

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,
Volumen 9, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

**DIMENSIONES PSICOSOCIALES AFECTADAS
POR DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES
DE UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**PSYCHOSOCIAL DIMENSIONS AFFECTED BY CHRONIC
PAIN IN PATIENTS IN A PRIMARY CARE UNIT**

Israel Rodriguez Garcia

Unidad de Medicina Familiar No. 61, Estados Unidos Mexicanos

Patricia del Carmen Martínez Arellanes

Unidad de Medicina Familiar No. 61, Estados Unidos Mexicanos

Arlette Juliette Reyes Pintor

Unidad de Medicina Familiar No. 61, Estados Unidos Mexicanos

Angel Martínez Cerón

Unidad de Medicina Familiar No. 61, Estados Unidos Mexicanos

Claudia Angel Hurtado Luna

Unidad de Medicina Familiar No. 61, Estados Unidos Mexicanos

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16102

Dimensiones Psicosociales Afectadas por Dolor Crónico en Pacientes de una Unidad de Primer Nivel de Atención

Israel Rodriguez Garcia¹

rogi84@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-1540-3690>

Unidad de Medicina Familiar No. 61
Córdoba

Patricia del Carmen Martínez Arellanes

patriciaarellanes28@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8343-5936>

Unidad de Medicina Familiar No. 61 Córdoba
Veracruz

Arlette Juliette Reyes Pintor

arlette.reyes@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0002-3668-6572>

Unidad de Medicina Familiar No. 61
Córdoba, Veracruz

Angel Martínez Cerón

martinezceronangel10@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-5601-8604>

Unidad de Medicina Familiar No. 61
Córdoba, Veracruz

Claudia Angel Hurtado Luna

hurtadoklaudia@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-7216-285X>

Unidad de Medicina Familiar No. 61
Córdoba, Veracruz

RESUMEN

Antecedentes: El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial. El deterioro progresivo del sistema musculo esquelético en la vida puede afectar las actividades psicosociales y el uso de terceras personas. La artrosis es la enfermedad con más prevalencia a nivel mundial en adultos mayores de 65 años, más del 80 % en países industrializados. La fibromialgia afecta a 2,40% en la población mundial, 2,31% de la europea y 2,40% en la población americana. La artritis reumática es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica frecuente y afecta alrededor del 0.8 por ciento de la población adulta. **Objetivo:** El objetivo en la presente investigación fue evaluar con el instrumento WYMPHI 365 adultos de 30 a 65 años, con diagnóstico de dolor crónico asociado a enfermedades osteomusculares que afectan sus actividades psicosociales de la vida. **Resultados:** se obtuvo una prevalencia estimada de las enfermedades osteomusculares del 14.67%. La intensidad del dolor y la dimensión apoyo social no mostró afectación, y la dimensión apoyo social tiene mayor afectación con Artritis reumatoide en contraste con fibromialgia.

Palabras clave: dolor crónico, lesión osteomuscular, actividades psicosociales

¹ Autor principal

Correspondencia: rogi84@hotmail.com

Psychosocial Dimensions Affected by Chronic pain in Patients in a Primary Care Unit

ABSTRACT

Background: Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with a real or potential injury. The progressive deterioration of the musculoskeletal system in life can affect psychosocial activities and the use of third parties. Osteoarthritis is the most prevalent disease worldwide in adults over 65 years of age, more than 80% in industrialized countries. Fibromyalgia affects 2.40% of the world population, 2.31% of the European population and 2.40% of the American population. Rheumatoid arthritis is a common chronic inflammatory autoimmune disease and affects approximately 0.8 percent of the adult population. Objective: The objective of this research was to evaluate 365 adults aged 30 to 65 years with a diagnosis of chronic pain associated with musculoskeletal diseases that affect their psychosocial activities of life using the WYMPHI instrument. Results: An estimated prevalence of musculoskeletal diseases of 14.67% was obtained. The intensity of pain and the social support dimension were not affected, and the social support dimension is more affected with rheumatoid arthritis in contrast to fibromyalgia.

Keywords: chronic pain, musculoskeletal injury, psychosocial activities

Artículo recibido 05 diciembre 2025

Aceptado para publicación: 25 enero 2025



INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para estudio del dolor (IASP) y la Organización Mundial de la salud (OMS), define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociado a una lesión real o potencial o descrita en los términos de la misma lesión”.¹

La palabra psicosocial tiene el significado de modelo de salud que incorpora factores, psicológicos y sociales. Cabe destacar como reseña histórica, que la palabra psicosocial se acuña al médico psiquiatra norteamericano George Libman Engel en el año de 1977. Con respecto a las alteraciones psicosociales en el adulto aun dado con dolor crónico en sus vidas, se debe englobar las esferas biológicas, psicológicas y sociales. En cuanto a la biológico, de acuerdo a la edad habrá alteraciones físicas o alteraciones con enfermedades concomitantes crónicas, además de cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo, las alteraciones psicológicas enfocadas a cambios en la percepción psicológica del paciente con el dolor en su vida se ve alterado o se hace parte del modus vivendi, el insomnio, la ansiedad, la depresión son parte de las alteraciones que sufre el paciente. El en aspecto social de modo macro social hay que tener en cuenta que las afectaciones como aislamiento determinado por la soledad física o espiritual, la insatisfacción con las actividades cotidianas, y el apoyo que recibe de su familia o la convivencia esta alterada o no.³

La clasificación actual del dolor crónico comprende 7 divisiones: dolor crónico primario, dolor crónico oncológico, dolor crónico postquirúrgico o post traumático, dolor crónico neuropático, dolor crónico oro facial y cefalea, dolor crónico visceral, y dolor crónico musculoesquelético.^{4,5}

El dolor crónico es aquel que persiste a la causa original y tiene más de tres meses de evolución, el manejo del dolor debe reflejar la naturaleza biopsicosocial de la afectación del individuo, generalmente requiere una estrategia de tratamiento multidimensional que es amplio y abarca desde la prescripción de fármacos, técnicas de relajación, terapia física, técnicas de afrontamiento psicológico y terapia ocupacional, hasta la conformación de grupos de apoyo a pacientes y familiares^{6,7}

Se estima que a nivel mundial anualmente más de 61 millones de personas experimentan 6 billones de días, relacionados con dolor severo, que afectan la calidad de vida y salud. En México se estima que la prevalencia de dolor crónico es de 41.5% afectando en 65.3% a las mujeres y 34.7% a los hombres.^{8,9}



Las enfermedades osteomusculares que generan dolor crónico son: artrosis crónica 40%, lumbalgia crónica 5-45%, cervicalgia crónica 20%, fibromialgia 2.4% a nivel mundial y artritis reumatoide en un 0.8%.

La artrosis es la enfermedad con más prevalencia a nivel mundial en adultos mayores de 65 años, más del 80 % en países industrializados la enfermedad que predomina es la artrosis a nivel de rodillas y cadera con aumento en la discapacidad en la función de la deambulación. . Se realizó un estudio aleatorio donde se seleccionó una muestra de 707 pacientes (309 hombres y 398 mujeres) en personas de mayores de 40 años a 65 años, se ocupó los cuestionarios WOMAC y Lequesne para la valoración de dolor, rigidez y funcionalidad. Los resultados del estudio reporto predominio en mujeres, con edad media de 61.75 +/- 23.32 años, la edad promedio es de 64.9, la afectación en la capacidad funcional de 10.74 +/-32.82 de la media de +/2 de Global. ^{15,16}

La fibromialgia afecta como promedio a un 2,40% en la población mundial; 2,31% de la europea; 2,40% en la Población Española, tiene un predominio en mujeres que en masculino en proporción de 9:1. En EEUU se realizó un estudio de igual manera predominio en el sexo femenino y valores ligeramente más altos de dolor y gravedad de los síntomas. ^{17-19.}

La artritis reumatoide (AR), afecta alrededor del 0.8 por ciento de la población adulta a nivel mundial. Su incidencia en estados unidos se estima en 54 por 100,000 mujeres.²⁰

En los últimos años se ha aumentado el consumo de opioides leves como el tramadol, antiinflamatorios esteroideos AINES con aumento en costos, complicaciones y riesgos a nivel gastro intestinal como nauseas, estreñimiento, respiratorio, broncoespasmo, depresión respiratoria, efectos cognitivos, confusión mareos, efectos en el sueño, somnolencia, insomnio, como pregunta ¿Qué tenemos que evaluar antes de plantearnos la prescripción de analgésicos opioides?, evaluar la funcionalidad y calidad de vida. ^{25.}

Las evaluaciones de dolor crónico con diferentes escalas son de suma importancia para su revisión sistemática, de los diferentes estudios que existen hoy en día.

El Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI), creado por Kerns, Turk Y Rudy en 1985 diseñado con la finalidad de proporcionar una evaluación breve, psicométrica sólida y completa de los componentes importantes de la experiencia del dolor crónico.



Es un inventario de 52 ítems agrupados en 3 categorías: La primera parte incluye 5 escalas (20 ítems), para medir dimensiones importantes de la experiencia del dolor crónico que incluyen, Interferencia percibida del dolor en el funcionamiento vocacional, social, recreativo y familiar/matrimonial, Apoyo o preocupación del cónyuge o pareja, Intensidad del dolor, Control de la vida percibido y Angustia afectiva. La Segunda parte (14 ítems) evalúa las percepciones de los pacientes sobre el grado en que los cónyuges u otras personas importantes muestran respuesta de empatía o no, de distracción o negativas a sus comportamientos y quejas del dolor, la Tercera parte (18 ítems) el informe de los pacientes sobre la frecuencia con la que participan en cuatro categorías cotidianas comunes; Tareas domésticas, Trabajo al aire libre, Actividades fuera del hogar y Actividades sociales, las respuestas de los elementos del WHY-MPI la evaluación del instrumento en cada uno de los ítems debe ser respondido por el paciente es una escala de Likert de 7 puntos (de 0 a 6.) Para cada uno de los 12 factores que componen el instrumento se obtiene una puntuación media. Una vez obtenida la media de cada factor se realizó un análisis de varianza para obtener la diferencia entre las medias de los diferentes grupos y realizar un contraste de hipótesis (aceptar o rechazar la hipótesis nula).²⁸⁻³¹.

El dolor crónico es una de los principales motivos de consulta, al ser un padecimiento crónico que merma la calidad de vida de los pacientes, afectando su funcionalidad, no obstante, representa un alto gasto sanitario, económico para las instituciones públicas de salud. Generando alto demanda en consulta, sin mejorar o restablecer las funciones diarias donde se ve afectada la persona que sufre dolor crónico asociado a enfermedades osteomusculares

Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la afectación de las actividades biopsicosociales en adultos que viven con dolor crónico diariamente, buscando estrategias de mejora al obtener los resultados de este estudio de investigación, aportar más conocimiento en el manejo del paciente con dolor crónico, abordar no solo la parte física, sino también la subjetiva que tiene el paciente con su dolor, mejorar la atención integral de la consulta, apoyarse de las especialidades correspondientes, con el fin de mejorar la demanda en la consulta que se verá reflejado en un mejor uso de recursos administrativos-económicos para el instituto. Y un beneficio al paciente con mejora en la función de sus actividades biopsicosociales y una mejora en su calidad de vida.



Planteando la hipótesis que hace referencia a que existe asociación entre la intensidad del dolor y las actividades psicosociales afectadas en pacientes con dolor crónico.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, y analítico en una Unidad de Medicina Familiar No. 61 Córdoba Veracruz del OOAD (Órganos Operativos de Administración Desconcentrada)Veracruz, Sur. El tamaño de la muestra se obtuvo con la formula general para poblaciones finitas, el muestreo fue no probabilístico aleatorio simple. Con una muestra de 365 pacientes que asistieron a la consulta externa por alguna causa ajena al motivo de la investigación mediante el llenado de un cuestionario firmando previamente un consentimiento informado. Se identificaron a los derechohabientes que acudieron al servicio de consulta externa por dolor cronico, y que cumplieron con los criterios de inclusión, se les explicó detalladamente el propósito del estudio, previamente se solicitó la firma del consentimiento informado.

Se aplicó una hoja de recolección de datos la cual recopiló los datos requeridos de los cuestionarios WHYMPI. Dicha hoja está conformada por: ficha de identificación que incluye nombre completo, número de seguro social y fecha de llenado, datos personales como edad, sexo, estado civil a su vez esta conformada por 52 ítems que incluyen 3 categorías, La primera sección incluye 5 escalas (20 ítems), para medir dimensiones importantes de la experiencia del dolor crónico que incluyen: Interferencia percibida del dolor en el funcionamiento vocacional, social, recreativo y familiar/matrimonial; Apoyo o preocupación del cónyuge o pareja; Intensidad del dolor; Control de la vida percibido y Angustia afectiva. La Segunda parte (14 ítems) evalúa las percepciones de los pacientes sobre el grado en que los cónyuges u otras personas importantes muestran respuesta de empatía o no, de distracción o negativa a sus comportamientos y quejas del dolor. La Tercera parte (18 ítems) el informe de los pacientes sobre la frecuencia con la que participan en cuatro categorías cotidianas comunes: Tareas domésticas; Trabajo al aire libre; Actividades fuera del hogar y Actividades sociales, las respuestas de los elementos del WHY-MPI la evaluación del instrumento en cada uno de los ítems debe ser respondido por el paciente. En una escala de Likert de 7 puntos (de 0 a 6.) Para cada uno de los 12 factores que componen el instrumento se obtiene una puntuación media.



Una vez obtenida la media de cada factor se realizó un análisis de varianza para obtener la diferencia entre las medias de los diferentes grupos y realizar un contraste de hipótesis (aceptar o rechazar la hipótesis nula)

Al término del cuestionario, a cada paciente se le informó las dimensiones que son mas afectadas por su dolor cronico y su diagnostico, así como una orientación sobre medidas de rehabilitacion, estrategias de mejoría, envío a servicios correctos para manejo integral del dolor, terapia psicologica y psiquiatra. Se realizó una base de datos en el programa Excel con los resultados del instrumento, para posteriormente transportar los datos al paquete estadístico GraphPad Prism 9.5.1.733 en el que se analizó la información para determinar las dimensiones psicosociales afectadas por dolor crónico en pacientes de una unidad de primer nivel de atención.

Todos los pacientes que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado. Los procedimientos están en apego con las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989, códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica.

Todos los procedimientos estan de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Titulo Segundo, Capitulo 1, Articulo 17, Fracción II.

El estudio se basó en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial- Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas-Adoptada por la 18 asamblea Medica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Medica Mundial, Venecia, Italia. Octubre de 1963 y la 41 Asamblea Medica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989

El trabajo de investigación cumple con los criterios con los principios de ética de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, conforme a los Artículos 13, 14, 20, 21, y 22, del título segundo, de los aspectos éticos de la investigación de los seres humanos. “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio, del respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar”.

Nuestra investigación de acuerdo con el artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación es considerada como una investigación con riesgo mínimo.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados sociodemográficos reportaron que la edad media fue de 50.87 años (ver Gráfico 1), estado civil predominante fue casado; 178, 48.8% (tabla 1), intensidad de dolor que refirieron los pacientes fue fuerte; 165, 45.2% (tabla 1), la enfermedad osteomuscular con mayor predominancia fue gonartrosis; 141, 38.6% (tabla 1). La descripción de las actividades psicosociales con el instrumento WHYMPHI afectadas por dolor crónico se encontró que la Intensidad del dolor y la dimensión impacto del dolor apoyo recibido no se ve afectada, con un nivel de significancia de $p > 0.8$ (tabla 2); se encontró que la intensidad del dolor y la dimensión respuestas solicitadas no son afectadas con un nivel de significancia de $p > 0.717$ (tabla 3); se encontró que la intensidad del dolor y la dimensión trabajo de jardinería no fue afectada con un nivel de significancia de $p > 0.663$, (tabla 4). Se evaluó que la dimensión interferencia de dolor tiene mayor afectación en lumbalgia que en gonartrosis con un nivel de significancia de $< p < 0.003$; se evaluó que la dimensión apoyo social tiene mayor afectación con Artritis reumatoide en contraste con fibromialgia con un nivel de significancia de < 0.006 (anexo 1).

La aplicación del instrumento West Haven-Yale (WHY-MPI), creado por Kerns, Turk Y Rudy en 1985, realizado en la UMF 61 con una población de edad de 30 a 65 años mostró un comportamiento diferente, sobre su percepción de dolor crónico, al respecto a comparación de otros estudios realizados en otros países con versiones en Turco, Japonés, Alemán, donde mostro que a pesar de la intensidad del dolor, no hay afectación de las actividades psicosociales en contraste al diagnóstico.

Erick Gerardo et al., realizo una revisión bibliográfica de diferentes artículos en español e inglés de diferentes países, como Chile; España, México, para obtener información sobre el manejo multimodal del dolor crónico, en Chile se realizó un estudio donde se estimó que 5 millones sufren dolor crónico (28.8%) es de intensidad severa, difiriendo con el estudio realizado en la UMF 61 con una población más pequeña, represento el dolor fuerte con 165 (45.2%).

David Cerdio et al., realizo una revisión bibliográfica del 2019 de diferentes artículos en español del manejo del dolor crónico en pacientes no oncológicos en México se estima la prevalencia en enfermedades osteomusculares es del 41.5%, en el estudio que se realizó en la UMF 61 la prevalencia fue de 14.67%.



Salvador Israel et al., realizo un estudio descriptivo trasversal con 204 personas en la ciudad de México para la prevalencia de osteortrartiris clínica y radiológica en un población adulta urbana con mayor frecuencia artrosis de rodilla clínicamente en un rango de edad de 40 a 70 años (56.9%), el estudio realizado en la UMF 61 no difiere en relación a ser de las artrosis con mayor frecuencia de (33.5%).²¹

Satoshi Kasahara et al. Realizo un estudio transversal en 2022 sobre sobre las propiedades psicométricas del inventario multidimensional del dolor en 100 pacientes japoneses con dolor musculo esquelético tomando correlaciones con otras versiones alemanas, holandesas, se obtuvo un relación entre severidad del dolor y respuestas solicitadas una significancia de $<p 0,03$, interferencia del dolor y respuestas distractoras una significancia de $<p 0,04$. El estudio que se realizó en la UMF 61 con la intensidad del dolor y respuestas solicitadas $>p0.717$, intensidad del dolor y respuestas distractoras con una significancia de >0.773 .

Ilustraciones, Tablas, Figuras

Gráfico 1. Edad de los pacientes: $\bar{x} 50.87$ años. DE ± 10.81 .

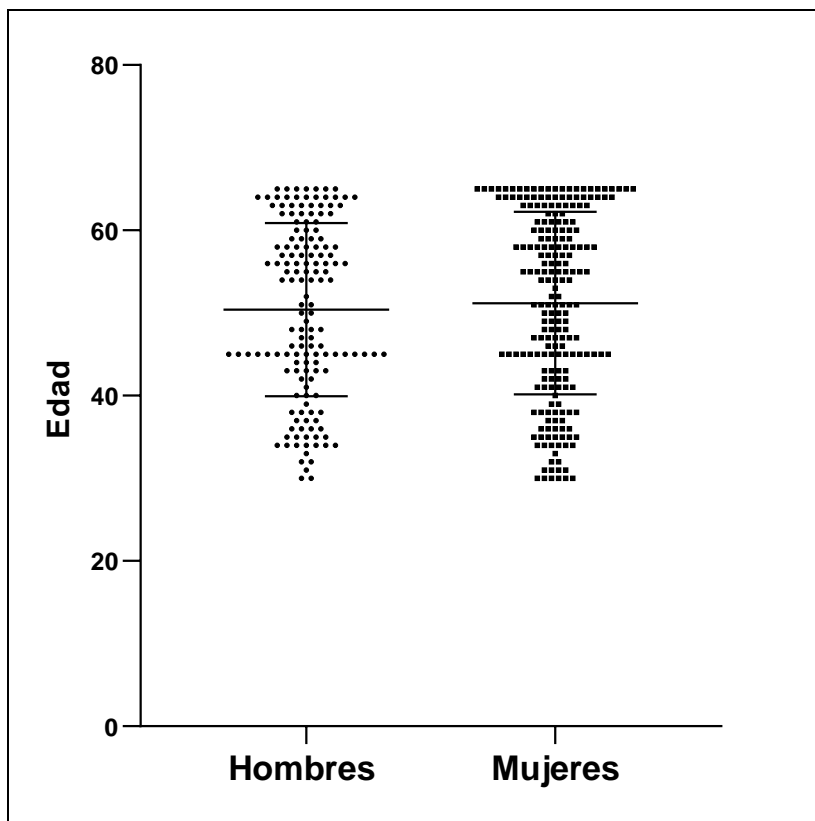


Tabla 1

Variable	Frecuencia	Total	Porcentaje
Sexo		365	
Masculino	152		41.6%
Femenino	213		58.4%
Estado civil		365	
Casado	178		48.8%
Unión libre	111		30.4%
Divorciado	35		9.6%
Soltero	23		6.3%
Viudo	11		3.0%
Separado	7		1.9%
Diagnostico		365	
Gonartrosis	141		38.6%
Lumbalgia	121		33.2%
Artritis Reumatoide	59		16.2%
Fibromialgia	44		12.1%
Intensidad del dolor		365	
Poco dolor	1		3%
Moderado	70		19.2%
Fuerte	165		45.2%
Muy fuerte	106		29%
Insoportable	23		6.3%

Tabla 2. Dolor e impacto

	Intensidad del dolor					F	P
	Poco dolor	Dolor Moderado	Dolor fuerte	Dolor muy fuerte	Dolor insoportable		
Interferencia del dolor	4.00	2.82	2.88	2.88	2.68	0.51	0.727
Apoyo social recibido	2.60	3.26	3.37	3.30	3.39	0.40	0.803
Severidad del dolor y sufrimiento	3.00	2.94	3.39	3.53	3.53	2.34	0.54
Autocontrol percibido sobre la vida	2.50	3.66	3.56	3.38	3.42	1.85	0.199
Malestar afectivo	1.60	2.44	2.68	3.02	2.85	2.08	0.083

Tabla 3. Percepción respuestas personas importantes

Intensidad del dolor							
	Poco dolor	Dolor moderado	Dolor Fuerte	Dolor muy fuerte	Dolor insoportable	F	p
Tareas domesticas	2.00	2.76	2.71	2.58	2.53	0.538	0.538
Trabajo de jardinería	1.40	1.76	1.75	1.62	1.83	0.600	0.663
Actividades lejos de casa	2.10	2.49	2.30	2.21	2.47	0.991	0.412
Actividades sociales	2.00	2.65	2.66	2.51	2.64	0.782	0.538

Tabla 4. Frecuencia de actividades cotidianas

Intensidad del dolor							
	Poco dolor	Dolor moderado	Dolor fuerte	Dolor muy fuerte	Dolor insoportable	F	p
Respuesta castigo	1.00	0.92	1.01	0.99	1.19	0.591	0.669
Respuestas solicitadas	2.00	3.06	3.00	3.00	2.95	0.596	0.717
Respuestas distractoras	1.80	2.78	2.83	2.81	2.88	0.450	0.773

CONCLUSIONES

En la presente investigación se rechaza la hipótesis alterna la cual hace mención que existe relación entre la intensidad del dolor y las actividades psicosociales afectadas en pacientes con dolor crónico. Observamos que la población de entre 30 a 65 años de edad con dolor crónico, mostró un comportamiento distinto a lo reportado en la literatura con relación a la percepción del dolor, ya que se precia que no se encuentran afectadas sus dimensiones psicosociales; sin embargo, al realizar el contraste del diagnóstico con las dimensiones se observa afectación en algunas dimensiones, más que otras. Habría que tomar en cuenta los sesgos, como su llenado en lugar más tranquilo, la veracidad de los datos, el entendimiento de las preguntas o tomar en cuenta el nivel académico, socioeconómico o laboral del paciente estudiado, además la población Mexicana no se comporta igual en comparación que la Americana, Europea, Japonesa, Sueca y sobre todo el nivel cultural influye mucho sobre la percepción del dolor, en un futuro se tendría que tomar en cuenta que por sí solo el instrumento no debe ser evaluado, se tiene que complementar con otras escalas para poder hacer asociaciones y abarcar más áreas específicas del individuo estudiado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dolor crónico y psiquiatría Chronic Pain and Psychiatry Artículo recibido: 30-06-2017 Artículo aprobado para publicación: 05-10-2017 Dra. Lina Ortiz Msc (1), Dra. Maritza Velasco (2) (1) Magister en Neurociencias. Departamento Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.
2. Nugraha B, Gutenbrunner C, Barke A, Karst M, Schiller J, Schäfer P, et al. The IASP Classification Of Chronic Pain For ICD-11: Functioning Properties Of Chronic Pain. Dolor [Internet]. 2019;160(1):88–94
3. Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Rev Soc Esp Dolor
4. Blanco Naranjo EG, Chavarría Campos GF, Garita Fallas YM. Manejo multimodal del dolor crónico. Rev Medica Sinerg.
5. Cerdio Domínguez D. The Management Of Chronic Pain Not Oncological An Emerging Bioethical Challenge Mye.
6. Prego-Domínguez J, Khazaeipour Z, Mallah N, Takkouche B. Socioeconomic status and occurrence of chronic pain: a meta-analysis. Reumatología (Oxford).
7. Covarrubias-Gómez A, Otero-Lamas M, Templos-Esteban LA, Soto-Pérez-de-Celis E. Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. Rev Mex Anestesiología.
8. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor.
9. Chiarotto A, Maxwell LJ, Ostelo RW, Boers M, Tugwell P, Terwee CB. Measurement Properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and Pain Severity Subscale of The Brief Pain Inventory in Patients with low back pain: Systematic Review. J Pain.
10. Vidal Fuentes J. Medicina física, rehabilitación y dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2021;27.
11. Bonafé FSS, de Campos LA, Marôco J, Campos JADB. Brief Pain Inventory: A proposal to extend its clinical Application. Eur J Pain. 2019;23(3):565–76.
12. Psychometric Properties of The Multidimensional Pain Inventory: Japanese Language Versión).



MPI-J

13. Benz T, Lehmann S, Elfering A, Sandor PS, Angst F. Comprehensiveness and validity of a multidimensional assessment in patients with chronic low back pain: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord* 2021;22(1):291.
14. Martínez-Velilla N, Ibarrola Guillén C, Fernández Navascués A, Lafita Tejedor J. El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. *Aten Primaria*. 2018;50(1):65–6.
15. Cuetos Pérez JM, Amigo Vázquez I. Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *Inti j psychol ther* (Ed impr). 2018 [cited 2022 Nov 29];151–61.
16. Mota Sousa LM, Marques-Vieira CMA, Pedro Severino SS, Pozo-Rosado JL, Guerrero José HM. Validación del Brief Pain Inventory en personas con enfermedad renal crónica. *Aquichan*. 2017;17(1):42–52.
17. Macías-Hernández SI, Zepeda-Borbón ER, Lara-Vázquez BI, Cuevas-Quintero NM, Morones-Alba JD, Cruz-Medina E, et al. Prevalence of clinical and radiological osteoarthritis in knee, hip, and hand in an urban adult population of México City. *Reumatol Clin*. 2020;16(2):156–60.
18. León JAT, Andrade ARR, Calderón MAJ, Lucas MMM, Jiménez NCA. Artropatías en el adulto mayor. *Rev. cuba reumatol*. 2020 [cited 2022 Nov 28];22(1):1–16.
19. Mazo JPS, Estrada MG. Implications of chronic pain on The Quality of Life of Women
20. Bair MJ, Krebs EE. Fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 2020;172(5): ITC33–48.
21. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Med Clin (Barc)*. 2017;149(10):441–
22. Digital Object Identifier System. Doi.org. [cited 2022 Nov 29].
23. Minerbi A, Fitzcharles M-A. Fibromyalgia in older individuals. *Drugs Aging*. 2021;38(9):735–49.
24. Castro Sánchez AM, García López H, Fernández Sánchez M, Pérez Mármol JM, Aguilar-Ferrándiz ME, Luque Suárez A, et al. Improvement in clinical outcomes after dry needling versus myofascial release on pain pressure thresholds, quality of life, fatigue, pain intensity, quality of sleep, anxiety, and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *Disabil Rehabil*. 2019;41(19):2235–46.



25. Alcaide L, Torralba AI, Eusamio Serre J, García Cotarelo C, Loza E, Sivera F. Estado, control, impacto y manejo actual de la artritis reumatoide según los pacientes: encuesta nacional AR 2020. *Reumatol Clín (Engl Ed)*. 2020;18(3):177–83.
26. Intriago M, Maldonado G, Cárdenas J, Ríos C. Quality of life in Ecuadorian patients with established rheumatoid arthritis. *Open Access Rheumatol*. 2019; 11:199–205.
27. León L, Abasolo L, Fernández Gutiérrez B, Jover JA, Hernández-García C. Direct medical costs and their predictors in the EMAR-II cohort: “Variability in the management of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis in Spain.” *Reumatol Clín (Engl Ed)*. 2018;14(1):4–8



ANEXO

Variable Dependiente	(I) Diagnostico Codificado	(J) Diagnostico Codificado	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Interferencia Del Dolor	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.727*	.163	.000
		Gonartrosis	-.275	.159	.513
		fibromialgia	-.329	.205	.650
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.727*	.163	.000
		Gonartrosis	.452*	.127	.003
		fibromialgia	.398	.181	.171
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.275	.159	.513
		Lumbalgia	-.452*	.127	.003
		fibromialgia	-.055	.177	1.000
	Fibromialgia	Artritis Reumatoide	.329	.205	.650
		Lumbalgia	-.398	.181	.171
		Gonartrosis	.055	.177	1.000
Apoyo Social Recibido	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.0177	.1398	1.000
		Gonartrosis	-.0058	.1366	1.000
		fibromialgia	.5001*	.1754	.028
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.0177	.1398	1.000
		Gonartrosis	.0119	.1091	1.000
		fibromialgia	.5178*	.1550	.006
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.0058	.1366	1.000
		Lumbalgia	-.0119	.1091	1.000
		fibromialgia	.5058*	.1521	.006
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	-.5001*	.1754	.028
		Lumbalgia	-.5178*	.1550	.006
		Gonartrosis	-.5058*	.1521	.006
Severidad Del Dolor Y Sufrimiento	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.2876	.2122	1.000
		Gonartrosis	-.2311	.2072	1.000
		fibromialgia	-.0430	.2662	1.000
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.2876	.2122	1.000
		Gonartrosis	.0566	.1656	1.000
		fibromialgia	.2446	.2353	1.000
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.2311	.2072	1.000
		Lumbalgia	-.0566	.1656	1.000
		fibromialgia	.1881	.2308	1.000
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	.0430	.2662	1.000
		Lumbalgia	-.2446	.2353	1.000
		Gonartrosis	-.1881	.2308	1.000



Autocontrol Percibido Sobre La Vida	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.0483	.1321	1.000
		Gonartrosis	-.0239	.1290	1.000
		fibromialgia	.1800	.1658	1.000
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.0483	.1321	1.000
		Gonartrosis	.0244	.1031	1.000
		fibromialgia	.2283	.1465	.720
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.0239	.1290	1.000
		Lumbalgia	-.0244	.1031	1.000
		fibromialgia	.2039	.1437	.940
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	-.1800	.1658	1.000
		Lumbalgia	-.2283	.1465	.720
		Gonartrosis	-.2039	.1437	.940
Malestar Afectivo	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.3691	.2274	.633
		Gonartrosis	-.3154	.2221	.939
		fibromialgia	-.1908	.2853	1.000
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.3691	.2274	.633
		Gonartrosis	.0537	.1775	1.000
		fibromialgia	.1783	.2522	1.000
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.3154	.2221	.939
		Lumbalgia	-.0537	.1775	1.000
		fibromialgia	.1246	.2473	1.000
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	.1908	.2853	1.000
		Lumbalgia	-.1783	.2522	1.000
		Gonartrosis	-.1246	.2473	1.000
Respuesta Castigo	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.1438	.1146	1.000
		Gonartrosis	-.1350	.1120	1.000
		fibromialgia	-.2958	.1438	.242
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.1438	.1146	1.000
		Gonartrosis	.0087	.0895	1.000
		fibromialgia	-.1521	.1271	1.000
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.1350	.1120	1.000
		Lumbalgia	-.0087	.0895	1.000
		fibromialgia	-.1608	.1247	1.000
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	.2958	.1438	.242
		Lumbalgia	.1521	.1271	1.000
		Gonartrosis	.1608	.1247	1.000

Respuestas Solicitadas	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.1088	.1447	1.000
		Gonartrosis	-.1148	.1413	1.000
		fibromialgia	.2759	.1816	.777
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.1088	.1447	1.000
		Gonartrosis	-.0060	.1130	1.000
		fibromialgia	.3847	.1605	.102
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.1148	.1413	1.000
		Lumbalgia	.0060	.1130	1.000
		fibromialgia	.3907	.1574	.081
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	-.2759	.1816	.777
		Lumbalgia	-.3847	.1605	.102
		Gonartrosis	-.3907	.1574	.081
Respuestas Disractoras	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.2434	.1315	.390
		Gonartrosis	-.3401	.1284	.051
		fibromialgia	.0448	.1650	1.000
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.2434	.1315	.390
		Gonartrosis	-.0966	.1026	1.000
		fibromialgia	.2882	.1458	.293
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.3401	.1284	.051
		Lumbalgia	.0966	.1026	1.000
		fibromialgia	.3849*	.1430	.045
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	-.0448	.1650	1.000
		Lumbalgia	-.2882	.1458	.293
		Gonartrosis	-.3849*	.1430	.045
Tareas Domesticas	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.0532	.1414	1.000
		Gonartrosis	.0357	.1381	1.000
		fibromialgia	.1654	.1774	1.000
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.0532	.1414	1.000
		Gonartrosis	.0888	.1104	1.000
		fibromialgia	.2186	.1568	.985
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	-.0357	.1381	1.000
		Lumbalgia	-.0888	.1104	1.000
		fibromialgia	.1298	.1538	1.000
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	-.1654	.1774	1.000
		Lumbalgia	-.2186	.1568	.985
		Gonartrosis	-.1298	.1538	1.000

Trabajo De Jardinera	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.4109*	.1341	.014
		Gonartrosis	-.1542	.1310	1.000
		fibromialgia	-.0030	.1683	1.000
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.4109*	.1341	.014
		Gonartrosis	.2567	.1047	.088
		fibromialgia	.4079*	.1487	.038
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.1542	.1310	1.000
		Lumbalgia	-.2567	.1047	.088
		fibromialgia	.1512	.1459	1.000
	fibromialgia	Artritis Reumatoide	.0030	.1683	1.000
		Lumbalgia	-.4079*	.1487	.038
		Gonartrosis	-.1512	.1459	1.000
Actividades Lejos De Casa	Artritis Reumatoide	Lumbalgia	-.5079*	.1595	.009
		Gonartrosis	-.4934*	.1556	.010
		fibromialgia	-.3274	.1998	.613
	Lumbalgia	Artritis Reumatoide	.5079*	.1595	.009
		Gonartrosis	.0144	.1246	1.000
		fibromialgia	.1805	.1768	1.000
	Gonartrosis	Artritis Reumatoide	.4934*	.1556	.010
		Lumbalgia	-.0144	.1246	1.000
		fibromialgia	.1660	.1732	1.000

