscientes a las personas de lo que les sucede en dicho momento y a tratar de modificarlo mediante el aumento de conductas distractoras (hacer actividades placenteras, o alguna otra labor por ejemplo) que permiten desviar la atención del foco del dolor. Esto concuerda con lo expresado por Vallejo (2005), quien señala que estas estrategias conductuales, dirigidas a no atender de modo directo el foco del dolor, son una forma de intervención que ayuda a que la persona recupere y mantenga sus actividades cotidianas pese a que pueda considerarse que esto aumentaría el dolor; lo cual sería un error ya que contribuye a disminuirlo. De acuerdo con Rodríguez- Franco, Cano-García y Blanco-Picabia (2004) creer tener el control del dolor resulta más adaptativo como estrategia de afrontamiento, ya que ésta permitiría disminuir la percepción del dolor.

Asimismo, la estrategia *conductas distractoras* también correlacionó de modo positivo con el factor

*acceso limitado a estrategias de regulación emocional* (DERS), de lo cual se conjetura que las mujeres emplearían tales acciones al verse desvalidas de estrategias que permitan controlar o regular el dolor desde el aspecto emocional, o también por creer que no pueden controlar las emociones que les genera la dismenorrea primaria, optando entonces por prácticas que apunten más a lo conductual que al plano cognitivo. Esto concuerda con lo que Medrano y Trógolo (2012) expresan acerca de que este fenómeno se debería a la creencia de que no pueden modificarse los estados emocionales displacenteros. Esta idea permite pensar que, al percibir las emociones ligadas a la experiencia dolorosa, las mujeres se perciben como desvalidas o desbordadas en el manejo de las mismas, por lo cual buscarían el control poniendo en práctica estrategias más conductuales.

Por otro lado, el hallazgo de una relación estadísticamente significativa entre el factor *catastrofización* y el factor *dificultad en el control de impulsos*, podría señalarse que al percibir al dolor como extremadamente amenazante, se producirían dificultades al intentar controlar el comportamiento ante la experiencia dolorosa, debido a que la misma es considerada altamente negativa y fuera del propio control. Este tipo de estrategia se asocia a un afrontamiento pasivo y poco eficaz. En efecto, la valoración excesivamente negativa de la experiencia dolorosa conlleva un aumento de lenguaje interno ansiógeno, escasa posibilidad de control y una autoeficacia disminuida (Rodríguez-Franco et al., 2004). A su vez, la catastrofización está relacionada con un incremento tanto en la frecuencia como intensidad del dolor, y con

mayores niveles de estrés percibido (Gil, Abrams, Phillips & Keefe, 1989, citados en Rodríguez-Franco et al., 2004).

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

En otro orden de cosas, las estrategias de afrontamiento más utilizadas en mujeres con y sin dismenorrea primaria son las correspondientes al factor *autoinstrucciones*, *distracción mental* y *reinterpretación del dolor*, además en el grupo sin dolor también se utilizan mayormente las estrategias coincidentes con el factor conductas distractoras. Por otro lado, en cuanto a las dificultades en la regulación emocional en mujeres con y sin dismenorrea primaria, las estrategias más utilizadas por ambos grupos corresponden a los factores *conciencia emocional* e *interferencia en conductas dirigidas a metas*. Si bien estas estrategias son coincidentes en los dos grupos, se encontró una diferencia significativa en la contrastación de los mismos en cuanto a un mayor uso de catastrofización, mayor dificultad en controlar los impulsos y mayor interferencia en conductas dirigidas a metas en las mujeres con dolor. Esto sería coherente con lo encontrado en otros estudios en los cuales se exponen el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento en personas con dolor las cuales resultarían ser disfuncionales y no permitirían modificar el nivel de dolor percibido (Soucase et al., 2008).

Desde el modelo Cognitivo-conductual la experiencia subjetiva asociada a la experiencia dolorosa depende de la evaluación que la persona hace de su situación (Craig, 1999). En distintas investigaciones se ha encontrado evidencia sobre la existencia de una asociación positiva entre creencias desadaptativas y estrategias de afrontamiento disfuncionales. Esto es, aquellas personas que consideran que su dolor no se puede manejar, exhiben niveles más elevados de catastrofización de la

experiencia dolorosa, disminuyendo así la posibilidad de controlar el dolor, situación que quedaría en evidencia con los resultados aquí obtenidos. A partir de los resultados hallados en la presente investigación y en otros estudios es que puede pensarse que el empleo de técnicas cognitivo-conductuales en personas con DC, en este caso mujeres con dismenorrea primaria, sería beneficioso ya que posibilitaría identificar y corregir creencias erróneas sobre la experiencia dolorosa y comportamientos disfuncionales, remplazándolas así por estrategias de afrontamiento que les resulten más adaptativas para hacer frente a su situación (Moretti, 2011).

Algo que cabe destacar es la naturalización del dolor dismenorreico entre la población de mujeres, lo que podría ser una limitación del presente estudio. Esto ocasiona un sesgo al momento de reportar la presencia de dolor menstrual debido a que algunas mujeres expresaban la ausencia de dolor, sin embargo, señalaban puntuaciones moderadas e incluso altas de dolor en la escala EVA. Además, existe un elevado porcentaje de mujeres que expresan que no abandonan sus actividades durante los días de dolor, lo cual puede suponer que esto tiene relación con la creencia de la normalidad del mismo. Esto también podría explicar el hecho de que, en los resultados, tanto aquellos grupos con dismenorrea como sin dismenorrea muestren la utilización de las mismas estrategias de afrontamiento y las mismas dificultades en la regulación emocional y con diferencias de valores poco significativas. Tales supuestos concuerdan con lo postulado por Roybal (2009), quien expresa que en Argentina hay una creencia generalizada en las mujeres de

que la dismenorrea es un asunto propiamente femenino y que el dolor es inevitable. Esta situación hace que muchas mujeres sientan que el dolor interfiere en sus actividades y disminuye su calidad de vida, siendo que existen modos de abordar integralmente este tipo de dolor, desde lo médico como así también desde lo psicológico mediante diferentes estrategias.

En relación a esto último, y a partir de lo cual se desprende otra de las limitaciones, es que los métodos anticonceptivos orales suelen ser utilizados como forma de tratamiento de la dismenorrea. Una proporción considerable de la muestra del presente estudio estuvo integrada por mujeres que emplean los anticonceptivos orales como tratamiento de la dismenorrea (11%). Por tal motivo, se recomienda en estudios posteriores eliminar de la muestra estos casos.

Debido a los escasos antecedentes de investigaciones relacionadas al tema, y su complejidad mínima, este trabajo sentaría base para posteriores investigaciones de esta temática que ha estado presente en todos los tiempos pero que recientemente está empezando a resultar de interés en el ámbito científico.

## R eferencias

- Bizquera-Alzina, R. & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*(10), 61-82.

- Castel-Bernal, B., De Felipe, V. & Tornero-Molina, J. (2006). Evaluación Psicológica en el Dolor Crónico. *Reumatología Clínica*, 2(1), 44-49.
- Domínguez-Trejo, B. (2005). *Regulación cognoscitiva y emocional del dolor crónico y el estrés traumático. Fundamento de la ciencia clínica psicológica translacional*. Conferencia presentada en la II Reunión de Investigadores Nacionales en Psicología, SNI, SEP-CONACYT. Tequisquiapan.
- Fall, M., Baranowsky, A. P., Eneil, S., Engeler, D., Hughes, J., Messelink, Oberpenning, A.C. & Williams, C. (2010). Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. *European Association of Urology. Recuperado de [http://www.aeu.es/UserFiles/10-GUIA\\_CLINICA\\_SOBRE\\_EL\\_DOLOR\\_PELVICO\\_CRONICO.pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/10-GUIA_CLINICA_SOBRE_EL_DOLOR_PELVICO_CRONICO.pdf)*
- Hernández-Castro, J. (2008). *Dolor en la mujer: mujeres reales- dolores reales*. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana para el estudio del dolor (ACED).
- Greenberg, L. (2008). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The Transforming Power of Affect. *Canadian Psychology*, 49(1), 49-59.
- Hervás, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Jermann, F., Van der Linden, M., D'Acremont, M., & Zermatian, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131.
- Medrano, L., Moretti, L., Ortiz, A., & Pereno, G. (2013) Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *PSYKHE*, 22(1), 83-96.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971- 979.
- Moretti, L. (2011). Evaluación de la eficiencia de un programa de tratamiento del dolor crónico mediante un estudio de caso. En L. Medrano (Comp.), *Prácticas en salud basadas en la evidencia* (pp. 105-120). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Moretti, L. (2010). *Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico de la ciudad de Córdoba*. Manuscrito no publicado.
- Plaza-Montero, A. & Rosario-Nieves, I. (2014). La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89.
- Redondo-Delgado, M., León-Mateos, L., Pérez-Nieto, M. A, Jover-Jover, J. A. & Abasolo-Alcázar, L. (2008). El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clinica y Salud*, 19(3), 359-378.
- Rodríguez- Franco, L., Cano- García, E. J., & Blanco- Picabia, A. (2004). Evaluación de las estrategias del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-41.
- Roybal, A. (2009). Frecuencia y correlaciones de la dismenorrea en mujeres en edad reproductiva en Buenos Aires. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, 88(982), 212-224.

- Soucase, B., Monsalve, V. & Soriano, J. F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 8-16.
- Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, (84), 41-58.