



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO PERSISTENTE  
(FIBROMIALGIA) Y CÍCLICO (DISMENORREA).

ANÁLISIS COMPARATIVO.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

IVÓN SOTELO HERNÁNDEZ

DIRECTORA: MTRA. QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2022





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a la mujer más importante de mi vida, a mi madre Delia Rosalba Hernández Salazar, quien me demuestra su inmenso amor todos los días y me inspira a dar lo mejor de mí en todo lo que hago. Sé que no hay forma de poder pagar todo lo que has hecho por mí, estaré eternamente agradecida por ser tu hija y porque seas mi principal ejemplo a seguir.

Te admiro muchísimo, este logro es tan tuyo como mío.

¡Te amo, mamá!

## **Agradecimientos**

A través de estas líneas, agradezco infinitamente a mi directora de tesis, la maestra Quetzal Natalia Galán López por ser mi guía y acompañante a lo largo de este proceso, por permitirme aprender de su gran conocimiento y admirar su amplia experiencia. Soy muy afortunada por tener su apoyo, confianza y amistad, gracias por inspirarme a superar nuevos retos y superarme a mí misma todos los días.

Gracias a mis padres, Delia y Jesús porque aún con sacrificios han dedicado su vida a mi formación, a mi educación y han procurado siempre mi bienestar, gracias por brindarme las herramientas para llegar hasta aquí. ¡Misión cumplida!

A mis hermanos, Jesús, Jazmín y Erika, tengo tanto que agradecerles que estas líneas realmente no son suficientes, sin cada uno de ustedes y su apoyo yo no sería la persona que soy el día de hoy, que fortuna la mía por tenerlos, admirarlos y poder aprender de cada uno. Gracias a los tres por quererme, cuidarme y confiar en mí ciegamente.

Carlos Salinas, gracias por tu amor, por permitirme crecer y compartir una etapa más junto a ti, por apoyarme cuando se volvía complicado, por escucharme y estar presente recordándome lo capaz que soy para lograr lo que me propongo, por motivarme a no rendirme y ayudarme a seguir creciendo día a día.

A los miembros del jurado agradezco su experiencia y su tiempo para realizar los comentarios pertinentes a este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma mater. Agradezco mi formación y todas las oportunidades para lograr ser la profesionista que siempre soñé.

¡Por mi raza hablará el espíritu!

## Contenido

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo 1. Dolor	7
Capítulo 2. Dolor Crónico	13
Capítulo 3. Fibromialgia	24
Capítulo 4. Dismenorrea	31
Planteamiento del Problema y Justificación	41
Objetivos	45
Método	45
Resultados	60
Discusión	76
Limitaciones y recomendaciones	84
Conclusiones	87
Referencias	91
Anexos	110

## **Resumen**

En México existe una deficiencia de estudios sobre la prevalencia y las implicaciones que conlleva padecer alguna condición de dolor, lo cual, a su vez impide un adecuado abordaje sobre el tema. Esta investigación describe y compara las características clínicas (intensidad de dolor y funcionalidad física) y psicológicas (impacto de la enfermedad, flexibilidad psicológica, ansiedad, depresión y calidad de vida) de mujeres con condiciones de dolor crónico persistente (fibromialgia) y dolor crónico cíclico (dismenorrea) con el fin de identificar las similitudes y diferencias existentes entre ambas condiciones. Para tal efecto, se utilizó un diseño no experimental, transversal descriptivo-correlacional con muestreo por conveniencia en una muestra de 149 mujeres divididas en dos grupos pareados por rango de edad: uno compuesto por 54 mujeres con fibromialgia y otro constituido por 95 mujeres con dismenorrea. Los resultados mostraron que para el grupo de fibromialgia es mayor la percepción de dolor, el deterioro en la calidad de vida, la fusión de pensamiento y la sintomatología ansiosa y depresiva; mientras que en el grupo de dismenorrea predomina el pensamiento evitativo. En ambos grupos la funcionalidad física y el impacto de la enfermedad son considerablemente altos. Los padecimientos de dolor suelen predominar en las mujeres e independientemente de las características de cada uno, se afecta considerablemente la calidad de vida.

**Palabras clave:** Dolor crónico; Fibromialgia; Dismenorrea

## Introducción

El dolor crónico (DC) se ha considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, se estima una prevalencia de 35 a 70% de la población general (Bautista y Jiménez, 2014 y Covarrubias et al., 2010) y son las mujeres quienes tienden a ser mayormente afectadas por estas condiciones de dolor (Harstall y Ospina, 2003).

Cada padecimiento de DC se diferencia de otros por sus propias características y la duración del dolor es una de las principales, entre los padecimientos de DC más comunes en mujeres, algunos están presentes de forma persistente en la vida de las mujeres, como la fibromialgia y algunos otros aparecen de forma recurrente o cíclica como la dismenorrea (Bailey, 2013). Ambas condiciones cumplen los criterios de DC y junto con el dolor se incluyen otras molestias somáticas, emocionales y del comportamiento que repercuten en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen, aunque la principal diferencia entre ellas se basa en el tiempo de aparición y duración del dolor (Claw, 2014; Fernández-Martínez et al., 2018; Guzmán, et al. 2018; Goldenberg, 2020; Maffei, 2020; Morgan et al., 2014; Smith y Kaunitz, 2020; Tridenti y Vezzani, 2018).

El DC al ser un mecanismo multidimensional desde su desarrollo, considera la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que afecta múltiples áreas de funcionamiento de quien lo presenta (Breivik et al., 2012; El-Metwally et al., 2019; Nicholas et al., 2019). A pesar del gran malestar que implica vivir con un padecimiento de este tipo, suele ser difícil de explicar y comprender o se invisibiliza y normaliza, creyendo que es parte, por ejemplo, del ciclo menstrual y por ende debe ser soportado, lo que contribuye a silenciar y

desatender el malestar que las mujeres presentan (Armor et al., 2019; Breivik et al., 2006; Garro et al., 2019; González, 2014; Núñez-Claudel et al., 2020).

Además de lo ya mencionado, en México es poca la información respecto a la epidemiología del dolor y sus repercusiones (Covarrubias et al., 2010), lo que conlleva al desconocimiento del tema y favorece a la incertidumbre e incompreensión de los padecimientos. Por ello, a continuación, el presente trabajo describe y compara el perfil psicológico de mujeres mexicanas que padecen dos tipos de dolor crónico, uno de manera persistente como la fibromialgia y otro de manera cíclica como la dismenorrea, con el fin de identificar las diferencias existentes en su perfil clínico y psicológico, lo que permitirá establecer si existen patrones diferenciados en sus necesidades, principalmente a nivel de la atención psicológica, y con esto, promover una mayor comprensión de los padecimientos y sus repercusiones.



## Capítulo 1. Dolor

### Definición y Clasificación del Dolor

A lo largo de los años el dolor ha sido una condición muy compleja, con la que la humanidad se ha enfrentado y que ha intentado describir y entender, creando múltiples explicaciones y definiciones. Se sabe que el dolor ha sido considerado como “funcional” es decir, ayuda a prevenir situaciones de peligro o enfermedades que pongan en riesgo la salud (Cheng, 2018), sin embargo, también se ha identificado que, cuando perdura por mucho tiempo y pierde su función como sistema de alerta, tiene importantes repercusiones en la calidad de vida de quien lo padece (Cheng, 2018; Morrison, 2008).

Desde la época prehistórica se han planteado diferentes explicaciones sobre lo que es el dolor. Sin embargo, es hasta 1979 cuando el comité de taxonomía de la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP, por sus siglas en inglés) consideró necesario contar con un concepto de dolor que fuera consensuado y aceptado internacionalmente, por lo que, lo definieron como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de dicho daño” (IASP, 2003).

El dolor es considerado la principal razón por la que se acude a la consulta médica (Morrison, 2008), pero al ser un mecanismo tan amplio y complejo, con el fin de poder abordarlo de manera efectiva, es necesario tener en cuenta alguna de las múltiples clasificaciones que han surgido para su estudio (Tabla 1).

**Tabla 1.***Elementos para la Clasificación del Dolor.*

<b>Fisiopatología</b>	<b>Duración</b>	<b>Etiología</b>	<b>Localización</b>
<p><i>Nociceptivo:</i> producido por una lesión tisular que estimula los receptores del dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Somático:</i> cuando se trata de tejidos superficiales (piel o mucosas) o de tejidos profundos (huesos, articulaciones o músculos) generalmente bien localizados.</li> <li>○ <i>Visceral:</i> cuando los nociceptores estimulados se encuentran en las vísceras y la localización es pobre o difusa.</li> </ul> <p><i>Neuropático:</i> proviene de una lesión en las células nerviosas del sistema nervioso central o periférico y que se describe como ardor u hormigueo.</p> <p><i>Mixto:</i> resulta de la experimentación de ambos tipos de dolor (por ejemplo, nociceptivo y neuropático) en un paciente.</p>	<p><i>Dolor agudo:</i> aquel que se deriva de una lesión.</p> <p><i>Dolor crónico:</i> es un dolor que continúa aún después del proceso de curación por más de 3 meses.</p> <p><i>Dolor episódico o recurrente:</i> ocurre de forma intermitente por un largo periodo de tiempo.</p> <p><i>Dolor irruptivo:</i> referente a una exacerbación de dolor de cualquier tipo antes mencionado.</p>	<p><i>Dolor maligno:</i> asociado a un deterioro progresivo en el organismo.</p> <p><i>Dolor no maligno:</i> habitualmente es derivado de una causa orgánica no maligna y que no informa sobre algún deterioro del organismo.</p>	<p>De acuerdo con su localización anatómica</p>
<p><i>Nota:</i> Elaborada a partir de la clasificación de Abd-Elseyed y Deer (2019).</p>			

Cheng (2018) menciona que al ser tan compleja la clasificación y definición de cada tipo de dolor, es posible que varios coexistan en una sola persona. Para fines de este proyecto, a continuación, se describen algunos elementos básicos para la comprensión del fenómeno de dolor. En el capítulo dos se abordará el tipo de dolor enfocado en la duración de los síntomas, haciendo énfasis en el dolor crónico.

## **Fisiología del Dolor**

El término nocicepción, se deriva del latín “noci” que significa daño o lesión y es utilizado para describir la respuesta neuronal a estímulos traumáticos o nocivos (Zaky et al., 2019). La percepción del dolor o *nocicepción* depende de receptores especializados en la periferia que responden a estímulos térmicos, mecánicos o químicos, denominados nociceptores, estos únicamente se activan cuando el estímulo logra alcanzar un umbral considerado nocivo para la persona, sin embargo, una estimulación continua puede llevar a que disminuya el umbral al que responden y así, provocar un fenómeno conocido como sensibilización (Krebs et al., 2018).

La mayoría de los nociceptores son terminaciones nerviosas libres de las fibras A $\delta$  y C, los neurotransmisores utilizados por estas fibras son glutamato, sustancia P y péptico relacionado con el gen de calcitonina (Krebs, 2018). Zaky (2019) refiere que el dolor, además, es conducido a lo largo de una vía de tres neuronas (de primer, segundo y tercer orden) desde la periferia hasta la corteza cerebral.

La nocicepción involucra cuatro procesos fisiológicos: transducción, transmisión, modulación y percepción (Zaky, 2019). El primer paso en la vía nociceptiva es la transducción y se realiza a nivel de la médula espinal, el estímulo nociceptivo excita las fibras A $\delta$  y C y se convierte en un potencial de acción. Esto da paso al proceso de transmisión, donde este potencial

de acción se propaga por el asta posterior de la médula espinal, transformando los estímulos nocivos en señales eléctricas que llegan al tálamo y a la corteza. El dolor es un sistema multifactorial de múltiples vías que emite proyecciones a numerosas áreas de la corteza (Krebs, 2018), por ello el proceso de percepción inicia en el momento en que la señal nociceptiva es procesada, a nivel cortical, subcortical y tallo cerebral lo que se transforma en la sensación del dolor. Finalmente, se da el proceso de modulación, la respuesta que el sistema nervioso elabora para regular la señal nociceptiva (ampliándola o disminuyéndola) de acuerdo con cada circunstancia, es decir, le permite al individuo regular la sensación de dolor de tal manera que pueda reaccionar ante una situación de peligro sin dejar de funcionar de manera apropiada (Carregal et al., 2017).

### **Modelos y Teorías del Dolor**

A manera de aproximación hacia una explicación concreta de algo tan complejo como lo es el dolor, a lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes teorías. A continuación, se mencionan algunas de las más representativas en el estudio del dolor, comenzando por dos teorías preliminares pertenecientes al modelo biomédico (la teoría de la especificidad y la de los patrones) que explican las bases fisiológicas de la experiencia dolorosa.

La teoría de la especificidad fue formulada por Schiff en 1858, donde se plantea al dolor como una modalidad sensitiva e individual, separada de otros sentidos debido a la actividad de receptores específicos que transmiten información a los centros o las regiones del dolor a nivel corteza cerebral (Bautista, 2019).

Posteriormente, Sinclair y Weddell en 1954 plantean la teoría de los perfiles o patrones periféricos, en la que se considera que el dolor proviene de una constante y excesiva

estimulación periférica lo cual produce a su vez, un patrón de impulsos nerviosos que llegan al sistema nervioso central para ser interpretados como dolor (Pellicer, 1997).

Ambas teorías centran sus postulados en las bases neurofisiológicas que se encontraban involucradas en la percepción del dolor, sin tomar en cuenta emociones, pensamientos o qué estrategias fueron utilizadas para su manejo.

En 1965 Melzack y Wall realizan una modificación a la teoría de la especificidad que da paso a la *teoría de la compuerta de control*, la cual, actualmente, suele ser reconocida como la base para el entendimiento de los mecanismos participantes en la generación y mantenimiento del dolor (Acevedo, 2012). Dicha teoría toma en cuenta dos tipos de procesos dentro de la experiencia dolorosa: a) información sensorial y b) procesos emocionales y cognitivos, cuya interacción da resultado al grado de dolor experimentado (Bautista, 2019). También establece a manera de metáfora que en la médula espinal existe una compuerta que permite o impide el paso del dolor. Es decir, que los receptores de dolor se encargan de transmitir la información del daño físico desde los nociceptores, a través de fibras gruesas y finas, hacia la médula espinal, las fibras gruesas se encargan de cerrar la compuerta, mientras que la función de las fibras finas es abrirla, es decir, permiten la transmisión sináptica. Dentro de este proceso, tanto la activación de la vía ascendente por los estímulos nocivos, como de la vía descendente, activada por factores emocionales y cognitivos, influyen sobre la posición de la compuerta y el grado de dolor que se percibe (Morrison, 2008).

Debido a la manera en la que el dolor ha sido estudiado e interpretado a lo largo de los años por la ciencia, es común que se tomen en cuenta únicamente factores somáticos para explicar los síntomas dolorosos, ignorando por completo los factores cognitivos y emocionales, dándoles paso únicamente, cuando no se encuentran causas somáticas evidentes, sin embargo, es

bien sabido, a partir del modelo biopsicológico, que el dolor siempre estará constituido por factores cognitivos y somáticos (Traue et al., 2010).

La teoría de la compuerta dio paso para que el dolor dejara de responder a lo planteado por el modelo biomédico y comenzara a verse desde un enfoque más amplio como lo es el modelo biopsicosocial, el cual afirma que tanto los factores fisiológicos, las variables psicológicas y algunos elementos socioculturales influyen de manera determinante en el origen y permanencia del dolor (Pampín et al., 2017; Turk y Okifuji, 2002). Turk y Okifuji (2002) explican que este modelo aborda, desde el cómo alguna patología o cambio físico genera la activación cerebral y se identifica el tipo de dolor, hasta, la forma en que se le atribuye al dolor un significado, que puede o no influir en la vida diaria y la forma de afrontarlo.

De acuerdo con Morrison (2008) y Turk y Okifuji (2002) este modelo, ha planteado la necesidad de atender no solo los síntomas orgánicos sino también aquellos factores reguladores del proceso de dolor, los cuales pueden ser psicológicos, como el estado de ánimo (tristeza, enojo, miedo y angustia), la atención prestada al dolor y aquellas cogniciones que se presentan junto a él (atribuciones sobre el inicio del dolor, percepción de la autoeficacia para tolerar o controlar el dolor), así como, algunas expectativas sobre el alivio (gravedad del dolor, conductas de prevención e incluso la búsqueda de apoyo). Todas estas situaciones, tienen una influencia en la experiencia y el nivel de discapacidad que pueden presentar quienes lo padecen, por lo que abordar al dolor a través del modelo biopsicosocial permite tener un panorama más amplio de todas aquellas variables que causan y perpetúan al dolor crónico (Turk y Okifuji, 2002), en comparación con el modelo biomédico.

En el siguiente capítulo, se hablará con mayor detalle acerca del dolor crónico, a fin de lograr identificar sus principales características y diferencias con otros tipos de dolor.

## Capítulo 2. Dolor Crónico

### Definición y Clasificación.

En este capítulo, se abordará al dolor desde la clasificación que se realiza con base en su duración, es decir, aquella que divide al dolor en dos tipos, crónico y agudo. La principal diferencia entre el dolor agudo y el crónico suele ser un continuo de tiempo. El dolor crónico (DC) se define como un dolor persistente o recurrente que perdura por más de tres meses (Treede et al., 2015). Además, algunos autores como Morrison (2008) y Bautista (2019) mencionan que, suele comenzar con un episodio de dolor agudo que no mejora con el tiempo, este último concepto puede ser aplicado a algunas situaciones de dolor, como las posquirúrgicas, pero para otras condiciones, suele ser difícil de verificar, como algunos casos de dolor de espalda en que no se tiene una causa física conocida.

Treede y cols. (2015) mencionan que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluía códigos de diagnóstico para condiciones de DC con algunas deficiencias de organización que afectaban su uso en la epidemiología y sobre los tratamientos. Por lo tanto, a modo de resolver dichas deficiencias, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) en conjunto con la OMS desarrolló una nueva clasificación del DC que comprende los trastornos clínicamente relevantes y más comunes dividiéndolos en siete grupos:

- Dolor crónico primario
- Dolor crónico por cáncer
- Dolor crónico postraumático y posquirúrgico
- Dolor crónico neuropático

- Dolor de cabeza crónico y dolor orofacial
- Dolor crónico visceral
- Dolor crónico musculoesquelético

Muchas condiciones de dolor crónico tienen una etiología y una fisiopatología desconocidas, pero son caracterizadas por una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Al no tener un factor específico que dé paso a una correcta clasificación se suelen organizar dentro de pequeños grupos donde se incluyen términos vagos y ambiguos como “inespecífico”, “somatomorfo” o “funcional”. Por esta razón, en la nueva clasificación se busca eliminar la ambigüedad de antiguas clasificaciones introduciendo el rubro de dolor crónico primario (Nicholas et al., 2019).

El dolor crónico primario es definido por Nicholas y colaboradores (2019) como aquel dolor en una o más regiones anatómicas que persiste o recurre por más de tres meses, está asociado con una angustia emocional de manera significativa que puede estar acompañada de una discapacidad funcional en la cotidianidad y a nivel social, además de no ser mejor explicado por ningún otro diagnóstico. Dentro de la categoría de dolor crónico primario, es posible encontrar cinco subdivisiones (dolor crónico generalizado, síndrome de dolor regional complejo, dolor de cabeza u orofacial, dolor visceral y dolor musculoesquelético) que, además de incluir las características comunes del dolor crónico, tienen también características propias que les permiten distinguirse unas de otras.

A continuación, se describen las características específicas de las dos subcategorías de mayor relevancia para los fines del presente proyecto (Nicholas et al., 2019):



### ***Dolor crónico generalizado.***

Se define como un dolor musculoesquelético difuso en al menos cuatro de cinco regiones corporales o en al menos tres o más cuadrantes corporales. A menudo se asocia con un aumento de la comorbilidad médica (alteraciones del sueño, obesidad, hipertensión y diabetes). Dentro de esta categoría se encuentra la fibromialgia (FM).

### ***Dolor visceral primario crónico.***

Dolor localizado en la cabeza o el cuello, región torácica, abdominal o pélvica, la ubicación anatómica respectiva es compatible con referencias de órganos internos específicos. Dentro de este apartado podemos encontrar al síndrome de dolor pélvico crónico primario en el cual se incluye la dismenorrea.

Esta nueva clasificación del dolor crónico permite abarcar y brindar una explicación a aquellos padecimientos de dolor que han sido poco comprendidos o abordados, en ella es posible contemplarlos como una condición de salud y no únicamente como un síntoma (Nicholas et al., 2019).

## **Epidemiología**

El dolor es la principal causa por la que se acude en busca de atención médica, antes era estudiado desde la perspectiva biomédica solamente como un síntoma, sin embargo, en la actualidad se busca su abordaje como enfermedad al contemplar también sus implicaciones psicológicas y sociales (Nicholas, et al., 2019). Cuando el dolor se cronifica, se ha considerado la enfermedad crónica más prevalente en todo el mundo (Malik, 2020). Covarrubias et al. (2010) y Bautista y Jiménez (2014) lo definen como un problema de salud pública y reportan una prevalencia de entre 35% y 70% de la población general.

Durante el año 2007 en Canadá, la prevalencia de dolor crónico fue de 25%, mientras que en Europa se estima que 1 de cada 5, es decir, 20% de los adultos sufre de dolor crónico (Bautista y Jiménez, 2014). Posteriormente en el año 2016 se encontró que al menos 20% de adultos estadounidenses tenían dolor crónico y otro 8% lo denominaron dolor crónico de alto impacto, destacándose dentro del grupo, las mujeres y los adultos mayores (Dahlhamer et al., 2018). Al igual que, lo documentado en una revisión sistematizada de la IASP en la población general internacional, donde el dolor crónico presentó una prevalencia entre 25 y 29%, siendo una situación más común en mujeres (39.6% de la población) en edades entre 15 y 86 años (Harstall y Ospina, 2003).

En México existe una deficiencia de estudios epidemiológicos que permitan conocer tanto la prevalencia como el impacto del dolor crónico en la población. Covarrubias y colaboradores (2010), mencionan que esto se debe a algunas dificultades metodológicas a las que están expuestos este tipo de estudios, que van desde la gran cantidad de retos que plantean las mismas definiciones hasta la manera de realizar la medición. Es por esta razón que no existen datos específicos de este padecimiento en población mexicana, sin embargo, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021), los primeros lugares de morbimortalidad, los ocupan enfermedades estrechamente relacionadas con la presencia de dolor y DC como parte del padecimiento o como complicación derivada de alguna alteración del organismo (enfermedades del corazón (Metkus, 2020), infecciones por COVID-19 (McIntosh, 2022), diabetes mellitus (Hordon, 2021) y los accidentes automovilísticos), en ocasiones el dolor comienza a presentarse como signo de alerta en estos padecimientos, sin embargo no siempre es tomado en cuenta hasta etapas muy avanzadas, por lo que es posible hipotetizar que la prevalencia de dolor en estas situaciones pudiera ser alta.

El principal coste del dolor suele ser físico y psicológico, puede llegar a ser causa de sufrimiento e incapacidad, sin embargo, implica también un alto impacto en diferentes áreas de la vida de quien lo padece (restricciones en la movilidad y funcionalidad, dependencia al consumo de fármacos, mala percepción en la salud, disminución de la calidad de vida, disminución de la productividad laboral y dificultades en sus relaciones sociales) (Dahlhamer et al., 2018). Además, se ha estudiado el gran impacto económico que éste produce, tanto para el individuo con respecto a los costos de los tratamientos, como para la sociedad en cuanto a la baja productividad del individuo (Meana et al., 2004). Por ello, es de suma importancia la investigación en torno a la epidemiología del dolor crónico que permita generar diferentes estrategias de salud pública y del manejo del dolor (Covarrubias et al., 2010).

### **Medición y Evaluación del Dolor**

La evaluación del dolor crónico tradicionalmente también se ha abordado desde una perspectiva biomédica que ha tenido comúnmente, como propósitos principales, conocer la naturaleza y el grado de dolor que el paciente presenta. Malik (2020) define que los objetivos de la evaluación del dolor como un proceso meramente clínico son: 1. determinar el generador de dolor o patología, 2. determinar la necesidad de pruebas de diagnóstico adicionales, 3. determinar el grado de pérdida de calidad de vida, 4. examinar todos los tratamientos previamente vinculados, así como los resultados de esas intervenciones, 5. determinar las dosis de los medicamentos utilizados y los efectos secundarios y, finalmente, 6. educar al paciente sobre el plan para manejar el problema, dado que podría no haber cura.

Se han encontrado diversas dificultades en la medición del dolor, principalmente derivadas de asumir al dolor como un proceso unidimensional que se adecua a una sola dimensión, su intensidad. Sin embargo, actualmente se sabe que el dolor es más que una simple

sensación, comprende además componentes cognitivos, afectivos y conductuales, los cuales interactúan de forma diversa en cada paciente, y que resultan importantes de identificar para una óptima evaluación, ya que se trata de un fenómeno subjetivo que brinda una experiencia única a cada persona (Turk y Rudy, 1987).

Existen algunos modelos multidimensionales del dolor en los que se resalta la intervención de diversos factores en la experiencia dolorosa, uno de ellos es el modelo de “valoración multiaxial” de Turk y Rudy (1987) el cual propone la valoración de los pacientes con dolor crónico en tres ámbitos (físico, psico-social y conductual-funcional), para ello se utilizó el instrumento Multidimensional Pain Inventory (MPI) el cual evalúa aspectos del dolor como la intensidad, su interferencia en la vida, el apoyo social, el estado de ánimo, entre otros. A través de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento se lograron clasificar a los pacientes en tres subgrupos (disfuncionales, interpersonalmente angustiados y adaptativos) con base en su nivel de dolor y las estrategias de afrontamiento con las que cuentan (Infante, 2002).

Reconociendo que el dolor crónico puede impactar en el paciente de diferentes maneras (emocional, física, social, vocacional, etcétera) los investigadores han incrementado la cantidad de medidas para evaluarlo y así tener una mayor comprensión de él (Turk y Rudy, 1987). Por ejemplo, Malik (2020) menciona que además de la evaluación médica -como primer paso en la evaluación del paciente con dolor- una atención adecuada incluye una valoración de su condición mental, sus habilidades de afrontamiento y la discapacidad generada por el dolor; para ello, se han implementado diferentes cuestionarios que permiten evaluar de manera integral al paciente y complementan a la entrevista clínica.

La cuantificación del dolor es una parte indispensable, que permite, tanto establecer la intensidad del dolor y sus características, como valorar la respuesta al tratamiento. Sin embargo,

el hecho de que el dolor sea algo tan subjetivo, implica un grado de dificultad mayor para su medición, por lo que para ello se han empleado distintas herramientas que se dividen en tres grandes grupos (Curt et al., 2017):

### ***Métodos fisiológicos.***

En estos se evalúan distintos procesos fisiológicos que se alteran en presencia de dolor como lo son los síntomas vegetativos, determinaciones bioquímicas, estudios neurofisiológicos, neuroestimulación de nervios periféricos y pruebas de imagen.

### ***Métodos conductuales.***

Siendo uno de estos, la observación de conductas anómalas asociadas a la experiencia dolorosa (quejas, sonidos, posturas, gestos, limitaciones y discapacidad), son útiles en pacientes con dificultad para expresarse, sin embargo, tienen baja sensibilidad.

### ***Métodos de autoevaluación.***

En este tipo de métodos es el propio paciente el que, verbalmente o de forma escrita, realiza una descripción del dolor. Estos a su vez se pueden clasificar en dos grupos.

**Unidimensionales:** aquellos que sólo cuantifican la intensidad del dolor como lo son la Escala Visual Análoga (EVA), la escala verbal descriptiva simple, la escala numérica (NRS) o la escala simbólica de intensidad del dolor (González et al., 2018).

**Multidimensionales:** se valoran además de la intensidad, otros aspectos relacionados con la sensación dolorosa, aunque son más laboriosos y requieren más tiempo y esfuerzo por parte del paciente y del profesional. Ejemplos de estos son: (1) la escala multidimensional de McGill (MPQ, Boyle et al., 2003) encargada de la evaluación de tres dimensiones del dolor (sensorial, afectiva y

evaluativa) , (2) el Wisconsin brief pain questionnaire (WB PQ) o Cuestionario Breve del Dolor (CBD, Vicente, 2018) cuya evaluación se centra en la intensidad del dolor y el nivel de interferencia de este en las actividades del paciente, (3) el Índice de Discapacidad de Oswestry (Alcántara et al., 2006), el cual mide el nivel de incapacidad del paciente derivada de la presencia de dolor y que ha sido utilizado en distintas ocasiones para la evaluación de pacientes con distintos tipos de dolor crónico como el dolor de espalda (Mroczek et al., 2019), el dolor musculoesquelético (Gómez et al., 2020; Kasemsan et al., 2021) y el dolor lumbar (Alhammam et al., 2021; Mutubuki et al., 2020; Singhal et al., 2021).

A pesar de la toma de conciencia sobre la necesidad de evaluar al dolor desde perspectivas multidimensionales, una evaluación multidimensional puede ser considerada uniaxial al enfocarse únicamente en alguno de los factores que componen al dolor (médico, psicosocial o conductual) y actualmente se busca que la evaluación del dolor sea planteada desde un enfoque multiaxial, es decir, que se integren de manera comprensiva y empírica los hallazgos de las evaluaciones física, psicosocial y conductual del paciente (Turk y Rudy, 1987).

Por ello, aunado a la aplicación de estos instrumentos multidimensionales del dolor, se busca la obtención de otras mediciones a través de pruebas objetivas que permitan recolectar información sobre distintas variables involucradas en la experiencia del dolor, por ejemplo, variables emocionales como la presencia de ansiedad y depresión, a través de instrumentos como el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e ideación Suicida (IMADIS), variables cognitivas, como la inflexibilidad psicológica ante el dolor, utilizando por ejemplo la Escala de Inflexibilidad Psicológica (PIPS, por sus siglas en inglés, Akerblom et al., 2018; Lami et al., 2020; Trompetter et al., 2014). También se buscan aspectos específicos de cada padecimiento

doloroso, por ejemplo, en el caso de fibromialgia se utiliza la versión revisada del Cuestionario del Impacto de la Fibromialgia (FIQ-R) (Collinge et al., 2020; Garaigordobil y Govillard, 2013; Hedman-Largerlof et al., 2018; Jones et al., 2015; Pérez-Aranda et al., 2019), en conjunto con evaluaciones relacionadas a la calidad de vida, por ejemplo, a través de instrumentos como el Inventario de Calidad de Vida y Salud -InCaViSa- (Bautista et al., 2020; Coppari et al., 2013; Politi y Villalobos, 2017; Riveros et al., 2009).

Dichos instrumentos han permitido conocer de manera más completa la experiencia de dolor, así como la percepción de salud y calidad de vida del paciente con dolor crónico, incluida la fibromialgia, en distintos escenarios.

### **Factores Asociados al Dolor Crónico.**

El DC es un fenómeno multidimensional que incluye; impacto físico, psicológico, social y cultural en la salud de una persona, asimismo, aumenta la carga económica individual, familiar y sobre los servicios de salud (Breivik et al., 2006; El-Metwally et al., 2019).

Se han realizado investigaciones sobre DC que demuestran el gran impacto que éste pudiera llegar a tener en diferentes áreas de la vida del paciente, áreas que van desde el nivel físico, social, emocional, laboral hasta incluso, el nivel económico (Breivik et al., 2006; Hecke, Torrance y Herrero, 2013). Por esta razón, es recomendable abordar su estudio siempre desde un modelo biopsicosocial (Pampín et al., 2017). Todos estos factores y áreas de la vida del individuo no solo se afectan por el dolor, sino que, de manera inversa, pueden llegar a afectar la forma en que éste es percibido, es decir, los factores psicológicos. Por ejemplo, tienen una gran influencia sobre la experiencia del dolor, principalmente aquellos relacionados con el estado de ánimo. Se ha reportado una mayor incidencia de depresión, ansiedad y miedo que impactan en

reducir la tolerancia al dolor y que a su vez también, repercuten en la atención y los pensamientos que se asocian al mismo (Morrison, 2008).

Millis y colaboradores (2019) reportan que la depresión, la ansiedad, el miedo y el estrés se encontraron relacionados con el dolor crónico entre 20% y 50% de los pacientes, lo que a su vez implicó un peor pronóstico de recuperación. Además de la parte emocional, se ven implicados distintos factores conductuales que son influenciados por las emociones y cogniciones. Se aprende a afrontar el dolor realizando acciones de las cuales se obtienen ciertas recompensas o beneficios y omitiendo aquellas que no los otorguen o no funcionen como se esperaba (González, 2014).

En un estudio sobre calidad de vida en pacientes con dolor crónico musculoesquelético en Noruega, Garnaes y colaboradores (2021) encontraron que los factores psicosociales con mayor afectación en el día a día, son aquellos relacionados con el estado de ánimo, la calidad del sueño y la relación con otras personas. Por su parte, Breivik y colaboradores (2006) realizaron un estudio en países europeos, llegando a la conclusión de que el dolor crónico afecta gravemente la calidad del sueño, la capacidad para hacer ejercicio físico, incluido caminar, hacer las tareas del hogar, así como mantener actividades sociales y relaciones sexuales.

El factor social muchas veces se encuentra enfocado en la empatía interpersonal, el cual, González (2014) explica como aquel proceso a través del cual la familia y cercanos intentan comprender y responder a la situación que la persona con dolor está viviendo. Lo anterior se resalta en el estudio de Breivik y colaboradores (2006) donde se encontró que alrededor de 30% de los pacientes abordados en la investigación, sintieron que nadie creía cuánto dolor estaban experimentando y que por esta razón para uno de cada cuatro participantes el dolor afectó su situación laboral, desde tener que ausentarse de sus actividades, cambiar de empleo o de



actividades, hasta perderlo por completo. Sin embargo, también es posible observar que existen factores ocupacionales que impactan en la cronicidad (insatisfacción laboral, demandas físicas del trabajo, etcétera).

Es importante conocer el máximo de factores físicos, psicológicos y medioambientales que interactúan entre sí e influyen en el dolor o que se encuentran influidos por éste, para así, poder intervenir de manera multidimensional en la experiencia de dolor de cada paciente (Pampín et al., 2017).

Cada categoría de DC tiene características generales y particulares, por ejemplo, el tiempo de aparición. En este proyecto se abordará el dolor crónico persistente y el dolor crónico cíclico tomando como referencia dos patologías distintas. Por lo que a continuación, en el capítulo tres se describirán las características propias de la fibromialgia (DC persistente) y en el capítulo cuatro se detallarán las implicaciones de la dismenorrea (DC cíclico).

### Capítulo 3. Fibromialgia

#### Definición y Fisiopatología.

El término fibromialgia se compone del latín *fibra* “tejido fibroso”, del griego *mio* “músculos” y del griego *algia* “dolor” (Guzmán et al., 2018). Se trata de una enfermedad de causa desconocida caracterizada por dolor primario crónico y generalizado (Treede, 2015).

El concepto de FM se introdujo durante los años 70, aunque fue hasta 1987 que oficialmente fue aceptado por la *Asociación Médica Americana (American Medical Association)* y en 1990, el *Colegio Americano de Reumatología (American College of Rheumatology)* realizó la primera publicación sobre los criterios de diagnóstico (Limeres et al., 2017).

La etiopatogenia de la FM no está definida claramente, se considera multifactorial, es decir, que combina factores genéticos y epigenéticos que intervienen en los sistemas encargados de regular el dolor (Cabo et al., 2017). Chinn y colaboradores (2016) mencionan que el desarrollo de la enfermedad es el resultado del aumento del procesamiento sensorial y del dolor. Son muchos los factores genéticos y ambientales que se asocian como desencadenantes, sin embargo, es una realidad que se desconocen los mecanismos exactos.

Clauw (2014) y Guzmán y colaboradores (2018) refieren que es posible considerar a la FM como un síndrome de dolor centralizado, es decir, proveniente de o con una amplificación en el sistema nervioso central (SNC), lo que significa que se tiene una mayor sensación de dolor del que normalmente se esperaría en la nocicepción y con estímulos térmicos, fríos, eléctricos y auditivos. Chinn y colaboradores (2016) aclaran que, en la sensibilización central, las vías neurales tanto ascendentes como descendentes conducen una mayor respuesta a la estimulación,

por ello existe una mayor sensibilidad a estímulos comúnmente no dolorosos (alodinia) o a una reacción extrema al dolor (hiperalgesia).

La hipótesis más aceptada para explicar a la FM es aquella relacionada con la sensibilización central, sin embargo, como Chinn y colaboradores (2016) mencionan, pueden estar implicados otros factores tanto genéticos como ambientales. Se sabe que hay una mayor probabilidad de padecer la enfermedad al ser familiar en primer grado de alguien ya diagnosticado, aunado a algunos otros factores como los accidentes, intervenciones o complicaciones médicas, así como de haber sufrido experiencias de vida bastante estresantes o traumas emocionales como lo podría ser el abuso sexual o situaciones catastróficas (Guzmán et al., 2018; Gálvez et al., 2019).

Se han encontrado varias asociaciones en la búsqueda de factores causales y lo que se sabe hasta ahora permite formar un estudio de la FM mucho más completo (Halawa y Edwards, 2015). Se ha descrito que es posible desarrollar fibromialgia a cualquier edad y sin diferencias entre culturas y grupos étnicos (Clauw, 2014).

### **Epidemiología.**

Las estimaciones de prevalencia de la FM varían de forma importante, de acuerdo con los criterios de diagnóstico aplicados (Goldenberg, 2020). Clauw (2014) menciona que la fibromialgia se encuentra presente entre 2% y 8% de la población, habiendo una mayor prevalencia de pacientes mujeres con 3.4% frente a 0.5% en pacientes hombres. Mientras que una revisión de la literatura realizada por Pasqual y colaboradores (2017) indicaron una prevalencia de FM en la población general de entre 0.2% y 6.6% y en específico en población femenina estuvo entre 2.4% y 6.8%.

En el continente europeo se estima una prevalencia de 2.31% mientras que para el continente americano se reporta 1.90% para los países del norte y 1.12% para los países del sur, para el continente asiático la prevalencia recae en 1.64%. Y se estima que a nivel mundial existe una prevalencia aproximada de 2.1% de la población (Cabo et al., 2017).

En México, se recabaron datos provenientes del Hospital General de México durante la década de los noventa, encontrando una prevalencia de pacientes con fibromialgia de 4.8% (Guzmán et al., 2018), posteriormente Álvarez y colaboradores (2006) reportaron una prevalencia del 6.5% y finalmente en el 2018, se reportó una prevalencia de 5% en los individuos de atención primaria del mismo hospital (Guzmán et al., 2018).

A nivel mundial se estima un predominio significativo de la enfermedad en las mujeres en comparación con los hombres, reportando una razón de 3:1 para Europa, 12:1 para Sudamérica, 5:1 para Asia, 4:1 en Norteamérica (Cabo et al., 2017; Sarzi-Puttini et al., 2020) y específicamente en México, se reporta un predominio en mujeres versus hombres con una razón de 2:1 (Peláez et al., 2011).

### **Evaluación y Diagnóstico.**

Actualmente existe una gran controversia sobre la evaluación y el diagnóstico de la FM ya que no existe una prueba clínica específica que indique su presencia. Se han propuesto varios métodos alternativos de diagnóstico desde el año 1990 y muchos de los autores concuerdan en que es un padecimiento caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado que se acompaña de otros síntomas somáticos, alteraciones del sueño, dificultades cognitivas y alteraciones psiquiátricas (Guzmán et al., 2018; Goldenberg, 2020; Maffei, 2020).

A pesar de no contar con un estudio exacto para el diagnóstico de FM, es importante descartar cualquier patología similar o comórbida que pudiera darle explicación a la sintomatología. Además, se debe contar con un soporte del ámbito clínico a través de los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés) en 2016 (Guzmán et al., 2018).

Los tres criterios fundamentales establecidos por el ACR para identificar a la FM:

- 1) Índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index, WPI)  $\geq 7$  y puntuación en la escala de gravedad de los síntomas (symptom severity scale, SSS)  $\geq 5$  o WPI 4-6 y SSS  $\geq 9$ .
- 2) Dolor generalizado en al menos 4 de 5 regiones sin incluir el dolor en mandíbula, pecho y abdomen.
- 3) Los síntomas deben estar presentes por al menos 3 meses.

Las regiones de dolor mencionadas en el segundo criterio son descritas por Wolfe et al. (2016) de la siguiente manera:

- Región superior izquierda (Región 1): mandíbula, cintura escapular izquierdas, brazo superior e inferior izquierdo.
- Región superior derecha (Región 2): mandíbula, cintura escapular derecha e izquierda, brazo superior e inferior derecho.
- Región inferior izquierda (región 3): cadera (nalga, trocánter) izquierda, pierna superior e inferior izquierda.
- Región inferior derecha (Región 4): cadera (glúteo, trocánter), derecha, pierna superior e inferior derecha.

- Región axial (Región 5): cuello, espalda superior, espalda baja, tórax y abdomen.

Como se mencionaba anteriormente, la FM puede estar asociada con múltiples síntomas además del dolor crónico generalizado, entre los cuales podemos encontrar, según Claw (2014): dolores de cabeza, dismenorrea, trastornos de la articulación temporomandibular, fatiga crónica, síndrome del intestino irritable y otros trastornos gastrointestinales funcionales, cistitis intersticial/síndrome de vejiga dolorosa, endometriosis y otros síndromes de dolor regional (especialmente dolor de espalda y cuello), además de trastornos del sueño, problemas cognitivos o de memoria y, en muchos casos, angustia afectiva, depresión, ansiedad y deterioro funcional, incluida la disfunción sexual (Henriquez y Peck, 2015).

Por ello, es importante que, como menciona Marcus (2009), además de las evaluaciones del dolor, los pacientes identificados con fibromialgia deben ser evaluados para detectar estos otros síntomas somáticos y psicológicos asociados que pueden llegar a limitar su rutina diaria.

### **Impacto de la Fibromialgia.**

La FM, en comparación con otros padecimientos dolorosos (síndrome de dolor regional complejo, dolor lumbar crónico), algunas afecciones reumáticas (artritis reumatoide y osteoartritis) y algunos padecimientos crónicos (enfermedad obstructiva crónica o diabetes mellitus insulino dependiente) representa el padecimiento que genera los niveles más elevados de deterioro en la calidad de vida, en términos de impacto social, familiar, intelectual, emocional y sanitario, lo que, a su vez, resulta en considerables costos directos e indirectos de la enfermedad (Houses et al., 2009; Smith et al., 2011; Verbunt et al., 2008).

Se dice que la gravedad e imprevisibilidad de los síntomas relacionados a fibromialgia, como son el dolor, la falta de energía y la fatiga, afectan de manera negativa el funcionamiento a

nivel físico, psicológico y social (Arnold et al., 2008). Además, se ha encontrado un rendimiento cognitivo bajo, una alta presencia de emociones como la tristeza, el miedo y la ira, sentimientos de angustia y culpa, altos niveles de estrés, pensamientos de tipo catastrófico frente al dolor y gran predominio de ansiedad (entre 13 y 71%) y depresión (entre 20 y 80%) (Arnold et al., 2008; Gálvez et al., 2019; Henríquez y Peck, 2015; Kucukali et al., 2012; Verbunt et al., 2008). Los valores elevados de prevalencia de estos padecimientos psiquiátricos derivan en el deterioro de otras esferas como las relaciones personales (incluida la sexualidad y la crianza), el trabajo, las actividades, el funcionamiento diario y la salud mental de los pacientes (Del Olmo et al., 2019; Gálvez et al., 2019).

En el estudio realizado por Del Olmo y colaboradores (2019) donde se hizo una revisión bibliográfica de 31 estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia y cuyo instrumento más utilizado para medir esto fue el cuestionario *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ, Burckhardt et al., 1991) se encontró que, las dimensiones más afectadas en todos los casos fueron las correspondientes a: 1) problemas físicos 2) dolor, 3) fatiga, 4) ansiedad, 5) depresión y el 6) bienestar.

Guzmán y colaboradores (2018) mencionan que la población mexicana con fibromialgia también ha tenido un impacto considerable en muchas de las esferas de su vida, entre las que se encuentran principalmente el área laboral, interpersonal, económica, funcional, psicoactiva, y otras más que acompañan su día a día. Por ejemplo, en Sallinen y Marit (2017) y Arnold et al. (2008) se menciona que la FM tiene una disminución sustancial en la productividad laboral o del hogar de quienes lo padecen ya que en ocasiones se ven obligados a ausentarse a causa del dolor o la fatiga intensa, a reducir horas a causa de ser incapaz de continuar las mismas tareas con la misma frecuencia o por la incapacidad de concentrarse en ellas. Todo esto, además añade un alto

impacto financiero en los pacientes al tomar en cuenta los múltiples gastos que implica el tratamiento y la pérdida de ingresos por lo que se podría decir que un diagnóstico de fibromialgia implica una gran carga tanto para el paciente como para los empleadores y la familia (Sallinen y Marit., 2017).

Ahora que se tiene un panorama de todo aquello que implica un padecimiento de dolor crónico persistente como lo es la fibromialgia, es interesante conocer aquellas similitudes y diferencias de una situación de *dolor crónico cíclico*, por lo que a continuación analizaremos las características de la dismenorrea, padecimiento que se encuentra dentro de esta categoría de dolor.



## Capítulo 4. Dismenorrea

### Definición y Clasificación.

Dentro de la categoría de *dolor visceral crónico primario* se encuentra el dolor pélvico crónico (DPC), este es definido por Styer (2013) como aquel dolor con duración cíclica o intermitente de al menos 6 meses, que se localiza principalmente en la pelvis, la pared abdominal anterior en o debajo del ombligo, la espalda lumbosacra o los glúteos y que provoca una discapacidad funcional que requiere evaluación médica.

Existen diferentes clasificaciones de DPC, dentro de las cuales se encuentra la dismenorrea (DM) cuyo término proviene del griego antiguo *δύς* (difícil), *μήν* (mes), *ρῆω* (flujo) y significa "flujo menstrual difícil" (Tridenti y Vezzani, 2018).

La DM se define como aquel dolor cíclico recurrente, que comienza días antes o junto con el período menstrual y puede durar algunos días (Weijnenborg y Kuile, 2013). Es descrito como un dolor de tipo cólico en la región suprapúbica que puede irradiarse a la región lumbosacra o la cara anterior del muslo y que a menudo, se acompaña de lumbalgia (dolor de espalda baja), náuseas y vómito, así como cefalea o diarrea (Schorge et al., 2009). De acuerdo con Smith y Kaunitz (2020) existen dos categorías con las cuales se clasifica la DM:

Dismenorrea primaria (DM1), definida como la presencia de dolor abdominal bajo, de tipo cólico recurrente que se produce durante la menstruación en ausencia de una enfermedad demostrable que pueda explicar los síntomas. Y dismenorrea secundaria (DM2), situación que presenta los mismos síntomas de dolor que en la dismenorrea primaria, pero en este caso, las mujeres que lo experimentan padecen algún trastorno que logra explicar su sintomatología, como endometriosis, adenomiosis o fibromas uterinos”.

Es importante realizar un correcto diagnóstico de las pacientes para cada categoría de la DM, con el cual se busca brindar un manejo adecuado de la situación (Bitzer, 2014), más adelante se hablará sobre los criterios de diagnóstico y la forma de evaluarlos.

### **Fisiopatología.**

Zanin y colaboradores (2011) mencionan que el ciclo ovárico o ciclo menstrual dura alrededor de 21 a 40 días y se divide en tres fases: folicular, ovulatoria y lútea. La primera fase, tiene una duración de 10 a 14 días considerando al primer día de hemorragia como el inicio de la ésta. Durante ella, se produce la maduración de los folículos y se activa la síntesis de estrógenos para posteriormente, pasar a la fase ovulatoria donde el folículo maduro libera al ovocito hacia las trompas de Falopio, aumentan los estrógenos y predomina la progesterona. Finalmente, durante la fase lútea, el cuerpo lúteo secreta una mayor cantidad de progesterona en comparación con los estrógenos. Bajo la influencia de estas hormonas, el endometrio comienza la preparación del útero para la implantación, de no haber dicha implantación, se desencadena una nueva menstruación al desprenderse el endometrio del útero (Zanin et al., 2011).

Con base en distintos estudios sobre el proceso del ciclo menstrual, se sabe que el desprendimiento y descamación del endometrio provoca la liberación de prostaglandinas e induce contracciones uterinas a medida que va iniciando su proceso (Schorge et al., 2009; Tridenti y Vezzani, 2018). Las características de dolor no permiten diferenciar fácilmente entre la DM1 y la DM2, sin embargo, hasta ahora la sobreproducción de prostaglandinas uterinas es una de las explicaciones más aceptadas sobre la DM1, mientras que, para la DM2, aunque también las prostaglandinas tienen un papel importante en el cuadro clínico, la principal explicación deriva de los mecanismos anatómicos y el tipo de enfermedad pélvica que se presente (Schorge, 2009). Además, la frecuencia de las contracciones miométricas durante la

menstruación es de más de cinco en 10 minutos y sin ritmo definido, lo que aumenta su percepción (Orozco, 2015). Sin embargo, también se ha encontrado que existen factores genéticos o ambientales y variantes congénitas, ginecológicas y psicológicas en el procesamiento del dolor en el sistema nervioso central, que pueden predisponer a una mayor percepción del dolor (Tridenti y Vezzani, 2018).

Algunos de los factores predisponentes que se han descrito en pacientes con DM son: tener menos de 30 años, haber presentado la menarca antes de los 12 años, ciclos menstruales largos, sangrado menstrual abundante y con duración de más de cinco días, irregularidad de los ciclos menstruales, índice de masa corporal menor a 20 kg/m<sup>2</sup> o antecedentes de violencia sexual. Además, se ha encontrado una predisposición familiar en el caso de la dismenorrea primaria (Bitzer, 2014; Orozco, 2015).

### **Epidemiología.**

La DM representa uno de los problemas más comunes de DPC-cíclico entre la población femenina en edad reproductiva (Armor et al., 2019; Garro et al., 2019; Morgan et al. 2015; Tridenti y Vezzani, 2018). Se ha calculado una prevalencia de entre 45 y 95% de la población, independientemente de su nacionalidad (Morgan et al. 2015). Sin embargo, a pesar de representar un gran malestar, es mínima la cantidad de mujeres que acuden a consulta médica en busca de atención a esta patología, pues se considera al dolor como parte normal del ciclo menstrual, algo que se debe controlar o soportar (Armor et al., 2019; Garro et al., 2019).

Se sabe que la sintomatología de la DM1 puede ir disminuyendo a medida que avanza la edad y por ende se encuentra con mayor frecuencia o con mayor intensidad en adolescentes y mujeres jóvenes (20 a 25 años) entre 51.3 y 85% (Yañez et al., 2010), mientras que, en la DM2,

aunque no se especifica un rango de edad para su aparición, se sabe que suele desarrollarse años más tarde, cerca del inicio de la menopausia y se acompaña de ciclos anovulatorios (Smith y Kaunitz, 2020).

El principal síntoma de la DM es el dolor y al ser un síntoma subjetivo, su cuantificación es difícil (Tridenti y Vezzani, 2018). Morgan (2014) menciona que la DM1 y DM2 se pueden clasificar en categorías de acuerdo con el grado de dolor experimentado, el impacto en las actividades diarias y la necesidad de analgésicos: (a) leve (no molesta las actividades diarias ni requiere analgésicos), b) moderada (interfiere levemente con las rutinas diarias pero manejable con analgésicos) o, (c) severa (impide notablemente las actividades de la vida diaria). Las estrategias principales para medir y clasificar al dolor en la DM son el autoinforme, y las escalas unidimensionales -como la Escala Visual Análoga, EVA- (Tridenti y Vezzani, 2018).

Durante 2006 la OMS realizó una revisión sistemática sobre el dolor crónico, de la cual reportó una tasa de prevalencia de la DM en el Reino Unido y otros países europeos de entre 45 y 97% (Latthe et al., 2006). En China, se mostró una prevalencia de 41.7% de las cuales aproximadamente 35.1% reportó la intensidad de dolor como leve, 51.5% como moderado y 13.8% como severo, basándose en la puntuación de la EVA (Hu et al., 2020). Mientras que, en Irán y colaboradores (2015) reportan una prevalencia de 89.1% entre los 18 y 27 años con clasificación del dolor en leve (30.3%), moderado (36.5%) y severo (33.2%).

En México los estudios que ofrecen información sobre la cantidad de mujeres con DM no son de publicación reciente, ni se cuenta con cifras a nivel Federal. De acuerdo con Pedrón-Nuevo y colaboradores (1998) la prevalencia general de DM entre estudiantes de la Ciudad de México era de 56% (en Ortiz, 2010). Por su parte, Ortiz (2010) informa que 62.4% de una

muestra de 1539 participantes de entre 17 a 35 años presentaban DM y, de dicho porcentaje, 36.1% reportó dolor leve, 43.8% moderado y 20.1% síntomas de dolor severo.

Es importante mencionar que son pocas las personas que buscan atención médica para tratar una patología como la dismenorrea, lo anterior se ha hipotetizado que se deba a la normalización del padecimiento, lo que, a su vez, impide encontrar datos precisos y contribuye a la automedicación (Söderman et al., 2019).

### **Evaluación y Diagnóstico.**

La dismenorrea tiende a ser diagnosticada por exclusión debido a que el dolor es el principal síntoma referido por las pacientes y el diagnóstico diferencial puede llegar a ser confuso, por lo tanto, es importante realizar una evaluación adecuada de los síntomas de las pacientes (Smith y Kaunitz, 2020).

Tanto en la DM1 como en la DM2 el dolor se describe como “dolor tipo cólico en la región suprapúbica que puede irradiarse a la región lumbosacra o la cara anterior del muslo” (Morgan et al., 2014). Sin embargo, cada subtipo de DM presenta sus propios signos y síntomas.

La DM1, tiende a presentarse a edad temprana, cuando los ciclos menstruales se hacen ovulatorios, el dolor tiene una duración de uno a tres días acompañando al inicio del sangrado menstrual o unas horas después y, pueden estar asociados algunos otros malestares como diarrea, náuseas, vómitos, debilidad, aturdimiento, dolor de cabeza, mareos, pérdida del conocimiento, fiebre, fatiga y una sensación general de malestar. Además, suele tener una mejora con la edad (Morgan et al., 2014; Smith y Kaunitz, 2020; Tridenti y Vezzani, 2018).

Por su parte, la DM2 suele presentarse posterior a los 25 años, aunque puede haber excepciones. El sangrado uterino tiende a ser abundante, irregular o presentarse entre periodos y

es probable la presencia de dolor durante el coito (dispareunia) o estreñimiento, las pacientes no presentan otros malestares físicos durante la menstruación, pero puede haber una progresión en la gravedad de los síntomas de dolor (Smith y Kaunitz, 2020).

Para llegar a un correcto diagnóstico se debe realizar una evaluación inicial exhaustiva que se apoye principalmente de una historia clínica que incluya antecedentes médicos, ginecológicos, menstruales, familiares y psicosociales. Además de un examen físico y en caso de ser necesario, algunos estudios complementarios (Garro et al., 2019).

La historia clínica debe estar debidamente enfocada en la menstruación y abordar claramente la definición de dolor en términos de localización, tipo de dolor, radiación, síntomas asociados, además de la severidad y duración. Es importante investigar acerca de las características e historia menstrual y puede ser necesario indagar sobre la vida sexual, métodos anticonceptivos de la paciente y otros factores de riesgo importantes en la aparición de dismenorrea (Garro et al., 2019; Smith y Kaunitz, 2020).

El examen físico puede ser abdominal o pélvico. En muchas ocasiones el examen abdominal es suficiente para la detección de patologías palpables, aunque puede incluirse una inspección de los genitales externos para descartar anomalías. Por su parte, el examen pélvico únicamente se encuentra indicado en pacientes sexualmente activas, en sospecha de enfermedades orgánicas o anomalías genitales y sin respuesta a tratamientos convencionales como analgésicos y anticonceptivos (Tridenti y Vezzani, 2018).

Finalmente, Garro y colaboradores (2019) afirman que los estudios complementarios de laboratorio e imagen únicamente son necesarios en caso de que durante el examen físico se haya presentado alguna anormalidad y se sospeche de DM2 o de alguna otra patología pélvica. La DM

está infradiagnosticada y poco tratada, lo cual destaca la importancia de que tanto los profesionales de la salud, como las pacientes se involucren e indaguen sobre esta afección prevalente (Smith y Kaunitz, 2020).

**Impacto de la Dismenorrea.**

El dolor por sí mismo afecta múltiples aspectos de la vida de quien lo presenta, por ejemplo, las relaciones familiares, las amistades, el desempeño académico, laboral, actividades sociales, recreativas e incluso físicas y sexuales (Tridenti y Vizzani, 2018). Sin embargo, en la DM no solo se habla de dolor, generalmente se incluyen otras molestias somáticas y cambios en el estado de ánimo y del comportamiento donde se incluye al síndrome premenstrual (SPM) y al trastorno disfórico premenstrual (TDPM) (Tabla 2) que tienen un alto impacto en la calidad de vida de las mujeres (Morgan,2014).

**Tabla 2.**

*Criterios diagnósticos Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual*

<b>Síndrome Premenstrual (SPM)</b>	<b>Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM)</b>
Al menos un síntoma afectivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Irritabilidad</li> <li>○ Ansiedad</li> <li>○ Confusión</li> <li>○ Depresión</li> </ul>	Presencia de al menos cinco de los síntomas en la última semana antes del inicio de la menstruación y debe haber mejoría de ellos unos días después del inicio del sangrado menstrual.  Uno o más de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Labilidad afectiva marcada (cambios de humor, tristeza repentina o mayor sensibilidad al rechazo)</li> </ul>

- Ira
- Aislamiento social

Al menos un síntoma somático:

- Distensión abdominal
- Sensibilidad en los senos
- Dolor de cabeza
- Hinchazón en las extremidades
- Dolor articular o muscular
- Aumento de peso

Los síntomas deben estar presentes durante cinco días antes de la menstruación y por al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

- Irritabilidad, enojo marcado o aumento de los conflictos interpersonales.
- Estado de ánimo depresivo marcado, al que se añade llanto frecuente, desesperanza o autocrítica.
- Ansiedad marcada, tensión o sentimientos de excitación o nerviosismo.

Uno o más de los siguientes síntomas adicionalmente a los anteriores, para alcanzar un total de cinco síntomas.

- Disminución del interés en las actividades habituales
- Dificultad para concentrarse
- Sensación de fatiga, letargia o falta de energía
- Cambios acusados del apetito, que a veces pueden acompañarse de atracones o antojos por una determinada comida
- Hipersomnia o insomnio
- Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.
- Síntomas físicos como hipersensibilidad o crecimiento mamario, dolores de cabeza, sensación de hinchazón o ganancia de peso, dolores articulares o musculares.

Síntomas asociados con interferencia en las actividades habituales.

*Nota:*

Tomada de Hofmeister, S., y Boddien, S. (2016) Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder en American Family Physician. Vol. 94 (3), pp:237-238.



La prevalencia de estos síndromes se ha sobreestimado debido a la falta de aplicación de criterios diagnósticos estrictos. En estudios donde sí se han aplicado los criterios de inclusión de manera estricta, el SPM ha tenido una prevalencia de entre 3 y 8% de las mujeres, mientras que el TDPM afecta alrededor de 2% de ellas (Yonkers y Casper, 2021).

Son muchos los síntomas que podrían estar presentes durante la menstruación de cada mujer con DM, pero se ha estudiado que existen algunos con mayor prevalencia como el dolor de cabeza, fatiga, dolor al orinar o estreñimiento (Söderman et al., 2019). En un estudio realizado a alumnas universitarias españolas con dismenorrea, además del dolor, se reportó que los síntomas más frecuentes fueron: inflamación (92.7%) irritabilidad (81.9%) y fatiga (79.3%), por lo que, para 75.6% de las participantes, la DM afectaba sus actividades diarias (Fernández-Martínez et al., 2018).

Debido a que suele haber una mayor prevalencia en mujeres jóvenes, el principal impacto significativo de la DM se ve reflejado en la asistencia académica y laboral, reportándose tasas de absentismo de entre 10 y 20% a nivel mundial (Smith y Kaunitz, 2020). Hu y cols. (2020) informan que el alto ausentismo escolar o laboral tiene un efecto negativo en la calidad de vida de las mujeres con este padecimiento, ya que se ven interrumpidas sus actividades diarias, su productividad laboral y desempeño académico. Algunos otros síntomas menstruales se han identificado como causas de esta inasistencia, por ejemplo, náuseas, vómitos, diarrea, mareos, fatiga, dolores de cabeza, depresión e incapacidad para concentrarse (Abreu-Sánchez et al., 2020).

Las participantes de algunos estudios han identificado situaciones que desencadenan o intensifican el nivel de dolor, como lo son estar sentadas (80.1%), caminar (64.4%), levantar peso (43.7%), tener la vejiga llena (43.3%) entre otras (Abreu-Sánchez et al., 2020). Además,

Gagua y colaboradores (2013) afirman que la ansiedad y la depresión influyen en la experiencia de las pacientes respecto al dolor, los comportamientos relacionados con él y a las respuestas de afrontamiento, ya que, al afectar de manera negativa el estado de ánimo también se influyen la actitud y sus relaciones sociales. Por ejemplo, Hu y colaboradores (2020) encontraron que los principales síntomas asociados en estudiantes chinas además del dolor (93%) fueron la irritabilidad (50%) y la depresión (48%).

Lo encontrado en estos estudios, podría indicar que, al tratarse de un padecimiento de dolor crónico, los síntomas psicológicos como depresión, ansiedad y estrés pueden tener una asociación bidireccional con la sintomatología de la dismenorrea. De tal manera que, al presentar síntomas físicos y psicológicos de manera simultánea, se incrementa la percepción de ambos (Pakpour et al., 2020).

Por otra parte, Subasinghe y colaboradores (2016) encontraron que una mayor gravedad de la DM está asociada con mayor riesgo de interferencia en numerosas actividades de la vida diaria (asistencia, productividad, relaciones familiares, amigos, pareja, ejercicio y actividad sexual). Asimismo, Abreu-Sánchez y colaboradores (2020) también encontraron una mayor interferencia en la vida diaria de las participantes en cuanto a las relaciones sexuales, la práctica de deportes, el desarrollo de sus actividades diarias normales y las actividades sociales.

Son muchas las personas afectadas por dolor crónico, ya sea de manera persistente como en el caso de la fibromialgia o de manera cíclica como en la dismenorrea, quienes soportan además del malestar físico, varios años con dificultades profesionales, personales y sociales, como pérdida de empleo, discordia marital y frustración (Styer, 2013).

## **Planteamiento del Problema y Justificación**

Como se ha mencionado, existen distintos tipos de dolor con características particulares, entre ellos se encuentra el dolor crónico, que puede aparecer de forma persistente o recurrente por más de tres meses (Treede et al., 2015) y comúnmente se asocia con angustia emocional significativa, que puede estar acompañada de discapacidad funcional o social en la cotidianidad (Nicholas et al., 2019). A nivel mundial se ha considerado como un problema de salud pública, del cual se estima una prevalencia entre 35 y 70% de la población en general (Bautista y Jiménez, 2014 y Covarrubias et al., 2010), sin embargo, se ha reportado una mayor incidencia en mujeres (Harstall y Ospina, 2003), lo que indica que, las mujeres en comparación con los hombres tienden a estar mayormente afectadas por algunas condiciones dolorosas o padecimientos de DC. Entre estas condiciones se incluye a la migraña, la fibromialgia, el trastorno de la articulación temporomandibular, el síndrome del intestino irritable, el dolor pélvico crónico, la cistitis intersticial, el síndrome del túnel carpiano, el síndrome de dolor femorrotuliano, la tenosinovitis de DeQuervain y la artritis reumatoide (Bailey, 2013).

Específicamente en México existen pocos estudios epidemiológicos que brinden un panorama claro sobre la prevalencia y el impacto que causa el dolor en su población (Covarrubias et al., 2010), lo cual, impide la obtención de datos precisos sobre estos padecimientos que suelen parecer tan complejos, pues el DC es un mecanismo multidimensional que, tanto para su desarrollo como para el impacto que puede tener en la vida de quien lo padece considera la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Breivik et al., 2012; El-Metwally et al., 2019; Nicholas et al., 2019).

Se han realizado investigaciones que demuestran las repercusiones del dolor en la calidad de vida (Pampín et al., 2017) e incluso se ha investigado cómo, de manera inversa,

algunos factores cognitivos, emocionales, sociales, etcétera, pueden afectar la manera en que el dolor se percibe (Morrison, 2008). Es por esto que, si se considera además del dolor, la presencia de otras molestias somáticas, emocionales, de conducta e incluso algunas afecciones comórbidas que suelen agregarse a los padecimientos de DC, es posible asumir que, para quienes lo padecen, se vuelve complicado el realizar o disfrutar sus actividades diarias. Se ha descrito que este desgaste en distintas áreas de la vida está presente sin importar la duración o la frecuencia con la que el dolor aparece (Breivik et al., 2006; Hecke, Torrance y Herrero, 2013).

De tal manera que, en la fibromialgia, que es un tipo de dolor que se mantiene persistente los pacientes reportan vivir con un dolor constante, teniendo únicamente pequeños lapsos de algunas horas en que el dolor sigue presente, aunque con menor intensidad y esto les permite realizar algunas de sus actividades y aun así, se mantiene constante el miedo por realizarlas y que eso después agrave el malestar (Arnold et al., 2018). Mientras que en el caso de la dismenorrea aunque el dolor se presenta de manera cíclica y dura únicamente algunos días, puede llegar a ser severo, incapacitante (Ortíz, 2010; Morgan, 2015) y generar un gran malestar físico y emocional durante esos días e incluso días antes, derivado de un constante dialogo interno negativo hacia el dolor, al percibir una falta de control sobre el malestar, lo que genera miedo, anticipación y tensión constante que puede incluso empeorar los síntomas dolorosos y dificulta el afrontamiento de éstos (García, 2017; Monge, s.f.; Núñez-Claudel, 2020).

Asimismo, para ambos se suma el factor social (familia, amigos, personal de salud, cultura, etcétera), que involucra la complejidad de entender la enfermedad y la gravedad de los síntomas. Quien padece fibromialgia o dismenorrea, los percibe como algo más que una condición dolorosa, son múltiples los síntomas asociados a ellos y tienen un impacto sustancialmente negativo en su vida (Arnold et al., 2008). Sin embargo, existe una falta de

empatía del medio social que les rodea hacia su dolor al no considerarlo un problema ni dimensionar la afectación que este puede tener en su vida (Arnold et al., 2008; Breivik et al., 2006). Por ejemplo, en la fibromialgia se vuelve complicado el simple hecho de llegar a un diagnóstico, por tratarse de un padecimiento sin manifestaciones externas o de deterioro y se tiende a no tomar en serio las quejas de dolor constante, lo que provoca sentimientos de enojo, frustración e incluso la persona misma llega a dudar de lo que le está sucediendo (Escudero-Carretero et al., 2009; Sallinen y Marit, 2017). Por el contrario, la dismenorrea a pesar de ser aparentemente más reconocido ha sido un padecimiento al cual se le ha brindado poca importancia y se ha normalizado a lo largo de los años por ser parte de un proceso que enfrentan las mujeres mes con mes y por ende se asume como algo que debe ser soportado y que no necesita atención (Armor et al., 2019; Garro et al., 2019).

Para ambas condiciones de DC, es grande el desconocimiento y la incompreensión de la enfermedad, lo que contribuye a que, en ocasiones, a falta de un adecuado diagnóstico y la dificultad para recibir el apoyo adecuado, las mujeres que los presentan tienen que tomar el control de su propio padecimiento y educación sobre él, lo que contribuye al autoconsumo de fármacos y lleva a desatender y minimizar las quejas y el sufrimiento de las mujeres (Arnold et al., 2008; Ortíz, 2010; Núñez-Claudel, 2020). El desgaste por la presencia del dolor, los otros síntomas que lo acompañan y la lucha constante por la incompreensión e incertidumbre, conducen a estados de ansiedad, depresión y aislamiento (Monge, s.f.). Por ello, es importante fomentar la investigación en torno a esta problemática, de manera tal, que se logren conocer tanto el predominio del dolor crónico en la población, como aquellos factores físicos, psicológicos y medioambientales que interactúan entre sí e influyen o se encuentran influidos por el dolor (Pampín et al., 2017) y así, posteriormente lograr que las estrategias de intervención sean

adecuadas y estén basadas en las verdaderas necesidades de la población y no únicamente en estimaciones.

Por ende, el presente trabajo propone analizar el perfil psicológico de mujeres mexicanas que padecen fibromialgia (dolor crónico persistente) en comparación con mujeres que presentan síntomas de dismenorrea (dolor crónico cíclico), con el fin de identificar las diferencias existentes en su perfil clínico y psicológico, por ejemplo, evaluando el impacto a la calidad de vida, así como los estilos cognitivos y emocionales de personas con distintos tipos de dolor crónico. El reconocer las características de dicho perfil, permitirá establecer si existen patrones diferenciados en sus necesidades, principalmente a nivel de la atención psicológica, y con esto, promover una mayor comprensión de los padecimientos y sus repercusiones, de tal forma que más adelante esto pueda tener un impacto en los tratamientos, ampliando y diferenciando las opciones de estos.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Describir y comparar las características clínicas y psicológicas entre dos grupos con condiciones de dolor crónico, uno con dolor crónico persistente (fibromialgia) y otro con dolor crónico cíclico (dismenorrea).

### **Objetivos específicos**

- Identificar similitudes y diferencias en las características clínicas (intensidad de dolor y funcionalidad física) y psicológicas (impacto de la enfermedad, flexibilidad psicológica, ansiedad, depresión y calidad de vida) de personas con dolor crónico persistente (fibromialgia) y con dolor crónico cíclico (dismenorrea), este último grupo, en presencia y ausencia del periodo menstrual.
- Identificar y comparar las características psicológicas que se asocian con el dolor y la funcionalidad física en los grupos de estudio.

## **Método**

### **Tipo de Diseño**

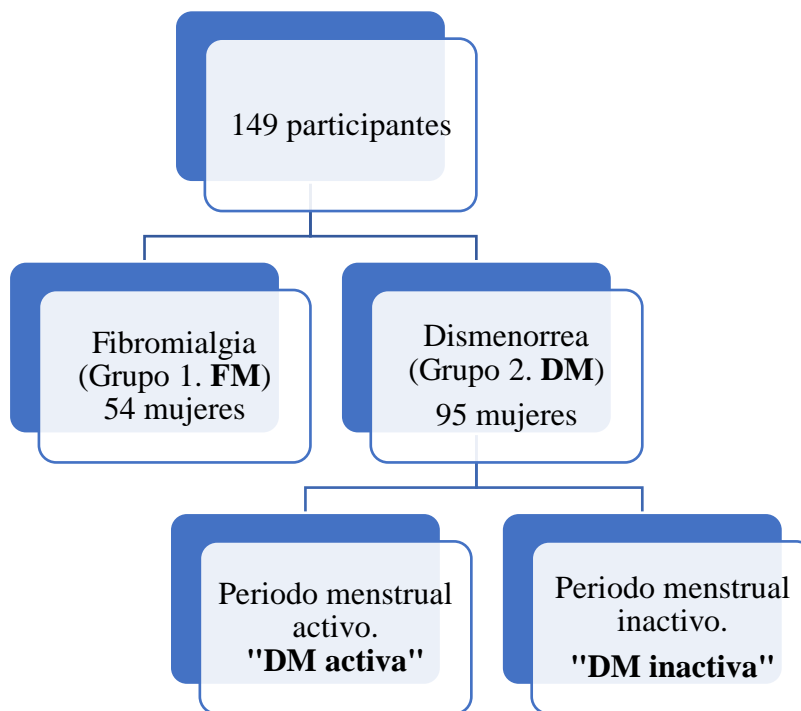
Diseño no experimental, transversal descriptivo-correlacional con muestreo por conveniencia para ambos grupos y con asignación probabilística simple para los grupos de participantes con dismenorrea (Coolican, 1997; Hernández et al., 2014).

## Participantes

En total participaron 149 mujeres divididas en dos grupos: el grupo de fibromialgia conformado por 54 mujeres y el grupo de dismenorrea constituido por 95 participantes, evaluadas en dos momentos temporales distintos (Figura 1).

**Figura 1.**

*Categorización de las participantes por grupo.*



*Criterios de inclusión:*

Grupo 1. (FM) Dolor crónico persistente- fibromialgia

- Mujeres.
- Con edad entre los 18 y 40 años.
- Nacionalidad mexicana.



- Con diagnóstico de fibromialgia de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés) en 2016.
- Que cursen con más de 6 meses de síntomas.
- Que sepan leer y escribir español.

Grupo 2. (DM) Dolor crónico cíclico- dismenorrea

- Mujeres.
- Con edad entre los 18 y 40 años.
- Nacionalidad mexicana.
- Con auto reporte de síntomas de dismenorrea primaria o secundaria de acuerdo con los criterios definidos en Morgan et al. (2015).
- Que cursen con más de 6 meses de síntomas.
- Que sepan leer y escribir español.

*Criterios de exclusión:*

Grupo 1. (FM) Dolor crónico persistente- fibromialgia

Mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide, lupus e hipotiroidismo

Grupo 2. (DM) Dolor crónico cíclico- dismenorrea

- Auto reporte de dolor pélvico crónico no relacionado con el ciclo menstrual como consecuencia de causas ginecológicas (presencia de adherencias pélvicas firmes, el síndrome de congestión pélvica, el síndrome del remanente ovárico, el síndrome de ovario atrapado, tumores ováricos y uterinos)

- Auto reporte de dolor a consecuencia de causas obstétricas (aborto espontáneo o embarazo ectópico)
- Auto reporte de dolor a consecuencia de problemas urológicos (cistitis intersticial infecciosa, carcinomas y síndrome uretral crónico).

*Criterios de eliminación para ambos grupos:*

Que no concluyan por completo el cuestionario o soliciten baja voluntaria de la evaluación.

### **Definición Conceptual de Variables**

*Dolor crónico persistente:* “Aquel dolor que dura por períodos prolongados después de la resolución de una lesión tisular aguda o que acompaña una lesión que no cicatriza. Las causas incluyen trastornos crónicos, lesiones y trastornos de dolor primario y se repite en un período mayor a tres meses” (Watson, 2018).

*Dolor crónico recurrente/cíclico:* aquel dolor que ocurre o aparece especialmente después de un intervalo (Real Academia Española, 2021), en relación específica con el ciclo menstrual (Garrido,2010).

*Intensidad del dolor:* es la magnitud de dolor que siente una persona, representada a través de una serie de escalas, es el aspecto que con mayor frecuencia se mide en la práctica clínica (Pacheco, 2018).

*Calidad de vida:* nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida (Úrzua, 2012).

*Funcionalidad física:* la capacidad fisiológica o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio (Lobo et al., 2007).

*Impacto de la enfermedad:* se entiende como aquellas nuevas condiciones de vida que por lo general y en comparación con las anteriores a la aparición de la enfermedad, decaerán, afectando la calidad de vida del paciente y por consiguiente de los miembros de la familia (Torres, 2012).

*Flexibilidad psicológica ante el dolor:* habilidad de notar y aceptar los pensamientos, emociones y sensaciones corporales sin querer controlarlos o suprimirlos, además de buscar congruencia entre las conductas y el esquema fundamental de valores del sujeto, lo cual conllevaría a una búsqueda activa de realizar metas a largo plazo, inclusive en presencia de síntomas, emociones o pensamientos negativos (Vargas y Ramírez, 2012).

*Síntomas de Ansiedad:* expresión de un desorden que comparte características de un miedo excesivo como respuesta emocional a una amenaza inminente, como respuesta anticipatoria hacia una amenaza futura, asociada a tensión muscular, vigilancia en preparación hacia el futuro, con comportamientos de evitación de la posible amenaza (American Psychiatric Association, 2013).

*Síntomas de Depresión:* sentimientos de profunda tristeza o desesperación cuya duración se extiende más allá de unos pocos días, e interfiere con las actividades de la vida cotidiana, e incluso puede provocar dolores físicos (American Psychiatric Association, 2013).

### **Instrumentos y operacionalización de variables**

*Intensidad del dolor:* se representa con el puntaje obtenido en la *escala numérica análoga de dolor (ENA)*, (González et al., 2018) la cual consiste en una escala que va del uno al diez, siendo cero la ausencia de dolor y diez el peor dolor imaginable. Es una escala discreta, no continua, pero

para realizar análisis estadísticos es posible asumir intervalos iguales entre categorías (Serrano et al., 2002).

*Dolor crónico persistente o cíclico:* se describe en función de la duración continúa o intermitente del dolor, por auto reporte.

*Calidad de vida:* se representa con los puntajes obtenidos por los participantes en el *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa, Riveros, 2009)*, escala auto aplicable que toma entre 15 y 20 minutos responder, tiene 57 reactivos divididos en 12 áreas (preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, relación con el médico) que pretenden medir la calidad de vida relacionada con la salud. Se puntúa de acuerdo con una escala tipo likert de 7 opciones que van de 0 “nunca” a 6 “siempre” y con un respectivo porcentaje cada respuesta (0 a 100%). Cada área mostró valores de consistencia interna cuyos valores de coeficiente de alfa de Cronbach oscilan entre  $\alpha$ :.6831 y  $\alpha$ :.9337. El instrumento muestra consistencia, validez concurrente, y confiabilidad test-retest ( $r$ =.381 y .836,  $p$ <.01) (Riveros et al., 2009).

*Impacto de la enfermedad:* representada por los puntajes del *cuestionario de Impacto de la fibromialgia-R (FIQ-R, Salgueiro et al., 2013)* el cual evalúa el estado, progresión y pronóstico de pacientes con FM midiendo los aspectos del estado de salud actual que se consideran más afectados por esta enfermedad. El puntaje máximo es de 100 y a mayor puntaje mayor impacto de la enfermedad en el individuo. La versión en español presentó el coeficiente  $\alpha$  = .91. La confiabilidad test-retest fue buena para la puntuación total y las dimensiones de funcionalidad y síntomas ( $ICC \geq .70$ ), aunque modesta para la dimensión de impacto global ( $ICC = .51$ ) (Salgueiro et al., 2013).

*Flexibilidad psicológica:* representada por los puntajes de la *Escala de inflexibilidad Psicológica en el dolor (PIPS, Rodero et al., 2013)*. Este instrumento evalúa a través de 12 reactivos, dos componentes de la inflexibilidad psicológica: evitación (8 ítems) y fusión cognitiva (4 ítems). Posee una escala de respuesta tipo Likert desde 1 (“nunca cierta”) a 7 (“siempre cierta”). La traducción y adaptación al español mostró altos valores de consistencia interna ( $\alpha = .90$ ), así como adecuados niveles de confiabilidad test-retest (.97) y validez aparente a través del acuerdo de 94% de los participantes en una muestra de personas con fibromialgia (Rodero et al., 2013).

*Funcionalidad:* representada por los puntajes obtenidos por los participantes en *Índice de Incapacidad funcional de Oswestry (ODI, Alcántara et al., 2006)* el cual es un cuestionario auto aplicado, específico para dolor lumbar, que mide las limitaciones en las actividades cotidianas. Consta de 10 preguntas con 6 posibilidades de respuesta cada una. Valores altos implican mayor limitación funcional. La validez de contenido y aparente se consideraron adecuadamente probadas y la consistencia interna se determinó mediante el coeficiente  $\alpha = .85$  (Alcántara et al., 2006).

*Ansiedad:* se representa por los puntajes obtenidos en la *subescala de ansiedad del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS, Jurado, 2017)* que se compone por 21 reactivos de, que se contestan en una escala tipo likert de 5 opciones que van de 1 “nunca” hasta 5 “siempre”. Al finalizar la escala permite categorizar al paciente de acuerdo con su nivel de ansiedad en: poco, algo, bastante o mucho. Los valores de confiabilidad ( $\alpha = .96$ ), así como los valores de validez reportados a través de un análisis factorial confirmatorio ( $\chi^2=3.07$ ;  $GI=186$ ;  $p=.000$ ;  $CFI=0.95$ ;  $TLI=0.94$ ;  $RMSEA=0.04$ ;  $NFI=0.93$ ;  $RFI=0.92$ ;  $IFI=0.95$ ;  $PNFI=0.82$ ) se consideraron adecuados para la población mexicana (Jurado et al., 2017).

*Depresión*: representada por los puntajes de los participantes obtenidos en la *subescala de depresión del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS*, Jurado, 2017) compuesta por 15 reactivos que se contestan en una escala tipo likert de 5 opciones que van de 1 “nunca” hasta 5 “siempre”. Al finalizar la escala permite categorizar al paciente de acuerdo con su nivel de depresión en: poco, algo, bastante o mucho. Los valores de confiabilidad ( $\alpha = .95$ ) y los valores de validez reportados a través de un análisis factorial confirmatorio ( $\chi^2=2.878$ ; GI=224;  $p=.000$ ; CFI=0.94; TLI=0.93; RMSEA=0.054; NFI=0.91; RFI=0.90; IFI=0.94; PNFI=0.81) se consideraron adecuados para la población mexicana (Jurado et al., 2017).

### **Consideraciones éticas**

El reclutamiento de las participantes con DM comenzó realizando un primer cuestionario con los criterios de identificación de la dismenorrea y donde se explicaba en qué consistía la investigación y cuál era su objetivo. Al final del cuestionario se les pidió a las participantes que colocaran sus datos de contacto únicamente si estaban interesadas en participar, de tal forma que si cumplían con los criterios de inclusión y habían aceptado continuar se procedió a ponerse en contacto con ellas para acordar las fechas en que serían enviados los cuestionarios, y explicar que su participación sería anónima, voluntaria y que podrían abandonar la investigación en cualquier momento sin repercusiones. Finalmente, en cada cuestionario nuevamente se agregó una pregunta obligatoria sobre la declaración de consentimiento en la cual se aclaraban nuevamente las consideraciones éticas antes mencionadas y que, de no ser contestada de forma positiva, los datos no serían incluidos en el análisis.

## **Procedimiento**

Para el grupo de mujeres con FM se utilizó una base de datos preexistente, que se derivó de un programa de evaluación psicológica a mujeres con referencia de diagnóstico médico de fibromialgia, el cual fue corroborado a través de los criterios diagnósticos de la ACR (Guzmán et al., 2018), cuyas respuestas fueron recabadas durante el periodo de enero a septiembre del 2020 y donde la recolección de datos se realizó de forma virtual (Galán et al., 2022). De esta muestra, se seleccionaron las respuestas de aquellas mujeres que se encontraban pareadas por rango de edad con el establecido para las participantes con DM (18 a 40 años).

Posteriormente, se realizó la habilitación de los instrumentos en la plataforma *Survio* para su aplicación en línea, y se realizó una prueba piloto a tres participantes externas al estudio para verificar que la evaluación virtual funcionará de manera correcta y realizar correcciones gramaticales o de redacción.

A continuación, las participantes con DM fueron reclutadas por vía electrónica a través de redes sociales de uso personal (Facebook, Instagram y WhatsApp) donde se difundió un volante virtual (Anexo 1) donde se informaba el objetivo de la investigación, los criterios de inclusión y la liga hacia un breve cuestionario con los criterios diagnósticos para la identificación de la dismenorrea (Morgan et al., 2015) (Anexo 2).

En total se obtuvo respuesta de 229 participantes, de las cuales 152 cumplieron con los criterios de inclusión, de ellas únicamente seis contaban con el diagnóstico formal realizado por un médico y el resto fueron seleccionadas por cumplir con los criterios de diagnóstico. La evaluación del grupo de DM activa se realizó durante los primeros dos días del sangrado menstrual y la evaluación del grupo de DM inactiva fue en un periodo de 10 a 15 días después.

Finalmente 95 participantes concluyeron ambos cuestionarios, es por ello que el grupo de participantes con dismenorrea es un grupo de medidas repetidas (DM activa e inactiva).

Para la aplicación de los cuestionarios se calculó la fecha de la próxima menstruación de cada participante utilizando como referencia la fecha de su última menstruación, así como, la duración del periodo menstrual y de los días de sangrado. Para elegir el orden en que se responderían los cuestionarios se realizó un procedimiento de aleatorización simple, se utilizó el programa Microsoft Excel 2010 donde se agregaron los datos de las participantes, se reordenaron al generar una lista de números aleatorios y alternando a cada participante, el grupo de DM se dividió en dos: el grupo mujeres que contestaron su primera evaluación dentro del periodo activo de la dismenorrea; y el grupo que contestó su primera evaluación en el periodo inactivo. Al concluir la evaluación correspondiente, se realizó el cálculo para la fecha de aplicación del cuestionario restante.

Al contestar ambos cuestionarios, se concluyó con la evaluación, se agradeció a cada participante por su apoyo y se hizo entrega de un breve reporte de su sintomatología emocional (puntaje e interpretación de sus resultados en las escalas de ansiedad y depresión), material psicoeducativo sobre la dismenorrea e información sobre instituciones de apoyo psicológico (Anexo 3).

A continuación, se realizó la codificación de las respuestas de los cuestionarios a través del programa Microsoft Excel versión 2010 y se procedió con el análisis de datos en el programa SPSS versión 23.

El procedimiento estadístico inicial fue de tipo descriptivo sobre los datos sociodemográficos de las participantes. Asimismo, se reportó la distribución de frecuencias y



medidas de tendencia central para las variables de mayor interés (características clínicas y psicológicas) en cada grupo y se concluyó con el análisis inferencial para la comparación entre grupos y correlación de variables utilizando estadística no paramétrica dadas las características de la muestra.

### **Análisis descriptivo**

A continuación, se describen los datos sociodemográficos de las 149 participantes, divididas en sus respectivos grupos (54 en el grupo de FM y 95 en los grupos de DM). La media de edad para el grupo de DM activa fue de 23.62 años ( $DE=\pm 4.162$ ) y para el de DM inactiva fue de 23.57 años ( $DE=\pm 4.130$ ) la diferencia de edad presentada en ambos grupos se debe a que algunas participantes cumplieron años durante el periodo de espera entre ambas mediciones. Por otra parte, en el grupo de FM la media de edad fue de 33.80 años ( $DE=\pm 5.598$ ).

En los grupos de DM activa e inactiva se observa como ocupación principal el ser estudiante, así como no tener responsabilidad económica, mientras que las participantes del grupo de FM reportaron ser empleadas contratadas por alguna empresa y contar con la responsabilidad económica del 81 al 100% de los gastos en su hogar. En los tres grupos predominó, el estado civil “soltera” y la escolaridad a nivel licenciatura. (Tabla 3).

**Tabla 3.***Características Sociodemográficas de las participantes.*

<b>Variab</b> les	<b>GDMA</b>		<b>GDMI</b>		<b>GFM</b>	
	M (DE)		M (DE)		M (DE)	
<b>Edad</b>	23.62 (4.162)		23.57 (4.130)		33.80 (5.598)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridad</b>						
Preparatoria	21	22.1	21	22.1	12	22.2
Universidad	68	71.6	68	71.6	27	50.0
Esp/Posgrado	6	6.4	6	6.4	9	16.7
Otra					6	11.1
<b>Estado Civil</b>						
Soltera	52	54.7	49	51.6	26	48.1
Noviazgo	33	34.7	36	37.9	8	14.8
Unión libre/casado	10	10.6	10	10.6	20	37.0
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	74	77.9	73	76.8	6	11.1
Empleada	14	14.7	16	16.8	21	38.9
Auto-empleo	5	5.3	3	3.2	12	22.2
Trabajo doméstico	2	2.1	3	3.2	6	11.1
Otra					9	16.7
<b>Resp. Económica</b>						
No tengo	65	68.4	62	65.3	13	24.1
10 – 40%	17	17.9	21	22.1	12	22.2
41 – 80 %	6	6.3	5	5.3	12	22.2
81 – 100%	7	7.4	7	7.4	17	31.5

---

**Nota:** para obtener el dato sobre ocupación, se les pidió a las participantes que eligieran su actividad predominante. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia; M= Media; DE= Desviación estándar.

---

Adicionalmente, se describen algunas variables clínicas relevantes en la muestra, iniciando por el consumo de medicamentos para disminuir el dolor, donde se obtuvo que 87% de las participantes con dismenorrea reportaron consumir algún tipo de fármaco antes y durante los períodos de dolor. Mientras que las participantes con fibromialgia reportaron un consumo de medicamentos del 100%.

Se encontraron diferencias en el tipo de medicamento utilizado para regular el dolor en cada padecimiento. En el grupo de FM se caracterizó la ingesta de algunos antidepresivos (amitriptilina/duloxetina) y análogos del ácido gamma-aminobutírico (gabapentina/pregabalina) mientras que, para las participantes de los grupos de DM activa e inactiva, el medicamento más utilizado fue de tipo compuesto entre paracetamol (analgésico) y pirilamina (antihistamínico) el cual es conocido por su nombre comercial como Syncol, además del anti-espasmolítico (Buscapina).

Ambos padecimientos coincidieron con el consumo de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) para el manejo de dolor, sin embargo, para esta categoría de fármacos, hubo un mayor porcentaje en ambos grupos de DM en contraste con el de FM. En los tres grupos predominó el consumo de paracetamol e ibuprofeno y específicamente en las participantes del grupo de FM el tramadol (Tabla 4).

**Tabla 4.***Tipo de fármacos consumidos para regular el dolor*

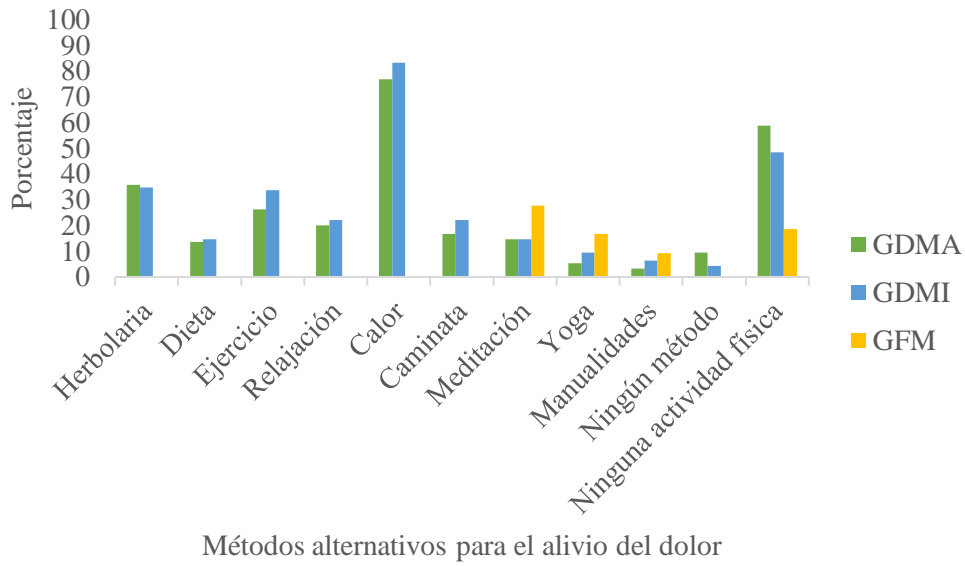
Fármaco	GDMA		GDMI		FM	
	n	%	n	%	n	%
Amitriptilina					8	14.8
Duloxetina					20	37
Análogos de GABA					22	40.7
<b>AINES</b>	61	<b>64.2</b>	62	<b>65.3</b>	21	<b>38.9</b>
Tramadol	3	3.2	0	0	20	<b>37</b>
Paracetamol	32	<b>33.7</b>	40	<b>42.1</b>	29	<b>53.7</b>
Ibuprofeno	35	<b>36.8</b>	49	<b>51.6</b>	15	<b>27.8</b>
Pirilamina	14	14.7	15	15.8		
Buscapina	23	24.2	25	26.3		

*Nota:* GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia; GABA=Ácido gamma-aminobutírico (Gabapentina/Pregabalina); AINES= Antiinflamatorios no esteroideos.

Además del consumo de fármacos para aliviar el dolor, algunas participantes indicaron la realización de métodos alternativos a la farmacoterapia para obtener mejoría en los síntomas. En los grupos de DM activa e inactiva la aplicación de calor local y la herbolaria fueron los métodos más utilizados. Esta variable no se indagó en la muestra de pacientes con fibromialgia, sin embargo, en cuanto a la realización de actividad física, el grupo de FM muestra puntajes elevados en la práctica de yoga y meditación como una opción alterna al consumo de fármacos. En los tres grupos se observa un mayor porcentaje de personas que no practican alguna actividad física (Figura 2).

**Figura 2.**

*Métodos alternativos a la farmacoterapia utilizados para el alivio del dolor por grupo.*



*Nota:* GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia. Frecuencias expresadas en porcentajes.

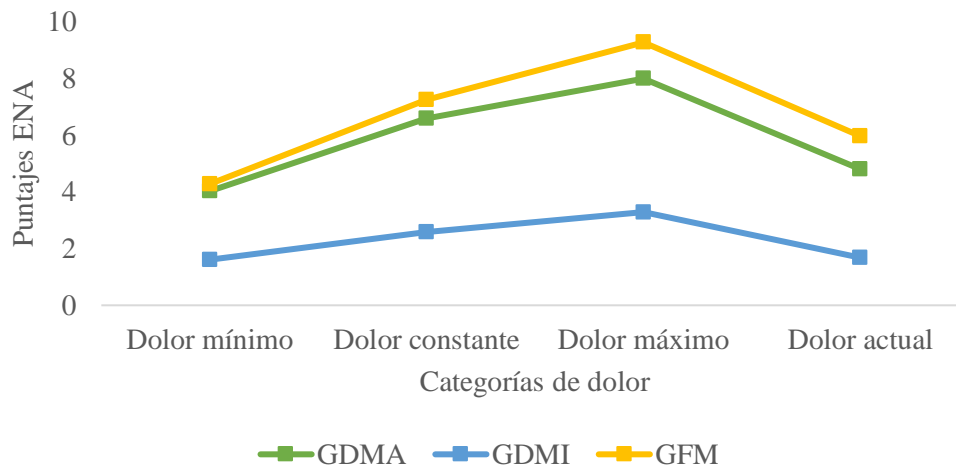
## Resultados

### Características clínicas

En la Figura 3 se muestra el nivel promedio de dolor reportado en cada grupo, de acuerdo con las siguientes categorías: a) dolor al momento de la evaluación, b) nivel de dolor constante (grado de dolor que se percibe la mayor parte del tiempo), c) nivel de dolor máximo (el dolor más alto que se haya percibido en la última semana) y d) el nivel de dolor mínimo (dolor más bajo percibido en la última semana). Para el análisis de los puntajes de dolor se establecieron tres categorías considerando la igualdad entre intervalos de la puntuación ENA, es decir, cada puntuación se agrupó de la siguiente manera: puntajes de 0 a 3 (leve), de 4 a 6 (moderado) y de 7 a 10 (severo).

**Figura 3.**

*Nivel promedio de dolor por grupo para las categorías: dolor mínimo, constante, máximo y actual.*



*Nota:* Puntuación obtenida en la escala numérica análoga del dolor (ENA). GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

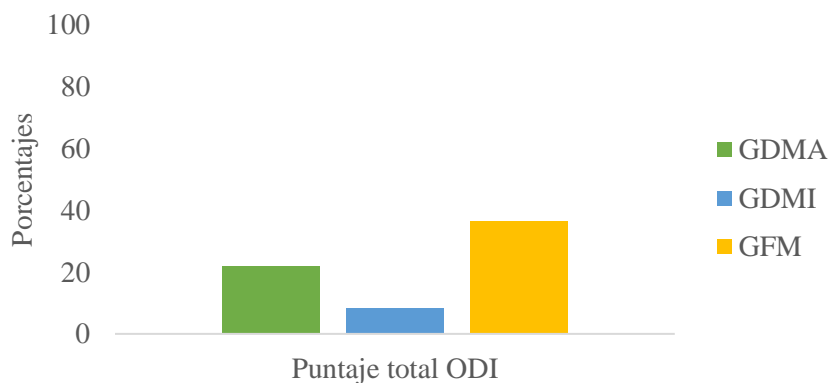
Como se observa en la Figura 3, se encontró que la categoría “moderado” fue predominante al momento de la evaluación para el grupo de DM activa ( $M=4.8$ ,  $DE=\pm 2.604$ ) y el grupo de FM ( $M=5.98$ ,  $DE=\pm 1.796$ ), mientras que el grupo de DM inactiva reportó el nivel de dolor como “leve” ( $M= 1.68$ ,  $DE=\pm 1.378$ ).

Los grupos de DM activa y FM indicaron percibir el dolor como severo cuando este se encuentra en su nivel máximo, mientras que, para la categoría de dolor constante, el grupo de FM continúa reportando un nivel severo ( $M=7.26\pm 1.639$ ) y el grupo de DM activa reporta percibirlo como moderado ( $M=6.66\pm 1.966$ ). El grupo de DM inactiva mantiene un nivel de dolor “leve” durante las situaciones planteadas.

Respecto a la funcionalidad física, los grupos de FM ( $M=18.3$ ,  $DE=7.103$ ) y DM activa ( $M=10.96$ ,  $DE=7.117$ ) muestran un nivel de discapacidad funcional moderada, mientras que el grupo de DM inactiva ( $M=4.14$ ,  $DE=4.777$ ) indica el nivel mínimo de discapacidad (Figura 4).

**Figura 4.**

*Puntuación total por grupo del Índice de Discapacidad de Owesstry (ODI).*



*Nota:* Datos expresados en porcentajes. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

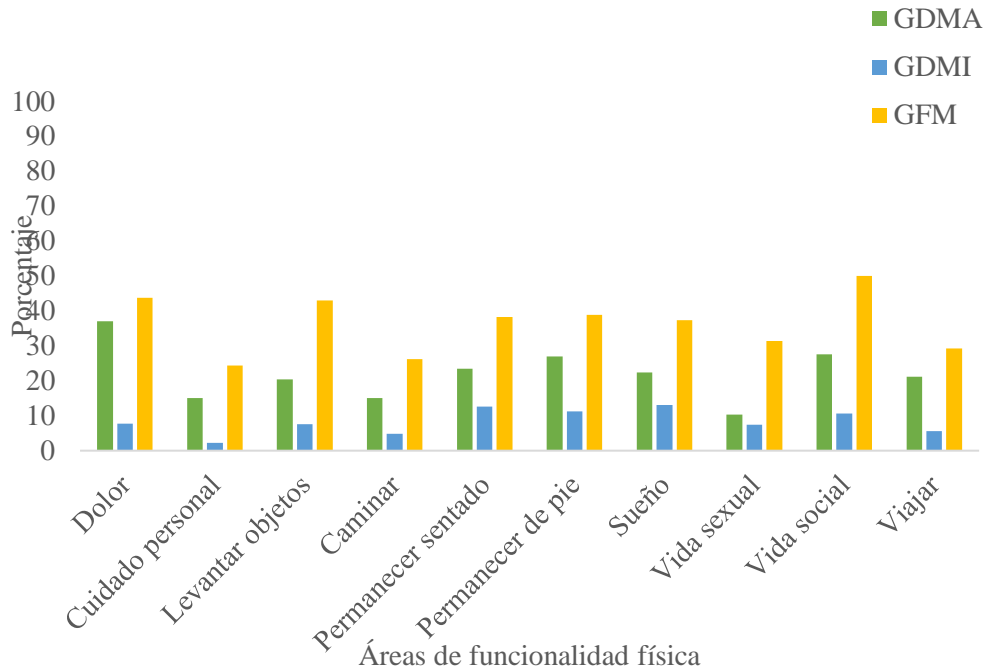
Con respecto de las áreas de funcionalidad que se evalúan con el ODI (Figura 5), se encontró que el grupo de FM presenta las áreas de dolor (M=2.19, DE=.892), levantar objetos (M=2.15, DE=1.123) y vida social (M=2.50, DE=1.145) dentro de la categoría de discapacidad severa, mientras que el resto de las áreas se encuentran dentro de la categoría de discapacidad moderada, siendo el cuidado personal la menos afectada (M=1.22, DE=1.093).

En el grupo de DM activa la mayoría de las áreas del ODI presentan discapacidad moderada, destacando el área de dolor (M=1.85, DE=1.296), la vida social (M=1.38, DE=1.256) y mantenerse de pie (M=1.35, DE=1.201). En contraste, las áreas con discapacidad mínima para este grupo son la vida sexual (M=.52, DE=1.147), caminar (M=.75, DE=.838) y el cuidado personal (M=.75, DE=1.081). El grupo de DM inactiva mantiene todas las áreas en el nivel mínimo de discapacidad.



**Figura 5.**

*Puntajes por grupo de cada área de funcionalidad física en la escala ODI.*



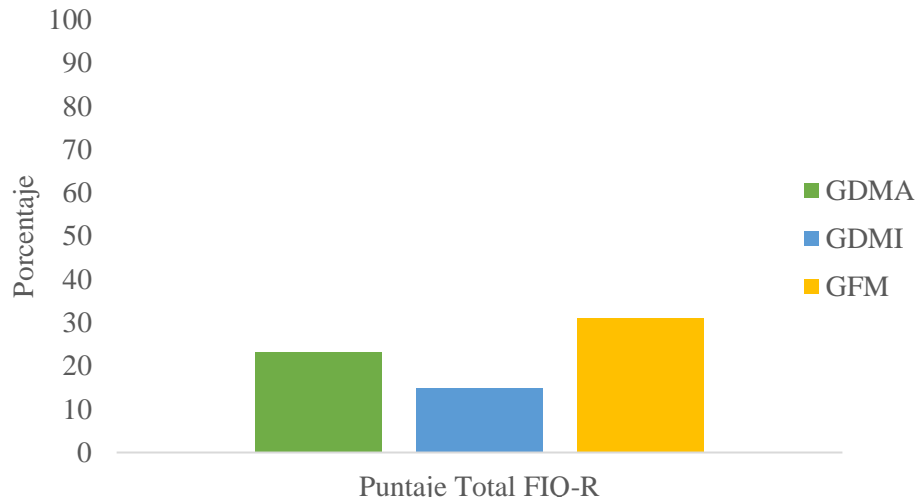
*Nota:* Valores convertidos a porcentajes. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

### *Características psicológicas*

A continuación, se describen los datos correspondientes al cuestionario de impacto de la fibromialgia-R en cada grupo (Figura 6). El grupo de FM ( $M=65.31$ ,  $DE=16.037$ ) es el que mantiene un mayor impacto de la enfermedad, seguido por el grupo de DM activa ( $M=49.07$ ,  $DE=14.133$ ) y en última instancia se encuentra el grupo de DM inactiva ( $M=31.32$ ,  $DE=13.738$ ).

## Figura 6.

*Puntaje total del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia-R (FIQ-R) por grupo.*

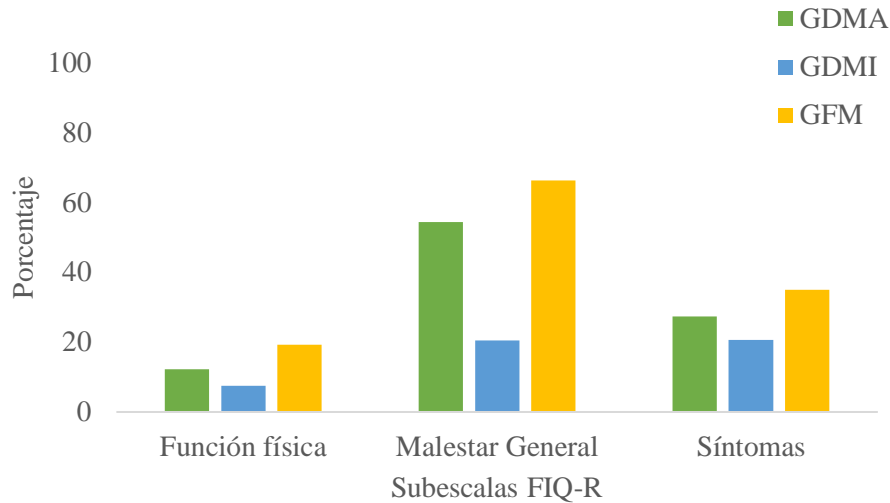


*Nota:* Puntajes convertidos a porcentajes. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

Específicamente, al analizar los puntajes obtenidos en las subescalas del cuestionario del impacto de la enfermedad, se encontró que el área con mayor repercusión es la de malestar general, principalmente en los grupos de FM (M=13.26, DE=5.349) y DM activa (M=10.88, DE=5.271). En contraste, la subescala con los niveles más bajos es la de funcionalidad física manteniéndose el grupo de FM (M=17.33, DE=6.650) por encima del grupo de DM activa (M=10.94, DE=5.798). El grupo de DM inactiva, por su parte, reporta las puntuaciones más bajas en todas las subescalas (Figura 7).

**Figura 7.**

*Puntuaciones de las tres subescalas del FIQ en cada grupo.*

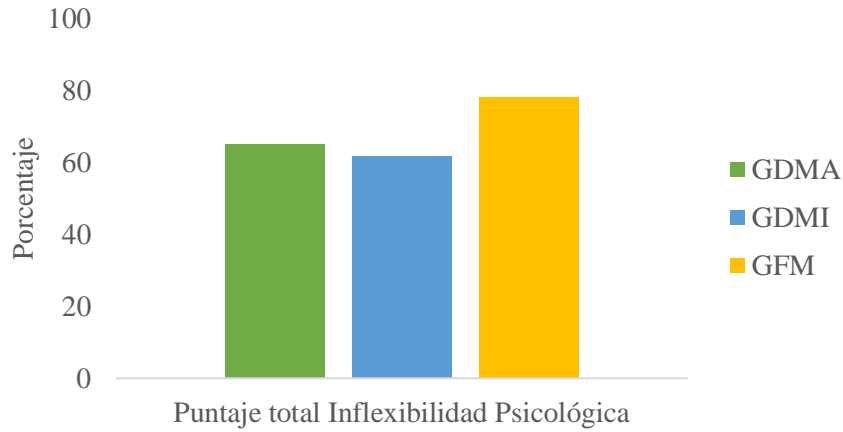


*Nota:* Datos expresados en porcentajes. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

Respecto a la inflexibilidad psicológica ante el dolor se encontraron niveles altos en la escala total de los tres grupos de estudio (Figura, 8), siendo mayor la puntuación del grupo de FM (M=87.70, DE=14.491) en comparación con los grupos de DM activa (M=73.03, DE=21.238) e inactiva (M=69.25, DE=20.367).

### Figura 8.

*Puntajes totales en la escala de Inflexibilidad Psicológica por grupos.*

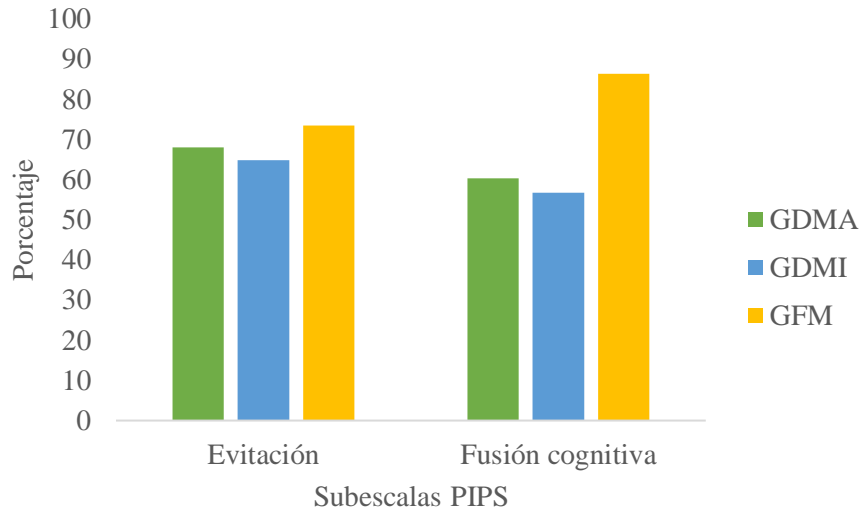


*Nota:* Datos expresados en porcentajes. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

Se encontró que el grupo de FM presenta los puntajes más elevados en la subescala de fusión cognitiva ( $M=36.28$ ,  $DE=5.658$ ) en comparación con la subescala de evitación ( $M=51.43$ ,  $DE=10.063$ ). Mientras que, el grupo de DM activa ( $M= 25.35$ ,  $DE=7.656$ ) y el grupo de DM inactiva ( $M=23.82$ ,  $DE=7.380$ ) presentan puntajes más elevados en evitación que en fusión cognitiva (Figura 9).

**Figura 9.**

*Puntuación obtenida por grupo en cada subescala de Inflexibilidad Psicológica.*

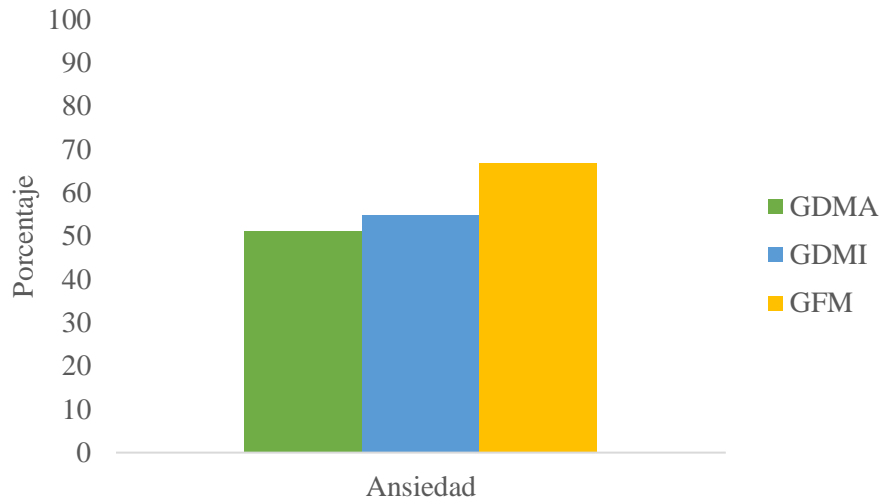


*Nota:* Datos expresados en porcentajes. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

A continuación, se muestra lo encontrado para la variable ansiedad (Figura 10) donde el grupo de FM muestra los puntajes más altos ( $M=62.15$ ,  $DE=14.972$ ), seguido por el grupo de DM inactiva ( $M=51.04$ ,  $DE=10.729$ ) y, siendo el grupo de DM activa el que obtuvo los puntajes más bajos ( $M=47.65$ ,  $DE=\pm 11.513$ ).

**Figura 10.**

*Puntajes por grupo de la variable ansiedad en la escala IMADIS.*

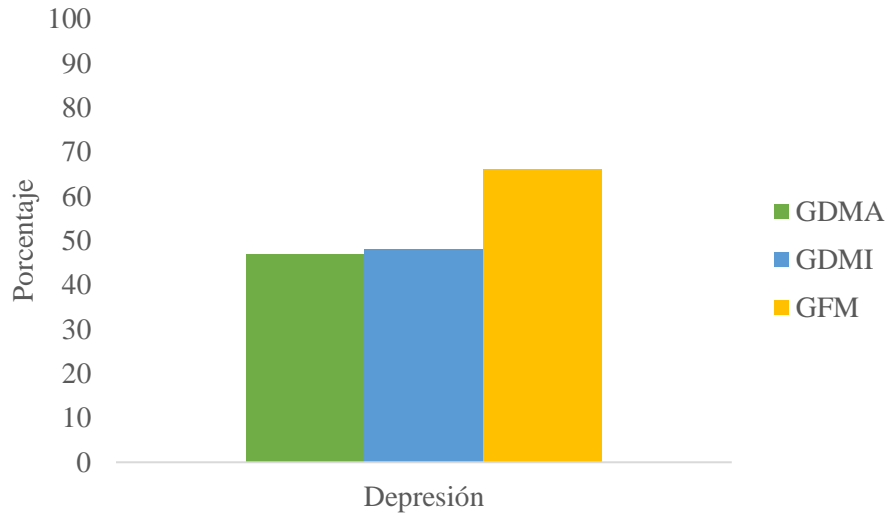


*Nota:* Puntuaciones convertidas a porcentaje. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

En el caso de la variable depresión (Figura 11) el grupo de FM es el que tiene el mayor nivel ( $M=49.61$ ,  $DE=11.454$ ) en comparación con los otros dos grupos, en los que el grupo de DM inactiva ( $M=36.16$ ,  $DE=\pm 8.784$ ) mantiene puntajes por encima del grupo de DM activa ( $M=35.18$ ,  $DE=\pm 9.612$ ).

**Figura 11.**

*Puntajes por grupo de la variable depresión en la escala IMADIS.*

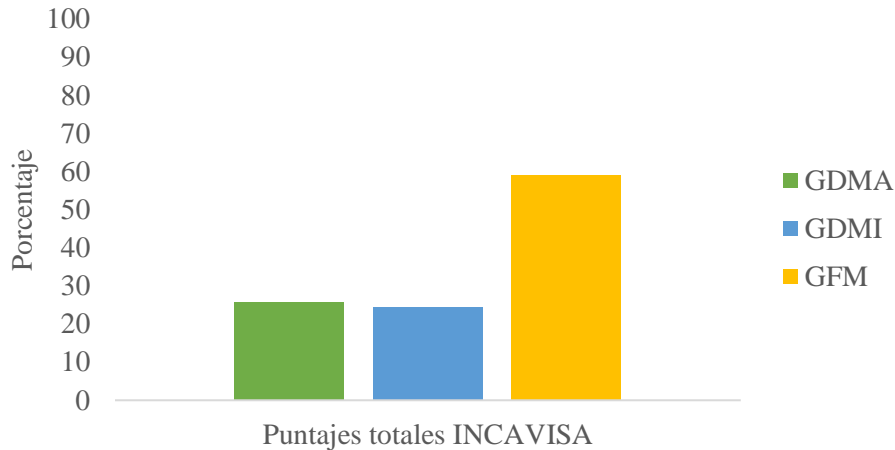


*Nota:* Puntajes promedio convertidos a porcentaje. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

Continuando con la evaluación sobre calidad de vida y salud (Figura 12), los puntajes de la escala total indican mayor deterioro de la calidad de vida en el grupo de FM ( $M=141.33$ ,  $DE=34.089$ ) al estar por encima del doble de los puntajes obtenidos por los grupos de DM activa ( $M=61.68\pm 28.299$ ) y DM inactiva ( $M=58.42\pm 26.815$ ).

**Figura 12.**

*Puntajes totales obtenidos en la evaluación sobre Calidad de Vida y Salud por grupo.*



*Nota:* Valores presentados en porcentajes. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

Finalmente, al analizar los puntajes obtenidos por cada subescala del instrumento INCAVISA (Figura 13) se aprecia que en el grupo de FM se obtuvieron puntajes altos en la mayoría de las áreas, sin embargo, aquellas áreas que sobresalen son las funciones cognitivas (M=13.63), desempeño físico (M=13.44), preocupaciones (M=12.89), tiempo libre (M=12.37), percepción corporal (M=10.35) y vida cotidiana (M=10.47) mientras que el puntaje más bajo de este grupo se ubica en el área de dependencia médica (M=6.76).

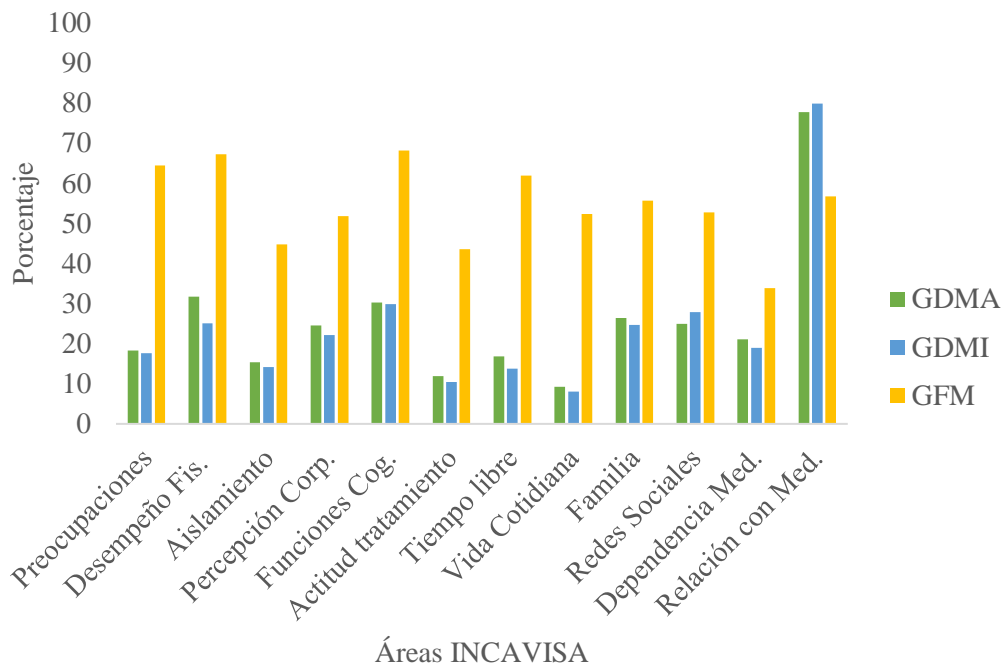
Por su parte, los grupos de DM activa e inactiva mantienen en su mayoría puntajes parecidos entre sí, como en el caso de las funciones cognitivas y la relación con el médico donde la diferencia es casi imperceptible, pero el grupo de DM activa sobresale en áreas como el desempeño físico (M=6.34) y tiempo libre (M=3.36) y el grupo de DM inactiva es ligeramente



superior en el área de redes sociales (M=5.56) y relación con el médico (15.96). Los puntajes más bajos de ambos grupos de DM (activa e inactiva) son en las áreas de actitud ante el tratamiento (DM activa, M=2.38) y (DM inactiva, M=2.08) y vida cotidiana, (DM activa, M=1.85) y (DM inactiva, M= 1.62).

**Figura 13.**

*Puntuaciones por área en el Inventario de Calidad de Vida y Salud.*



*Nota:* Datos expresados en porcentajes. GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia.

## Análisis inferencial

Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (Tabla 5) para explorar la distribución de la muestra y determinar el tipo de estadística adecuada a los objetivos de la investigación. La mayoría de los resultados obtenidos indicaron que los datos no cumplían con el criterio de normalidad, por lo cual se optó por el uso de estadística no paramétrica en los análisis posteriores.

**Tabla 5.**

*Análisis de normalidad de los datos a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra.*

	<b>FIQ-R</b>	<b>ODI</b>	<b>PIPS</b>	<b>ANS</b>	<b>DEP</b>	<b>CV</b>
<b>GDMA</b>						
<b>Est.</b>	.098	.108	.87	.070	.141	.173
<b>Sig.</b>	.025	.008	.072	.200	.000	.000
<b>GDMI</b>						
<b>Est.</b>	.114	.193	.093	.069	.092	.163
<b>Sig.</b>	.004	.000	.042	.200	.047	.000
<b>GFM</b>						
<b>Est.</b>	.111	.100	.110	.072	.100	.133
<b>Sig.</b>	.095	.200	.153	.200	.200	.019

*Nota:* GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia; FIQ-R= Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia versión revisada; ODI=Índice de Incapacidad Funcional de Oswestry; PIPS= Escala de Inflexibilidad Psicológica ante el dolor; ANS=Ansiedad; DEP= Depresión; CV=Calidad de Vida.  $p \leq 0.05$

A través de la prueba de Kruskal-Wallis se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en cada grupo (DM activa, DM inactiva y FM) para las diferentes variables evaluadas (intensidad de dolor, funcionalidad física, impacto de la enfermedad, flexibilidad psicológica, ansiedad, depresión y calidad de vida) (Tabla 6).

**Tabla 6.**

*Identificación de diferencias estadísticas entre grupos a través de la prueba de Kruskal-Wallis*

	<b>Dolor</b>				FIQ-R	ODI	PIPS	ANS	DEP	CV
	Constante	Máximo	Mínimo	Actual						
<b>Sig.</b>	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

*Nota:* FIQ-R= Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia versión revisada; ODI=Índice de Incapacidad Funcional de Oswestry; PIPS= Escala de Inflexibilidad Psicológica ante el dolor; ANS=Ansiedad; DEP= Depresión; CV=Calidad de Vida.  $p \leq 0.05$

Por otra parte, para la comparación entre los dos grupos de dismenorrea se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, la cual, también indicó diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (DM activa e inactiva) en las variables bajo estudio, con excepción de la calidad de vida (Tabla 7).

**Tabla 7.**

*Comparación de los grupos de DM activa e inactiva utilizando la prueba de Rangos con signo de Wilcoxon.*

	<b>Dolor</b>				FIQ	ODI	PIPS	ANS	DEP	CV
	const.	máx.	mín.	act.						
<b>Z</b>	-8.03	-8.12	-7.72	-7.45	-7.85	-7.61	-2.23	-3.31	-2.05	-1.81
<b>Sig.</b>	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.069

*Nota:* const= constante; máx= máximo; mín=mínimo; act=actual. FIQ-R= Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia versión revisada; ODI=Índice de Incapacidad Funcional de Oswestry; PIPS= Escala de Inflexibilidad Psicológica ante el dolor; ANS=Ansiedad; DEP= Depresión; CV=Calidad de Vida.  $p \leq 0.05$

Finalmente, para analizar la posible relación entre características clínicas y psicológicas se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman. Para fines prácticos se decidió utilizar como

la variable de dolor, los datos reportados sobre *nivel de dolor constante* y el reactivo 12 del cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, el cual es equivalente a las puntuaciones de la ENA de dolor.

Al realizar el análisis de los datos arrojados por la prueba de correlación entre los tres grupos (Tabla 8), se encontró una correlación positiva alta y estadísticamente significativa entre la funcionalidad y el impacto de la enfermedad, y una correlación moderada positiva y estadísticamente significativa entre las variables depresión y ansiedad.

Por otra parte, para el grupo de DM activa se encontró correlación alta y estadísticamente significativa entre el nivel de dolor y el impacto de la enfermedad, mientras que, para el grupo de DM inactiva y el grupo de FM, esta correlación fue moderada positiva. Además, el grupo de DM activa obtuvo una correlación moderada positiva y estadísticamente significativa entre la variable de inflexibilidad psicológica y las variables de funcionalidad y nivel de dolor. Los grupos de DM activa e inactiva tuvieron correlaciones moderadas positivas entre las variables de dolor constante-funcionalidad, depresión-calidad de vida y ansiedad-impacto de la enfermedad.

Los grupos de DM activa y de FM obtuvieron correlaciones moderadas positivas entre la variable impacto de la enfermedad y las variables de nivel de dolor, inflexibilidad psicológica y depresión, por su parte el grupo de DM inactiva y el grupo de FM obtuvieron una correlación moderada positiva entre las variables de dolor y funcionalidad.

Finalmente, en el grupo de FM se encontró una correlación positiva alta y estadísticamente significativa entre las variables de depresión y calidad de vida, además de correlaciones moderadas positivas entre la variable de inflexibilidad psicológica con las variables de calidad de vida, depresión y ansiedad.

**Tabla 8.***Coefficiente de Correlación de Spearman entre Variables por Grupo.*

	<b>GDMA</b>	<b>GDMI</b>	<b>GFM</b>
	<i>Rho</i>		
Nivel de dolor- FIQ	.629*	.526*	.574*
Nivel de dolor – ODI	-	.589*	.469*
Nivel de dolor- PIPS	.432*	-	-
Dol. Cons. - FIQ	.541*	-	.527*
Dol. Cons. - ODI	.480*	.527*	-
Dol. Cons. - PIPS	.517*	-	-
ODI - FIQ	.608*	.609*	.659*
ODI - PIPS	.523*	-	-
DEP - ANS	.567*	.477*	.532*
DEP - CV	.535*	.483*	.671*
ANS - FIQ	.429*	.504*	-
FIQ - PIPS	.484*	-	.534*
PIPS - CV	-	-	.518*
PIPS - ANS	-	-	.400*
PIPS - DEP	-	-	.440*
DEP - FIQ	.432*	-	.410*

*Nota:* GDMA= Grupo dismenorrea activa; GDMI= Grupo dismenorrea inactiva; GFM= Grupo Fibromialgia; Dol. Cons. =Nivel de dolor constante; FIQ= Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia; ODI=Índice de Incapacidad Funcional de Oswestry; PIPS= Escala de Inflexibilidad Psicológica ante el dolor; ANS=Ansiedad; DEP= Depresión; CV=Calidad de Vida. *Coefficientes de correlación significativos (<0.05) \**

## Discusión

El principal objetivo de esta investigación fue describir y comparar las características clínicas y psicológicas de dos grupos con condiciones de dolor crónico, fibromialgia (dolor crónico persistente) y dismenorrea (dolor crónico cíclico) evaluando el último grupo, en presencia y ausencia del dolor.

Los resultados del presente estudio muestran que ambas condiciones de salud (fibromialgia y dismenorrea) coinciden en reportar un nivel de dolor *moderado* al momento de la evaluación y perciben un nivel *severo* cuando éste se encuentra en su punto más alto, aunque, existe una diferencia al valorar el nivel de dolor que se percibe la “mayor parte del tiempo” en el grupo de FM, el cual, reporta percibir un nivel de dolor *severo* y el grupo de DM activa un dolor *moderado*, esto último apoya lo encontrado anteriormente en estudios sobre el impacto de la dismenorrea en mujeres de algunos países como Irán, China y México donde el mayor porcentaje de las participantes (36.5, 51.5 y 43.8% respectivamente) en cada estudio reportaban percibir un nivel de dolor moderado basándose en los puntajes de la Escala Visual Análoga del dolor (EVA) (Habibi et al., 2015; Hu et al., 2020; Ortíz, 2010).

Del mismo modo que en estudios sobre otros padecimientos de dolor crónico como los realizados por Kasemsan y cols. (2021) y Singhal y cols. (2021) sobre dolor musculoesquelético focalizado en las regiones superior e inferior de la espalda donde el nivel de discapacidad asociada al dolor fue moderado, en este estudio, la funcionalidad de ambos grupos (FM y DM activa) también es reportada dentro de la categoría de *discapacidad moderada*. Aunque, para el grupo de FM algunas áreas indican *discapacidad severa*, por ejemplo, levantar objetos y la vida social, mientras que para el grupo de DM activa las áreas más afectadas -aun dentro de la categoría *moderado*-, son mantenerse de pie y la vida social, en este sentido es posible identificar

que, aunque el nivel de impacto es diferente en cada padecimiento, se mantienen altos niveles de afectación de la funcionalidad en las actividades sociales y físicas, tal como se ha reportado en investigaciones anteriores (Breivik, 2012; Garnaes, 2021). El grupo de DM inactiva ayuda a identificar que, durante el periodo sin dolor, la funcionalidad de las participantes no se vio afectada, ya que mantuvo un nivel de *discapacidad mínima* tanto a nivel general, como por áreas.

Las diferencias establecidas en los tres grupos permiten visualizar que tanto la dismenorrea como la fibromialgia, afectan de manera importante la capacidad funcional de quienes las padecen. Sin embargo, en el dolor crónico cíclico, la discapacidad que se presenta durante el periodo menstrual disminuye con la ausencia de este; por el contrario, en el dolor crónico persistente, la misma discapacidad permanece de manera indefinida. Se podría hipotetizar, que es por esta limitación de la funcionalidad constante, que los padecimientos de dolor persistente como la fibromialgia en comparación con otros padecimientos de DC, tienen mayor impacto en la calidad de vida de quienes los padecen, al no permitir la realización de sus actividades la mayor parte del tiempo.

De acuerdo con los puntos de corte propuestos por Bennett y colaboradores (2009a) y Bennett y colaboradores (2009b) para el Cuestionario de Impacto de la fibromialgia, se encontró que el grupo de FM presenta un impacto de la enfermedad severo (FIQ total >59), mientras que el grupo de DM activa se ubica dentro de la categoría de *impacto moderado* de la enfermedad (FIQ total >39-<59) y el grupo de DM inactiva presenta un *impacto leve* (FIQ total <39). Se percibe que, del mismo modo que en estudios anteriores sobre fibromialgia, el nivel de impacto de esta oscila entre *moderado* y *grave* en la mayoría de los participantes, al obtener puntajes mayores a 39 en la escala total (Collado-Mateo et al., 2017; Jones et al., 2015).

En los grupos de FM y DM activa los puntajes más elevados fueron en la subescala de *malestar general*, mientras que el grupo de DM inactiva mantuvo los puntajes más bajos. La subescala de *capacidad funcional* fue la que obtuvo los menores puntajes para los tres grupos, indicando que la capacidad de los músculos grandes para realizar tareas no tuvo un gran deterioro, situación que resulta interesante de contemplar, ya que en la literatura se ha encontrado, que en la dismenorrea, el dolor, además de concentrarse en la región suprapúbica, llega a irradiarse hacia la región lumbosacra y la cara anterior de los muslos ocasionando discapacidad funcional de manera significativa ( Schorge et al., 2009; Styer, 2013) al igual que en estudios sobre FM donde la capacidad funcional fue una de las principales áreas de afectación (Arnold et al., 2008; Gálvez et al., 2019).

El grupo de FM mostró los puntajes más altos en las tres subescalas del FIQ-R lo que indica que, para este estudio, los participantes con fibromialgia tuvieron mayores repercusiones de la enfermedad que quienes presentaban dismenorrea, hipotetizando que un padecimiento de dolor crónico persistente conlleva mayores repercusiones en comparación con el dolor crónico cíclico. Esto nos permite aproximarnos a indagar de qué manera y cuáles áreas son las que se encuentran principalmente afectadas por la enfermedad ya que como lo mencionan Arnold y colaboradores (2008) y Gagua y cols. (2018), en padecimientos de DC en ocasiones se evalúa únicamente de manera clínica la influencia de fármacos sobre el nivel de dolor, dejando de lado el impacto que este tiene sobre la vida diaria y otras variables de importancia que se han encontrado a partir de estudios cualitativos. Sin embargo, aún falta evidencia cuantitativa que permita consolidar este tipo de investigación y así poder implementar o mejorar intervenciones de acuerdo con las características de cada padecimiento y sus necesidades (Lami et al., 2020).



Como se mencionó anteriormente, al ser el dolor un fenómeno multidimensional, no solo afecta diversas áreas, sino que, distintos factores pueden influir en cómo se percibe, incluyendo los factores emocionales y cognitivos (Morrison, 2008). Para Gonzáles (2014) estos factores juegan un papel importante en la experiencia del dolor, ya que pueden llegar a ser detonantes de las conductas de afrontamiento que el individuo adopta para regular el dolor al ir aprendiendo cuáles le son funcionales y le otorgan beneficios y cuáles no.

Por ello, en cuanto a inflexibilidad psicológica, en otras investigaciones sobre DC, se suelen encontrar puntajes promedio en un rango de 50 a 60 puntos en la escala total (Glombrewski et al., 2018; Hedman, 2018; Lami et al., 2020) sin embargo, en este proyecto se encontró en los tres grupos, puntajes promedio por encima de este rango (FM=87.70, DM activa=73.03 y DM inactiva=69.25), lo cual indica un mayor nivel de inflexibilidad psicológica en las participantes de esta muestra en comparación con los estudios previamente citados. Se percibe un alto nivel de inflexibilidad psicológica ante el dolor, aún en momentos donde el dolor no se encuentra presente, lo cual podría deberse a una predisposición o anticipación sobre la situación de dolor, proveniente de creencias y experiencias dolorosas previas. Lo anterior es congruente con lo descrito en las definiciones de dolor (IASP, 2003) pues en ellas se ha referido que el dolor es un fenómeno que involucra procesos cognitivos de anticipación y que se compone de elementos como la memoria y la experiencia previa del mismo.

El grupo de FM es el que tiene los niveles más elevados tanto de fusión cognitiva como de evitación en comparación con los otros grupos -DM activa y DM inactiva-, además, es la subescala predominante en el grupo, lo cual implica que las verbalizaciones sobre el dolor ejercen mayor control sobre la conducta en el grupo de FM. En el caso del grupo de DM activa, como en otros padecimientos de DC (Lami et al., 2020; Trompetter et al., 2014) el proceso de

evitación tiene mayor prevalencia, es decir, las personas evitan realizar actividades cuando tienen algún pensamiento o sensación relacionados con el dolor. Lo anterior pudiera asociarse con la duración del dolor, al ser un malestar intermitente y de relativa poca duración, en la dismenorrea se sabe que el dolor desaparecerá con el paso del tiempo, motivo por el cual, la evitación de actividades tiene un sentido lógico como respuesta adaptativa, tal como sucede en el dolor agudo; sin embargo, en una situación de dolor persistente, pudiera reforzarse la presencia de pensamientos y creencias como un mecanismo de afrontamiento ante el mismo al tenerlo presente durante más tiempo y de manera indefinida (Turk y Flor, 1999).

Por otra parte, el grupo de FM obtuvo mayor presencia de sintomatología de ansiedad y depresión, mientras que el grupo de DM activa fue quien obtuvo los puntajes más bajos de los tres grupos, por lo que el grupo de DM inactiva demuestra que, aún sin sintomatología dolorosa hubo mayor presencia de síntomas ansiosos y depresivos, contrario a lo que se ha visto en estudios sobre dolor crónico, donde la presencia de ansiedad y depresión influyen en la experiencia del dolor (Gagua et al., 2013; González, 2014; Hu et al., 2020). Actualmente se sabe que la pandemia por COVID-19 ha causado una enorme angustia psicológica (pensamientos intrusivos, conductas de evitación, estrés y ansiedad) y que los ciclos menstruales pueden ser afectados por situaciones estresantes (Barsom et al., 2004; Demir et al., 2021).

Debido a estas alteraciones físicas y emocionales que pudieran originarse a partir del inicio de la pandemia, es importante tomar en cuenta tanto la situación sanitaria que se presentaba durante la recolección de los datos, como cualquier otra situación personal (duelos, enfermedad, aislamiento, etcétera) que se presentara entorno a la evaluación y pudiera estar teniendo alguna alteración al ciclo menstrual o al estado anímico de las participantes ya que a raíz de la pandemia, algunos estudios sobre el impacto del COVID-19 en mujeres han

demostrado que más de la mitad de las participantes reportaron alteraciones en su ciclo menstrual y aumento en la sintomatología de ansiedad y depresión (Maher et al., 2022; Phelan et al., 2021).

Respecto a la calidad de vida el grupo de FM presentó mayor deterioro en comparación con los grupos de dismenorrea, reafirmando lo presentado en estudios anteriores, donde es mayor el deterioro de la calidad de vida de quienes padecen fibromialgia frente a otros padecimientos de DC (Gálvez et al., 2019; Houses et al., 2009; Smith et al., 2011). En la misma dirección que otros estudios sobre fibromialgia (Arnold et al., 2008; Gálvez et al., 2019; Henríquez y Peck, 2015; Kucukali et al., 2012; Verbunt et al., 2008) se encontraron con mayor deterioro, las áreas de: (a) *funciones cognitivas*, lo que implica una disminución de las capacidades de memoria y concentración de las participantes; y (b) *tiempo libre*, por lo que se percibe al padecimiento como una limitación para realizar actividades que se disfruten.

Por su parte, sobre la calidad de vida los grupos de DM activa e inactiva obtuvieron puntajes similares, siendo ligeramente mayores los del grupo de DM activa a nivel general y principalmente en las áreas de desempeño físico y tiempo libre, lo que indica que la presencia del dolor y síntomas asociados a la dismenorrea, influyen en las actividades que implican movilidad; lo cual podría ser equivalente a lo que otros autores describen como productividad, asistencia laboral o académica y la realización de ejercicio (Abreu-Sánchez et al., 2020; Hu et al., 2020; Smith y Kaunitz, 2020; Subasinghe et al., 2016).

Es interesante que, aunque los tres grupos obtuvieron puntuaciones altas en la subescala de *relación con el médico*, es decir en las tres situaciones, se reconoce el área médica como un apoyo en su padecimiento, los grupos de DM activa e inactiva obtuvieron las puntuaciones más bajas en las áreas de *adherencia al tratamiento* y *vida cotidiana*, lo cual implica que, aunque se percibe que la dismenorrea repercute de manera considerable en la salud y el estilo de vida de

quienes la padecen, es complicado que se asuma como un padecimiento que requiere seguir un tratamiento formal, esto podría deberse a las actitudes y creencias con respecto del fenómeno (Söderman et al., 2019). Es necesario reconocer estas posturas entorno a los distintos tipos de padecimientos, ya que los factores cognitivos son de gran relevancia dentro de la adherencia a un tratamiento y el tener un panorama de ellas puede permitir su modificación o creación de nuevas estrategias de intervención.

El siguiente objetivo de la investigación fue identificar aquellas características psicológicas asociadas con el dolor y la funcionalidad física en cada grupo. Se encontró que, en los tres grupos, el nivel de discapacidad funcional de las participantes influye de manera importante en el impacto que tiene la enfermedad en su día a día, es decir, a mayor discapacidad funcional, mayor impacto en la vida de las participantes. De igual forma en algunos otros estudios, aunque no muchas veces se ha buscado esta asociación directamente, se encuentra que los puntajes altos de discapacidad funcional están presentes y repercuten en otras esferas de la vida de las mujeres comenzando por impedirles continuar con sus actividades laborales y sociales (Ortíz, 2010).

Por otra parte, apoyando lo que Subasinghe y colaboradores (2016) abordan en el estudio de la DM, se encontró que el nivel de dolor influye fuertemente en el impacto de la enfermedad para los tres grupos, es decir, mientras más alto es el nivel de dolor, mayor impacto tiene la enfermedad sobre las participantes. Además, los tres grupos presentan una asociación moderada entre las variables de dolor y la discapacidad funcional, asumiendo así que, cuando aumentan los niveles de dolor la incapacidad para realizar actividades es mayor en los dos tipos de dolor crónico estudiados, tal como lo menciona Ortíz, (2010) donde también se encontró una

asociación significativa de la incapacidad para realizar actividades y la gravedad de la dismenorrea.

En torno a la inflexibilidad psicológica, esta mostró asociación con la funcionalidad y el dolor en el grupo de DM activa lo que indica que, mientras mayor sea el nivel de discapacidad o más intenso sea el dolor, será mayor el intento de escapar o evitar la situación dolorosa y viceversa. Además, el grupo de FM mostró a la inflexibilidad psicológica asociada con la mayoría de las variables (calidad de vida, impacto de la enfermedad, ansiedad y depresión) lo cual confirma lo estudiado por Akerblom (2018) y Lami (2020) y la posiciona como una variable que influye en el malestar emocional y el funcionamiento diario de las personas con padecimientos de dolor crónico.

De acuerdo con los resultados encontrados se puede asumir que es importante conocer el esquema cognitivo de las participantes entorno a la inflexibilidad psicológica, ya que se percibe como una variable que interviene en distintos aspectos relacionados a la experiencia de dolor, en cualquier padecimiento de dolor crónico (cíclico o persistente). Conocer las características cognitivas y los aspectos en los que éstas tienen influencia, permite identificar los estilos y estrategias de afrontamiento predominantes en cada padecimiento y área de conflicto, de tal manera que, con base en esta información sea posible la planificación de intervenciones adecuadas (Lami, 2020).

Finalmente, se encontraron importantes asociaciones entre características psicológicas presentes en estos padecimientos de DC que apoyan teóricamente a estudios anteriores y podrían continuar siendo de interés para futuros proyectos (Del Olmo et al., 2019; Gálvez et al., 2019; Millis, 2019; Pakpour et al., 2020). Por ejemplo, las variables de ansiedad y depresión se asocian positivamente en los tres grupos e influyen en la calidad de vida y el impacto de la enfermedad

por lo que reconocer cómo se comportan estas variables de manera individual y en conjunto, es decir cómo se relacionan unas con otras, permite comprender con mayor detalle los padecimientos de dolor y elaborar estrategias de intervención que aborden las principales áreas de afectación o que permitan reducir el impacto que tienen ciertas variables en los padecimientos de DC en la vida de quienes los padecen.

### **Limitaciones y recomendaciones**

Es importante mencionar las limitaciones presentes en el proceso de investigación, principalmente debido a los ajustes derivados del confinamiento por la pandemia de COVID-19, la evaluación tuvo que realizarse a través de una plataforma virtual, lo cual, aunado a la utilización de instrumentos de auto reporte podría constituir una limitación metodológica para el estudio ya que en este tipo de evaluaciones es necesario controlar cuidadosamente la aplicación ya que pueden presentarse ambigüedades, sesgos lingüísticos y en ocasiones es difícil verificar que las respuestas sean reales y honestas (Wood, 2020). Sin embargo, los resultados obtenidos en la presente investigación fueron obtenidos a través de distintas escalas con niveles de confiabilidad y validez adecuados, por lo que cumplen con la función de medir y recopilar información sobre las variables planteadas y por ende la metodología empleada en la investigación podría ser generalizada a la investigación de estas variables en otras poblaciones con DC, siendo cuidadosos con los protocolos de aplicación.

También, se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico a través de una convocatoria en internet para invitar a participar a aquellas mujeres que presentaran los síntomas característicos de la Dismenorrea, lo cual pudo afectar a los resultados tomando en cuenta los sesgos que implica este tipo de muestreo, por lo que se sugiere en futuras investigaciones utilizar un tipo de

muestreo aleatorio simple (Hernández et al., 2014) para disminuir la mayor cantidad de sesgos posibles derivados de este punto.

Aunado a lo anterior, debido a que la exploración física es fundamental para distinguir entre dismenorrea primaria y secundaria no fue posible discriminar entre ambas patologías, por lo que ambas se tomaron en consideración de igual forma a través de un breve cuestionario de auto reporte de los síntomas principales. Además, para el grupo con fibromialgia, no fue considerada la presencia de dismenorrea en las participantes durante la evaluación, y esto podría haber influido en la intensidad de dolor percibida, por lo que se sugiere para futuros estudios tomar en cuenta la posibilidad de que exista una comorbilidad con padecimientos de DC, psicológico u otros.

De acuerdo con lo establecido teórica y metodológicamente, la medición del periodo activo de la dismenorrea se realizó dentro de los días en que suele presentarse el nivel más alto de dolor (día 1 y 2 de sangrado), sin embargo durante la aplicación, fue posible notar que existía una variabilidad entre las participantes y cada ciclo menstrual, tanto de la intensidad como del día de mayor dolor por lo que esto puede influir en la medición de los datos y la validez interna de los resultados, por ello en futuros estudios sería importante llevar a cabo el seguimiento de más de un periodo menstrual y contemplar cuál es el día en que cada participante considera como aquel con más dolor.

La desigualdad del número de participantes por grupo y el que las muestras no sean representativas también puede percibirse como una limitación, sin embargo, gracias a la aplicación en línea fue posible tener acceso a una muestra más amplia de mujeres con DM y en menor tiempo, lo que permite tener un acercamiento a la población y sugiere ampliar la investigación para lograr un estudio formal con mayor poder estadístico.

Además, la condición sanitaria por COVID-19 también se percibe como limitación ya que implicó cambios en la sintomatología de las participantes, sus rutinas y trajo consigo diversas situaciones que tuvieron impacto en su estado emocional, por lo que los resultados de la investigación pudieron verse influidos al estar presentes estas variables extrañas derivadas de la pandemia y una disminución de sus actividades diarias durante el confinamiento.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones, este trabajo de investigación muestra distintas bondades. Primero, aporta al conocimiento teórico sobre DC en población mexicana bases para conocer de qué manera se comportan los padecimientos de dolor, ya que, por años, ha sido un tema poco estudiado, pero que se encuentra presente en la población de manera considerable analizando la epidemiología de muchos padecimientos donde el dolor es un rasgo frecuente.

Brinda un panorama de las características de dos tipos de DC que podrían considerarse completamente diferentes entre sí respecto a sus rasgos y sintomatología particulares, pero que tienen cualidades similares respecto a las repercusiones que tienen en las personas que padecen algún tipo de DC, lo que permitirá tener una aproximación más clara a estas situaciones y comprender cada padecimiento de manera completa y no aislando cada elemento presente en la experiencia del dolor, de tal manera, que sea posible diseñar estrategias dirigidas a las principales áreas de afectación y deterioro.

Finalmente, se considera a la Dismenorrea no solo como un síntoma sino como un padecimiento de salud al que muchas mujeres se enfrentan durante cada periodo menstrual y que trae consigo múltiples afectaciones a su rutina diaria y a distintas áreas de su vida. Además, hace una sensibilización hacia lo que implican tanto la fibromialgia como la dismenorrea y la magnitud de la afectación que causan y que se han minimizado a lo largo del tiempo sin considerarlas o considerándolas como algo menor que otras condiciones de DC.



## Conclusiones

De acuerdo con el objetivo específico referente a identificar similitudes y diferencias entre las características clínicas (intensidad de dolor y funcionalidad física) y psicológicas (impacto de la enfermedad, flexibilidad psicológica, ansiedad, depresión y calidad de vida) entre los grupos, se observó lo siguiente:

Referente a las características clínicas, la intensidad del dolor fue severa para el grupo de FM, moderada para el grupo de DM activa y leve para el grupo de DM inactiva, lo cual indica que en los participantes con fibromialgia existe una percepción más fuerte de la intensidad del dolor en comparación con los otros dos grupos. Respecto a la funcionalidad física, los grupos de FM y DM activa se ubicaron en la categoría de discapacidad moderada, mientras que el grupo de DM inactiva se mantuvo en discapacidad mínima, esto nos hace notar que, en presencia del dolor, ambos padecimientos tienen importantes repercusiones en la funcionalidad física.

Al observar las variables de intensidad del dolor y funcionalidad física, es posible notar un patrón de comportamiento similar entre los grupos, que se respalda con los análisis de correlación, donde se encontraron asociaciones positivas entre estas variables en cada grupo, lo cual implica que estas dos variables tienen un comportamiento paralelo en los padecimientos de DC, tal como lo mencionan Mroczen y colaboradores (2019).

Por lo que concierne a las características psicológicas, el impacto de la enfermedad para el grupo de FM fue severo, mientras que para el grupo de DM activa fue moderado y en el grupo de DM inactiva se mantuvo leve, siendo el malestar general el área más elevada en los tres grupos y la función física la menor, indicando que ambos padecimientos tienen un impacto

considerable en las actividades, incluso cuando la capacidad física no está tan comprometida por el dolor.

En inflexibilidad psicológica, el grupo de FM obtuvo mayores puntajes y predomina la fusión cognitiva, mientras que entre los grupos de DM activa e inactiva los puntajes son similares entre sí, predominando la evitación. Lo anterior indica que, en los padecimientos como la fibromialgia los pensamientos de dolor tienden a tener un gran control sobre la conducta, mientras que en la dismenorrea se tiende a evitar cualquier pensamiento o acción relacionada al dolor. Ambas características y la duración del padecimiento podrían estar influyendo en la manera en la que se afronta y el impacto que tiene en la vida de quienes lo padecen.

La sintomatología ansiosa y depresiva fue mayor en el grupo de FM en comparación con los otros dos grupos, donde el grupo de DM inactiva tuvo puntajes ligeramente más altos en ambas escalas que el grupo de DM activa. Esto indica que, como lo menciona Morrison (2008), Mills y colaboradores (2019), la depresión y la ansiedad están presentes en los padecimientos de DC, principalmente en aquellos donde el dolor se presenta de manera persistente, mientras que en los padecimientos de DC cíclico la prevalencia es menor. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta factores externos al padecimiento que pudieran interferir en la presencia o ausencia de esta sintomatología.

Finalmente, la calidad de vida fue considerablemente menor para la FM, mientras que entre los grupos de DM, se percibe una mejor calidad de vida y la diferencia entre ambos grupos no es tan alta, lo que indica que, aunque hay un impacto en la calidad de vida de quienes padecen dismenorrea cuando el dolor está presente, no es tan alto como lo es para alguien con fibromialgia.

En función del objetivo específico enfocado en identificar y comparar las características psicológicas asociadas con el dolor y la funcionalidad física en los grupos de estudio, se concluye lo siguiente:

El nivel de dolor tiene asociación positiva con el impacto de la enfermedad y la funcionalidad física en los tres grupos, es decir, mientras mayor sea el nivel de dolor percibido mayor será la incapacidad para realizar actividades que impliquen la función física y a su vez, también será mayor el impacto de la enfermedad sobre el individuo.

La funcionalidad física también se asocia positivamente al impacto de la enfermedad en los tres grupos, es decir, mientras mayor se registra la incapacidad funcional, mayor es el impacto que tiene la enfermedad en quien la padece, ya que como se asume en estudios anteriores de dolor crónico, incluidas la fibromialgia y la dismenorrea (Arnold et al., 2008; Breivik et al., 2012; Del Olmo et al., 2019; Sallinen y Maruttm, 2017; Subasinghe et. al., 2016) esto lleva a que los individuos con DC tengan modificaciones o limitaciones en la realización de sus actividades diarias, derivando en el deterioro de diferentes áreas de su vida.

Específicamente, en el grupo de DM activa, se encontró asociación positiva entre las variables de nivel de dolor y funcionalidad física con la variable de inflexibilidad psicológica, indicando que, en este padecimiento, mientras más fuerte se perciba el dolor o aumente la incapacidad física, mayor será la dificultad de afrontar la situación de manera efectiva.

Los datos encontrados en este estudio permiten comprender que quien presenta un padecimiento de DC, ya sea de manera persistente o cíclica, no se enfrenta únicamente a percibir el dolor físico, sino a una amplia gama de afectaciones en diversas áreas de su vida, ambos son padecimientos que están presentes a lo largo de la vida y a largo plazo las repercusiones son igual de importantes. Es por ello que, es fundamental que el personal de salud, familiares y las

personas que lo padecen conozcan las repercusiones que se encuentran implícitas en el DC y se haga consciencia de la importancia que tiene la atención multidimensional en este tipo de padecimientos.

El papel del psicólogo es muy importante en la atención del dolor, pues a pesar de ser un tema complejo, se debe buscar la mejor manera de abordarlo desde la evaluación hasta la intervención, de tal manera que se pueda dotar a quien lo padece, de diversas estrategias que le permitan aprender a vivir con un padecimiento de dolor, y así, poder disminuir las repercusiones en la calidad de vida, siempre adaptando los tratamientos entorno a las necesidades específicas de cada persona.

Además, es necesario crear nuevas líneas de investigación psicológica que continúen profundizando en el impacto de los padecimientos de dolor, principalmente en México, ya que es un área poco estudiada y en muchas ocasiones infravalorada a causa de diversas creencias, desconocimiento o normalización de los padecimientos.

## Referencias

- Abd-Elsayed A., Deer T.R. (2019) Different Types of Pain. en: Abd-Elsayed A. (eds) *Pain*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-99124-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-99124-5_3)
- Abreu-Sánchez, A., Ruiz-Castillo, J., Onieva-Zafra, M., Parra-Fernández, M., y Fernández-Martínez, E. (2020). Interference and Impact of Dysmenorrhea on the Life of Spanish Nursing Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6473. [Doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17186473](https://doi.org/10.3390/ijerph17186473)
- Acevedo, J. (2012). Teoría de la compuerta (Ronald Melzack y Patrick D. Wall, 1965). *Universitas Médica*, 53(4),395-419.
- Akerblom, S., Perrin, S., Rivano, M. y McCracken, L. (2018). The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Chronic Pain in People Seeking Treatment for Chronic Pain. The Mediating Role of Psychological Flexibility. *The Clinical Journal of Pain*, 34(6), 487-496. [Doi: 10.1097/AJP.0000000000000561](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000561)
- Alcántara, M., Flórez, C., Echávarri, C. y García, F. (2006) Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación*, 40(3), 150-158.
- AlHamam, M., Buhaim, A., AlSaeed, N., AlFuraikh, F., y AlJughaiman, S. (2021). Low back pain and its correlations with poor sleep quality among health care providers. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 17(1), 28–37. [Doi: 10.1016/j.jtumed.2021.09.002](https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2021.09.002)
- Álvarez, E., Casasola, J., Lino, L. y Vázquez, J. (2006). Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. Análisis de 800 casos. *Reumatología Clínica*, 2(4), 183-189. [Doi: 10.1016/S1699-258X\(06\)73044-3](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73044-3)

Arnold, L., Crofford, L., Mease, P., Misra, S., Palmer, S., Abetz., L. y Martin, S. (2008) Patient Perspectives on the Impact of Fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 114-120. [doi: 10.1016/j.pec.2008.06.005](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.005)

Armour, M., Parry, K., Al-Dabbas, M., Curry, C., Holmes, K., MacMillan, F., Ferfolja, T., y Smith, C. (2019). Self-care strategies and sources of knowledge on menstruation in 12,526 young women with dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 14(7). [Doi: 10.1371/journal.pone.0220103](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220103)

Asociación Americana de psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bailey, A. (2012) Sex Differences in Pain en Bailey, A. y Bernstein, C. (eds). *Pain in Women*, pp. 1-16. Springer, New York.

Bautista, C. (2019) Función somatosensitiva, dolor, cefalea y regulación de la temperatura. En Norris, T. (Ed.) *Porth. Fisiopatología: Alteraciones de la salud. Conceptos básicos*, 388-430. Wolters Kluwer

Bautista, D., De Lucio, M., Higareda, J. y Romero, A. (2020) Calidad de vida, malestar emocional y tiempo de diagnóstico en pacientes con diabetes tipo 2 en un municipio de Hidalgo, México. *Huella de la palabra*. 14, 10-24. <https://doi.org/10.37646/huella.v14i14.13>

Bautista, S., y Jiménez, S. (2014) *Epidemiología del dolor crónico*. Archivos en medicina familiar, 16(4), 69-72.

- Barsom, S., Mansfield, P., Koch, P., Gierach, G. y West, S. (2004) Association between psychological stress and menstrual cycle characteristics in perimenopausal women. *Women's Health Issues*, 14(6), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2004.07.006>
- Bennett, R., Bushmakin, A., Cappelleri, J., Zlateva, G. y Sadosky, A. (2009a) Minimal Clinically Important Difference in the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *The Journal of Rheumatology*, 36(6), 1304-13011. [Doi: https://doi.org/10.3899/jrheum.081090](https://doi.org/10.3899/jrheum.081090)
- Bennett, R., Friend, R., Jones, K., Ward, R., Han, B., y Ross, R. (2009b). The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis research & therapy*, 11(4), R120. [Doi: https://doi.org/10.1186/ar2783](https://doi.org/10.1186/ar2783)
- Bitzer, J. (2014) Dismenorrea, síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual. En: Genazzani AR, Brincat M. (eds) *Frontiers in Gynecological Endocrinology*. Serie ISGE. Springer, Cham.
- Boyle, G., Fernández, E. y Ortet, G. (2003). El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire-MPQ): consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología*, 12(1), 111-119.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287. [Doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009)
- Burckhardt, C., Clark, S., y Bennett, R. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *The Journal of rheumatology*, 18(5), 728-733.

- Cabo, A., Cerda, G. y Trillo, J. (2017) Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448.
- Carregal, A., Román, A. y Mayo, M. (2017). Bases anatómicas, fisiológicas y bioquímicas del dolor. En Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos (Eds.) *Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes* (pp.19-30). Enfoque Editorial SC.
- Cheng, J. (2018) Overview of Pain States en Cheng, J; Rosenquist R. (eds) *Fundamentals of Pain Medicine*. (pp. 3-6).
- Chinn, S., Caldwell, W. y Gritsenko, K. (2016) Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Option Update. *Current Pain and Headache Reports*, 20(25).
- Clauw, D. (2014) Fibromyalgia A Clinical Review. *Journal of the American Medical Association*, 311(15), 1547-1555. [Doi: 10.1001/jama.2014.3266](https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266)
- Collado-Mateo, D., Chen, G., García, M., Lezzi, A., Adsuar, J., Olivares, P. y Gusi, N. (2017) Fibromyalgia and quality of life: mapping the revised fibromyalgia impact questionnaire to the preference-based instruments. *Health Qual Life Outcomes*, 15(114) [Doi: 10.1186/s12955-017-0690-0](https://doi.org/10.1186/s12955-017-0690-0)
- Collinge, W., Soltysik, R., y Yarnold, P. (2020). Fibromyalgia Impact Reduction Using Online Personal Health Informatics: Longitudinal Observational Study. *Journal of medical Internet research*, 22(4). [Doi: 10.2196/15819](https://doi.org/10.2196/15819)
- Coolican, H. (1997) *Métodos de investigación y estadística en Psicología*. Manual Moderno.
- Coppair, N., Acosta, B., Buzó, J., Nery, P. y Ortíz, V. (2014) Calidad de vida y afrontamiento en pacientes con cáncer y sida de Paraguay. *Salud & Sociedad*, 5(1), 82-96.



- Covarrubias, A., Guevara, U., Gutiérrez, C., Betancourt, J. y Córdova, J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), 207-213.
- Curt, F., Refojos, F., y Laya, A. (2017) Evaluación del paciente con dolor en Sociedad Galega da dor e coidados paliativos (eds) *Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes* (pp. 53-79).
- Dahlhamer, J., Lucas, J., Zelaya, C., Nahin, R., Mackey, S., DeBar, L., Kerns, R., Von, M., Porter, L. y Helimick, C. (2018) Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults-United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(36), 1001-1006. [Doi: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a2](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a2)
- Del Olmo, C., Cuerda, M. y Sancho, D. (2019) Calidad de vida en pacientes con fibromialgia: Revisión bibliográfica. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. (8), 4-10. [Doi: http://doi.org/10.35761/reesme.2019.8.02](http://doi.org/10.35761/reesme.2019.8.02)
- Demir, O., Sal, H. y Comba, C. (2021). Triangle of COVID, anxiety and menstrual cycle. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 41(8), 1257-1261. [doi: 10.1080/01443615.2021.1907562](https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1907562)
- El-Metwally, A., Shaikh, Q., Aldiab, A., Al-Zahrani, J., Al-Ghamdi, S., Alrasheed, A., Househ, M., Da'ar, O., Nooruddin, S., Abdul, H y Aldossari, K. (2019) The prevalence of chronic pain and its associated factors among Saudi Al-Kharj population; a cross sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*, 20(177) [Doi: https://doi.org/10.1186/s12891-019-2555-7](https://doi.org/10.1186/s12891-019-2555-7)
- Escudero-Carretero, M., García-Toyos, N., Prieto-Rodríguez, M., Pérez-Corral, O., March-Cerdá, J. y López-Doblas, M. (2009). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su

- enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología clínica*, 6(1), 16-22. [doi:10.1016/j.reuma.2009.04.008](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.04.008)
- Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M., & Parra-Fernández, M. (2018). Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PLoS one*, 13(8), e0201894. [Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894)
- Gagua, T., Tkeshelashvili, B. y Gagua, D. (2013). Pain and quality of life of adolescents with primary dysmenorrhea in Tbilisi, Georgia, 2008. Cross sectional study. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(2), 100-106.
- Gagua, T., Tkeshelashvili, B., Gagua, D., y McHedlishvili, N. (2013). Assessment of anxiety and depression in adolescents with primary dysmenorrhea: a case-control study. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 26(6), 350–354. [Doi: https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.06.018](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.06.018)
- Galán, N., Riveros, A., Sahagún, A., y Jurado, S. (2022). Propiedades psicométricas de las escalas FIQ-R, ODI y PIPS, en población mexicana con síndrome de fibromialgia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 63(2), 177-192.
- Gálvez, C., Duschek, S. y Reyes, G. (2019) Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*. 12, 117-127. [doi: 10.2147/PRBM.S178240](https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240)
- Garaigordobil, M. y Gollivard, L. (2013). Fibromialgia: Discapacidad funcional, autoestima y perfil de personalidad. *Información psicológica*. 106, 4-16.

García, J. (2017). Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(3). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000300271>

Garnaes, K., Morkved, S., Salvesen, O., Tonne, T., Furan, L., Gronhaug, G., Vasseljen, O. y Holmo, H. (2021) What factors are associated with health-related quality of life among patients with chronic musculoskeletal pain? A cross-sectional study in primary health care. *BMC Musculoskelet Disord*, 22(102). [doi: 10.1186/s12891-020-03914-x](https://doi.org/10.1186/s12891-020-03914-x)

Garrido, N. (2010) El dolor pélvico: tipos. Clasificación, etiología. La dismenorrea, la dispareunia. Dolor pélvico de causa orgánica. Diagnóstico y manejo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (Archivo PDF).

Garro, V., Thuel, M. y Robles, V. (2019) Dismenorrea primaria en las adolescentes: manejo en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. 4(11).

Goldenberg, D. (2022) Manifestaciones clínicas y diagnóstico de fibromialgia en adultos. *UpToDate*. [https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromyalgia-in-adults?search=epidemiologia%20fibromialgia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromyalgia-in-adults?search=epidemiologia%20fibromialgia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Gómez, R., Díaz, B., Gutiérrez, C., Sánchez, B., y Torres, M. (2020). Prevalence, Disability and Associated Factors of Playing-Related Musculoskeletal Pain among Musicians: A Population-Based Cross-Sectional Descriptive Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3991. [Doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17113991](https://doi.org/10.3390/ijerph17113991)

- González, A., Jiménez, A., Rojas, E., Velasco, L., Chávez, M. y Coronado, S. (2018) Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 41(1), 7-14.
- González, M., (2014) Dolor crónico y Psicología. Actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617.
- Guzmán, S., Muñoz, D., Mendoza, G., Orozco, G., Rodríguez J., García, I., Orozco, G. y Nava A. (2018) Fibromialgia. *El residente*, 13(2), 62-67.
- Habibi, N., Huang, M. S., Gan, W. Y., Zulida, R., y Safavi, S. M. (2015). Prevalence of Primary Dysmenorrhea and Factors Associated with Its Intensity Among Undergraduate Students: A Cross-Sectional Study. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(6), 855–861.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.07.001>
- Halawa O., Edwards D. (2015) *Etiología*. En: Lawson, MD E., Wallace, MD M. (eds) *Fibromyalgia*. Springer, Cham. Pp:35-50.
- Harstall, C., Ospina M. (2003). How Prevalent is Chronic Pain? *Pain Clinical Update*. 11(2), 1-4.
- Hedman, M., Hedman, E., Axelsson, E., Ljotsson, B., Engelbrektsson, J., Hultkrantz, S., Lundback, K., Björkander, D., Wicksell, R., Flink, I. y Andersson, E. (2018) *The Clinical Journal of Pain*, 34(6), 532-542. [Doi: 10.1097/AJP.0000000000000566](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000566)
- Henriquez, O., Peck, D. (2015) Fibromyalgia Diagnosis en Lawson, E., Wallace, M. (eds) *Fibromyalgia*. (23-34).

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. (6ta. Ed.) México. Mc Graw Hill.

Hofmeister, S., & Bodden, S. (2016). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American family physician*, 94(3), 236–240.

Hordon, L. (2022). Overview of the musculoskeletal complications of diabetes mellitus. *Up To Date*. <https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/overview-of-the-musculoskeletal-complications-of-diabetes-mellitus?source=bookmarks>

Houses, W., Eich, W., Herrmann, M., Nutzinger, DO, Schiltewolf, M. y Henningsen, P. (2009). Síndrome de fibromialgia: clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Deutsches Arzteblatt International*, 106 (23), 383–391. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0383>

Hu, Z., Tang, L., Chen, L., Kaminga, A. C., y Xu, H. (2020). Prevalence and Risk Factors Associated with Primary Dysmenorrhea among Chinese Female University Students: A Cross-sectional Study. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 33(1), 15–22. [Doi: https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.09.004)

Infante, P. (2002) Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico. [Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona] <https://www.tesisenred.net/handle/10803/5423#page=1>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2021) *Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020*. Recuperado en abril del 2021 de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020\\_Pnles.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf)

- Jones, K., Mist, S., Casselberry, M., Ali, A., y Christopher, M. (2015). Fibromyalgia Impact and Mindfulness Characteristics in 4986 People with Fibromyalgia. *Explore (New York, N.Y.)*, 11(4), 304–309. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.04.006>
- Jurado, S. (2017) Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida: Manual para aplicación y calificación. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Kasemsan, A., Joseph, L., Paungmali, A., Silitertpisan, P., y Pirunsan, U. (2021). Prevalence of musculoskeletal pain and associated disability among professional bus drivers: a cross-sectional study. *International archives of occupational and environmental health*, 94(6), 1263–1270.
- Krebs, C., Weinberg, J., Akesson, E. y Dilli, E. (2018) Dolor. En Krebs, C., Weinberg, J., Akesson, E., Dilli, E. (Eds.) *Lippincott's Illustrated Reviews: Neurociencia*.(2ª ed., pp. 438-458) Wolters Kluwer.
- Kucukali, A., Eda, E., Markucak, M. y Capkin, E. (2012) Sociodemographic Characteristics, Clinical Signs and Quality of Life in Patients with Fibromyalgia. *The Eurasian Journal of Medicine*, 44(2), 88-93. [doi: 10.5152/eajm.2012.21](https://doi.org/10.5152/eajm.2012.21)
- Lami, M., Zambolin, M., y Carabajal, M. (2020) Variables asociadas de malestar psicológico y funcionamiento de personas con dolor crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 12(2), 39-49. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v12.n2.25392>
- Lathe, P., Lathe, M., Say, L., Gülmezoglu, M., y Khan, K. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC public health*, 6, 177. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-177>

- Limeres, E., Vázquez, S. y Pumariño, V. (2017) *Fibromialgia*. En *Sociedad Galega da dor e cuidados paliativos* (eds) Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes (pp. 363-370).
- Lobo, A., Santos, M. y Carvalho, J. (2007) Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(1), 22-6.
- Maffei, M. (2020). Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *International journal of molecular sciences*, 21(21), 7877. <https://doi.org/10.3390/ijms21217877>
- Maher, M., Keeffe, A., Phelan, N., Behan, L., Collier, S., Hevey, D. y Owens, L. (2022). Female Reproductive Health Disturbance Experienced During the COVID-19 Pandemic Correlates With Mental Health Disturbance and Sleep Quality. *Frontiers in endocrinology*, 13(838886). [10.3389/fendo.2022.838886](https://doi.org/10.3389/fendo.2022.838886)
- Malik, T. (2020) ABCs of Chronic Pain Evaluation en Malik T. (eds) *Practical Chronic Pain Management*. (pp. 1-5).
- Marcus, D. (2009) Fibromyalgia en Marcus, D. (eds) *Chronic Pain*. (211-228).
- McIntosh, K. (2022). *Covid-19: Clinical features*. Up To Date. <https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/covid-19-clinical-features?source=bookmarks>
- Meana, M., Cho, R., y DesMeules, M. (2004). Chronic Pain: The Extra Burden on Canadian Women. *BMC women's health*, 4 Suppl 1(Suppl 1), S17. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S17>

Metkus, T. (2020). *Warning signs and symptoms of heart disease*. Medline Plus.

<https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000775.htm>

Mills, S., Nicolson, K. y Smith, B. (2019) Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anesthesia*, 123(2), 273-283.

Mroczek, B., Łubkowska, W., Jarno, W., Jaraczewska, E., y Mierzecki, A. (2020). Occurrence and impact of back pain on the quality of life of healthcare workers. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*, 27(1), 36–42.

<https://doi.org/10.26444/aaem/115180>

Monge, S. (s.f.). Afrontamiento psicológico del dolor menstrual. *Cyclo*.

<https://ilovecyclo.com/es/blog/>

Morgan, F., Morgan, F., Baez, J. y Quevedo, E. (2015) Dismenorrea: una revisión. *Revista Médica UAS*, 5(1), 29-42.

Morrison, V., Bennett, P. (2008) *El dolor en Psicología de la Salud*. (ed) Pearson. Madrid. (pp. 523-560)

Mutubuki, N., Beljon, Y., Maas, T., Huygen, F., Ostelo, R., van Tulder, W., y van Dongen, M. (2020). The longitudinal relationships between pain severity and disability versus health-related quality of life and costs among chronic low back pain patients. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 29(1), 275–287. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02302-w>



- Nicholas, M., Vlaeyen, J., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S y Treede, R. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *PAIN*, 160(1), 28-37. [doi: 10.1097/j.pain.0000000000001390](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390)
- Núñez-Claudel, B., Cáceres-Matos, R., Vázquez-Santiago, S. y Gil-García, E. (2020). Consecuencias de la dismenorrea primaria en mujeres adolescentes y adultas. Revisión sistemática exploratoria. *IQUAL. Revista de Género e igualdad*, 3, 132-147. <http://dx.doi.org/10.6018/igual.402211>
- Orozco, J. (2015). Capítulo 17: Ginecología en Ramos, I., Martínez, D., Hernández A., Centeno, M. y Vázquez R. (eds) *CAM Curso de actualización médica*. Mcgraw-hill Interamericana.
- Ortiz M. I. (2010). Primary dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 152(1), 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.04.015>
- Pacheco, D. (2008) Medición del dolor en enfermedades musculoesquelética. *Medwave*. 8 (11). [Doi: 10.5867/medwave.2008.11.3658](https://doi.org/10.5867/medwave.2008.11.3658)
- Pakpour, A. H., Kazemi, F., Alimoradi, Z., y Griffiths, M. D. (2020). Depression, anxiety, stress, and dysmenorrhea: a protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 9(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01319-4>
- Pampín, M. Cebral, A. Navarro, M. (2017) El modelo de dolor crónico y abordaje bio-psico-social. en Sociedad Galega da dor e cuidados paliativos (eds) *Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes* (pp. 31-37).

- Pasqual, A., De Sousa, A., Assumpcao, A., Akemi, L. y King, S. (2017) Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2016.10.004>
- Peláez, I., Helena, L., Moreno, J., Álvarez, J., Burgos, R., Garza, M., Rodríguez, J., Goycochea, M., Madariaga, M., Zamudio, J., Santana, N. y Cardiel, M. (2011) Epidemiology of the Rheumatic Diseases in Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. *The Journal of Rheumatology*. 86, 3-8. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100951>
- Pellicer, G. (1997) Conceptos históricos y teorías sobre el dolor. *Salud mental*, 20(1), 56-61.
- Pérez A., Feliu, A., Montero, J., García, J., Andrés, L., Borrás, X., Rozadilla, A., Peñarrubia, M., Angarita, N., McCracken, L. y Luciano, J. (2019). *PAIN*, 160(11), 2508-2523. [doi: 10.1097/j.pain.0000000000001655](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001655)
- Phelan, N., Behan, L. y Owens, L. (2021). The Impacto of the COVID-19 Pandemic on Women's Reproductive Health. *Frontiers in endocrinology*, 12(642755). [10.3389/fendo.2021.642755](https://doi.org/10.3389/fendo.2021.642755)
- Politi, B. y Villalobos. J. (2017) Calidad de vida en salud, calidad de sueño y apoyo social percibido en pacientes con Fibromialgia. *La revista de enfermería y ciencias de la salud*, 10(2), 21-32.
- Real Academia Española (s.f.) Recurrente. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en febrero del 2021, de: <https://dle.rae.es/recurrente?m=form>

- Riveros, A., Castro, C. y Lara-Tapia, H. (2009) Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41(2), 291-304.
- Riveros, A., Sanchez, J., y Del Águila, M. (2008) Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). México. Manual Moderno.
- Rodero, B., Pereira, J., Pérez-Yus, M., Casanueva, B., Serrano-Blanco, A., Rodrigues da Cunha Ribeiro, M., Luciano, J. y Garcia-Campayo, J. (2013) Validation of a Spanish version of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS) and an evaluation of its relation with acceptance of pain and mindfulness in sample of persons with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 62-72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-62>
- Salgueiro, M., García, J., Ballesteros, J., Hidalgo, J., Molina, R. y Calandre, E. (2013) Validation of a Spanish versión of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). *Health and Quality of Life Outcomes*. 11(132). [Doi: 10.1186/1477-7525-11-132](https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-132)
- Sallinen, M; y Marit, A. (2017) “I just want my life back!”-Men’s narratives about living with fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*. 41(4), 422-429.
- Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D. y Atzeni, F. (2020) Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology*. 16, 645-660. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00506-w>
- Schorge, J. (2009). Dolor pélvico en Schaffer, J; & Halvorson, L. *Williams: Ginecología*. (pp. 244-268).
- Serrano, M., Caballero, J., Cañas, A., García, P., Serrano, C. y Prieto, J. (2002) Valoración del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(2), 94-108.

- Singhal, K., Muliya, P., Pakhare, P., Behera, P., y Santoshi, A. (2021). Do Patients of Chronic Low Back Pain have Psychological Comorbidities? *Avicenna journal of medicine*, 11(3), 145–151. [Doi: 10.1055/s-0041-1734385](https://doi.org/10.1055/s-0041-1734385)
- Smith, H., Harris, R. y Clauw, D. (2011) Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome. *Pain Physician* 14, 217-245.
- Smith, R., Kaunitz, A. (2020) Dysmenorrhea in adult women: Clinical features and diagnosis en: Basow, D. (Ed), UpToDate. Recuperado febrero 2021 de [https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/dysmenorrhea-in-adult-women-clinical-features-and-diagnosis?search=dismenorrea&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H52181096](https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/dysmenorrhea-in-adult-women-clinical-features-and-diagnosis?search=dismenorrea&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H52181096)
- Söderman, L., Edlund, M., y Marions, L. (2019). Prevalence and impact of dysmenorrhea in Swedish adolescents. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 98(2), 215–221.
- Styer A. (2013) Gynecologic Etiologies of Chronic Pelvic Pain en Bailey, A. y Bernstein, C (eds) *Pain in Women*. (pp. 95-142) [Doi: 10.1007/978-1-4419-7113-5](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7113-5)
- Subasinghe, A., Hapoo, L., Jayasinghe, Y., Garland, S., Gorelik, A. y Wark, J. (2016) Prevalence and severity of dysmenorrhea, and management options reported by young Australian women. *Neurology*, 45(11), 829-834.
- Torres, R. (2012) El impacto en la calidad de vida como consecuencia de la enfermedad, los instrumentos de medición y otras reflexiones. *Revista CES Salud Pública*. 3(1), 108-115.

Traue, H., Jerg-Breatzke, L., Pfingsten, M., Hrabal, V. (2010) Factores psicológicos en el dolor crónico en *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos*. Ed. IASP. (pp: 19-26).

Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N., First, M., Giamberardino, M., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B., Svensson, P., Vlaeyen, J. y Wang, S. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN*, 156(6), 1003-1007. [10.1097/j.pain.000000000000160](https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160)

Tridenti G., Vezzani C. (2018) Dismenorrea. En: Fulghesu A. (eds) Buenas prácticas en *ginecología pediátrica y adolescente*. Springer, Cham. [Doi: 10.20473/imhsj.v4i1.2020.51-59](https://doi.org/10.20473/imhsj.v4i1.2020.51-59)

Trompetter, H. Bohlmeijer, E., Baalen, B., Kleen, M., Köke, A., Reneman, M. y Schreurs, K. (2014) The psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). Exploration of Psychometric Properties in a Hetero generous Chronic Pain Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 30(4), 289-295. [Doi: 10.1027/1015-5759/a000191](https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000191)

Turk, D y Flor H. Chronic pain: A biobehavioral perspective. In: Gatchel, R., y Turk, D. editores. *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. Guilford Press; New York (NY): 1999.

Turk, D., y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.678>

- Turk, D., y Rudy, T. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 25(4), 237-249. [10.1016/0005-7967\(87\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90002-7)
- Urzúa M, Caqueo-Urizar A. (2012) Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* 2012. 30(1), 61-71. [Doi: 10.4067/ S0718-48082012000100006](https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006)
- Vargas, L. y Ramírez, R. (2012) Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales*. 4 (138), 101-110.
- Verbunt, J., Pernot, D. y Smeets, R. (2008) Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes*. 6(8). [doi: 10.1186/1477-7525-6-8](https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-8)
- Vicente, M., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M. y Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la sociedad española del dolor*, 25(4), 228-236. [DOI: 10.20986/resed.2018.3632/2017](https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017)
- Watson, J. (2018) Dolor crónico. *Manual MSD*. Recuperado en febrero 2022 de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico>
- Weijenborg PTM, ter Kuile MM (2013) Dolor ginecológico y funcionamiento sexual. En: Gebhart GF, Schmidt RF (eds) *Encyclopedia of Pain*. Springer, Berlín, Heidelberg.
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg D., Häuser, W., Katz R., Walitt, B. (2016) 2016 Revisions to the 2010/2011/ fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 46(3), 319-329. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

Wood, S. (2020). Collecting behavioral data online.

<http://www.apa.org/science/leadership/students/collecting-behavioral-data>


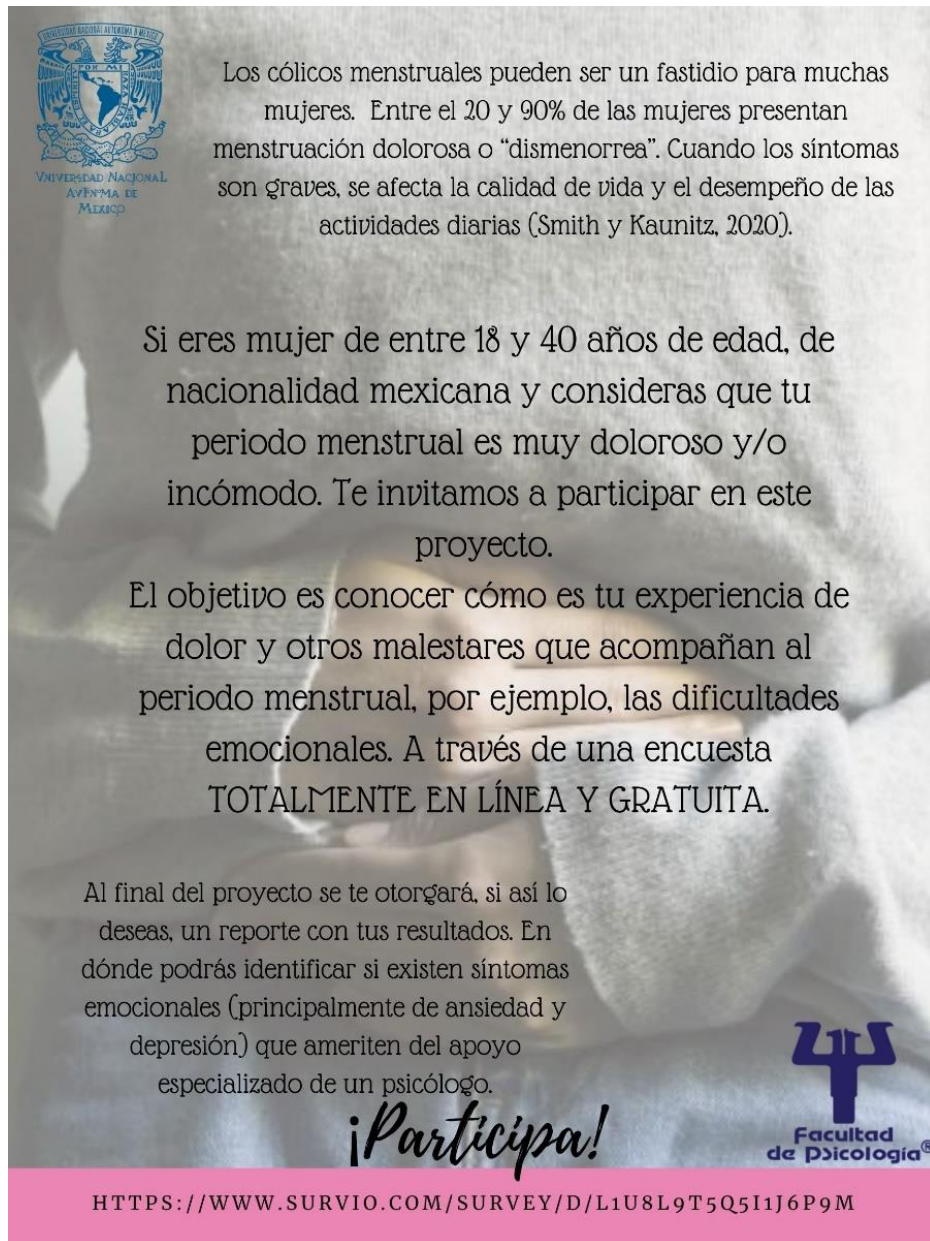
Yáñez, N., Bautista, S., Ruiz, J., y Ruiz, A. (2010) Prevalencia y factores asociados a dismenorrea en estudiantes de ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 8(3), 37-48.

Yonkers, K. y Casper, R. (2021) Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and menstrual dysphoric disorder. UpToDate. [https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder?search=sindrome%20premenstrual&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder?search=sindrome%20premenstrual&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3)

Zaky, S., Zaky, C., y Abd A-Elsayed. (2019) Anatomy of the nervous system en Abd, A-Elsayed (eds) *Pain* (pp. 3-8).

Zanin, L., Paez, A., Correa, C. y De Bortoli, M. (2011) Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. *Fundamentos en Humanidades*, 12(24), 103-123.

## Anexos




Los cólicos menstruales pueden ser un fastidio para muchas mujeres. Entre el 20 y 90% de las mujeres presentan menstruación dolorosa o “dismenorrea”. Cuando los síntomas son graves, se afecta la calidad de vida y el desempeño de las actividades diarias (Smith y Kaunitz, 2020).

Si eres mujer de entre 18 y 40 años de edad, de nacionalidad mexicana y consideras que tu periodo menstrual es muy doloroso y/o incómodo. Te invitamos a participar en este proyecto.

El objetivo es conocer cómo es tu experiencia de dolor y otros malestares que acompañan al periodo menstrual, por ejemplo, las dificultades emocionales. A través de una encuesta **TOTALMENTE EN LÍNEA Y GRATUITA.**

Al final del proyecto se te otorgará, si así lo deseas, un reporte con tus resultados. En dónde podrás identificar si existen síntomas emocionales (principalmente de ansiedad y depresión) que ameriten del apoyo especializado de un psicólogo.

*¡Participa!*



[HTTPS://WWW.SURVIO.COM/SURVEY/D/L1U8L9T5Q5I1J6P9M](https://www.survio.com/survey/d/L1U8L9T5Q5I1J6P9M)

Anexo 1.



3 ¿Actualmente, padece alguna de las siguientes enfermedades?

Instrucciones de pregunta: Seleccione una o más respuestas

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión  | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide  | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales                        | <input type="checkbox"/> Migraña (en los últimos 3 meses)   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Ama  | <input type="checkbox"/> Influenza/neumonía (alguna vez en la vida) | <input type="checkbox"/> Depresión (tristeza intensa por más de 6 meses)                                |
| <input type="checkbox"/> Fobias  | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo                                | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad generalizada         | <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo mayor  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno límite de la personalidad                       | <input type="checkbox"/> Adherencias pélvicas firmes                                  | <input type="checkbox"/> Síndrome de congestión pélvica             | <input type="checkbox"/> Síndrome del remanente ovárico   |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de ovario atrapado                               | <input type="checkbox"/> Tumores ováricos y uterinos                                  | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo (En los últimos 3 meses) | <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico (situado en las trompas de falopio) (En los últimos 3 meses) |
| <input type="checkbox"/> Infección o inflamación de las vías urinarias (frecuente) | <input type="checkbox"/> Carcinomas (Tumores los órganos reproductivos y/o genitales) | <input type="checkbox"/> Síndrome uretral crónico                   | <input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico  |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                 |   |   |   |

Anexo 2.

4 SÍNTOMAS DE DISMENORREA

Instrucciones de pregunta: Seleccione una o más respuestas, de acuerdo con los síntomas que usualmente acompañan su PERIODO MENSTRUAL

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en abdomen bajo, que inicia horas antes o junto con el flujo menstrual y que desaparece después de 12 a 72 hrs | <input type="checkbox"/> Dolor tipo cólico que se irradia hacia la espalda o los muslos  | <input type="checkbox"/> Náuseas   | <input type="checkbox"/> Vómito   |
| <input type="checkbox"/> Diarrea  | <input type="checkbox"/> Fatiga  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza   | <input type="checkbox"/> Malestar general   |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal bajo que inicia una o dos semanas antes del flujo menstrual y que continúa después del sangrado | <input type="checkbox"/> Dolor genital antes, durante y después de tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Sangrado intermenstrual (sangrado una o varias veces entre periodos menstruales) |
| <input type="checkbox"/> Sangrado posterior a las relaciones sexuales   | <input type="checkbox"/> Cambios o alteraciones en el ciclo menstrual (adelantado/atrasado, flujo más/menos abundante)                   | <input type="checkbox"/> Sangrado menstrual abundante  |   |

5 Usualmente ¿cuánto tiempo antes del día 1 del sangrado aparecen los síntomas?

Instrucciones de pregunta: Seleccione una respuesta

- 1 o 2 semana antes  
  4 a 5 días antes  
  2 a 3 días antes  
  1 día antes  
  Horas antes  
  Justo con el sangrado

6 Usualmente ¿cuánto tiempo después del día 1 del sangrado desaparecen los síntomas?

Instrucciones de pregunta: Seleccione una respuesta

- 1 o 2 semana después  
  4 a 5 días después  
  2 a 3 días después  
  1 día después  
  Horas después

7 ¿Tiene el diagnóstico médico de "dismenorrea"?

Instrucciones de pregunta: Seleccione una respuesta

- Sí  
  No  
  No, pero tengo síntomas

8 ¿Quién lo emitió?

Instrucciones de pregunta: Seleccione una respuesta

- Médico general  
  Ginecólogo  
  No tengo diagnóstico  
  Otro especialista...

9 Independientemente de tener diagnóstico de dismenorrea ¿cuánto tiempo tiene con síntomas?

Instrucciones de pregunta: Señale el tiempo en número de meses y/o años, según aplique

10 Fecha del inicio de su última menstruación

Instrucciones de pregunta: Por favor escriba día y mes

# DISMENORREA

**DONDE REINA HORMONA,  
NO MANDA NEURONA**

Psic. Ivón Sotelo Hernández

---

### ¿Qué es?

Es el dolor pélvico tipo cólico que ocurre durante la menstruación, tiene una incidencia del 26% al 50% de mujeres en edad reproductiva.

Puede ser clasificada en dos tipos:

#### Dismenorrea primaria:



El dolor se presenta como consecuencia de una elevada producción de prostaglandinas (sustancias desencadenantes de las contracciones uterinas) y no se encuentra algún daño orgánico.

#### Dismenorrea secundaria:



En este caso se presenta alguna patología o daño orgánico que podría causar los síntomas, como miomatosis, endometriosis o adenomiosis (alteraciones en la cavidad uterina).

### Síntomas

Podrían presentarse algunos de los siguientes:

- Calambres en la parte inferior del abdomen
- Dolor en la parte inferior del abdomen
- Dolor en la parte baja de la espalda
- Dolor que se extiende a lo largo de las piernas
- Náuseas
- Vómito
- Diarrea
- Fatiga
- Debilidad
- Desmayo
- Dolores de cabeza



### Diagnóstico

- Historia clínica detallada.
- Exploración física en busca de patologías pélvicas.
- Exámenes de laboratorio, (imagenología y laparoscopia).



### Tratamiento

El objetivo siempre es el alivio del dolor. Sin embargo, en caso de dismenorrea secundaria es posible tratar la patología adyacente y así eliminar por completo la sintomatología.

#### Farmacológicas:

- **Antiinflamatorios no esteroideos:**

MENOS prostaglandinas	==	MENOS Dolor
-----------------------	----	-------------
- **Anticonceptivos hormonales orales y DIU:**

Inhiben la ovulación, regulan el crecimiento del endometrio.	==	MENOS -Sangrado -Prostaglandinas -Contracciones.
--	----	--

#### No farmacológicas:

- **Aumento de actividad física:** Liberación de endorfinas 
- **Cambios en la alimentación:** Evitar ingesta de cafeína, alimentos altos en grasa y condimentos como canela, clavo y comino. 
- **Medidas locales:** Almohadillas de calor en la zona pélvica. 
- **Psicoterapia:** Tomar conciencia de la situación y aprender sobre ella. Técnicas para disminuir el estrés, angustia o pánico, predisponentes al dolor. 
- **Medicina alternativa:** Aromaterapia, acupuntura, masoterapia, meditación y reflexología. Contribuyen a la relajación y a mejorar la respuesta de otros tratamientos. 

---

*La dismenorrea es una condición crónica cíclica es decir, ocurre en diferentes ocasiones a lo largo de la vida, por este motivo se ha normalizado su ocurrencia y se le resta importancia a la correcta evaluación y tratamiento del malestar. Sin embargo, se ha comprobado que puede llegar a tener un gran impacto en la calidad de vida. Por ello, es importante que sea abordada desde diferentes áreas y con profesionales de la salud, procurando siempre el bienestar tanto físico, como mental.*



Referencias: Ginecología Ramos Herrera I. & Martínez Ciccoipieri D. & Chávez A. & Centeno Flores M. & Valls R(Eds.). (2016). CAM Curso de actualización médica. McGraw-Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/pbda/unam.mx/2682/content.aspx?bookid=1739&sectionid=122469616>  
 Kumul, D. Diaz, M. Alvarado M., Alegre, J., Alemán, D., Morales, Y., Barrón, J. (2013) Comparación del tratamiento de la dismenorrea primaria, proinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos hormonales orales. Revista salud Quintana Roo. (25) <https://salud.qroo.gob.mx/revista/revista25/4.pdf>