



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Incidencia de la rumiación, preocupación patológica, evitación experiencial y gaudibilidad en el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis

TESIS PRESENTADA POR

Paulina Alejandra Vázquez García

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Doctora en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Dr. Ferrán Padrós Blázquez (Director)

Doctor en Psicología

Dr. Oscar Ulises Reynoso González

Doctor en Psicología

Dr. Christian Israel Huerta Solano

Doctor en Psicología

REVISORES

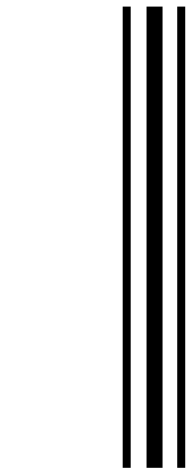
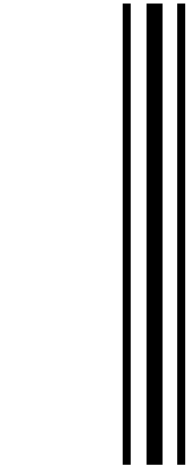
Dra. Mónica Fulgencio Juárez

Doctora en Psicología

Dra. Victoria González Ramírez

Doctora en Psicología

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO. MARZO 2026



Resumen

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica que afecta aproximadamente al 10 % de las niñas y mujeres en edad reproductiva. Beninga desde el punto de vista patológico, su carácter infiltrativo puede comprometer diversos órganos y requerir intervenciones quirúrgicas complejas. Además, suele existir un retraso considerable entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico, lo que contribuye al agravamiento del cuadro clínico y al incremento del malestar asociado.

Más allá de sus implicaciones médicas, la endometriosis representa un problema relevante para la psicología de la salud debido a sus repercusiones. El dolor crónico, uno de sus síntomas centrales, suele ser intenso y recurrente, y se asocia con fatiga persistente y una elevada prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos. Estas condiciones afectan significativamente el funcionamiento cotidiano de las mujeres, limitando su participación en actividades laborales, académicas y sociales, y repercutiendo negativamente en su bienestar subjetivo.

Si bien la depresión, la ansiedad y el dolor han sido ampliamente estudiados en mujeres con endometriosis, existe menor evidencia sobre el papel de procesos psicológicos transdiagnósticos que podrían explicar la persistencia del malestar emocional. Entre estos procesos destacan la rumiación, la preocupación patológica y la evitación experiencial, los cuales se relacionan con el mantenimiento de la sintomatología emocional. Paralelamente, la gaudibilidad se incorpora como un recurso psicológico asociado a la capacidad para experimentar disfrute y emociones positivas.

El objetivo de esta investigación consistió en analizar la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en

mujeres con endometriosis, considerando la depresión, la ansiedad y el dolor como posibles mediadores mediante un modelo de ecuaciones estructurales. Los resultados permitieron proponer un modelo emergente en el que la rumiación destacó como predictor significativo de la satisfacción con la vida, mientras que la gaudibilidad mostró un papel mediador relevante.

Palabras claves: Endometriosis, Bienestar subjetivo, Rumiación, Preocupación patológica, Evitación experiencial.

Abstract

Endometriosis is a chronic gynecological disease that affects approximately 10% of girls and women of reproductive age. Although it is considered benign from a pathological perspective, its infiltrative nature may involve different organs and require complex surgical interventions. In addition, there is often a considerable delay between the onset of the first symptoms and diagnosis, which contributes to the worsening of the clinical condition and the increase in associated distress.

Beyond its medical implications, endometriosis represents a relevant issue for health psychology due to its multiple repercussions. Chronic pain, one of its core symptoms, is often intense and recurrent and is associated with persistent fatigue and a high prevalence of depressive and anxious symptoms. These conditions significantly affect women's daily functioning, limiting their participation in work, academic, and social activities, and negatively impacting their subjective well-being.

Although depression, anxiety, and pain have been widely studied in women with endometriosis, there is less evidence regarding the role of transdiagnostic psychological processes that may explain the persistence of emotional distress. Among these processes are rumination, pathological worry, and experiential avoidance, which have been associated with the

maintenance of emotional symptoms. In parallel, gaudiebility is incorporated as a psychological resource related to the capacity to experience enjoyment and positive emotions.

The aim of this study was to analyze the relationship between rumination, pathological worry, experiential avoidance, and gaudiebility with subjective well-being in women with endometriosis, considering depression, anxiety, and pain as potential mediators through a structural equation model. The results allowed the proposal of an emergent model in which rumination emerged as a significant predictor of life satisfaction, while gaudiebility showed a relevant mediating role.

Keywords: Endometriosis, Subjective well-being, Rumination, Experiential avoidance, Gaudiebility

Agradecimientos

Gracias a SECIHTI, por el apoyo económico otorgado, el cual fue fundamental para la realización y el desarrollo de la presente investigación, al permitirme contar con los recursos necesarios para su adecuada ejecución.

Al Doctorado Interinstitucional en Psicología por la formación académica brindada y por constituirse como un espacio de rigor, exigencia y crecimiento profesional, además de ser un espacio académico, un espacio humano donde las y los académicos que lo conforman, son personas comprometidas, y con gran calidad humana, lo cual ha sido fundamental en mi formación doctoral.

Principalmente a la asociación “Endometriosis México” por abrirme las puertas y por brindarme su apoyo para llevar a cabo esta investigación. Gracias a Elizabeth su presidenta, todo el esfuerzo que hace y que ha hecho para mantener viva la asociación, y a todas las voluntarias que de una manera altruista contribuyen a que la asociación pueda llegar a más mujeres. Gracias, porque fue un espacio de contención para mí, me permitió sentirme validada y escuchada con respecto a mi propia salud y posteriormente me abrieron las puertas como profesionista.

Agradezco profundamente a los miembros de mi comité por todo el acompañamiento durante estos tres años, ya que a lo largo de este proceso siempre mostraron disposición, apertura y flexibilidad. Valoro profundamente la confianza depositada en mí, en mi trabajo y en mis decisiones académicas. Cada uno de los miembros de mi comité aportó algo sumamente valioso a este proceso y a mi formación personal y profesional.

Ferrán, agradezco mucho tu forma tan práctica de ser y de transmitir el conocimiento, así como el cariño hacia la investigación. Creo que en ese aspecto encontré a alguien similar a mí, y siempre recordaré cuando me dijiste: “yo no lo sé todo, tú quieres que yo te dé todas las

respuestas, pero no las sé”. Eso fue profundamente liberador y, al día de hoy, sigue siendo un recordatorio constante de que no tenemos que saberlo todo, y de que está bien. La practicidad que te caracteriza también me hace recordar constantemente que no es necesario ser perfeccionistas para hacer un trabajo bien hecho, que hay cosas más importantes. Agradezco que siempre hubiera disposición y tiempo para asesorías, resolver dudas, revisiones y todo ello en un tiempo muy breve; eso contribuyó de manera importante a poder avanzar con el proyecto. Agradezco también que respetaras mis tiempos, incluso cuando te avisaba que tomaría vacaciones o simplemente descansaría, y que además me abrieras las puertas de tu casa.

Gracias al Dr. Ulises, por todo el aprendizaje, los cursos, la manera tan sencilla, práctica e incluso cómica de explicar temas tan complejos. Agradezco las risas inclusive los stickers compartidos. Al hablar con usted, siempre hacía consciente la importancia de hacer pausas, aunque no de manera explícita, yo escribiendo con urgencia mis dudas, y siempre su respuesta calmada con un: “Hola Paulina” me hacían dar una pausa, y darme cuenta que había olvidado saludar. Gracias por tomarse el tiempo de escuchar todos mis audios, de responderlos, creo que es al que más molesté por WhatsApp, con dudas de todo tipo, académicas, sobre estadísticas, y otras no tan comunes de preguntar en la academia, pero que me sentía en confianza de preguntar. Admiro profundamente la ética que lo caracteriza, y gracias por brindarme palabras de aliento en momentos de caos e incertidumbre.

Dr. Israel, “profe” cómo siempre le digo, ¿qué puedo decirle yo, que usted no sepa ya o que no nos hayamos dicho a lo largo de tantos años de conocernos y de trabajar juntos? Gracias por confiar en mí y en mi trabajo, por brindarme esa confianza cuando me encontraba mal, dudando de mis propias capacidades, luchando por recuperar mi salud mental, por apoyarme siempre, por darme siempre libertad en mis decisiones y también, por recomendarme siempre,

gracias a su última recomendación, hoy por fin estoy cumpliendo otro sueño, poder trabajar en la Universidad de Guadalajara, algo que yo creía que no pasaría. Sabe que lo aprecio mucho, y siempre estaré sumamente agradecida por el apoyo incondicional que me ha brindado en tantos años.

Gracias a los tres por permitirme ser yo, puedo decir que concluyo mis estudios de doctorado feliz, plena, sin haber pedido la salud física ni mental en el proceso, un gusto trabajar con ustedes, y espero poder seguir trabajando juntos.

Dra. Ana, gracias por ser siempre tan atenta con todos nosotros, por brindarnos apoyo constante, por entrar como oyente a mis coloquios y por darme siempre su opinión. Muchas de las cosas que usted hace por nosotros, se ve que las hace con cariño, de manera desinteresada y eso lo aprecio muchísimo, es lindo encontrarse académicas con esa calidad humana.

Gracias a toda mi familia por apoyarme siempre. A mi hijo Cristhian, quien ha vivido de la mano todos mis estudios, que tenía 4 añitos cuando entré a la licenciatura, así que le tocó levantarse muy temprano durante ese tiempo para que yo pudiera estudiar, también le ha tocado renunciar a momentos de diversión; gracias a ti hijo, porque siempre has sido mi motivación para salir adelante y poder brindarte un hogar amoroso y seguro.

A mi hermana Lupita, que también siempre me ha apoyado y que ha sido mi compañera y mi confidente, que su sola existencia llegó a alegrar mi vida. Así que espero que sigamos siendo nuestro lugar seguro toda la vida.

A mis tías, porque gracias a ellas y a que cuidaron de mi hijo me fue posible estudiar una licenciatura, y posteriormente una maestría, algo que por mucho tiempo creí que no era posible para mí, al menos no en mis circunstancias. ¿Estudiar un doctorado? Nunca lo pensé, pero gracias al cuidado de otras mujeres estoy aquí.

A mis padres, porque gracias a ellos soy quien soy.

A todas mis amigas, que han sido pacientes, que se han adaptado a mi forma de vida y que siguen estando ahí con mensajes y llamadas; aunque el tiempo en el que nos vemos ha disminuido, siempre lo han respetado y no me dejan olvidarme del mundo.

A mis compañeros y compañeras del DIP, que siempre estuvieron dando contención y apoyo. Me llevo grandes amigas y amigos, y aprendí cosas maravillosas de su forma de ser, de sus trabajos y de sus proyectos de investigación. Especialmente a Alondra que siempre me abrió las puertas de su casa y me recibía con cariño, comprando hasta mis alimentos especiales para que yo pudiera seguir con mi dieta. También a Víctor, que se siempre me apoyo y respondió cada una de mis encuestas para detectar errores, aunque claramente no es una mujer con endometriosis.

Índice

Resumen.....	3
Abstract	4
Índice.....	10
Índice de tablas	14
Índice de figuras.....	15
Introducción	16
Capítulo 1. Enfermedades crónicas no transmisibles	19
1.1 Endometriosis.....	21
1.1.1 Definición	21
1.1.2 Etiología.....	23
1.1.3 Prevalencia.....	25
1.1.4 Diagnóstico	26
1.1.5 Tratamiento.....	27
1.1.6 Comorbilidad	28
1.1.7 Impacto psicológico de la endometriosis.....	29
Capítulo 2. Marco teórico	32
2.1 Variable dependiente	32
2.1.1 Bienestar Subjetivo.....	32
2.1.2 Afecto Positivo y Afecto Negativo.....	34
2.2 Variables que inciden en el bienestar subjetivo de las mujeres con endometriosis	36
2.2.1 Dolor.....	36
2.2.2 Depresión.....	39
2.2.3 Ansiedad	42

2.3 Variables independientes.....	45
2.3.1 Rumiación.....	45
2.3.2 Preocupación Patológica.....	47
2.3.3 Gaudibilidad	51
2.3.4 Evitación experiencial / inflexibilidad psicológica	52
Capítulo 3. Antecedentes	59
3.1 Bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis	59
3.2 Dolor, depresión y ansiedad en mujeres con endometriosis	62
Capítulo 4. Planteamiento del problema.....	69
4.1 Pregunta general.....	78
4.1.1 Preguntas específicas.....	79
4.2 Objetivo general	79
4.2.1 Objetivos específicos.....	79
4.3 Hipótesis.....	80
Capítulo 5. Método	81
5.1 Diseño.....	81
5.2 Participantes	81
5.3 Instrumentos	83
5.3.1 Hoja de Datos Sociodemográficos	83
5.3.2 Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).....	83
5.3.3 Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS)	83
5.3.4 Escala Numérica (NRS).....	84
5.3.5 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS).....	84
5.3.6 Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II).....	84
5.3.7 Escala de Respuestas Rumiativas (RRS).....	85

5.3.8 Escala de Preocupación Patológica (PSWQ-8)	85
5.3.9 Escala de Gaudibilidad (GSAM)	85
5.4 Procedimiento.....	86
5.5 Análisis de datos.....	87
5.6 Consideraciones éticas	89
Capítulo 6. Resultados	90
6.1 Estadísticos descriptivos	90
Estadísticos descriptivos.....	91
6.2 Análisis de correlaciones.....	93
6.3 Análisis factorial exploratorio, confirmatorio y fiabilidad.....	98
6.4 Modelo de ecuaciones estructurales	99
Capítulo 7 Discusión.....	102
7.1 Descripción de las variables psicológicas	102
7.1.1 Rumia, preocupación patológica y evitación experiencial	102
7.1.2 Gaudibilidad	104
7.1.3 Bienestar subjetivo	105
7.2 Correlaciones.....	106
7.2.1 Rumia, preocupación patológica y evitación experiencial	106
7.2.2 Gaudibilidad	107
7.2.3 Bienestar subjetivo	108
7.3 Modelo de ecuaciones estructurales.....	110
7.4 Limitaciones	113
7.5 Fortalezas	114
7.6 Conclusiones generales	115
Referencias.....	117

Anexos	133
1. Consentimiento informado	133
2. Instrumentos	135
2.1 Hoja de datos sociodemográficos.	135
2.2 Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al. (1985) validación de Padrós et al. (2015).....	137
2.3 Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS) validación de Robles y Páez (2003)	138
2.4 Escala numérica (NRS).	139
2.5 Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) validación de Gurrola et al. (2006).....	140
2.6 Cuestionario de Aceptación y Acción (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II) validación de Mellin y Padrós (2021).....	141
2.7 Escala de respuestas rumiativas (RRS) validación de Hernández-Martínez et al. (2016)	142
2.8 Escala de preocupación patológica (PSWQ-8) validación de Padrós-Blázquez et al. (2018).....	143
2.9 Escala de Gaudibilidad de Padrós-Blázquez et al. (2021).....	144
3. Carta de autorización de Fundación Mexicana para el apoyo a Mujeres con Endometriosis, A.C	146
4. Carta autorización del comité de ética	147
6. Reporte de Revisión de originalidad.....	148
7. Formato de declaración de originalidad y uso de Inteligencia Artificial	150

Índice de tablas

Tabla 1	48
Tabla 2	60
Tabla 3	65
Tabla 4	81
Tabla 5	82
Tabla 6	87
Tabla 7	90
Tabla 8	90
Tabla 9	91
Tabla 10	91
Tabla 11	93
Tabla 12	94
Tabla 13	95
Tabla 14	96
Tabla 15	97
Tabla 16	98
Tabla 17	100

Índice de figuras

Figura 1	38
Figura 2	47
Figura 3	55
Figura 4	57
Figura 5	63
Figura 6	69
Figura 7	71
Figura 8	72
Figura 9	74
Figura 10	80
Figura 11	88
Figura 12	92
Figura 13	99
Figura 14	101

Introducción

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica que afecta aproximadamente al 10 % de las niñas y mujeres en edad reproductiva. Desde el punto de vista patológico e histológico se considera una enfermedad benigna; sin embargo, su carácter infiltrativo puede comprometer diversos órganos, generar daño estructural y requerir intervenciones quirúrgicas extensas. A ello se suma que, con frecuencia, existe un prolongado intervalo entre la aparición de los primeros síntomas y la confirmación diagnóstica, lo que contribuye al agravamiento del cuadro clínico y del malestar asociado.

Más allá de sus implicaciones médicas, la endometriosis representa un problema relevante de salud pública debido a sus consecuencias sociales, económicas y psicológicas, así como un tema de interés central para la Psicología de la Salud. El dolor crónico, uno de sus síntomas centrales, suele ser intenso, recurrente y difícil de controlar, lo que se asocia con fatiga persistente y con una elevada prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Estas condiciones impactan de manera directa en el funcionamiento cotidiano de las mujeres, limitando su asistencia al trabajo, a la escuela y a actividades sociales, y afectando de forma significativa su bienestar subjetivo.

Si bien, la depresión, la ansiedad y el dolor han sido ampliamente estudiados en mujeres con endometriosis, encontrándose asociaciones consistentes con deterioro en la calidad de vida y el bienestar psicológico, estas variables no han sido estudiadas en población mexicana. En contraste, se ha explorado en menor medida el papel de los procesos psicológicos transdiagnósticos que podrían explicar la persistencia del malestar emocional más allá de la presencia de un diagnóstico específico.

Desde esta perspectiva, la rumiación y la preocupación patológica han sido

conceptualizadas como formas de pensamiento negativo repetitivo vinculadas al mantenimiento de la sintomatología depresiva y ansiosa, mientras que la evitación experiencial se ha identificado como un patrón de regulación emocional desadaptativo que, aunque reduce el malestar a corto plazo, contribuye a su cronificación, particularmente en contextos de dolor crónico. La inclusión de estas variables en este trabajo responde al marco transdiagnóstico, que propone que ciertos procesos cognitivo-emocionales subyacen a múltiples formas de psicopatología y afectan directamente los niveles de bienestar. En este sentido, existe un vacío en la literatura respecto al estudio de procesos transdiagnósticos como la rumiación, la preocupación patológica y la evitación experiencial en mujeres diagnosticadas con endometriosis.

Paralelamente, se incorporó la gaudibilidad como una variable disposicional asociada a la capacidad para experimentar disfrute y emociones positivas, lo que permite integrar en el modelo no solo factores de vulnerabilidad, sino también recursos psicológicos relacionados con el bienestar. De esta manera, la elección de las variables no responde a una selección aislada, sino a la intención de articular procesos de vulnerabilidad (pensamiento negativo repetitivo y evitación experiencial), indicadores clínicos prevalentes en la endometriosis (depresión, ansiedad y dolor) y un recurso disposicional positivo (gaudibilidad) en un modelo explicativo del bienestar subjetivo.

La presente investigación se llevó a cabo en la Asociación Civil, Fundación mexicana para el apoyo a mujeres con endometriosis, conocida como Endometriosis México. El objetivo principal de esta investigación consistió en determinar la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis, considerando la depresión, la ansiedad y el dolor como posibles

mediadores a través de un modelo de ecuaciones estructurales. Se empleó un diseño explicativo con variables latentes. Los instrumentos utilizados son la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (SWLS), Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS), Escala numérica para el dolor, Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), Cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II), Escala de respuestas rumiativas (RRS), Escala de preocupación patológica (PSWQ-8), y Escala de Gaudibilidad (EG).

Aunque el modelo inicial no mostró un ajuste adecuado, el análisis permitió proponer un modelo emergente en el que la rumiación destacó como predictor significativo de la satisfacción con la vida, y la gaudibilidad resultó tener un papel mediador relevante.

Capítulo 1. Enfermedades crónicas no transmisibles

De acuerdo la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.) las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) no se presentan como producto de una infección aguda, tienen repercusiones a largo plazo para la salud, por lo que requieren de manera frecuente tratamiento y cuidados a largo plazo, siendo la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Dentro de las ECNT, se incluyen enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas y cánceres, además de otras condiciones importantes. Como parte de la respuesta ante las ECNT, es importantes la detección, el cribado, el tratamiento, así como los cuidados paliativos.

Grau (2016) refiere que las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT “son perdurables, tienen síntomas no constantes y con frecuencia involucran alguna discapacidad, las personas pueden sentirse relativamente bien o mal en ocasiones, pero nunca están totalmente sanas” p. 104. En muchas ocasiones van acompañadas de alguna discapacidad y dolor, por lo que interfieren en el funcionamiento personal, laboral, social, sexual y en general en la vida cotidiana, esto puede provocar sentimientos negativos, incertidumbre y afectación en sus relaciones interpersonales, por lo que el objetivo es aprender a vivir con ellas, y no buscar la cura. Las principales consecuencias de las ECNT es que generan incertidumbre y emociones negativas, miedo, amenazan la integridad del individuo, interfieren en la vida normal debido al dolor e incapacidad, puede haber modificación de hábitos y costumbres, así como dependencia de terceras personas, pérdida de amistades, aislamiento social, pérdida de seguridad económica, y puede desencadenar una batalla emocional por conservar la integridad y preservar la autoidentidad.

Grau (2016) también menciona sobre la importancia de identificar los factores psicológicos que se relacionan con las ECNT. Entre los factores psicosociales perjudiciales se encuentran la depresión, la ansiedad, la ira, el aislamiento social, la comunicación inadecuada, el afrontamiento defensivo, creencias desfavorables acerca del control que podemos tener sobre los eventos estresantes, la desesperanza y el pesimismo; los factores protectores son: el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el apoyo social, el afrontamiento eficaz de la enfermedad, la autoeficacia, el optimismo y la resiliencia; entre los factores moduladores se encuentran, el curso y adaptación a la enfermedad, los tratamientos, el estrés, la concepción de “la enfermedad”, la relación médico-paciente, la familia y que exista una buena calidad de vida y un adecuado bienestar subjetivo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) se requiere un enfoque global para reducir el impacto de las ECNT en la sociedad y en las personas, debido a esto, resultan de gran importancia las intervenciones primarias enfocadas en las ENT, que puedan brindarse mediante un enfoque de atención primaria en salud.

1.1 Endometriosis

1.1.1 Definición

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2021) la endometriosis es una enfermedad crónica, que se caracteriza por el crecimiento de un tejido similar al revestimiento del útero, fuera de este, lo que provoca una inflamación crónica que da lugar a la creación de tejido cicatricial formando adherencias y fibrosis en la pelvis y otras partes del cuerpo. Fue descrita por primera vez en 1860 por Von Rokitansky (Quevedo, et al., 2019). Fernández y Albornoz (2010) refieren que es una enfermedad caracterizada por la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina, este tejido puede ser llamado de diferentes formas: implantes, nódulos o lesiones. Es una enfermedad crónica, estrógeno dependiente por lo que puede mantenerse activa durante la edad fértil de la mujer ya que el estradiol contribuye directamente al crecimiento y mantenimiento del endometrio ectópico (Guadamuz et al., 2021).

Los síntomas asociados a esta enfermedad son: dolor pélvico crónico, dismenorrea (dolor menstrual), dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), disuria (dolor al orinar), disquecia (dolor al defecar), tenesmo rectal (necesidad urgente de evacuar sin poder hacerlo) e infertilidad, dependiendo del órgano que se vea afectado. Siendo el dolor y la infertilidad los principales motivos de consulta. Es importante mencionar que no hay correlación de la severidad de la enfermedad con la sintomatología, esto es, puede haber pacientes con endometriosis mínima y con sintomatología severa; y pacientes con endometriosis severa, pueden ser asintomáticas (López-Zepeda et al., 2015).

Existen diferentes clasificaciones para la enfermedad, la más utilizada es la propuesta por la Asociación Americana de Medicina Reproductiva, que ha sido aceptada internacionalmente y

clasifica la enfermedad en 4 estadios de acuerdo al nivel de afectación del peritoneo, ovarios y la presencia de adherencias. Sin embargo, López-Zepeda et al., (2015) refieren que esta forma de clasificación es insuficiente, resulta más útil clasificarla en función del área tratar: endometriosis peritoneal, ovárica e infiltrativa profunda. Ulett (2019) considera a esta última, como la más severa e incapacitante, ya que puede llegar a afectar el septo recto vaginal, los ligamentos uterosacros, el fondo de saco vaginal posterior, recto y estructuras abdominales como uréteres intestinos y vejiga.

Fernández y Albornoz (2010) describen los siguientes tipos de endometriosis: (1) endometriosis peritoneal, la cual se caracteriza por implantes superficiales que pueden ser de color rojo, negro o blanco, dependiendo el estadio de la enfermedad. Además, se pueden presentar otro tipo de lesiones atípicas como ojales peritoneales, adherencias y lesiones estrelladas. (2) La endometriosis de infiltración profunda (EIP), es una patología multifocal que se caracteriza por la presencia de lesiones mayores a 5mm ubicadas en la zona retrocervical, ligamentos uterosacros, el espacio rectovaginal y la vejiga. (3) Endometriosis ovárica, que se manifiesta por lesiones superficiales o por quistes de diversos tamaños, llamados endometriomas, con un contenido muy denso con aspecto achocolatado.

La endometriosis actualmente es considerada una enfermedad sistémica crónica debido a la inflamación que provoca en todo el organismo, además de afectar el metabolismo del hígado, el tejido adiposo y conducir a una expresión génica en el cerebro que provoca sensibilidad al dolor y trastornos del estado de ánimo, aunque aún se desconoce el efecto completo de la enfermedad (Taylor et al., 2021). La enfermedad tiene implicaciones a nivel endócrino, inmunológico, proinflamatorio y proangiogénico¹ (Zondervan et al., 2020).

¹ “La angiogénesis es la formación de nuevos vasos sanguíneos a partir de otros preexistentes” (Sociedad Española de Oncología Médica, 2006).

En mujeres con endometriosis se han encontrado niveles bajos de cortisol que no son consecuencia de eventos estresantes; y desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) derivado del dolor; es importante resaltar que estos cambios no se deben al tratamiento hormonal (Quintero et al., 2017). Respecto al sistema inmune, Guadamuz et al. (2021) refieren que se ha encontrado activación de linfocitos T y B, activación disfuncional de linfocitos Natural Killer e inhibición en la activación fagocitaria de macrófagos, hipersensibilidad tipo 1 y enfermedades autoinmunes.

1.1.2 Etiología

Quevedo et al. (2019) realizaron una investigación documental sobre la etiología de la endometriosis y refieren que aunque la causa exacta se desconoce, algunas explicaciones son: (1) menstruación retrógrada, aquí la sangre menstrual que tiene células endometriales, fluye de regreso a las trompas de Falopio y dentro de la cavidad pélvica en lugar de ser expulsada al exterior, estas células se adhieren a la pelvis y la superficie de otros órganos, donde crecen, se engrosan y sangran durante cada menstruación; (2) teoría de la inducción o transformación de las células peritoneales, en este caso, las hormonas o los factores inmunitarios favorecen la transformación de las células peritoneales, las cuales recubren el interior del abdomen, en endometriales; (3) transformación de células embrionarias, el estrógeno puede transformar células embrionarias en implantes celulares endometriales durante la pubertad; (4) implantación de células endometriales que se adhieren a la incisión quirúrgica, posterior a una cirugía como la histerectomía o una cesárea; (5) transporte de células endometriales a través del sistema linfático a otras partes del cuerpo; (5) trastorno del sistema inmune, esto puede impedir al organismo el reconocimiento adecuado de elementos patógenos y destruir el tejido que está creciendo fuera del útero.

Algunas formas de endometriosis no se explican por la teoría de la menstruación retrógrada, por lo cual se ha planteado también la hipótesis sobre la metaplasia de restos de tejido Mülleriano indiferenciado a nivel del ovario y del tabique recto vaginal. También se ha encontrado evidencia de alteraciones moleculares endometriales que favorecen la implantación y supervivencia de este tejido, además de hiperestimulación del sistema inmunológico frente a este tejido. En el líquido peritoneal se ha encontrado un aumento en la concentración de macrófagos y células Natural Killer, factores de crecimiento y citoquinas proinflamatorias, que provocan una reacción inflamatoria intraperitoneal (Fernández y Albornoz, 2010).

Aznaurova et al. (2014) y Quevedo et al. (2019) mencionan algunos factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad tales como: la edad, el estilo de vida, la exposición a toxinas y la autoinmunidad, los cuales se describen a continuación.

Con respecto a la edad, la endometriosis se presenta principalmente en mujeres de 35 a 44 años, en comparación con preadolescentes y mujeres posmenopáusicas sintomáticas.

El estilo de vida, entre los que se encuentran varios factores: (1) la reducción de las tasas de embarazo, puesto que, en ausencia de embarazo frecuente, el endometrio se acumula continuamente debido a que hay menstruaciones más frecuentes. (2) Trabajo por turnos, la endometriosis es estrógeno dependiente y la evidencia sugiere que los niveles de estrógeno en mujeres en edad reproductiva siguen un ritmo circadiano, además del ciclo mensual, por lo que el trabajo en turnos nocturnos afecta la secreción de estrógenos y se ha asociado a un mayor riesgo de endometriosis.

Además, las toxinas producto de los contaminantes ambientales comunes en todo el mundo como la 2,3,7,8-tetraclorodibenzo-p-dioxina (TCDD) y los productos químicos de hidrocarburos aromáticos polihalogenados (PHAH). Los TCDD y PHAH se clasifican como

dioxinas y se asocian con una gama de efectos nocivos en los sistemas endocrino, inmune y reproductivo. Los bifenilos policlorados (PCB) contribuyen a la toxicidad de los PHAH, incluyendo la interrupción de la actividad de los estrógenos. Las dioxinas se liberan en el aire, producto de muchos procesos industriales, por lo que la exposición ha aumentado durante los últimos 100 años. Estos compuestos se bioacumulan en los tejidos grasos, por lo que las personas se exponen a través del consumo de productos animales, en Estados Unidos de América, el 93% de la exposición a la dioxina es a través de los alimentos, aunque también se inhalan, a través del suelo y el agua. Esta relación ya ha sido establecida en roedores y primates, pero en humanos no se ha verificado.

Finalmente, el sistema inmune, ya que para el desarrollo de lesiones ectópicas endometriales se supone un sistema inmune defectuoso, que no elimina los implantes en el peritoneo. Los déficits inmunitarios, que son la base para diagnosticar enfermedades autoinmunes, se encuentran también en la endometriosis (activación de células B policlonales, anomalías en la función de las células T y B, daño tisular y compromiso multiorgánico). Además, se observan anticuerpos circulantes contra los antígenos del ovario y del endometrio, estos anticuerpos pueden contribuir a la patogenia de la enfermedad, así como a la pérdida del producto durante el embarazo, pero aún se necesita mayor investigación.

Otros factores de riesgo son el bajo peso al nacer, menarquía temprana, ciclo menstrual corto, índice de masa corporal baja y paridad baja (Zondervan et al., 2020).

1.1.3 Prevalencia

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) esta enfermedad afecta al 10% de mujeres y niñas en edad reproductiva (190 millones). En México, existen pocos estudios epidemiológicos sobre la endometriosis, ya que usualmente se reporta con relación a

otros padecimientos específicos (García et al., 2013). Cruz Orozco coordinador de servicio de cirugía de mínima invasión en el Instituto Nacional de Perinatología (2022) refiere que, en México se estima que existen más de 7 millones de mujeres en edad reproductiva con endometriosis, aunque muchas no se encuentran diagnosticadas debido a que el dolor menstrual se ha normalizado. La endometriosis se ha presentado con más frecuencia en las últimas décadas, esto se debe a un mejor diagnóstico y que existe mayor conciencia de la enfermedad, aunque aún resulta difícil de diagnosticar debido a que es asintomática o subclínica (Aznaurova et al., 2014).

Un cambio importante sobre la enfermedad, es la creencia de que desaparece una vez iniciada la menopausia, ya que actualmente hay evidencia que la enfermedad puede persistir o incluso comenzar en pacientes posmenopáusicas (Carrillo et al., 2021).

1.1.4 Diagnóstico

La endometriosis se manifiesta a través del dolor en el área pélvica, debido al sangrado cíclico de las lesiones de endometriosis, lo que provoca adherencias y retracción entre los tejidos o compresión de otras estructuras cuando se presentan quistes o puede ser asintomática y manifestarse por problemas de infertilidad. El examen ginecológico convencional puede ser limitado, si no es un clínico entrenado (Taylor et al., 2021). Actualmente es posible realizar el diagnóstico clínico de la endometriosis, pero considerar solo los síntomas y la exploración física es difícil, porque puede haber síntomas similares a otras enfermedades como el síndrome del intestino irritable, la enfermedad pélvica inflamatoria u otras enfermedades ginecológicas o digestivas, por lo que el diagnóstico definitivo puede ser retrasado (Carrillo et al., 2021).

Una forma de diagnosticar es con la visualización directa de implantes localizados en la vagina o cérvix, o a través de signos indirectos con relación al útero: en retroversión fija,

doloroso a la movilización; ligamentos uterosacros tensos, nodulares o dolorosos, palpación de un nódulo retrocervical o de quistes anexiales. Algunos exámenes complementarios son la ecografía transvaginal y pelviana, endosonografía anorectal, resonancia magnética, o tomografía axial computarizada, cuando existe sospecha de lesiones en la vía urinaria o intestinal, se pueden agregar cistoscopia, rectoscopia o colonoscopia (Fernández y Albornoz, 2010).

Si bien existen los síntomas y métodos antes descritos, para diagnosticar la enfermedad, se requiere realizar un procedimiento quirúrgico, ya sea laparotomía o laparoscopia, esta última es considerada el “estándar de oro” y posteriormente realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico (López-Zepeda et al., 2015). Por otro lado, Carrillo et al. (2021) refieren que, debido al avance de las técnicas de imagen, actualmente la ecografía transvaginal es considerada la herramienta diagnóstica de primera elección.

1.1.5 Tratamiento

Actualmente no existe una cura para la endometriosis, debido a esto, el tratamiento se enfoca en el alivio de los síntomas (Culley et al., 2013). Éste, debe ser individualizado dependiendo del tipo de endometriosis, los síntomas, la calidad de vida y el estatus reproductivo de la pareja, en este punto es importante considerar la edad de la mujer, la reserva ovárica y tratamientos previos de fertilidad. Sin embargo, el tratamiento para la endometriosis es la resección quirúrgica completa de las lesiones de endometriosis (López-Zepeda et al., 2015). Además de la cirugía, actualmente, se encuentran los siguientes tratamientos: terapias hormonales, inhibidores de la sintasa de prostaglandinas, dispositivo intrauterino de levonorgestrel, anticonceptivos orales, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), progestágenos y antiprogestágenos (Aznaurova et al., 2014).

La OMS (2021) refiere que el tratamiento puede incluir antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos. Los medicamentos deben ser recetados con precaución y bajo supervisión médica debido a los efectos secundarios producto de la disminución del estrógeno o el aumento de la progesterona.

1.1.6 Comorbilidad

Las mujeres con endometriosis son frecuentemente diagnosticadas con enfermedades inflamatorias autoinmunes y comparten similitud con otras enfermedades como la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn y psoriasis (López-Zepeda et al., 2015). Existe evidencia de mayor prevalencia de enfermedad sistémica en mujeres con endometriosis, ya que se han observado alteraciones cardiovasculares, neurológicas, metabólicas e inmunológicas (Taylor et al., 2021).

Algunas complicaciones con la endometriosis son: infertilidad, dolor pélvico prolongado, obstrucción intestinal o de vías urinarias, rompimiento de quistes ubicados en la pelvis y cáncer en las zonas de crecimiento de tejido, así como cáncer de ovario, de mama, de cuello uterino, de endometrio, adenocarcinoma, linfoma, melanoma, asma, alergias y enfermedades cardiovasculares, a pesar de ser considerada una enfermedad benigna, hay evidencias de riesgo de neoplasias malignas (Alderman et al., 2017; Quevedo, et al., 2019; Quintero et al., 2017).

Otras comorbilidades asociadas a la enfermedad como lo son: fibromialgia, fatiga crónica, síndrome del intestino irritable, migraña, hipotiroidismo, síndrome de las piernas inquietas, síndrome de sensibilidad química múltiple, esclerosis múltiple, enfermedades autoinmunes, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, alteraciones tiroideas, síndrome miofascial, sensibilización central y/o periférica, algunas de las anteriores, son enfermedades que se asocian frecuentemente a la endometriosis y aun no es claro si son

causa o efecto de la enfermedad (Aznaurova et al., 2014; Carrillo et al., 2021). Además, Taylor et al. (2021) refieren que la endometriosis afecta el metabolismo del tejido adiposo, del hígado, así como alteraciones en el cerebro que causan trastornos del estado de ánimo, ansiedad, mayor percepción del dolor y trastornos psicopatológicos que se comentarán más adelante (ver apartado sobre el impacto psicológico).

Otra enfermedad que se asocia con la endometriosis, es la adenomiosis, que se presenta en un 30% de los casos (Carrillo et al., 2021). Esta enfermedad es similar a la endometriosis, se presenta cuando las glándulas y el estroma endometrial se encuentran en el miometrio, por lo que algunos autores llaman a esta enfermedad, endometriosis interna, haciendo la distinción con la “endometriosis externa” (Gallo et al., 2006).

1.1.7 Impacto psicológico de la endometriosis

De acuerdo a la OMS (2021a) la endometriosis tiene implicaciones sociales, económicas y de salud pública derivadas del dolor intenso, la fatiga, la depresión, la ansiedad y la infertilidad, impidiendo que las mujeres asistan al trabajo o a la escuela afectando así su calidad de vida.

Frecuentemente las mujeres desconocen sobre la endometriosis, además de percibir como normales las irregularidades menstruales que caracterizan esta enfermedad, la percepción del dolor menstrual como algo normal, además, la menstruación se percibe como un tema privado que debe ocultarse, lo que lleva a callar los síntomas o retrasar la búsqueda de ayuda (Culley et al., 2013). Taylor et al. (2021) refieren que las mujeres generalmente sienten que sus síntomas se normalizan de manera inapropiada. Debido a los retrasos en el diagnóstico el impacto es más grave de lo que se esperaría si hubiera un tratamiento rápido y eficaz. Generalmente existen

retrasos significativos desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, que va de los 5 a los 8.9 años.

Ballard et al. (2006) diferencian entre dos tipos de retrasos en el diagnóstico: derivados de la paciente y del personal médico. El primero se refiere al tiempo entre el inicio de los síntomas y la búsqueda de atención médica debido a la dificultad de diferenciar entre síntomas normales y patológicos, porque se consideran desafortunadas en lugar de enfermas, además que hablar sobre los síntomas las hace sentirse débiles y avergonzadas. Los retrasos en el diagnóstico debido a los médicos, se derivan de un primer diagnóstico erróneo. Normalmente, las mujeres siempre tienen varias visitas médicas previas al diagnóstico certero, pero reciben atención inadecuada. En ocasiones, se normalizan sus síntomas, y frecuentemente se sienten ignoradas, en algunos casos se les asigna un diagnóstico erróneo de síndrome de intestino irritable o enfermedad pélvica inflamatoria. Además, de la falta de conocimiento, conciencia y perpetuación de mitos sobre la endometriosis de parte de los médicos generales. Una vez diagnosticadas, las mujeres sintomáticas refirieron tener una sensación de alivio, legitimación, empoderamiento y liberación que reemplazan los sentimientos de duda, miedo e ira por la demora previos al diagnóstico.

La incertidumbre es clave en esta enfermedad, en primer lugar, la incertidumbre diagnóstica, y posteriormente la incertidumbre relacionada con los síntomas y con el enfoque de prueba y error del tratamiento, así como la incertidumbre sobre el futuro (Culley et al., 2013).

Quintero et al. (2017) mencionan que las mujeres con endometriosis presentan niveles más altos de psicoticismo e introversión que mujeres con otras enfermedades ginecológicas y existe asociación con el trastorno bipolar, así como niveles altos de ansiedad rasgo. Además, refieren que existe evidencia de los efectos negativos a nivel físico, social y psicológico,

incluyendo trastornos de ansiedad y depresión, afectaciones que se encuentran reguladas por la autopercepción de la enfermedad. Estos autores también mencionan que la endometriosis se relaciona con altos niveles de somatización y sentimientos de incertidumbre que impactan en la percepción de control y en general con alteraciones emocionales y desordenes psiquiátricos. El malestar emocional influye en una mayor percepción del dolor, lo que complica el pronóstico. No se sabe si la ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales son resultado de la enfermedad directamente, o derivado de factores asociados como el dolor, es por esto que se necesita mayor investigación.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Variable dependiente

2.1.1 Bienestar Subjetivo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO, 1948 p.100). Sin embargo, el objeto de estudio de la psicología por muchos años, se centró únicamente en lo que hace a las personas infelices (Padrós et al., 2010). Debido a esto un aspecto importante a considerar en la salud es el bienestar, Sánchez (2011) menciona que tanto éste como el malestar son procesos independientes, por lo que trabajar con el objetivo de reducir el malestar no significa aumentar el bienestar.

De acuerdo a Diener (1984) los informes psicológicos internacionales comenzaron a incluir el concepto de felicidad en 1973 y fue en 1974 con la fundación de la revista *Social Indicator Research* cuando se incluyeron artículos dedicados al bienestar subjetivo. A finales del siglo XX aumentó el interés en estudiar el bienestar, concepto que se relaciona al antiguo concepto de felicidad, el cual se desprende de dos corrientes filosóficas: la hedónica y la eudaimónica (Padrós et al., 2015). El bienestar es un constructo complejo, influenciado por aspectos emocionales, cognitivos y comportamentales, así como características individuales y medioambientales (Omar et al., 2009).

Existen dos concepciones acerca del bienestar, el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico. El bienestar psicológico se desprende del eudaimonismo, tradición propuesta por Aristóteles (Padrós et al., 2015). Existen varios modelos que se han propuesto para este constructo, uno de ellos es el desarrollado por Ryff, que integra diferentes aspectos del

funcionamiento humano óptimo, como: el crecimiento personal, la autonomía, la autoaceptación, el propósito de vida, el dominio del control del ambiente y las relaciones positivas con otros.

El bienestar subjetivo también ha sido llamado hedónico por su similitud con la concepción de la perspectiva filosófica de la felicidad que tenían los hedonistas (Omar et al., 2009). El bienestar subjetivo considera la propia evaluación que hacen las personas sobre su vida, incluye juicios sobre la evaluación y satisfacción de los estados emocionales placenteros y displacenteros; tiene dos componentes: el cognoscitivo, que se refiere al juicio sobre la satisfacción con la vida; y el afectivo, entendido como el balance entre el placer y el displacer Sánchez (2011).

Según Diener (1984) las definiciones del bienestar se pueden englobar en 3: (1) como una categoría externa o una virtud; (2) como la evaluación que hacen las personas en términos positivos, es decir, la satisfacción con la vida que considera los estándares de las personas para determinar cómo es una buena vida, este concepto se remota a varios milenios; y (3) alude a la presencia de afecto positivo y afecto negativo.

El bienestar subjetivo incluye los afectos positivos y negativos, además de la satisfacción con la vida. El bienestar subjetivo tiene tres características: (1) es subjetivo, aunque es necesario contemplar algunas condiciones objetivas que no se mencionan en la definición: la comodidad, la salud y la riqueza; (2) incluye medidas positivas y no considera únicamente la ausencia de lo negativo; y (3) las medidas incluyen una evaluación global de los aspectos de la vida, que puede considerar un periodo específico de tiempo poniendo énfasis en el juicio que la persona hace (Diener, 1984).

El bienestar subjetivo impacta en aspectos como la salud, la longevidad, el desempeño, el ingreso y las relaciones interpersonales. Los individuos que presentan bajos niveles de bienestar

subjetivo pueden presentar ansiedad, depresión, agresividad, pensamiento e ideación suicida, uso y abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, trastornos alimenticios y problemas de salud, bajo rendimiento académico y tienden a ser más victimizados (Castaños-Cervantes et al., 2016).

Para la medición del bienestar subjetivo, se han propuesto enfoques contextuales y temporales. Contextualmente encontramos mediciones globales o específicas y temporalmente se han sugerido 3 modalidades: integral (en términos generales, sin considerar un lapso de tiempo), periódica (última semana o último mes) e inmediata (un momento determinado). Otro elemento a considerar es la extensión de los instrumentos, se ha sugerido medir mediante una pregunta ¿en general, ¿usted se siente feliz? Pero esta resulta ser una medida inespecífica, por lo que no se recomienda. Por el contrario, los instrumentos más utilizados para evaluar el bienestar subjetivo son el *Satisfacción With Life Scale* (SWLS), que explora el grado de satisfacción global con la vida, a partir de esta escala para medir el componente cognitivo se desarrolló el *Temporal Satisfacción With Life Scale*, y así poder diferenciar entre la satisfacción en diferentes momentos (pasado presente y futuro). Además, para evaluar de manera independiente los afectos positivos y negativos se ha utilizado el *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) (Omar et al., 2009).

2.1.2 Afecto Positivo y Afecto Negativo

Padrós et al. (2012) consideran que el concepto de afecto incluye como mínimo dos estados afectivos: emociones y el tono afectivo o humor. Respecto a la definición de emociones, refieren que la emoción suele ser intensa, específica, de corta duración, consecuencia de un evento, que provoca una alteración fisiológica; el humor por su parte, es de menor intensidad, global, duradero y difuso, que se ubica entre la emoción y el rasgo afectivo, compartiendo

características de ambos, no provoca reacciones fisiológicas y no se deriva de un estímulo concreto. Watson et al. (1988) definen el afecto positivo y afecto negativo de la siguiente manera (p. 1063):

El afecto positivo refleja el grado en que una persona se siente entusiasta, activa y alerta.

El afecto positivo alto es un estado de alta energía, plena concentración y compromiso placentero, mientras que afecto positivo bajo se caracteriza por tristeza y letargo. El afecto negativo es una dimensión general de la angustia y compromiso desagradable, que incluye una variedad de estados de ánimo aversivos, incluyendo la ira, desprecio, asco, culpa, miedo y nerviosismo, siendo el afecto negativo bajo un estado de calma y serenidad.

Padrós et al. (2012) hacen un análisis sobre la controversia que existe con respecto a la conceptualización de los afectos, refieren que existen dos posturas contradictorias sobre éstos, un modelo unidimensional bipolar y un modelo bidimensional unipolar. Finalmente, los autores concluyen que existe mayor evidencia con respecto al modelo bidimensional unipolar para las emociones, pero unidimensional y bipolar si se alude al tono afectivo o humor, para efectos de esta investigación se utilizó el *Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS sus siglas en inglés.

2.2 Variables que inciden en el bienestar subjetivo de las mujeres con endometriosis

2.2.1 Dolor

De acuerdo a la *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2020) en el documento *Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979*, el dolor se define como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o semejante a un posible daño tisular” (párr. 3), además, se amplía la definición con algunas notas aclaratorias: (1) el dolor es subjetivo y está influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales; (2) el dolor difiere de la nocicepción, ya que éste, no puede inferirse por la activación de las neuronas sensoriales; (3) las personas aprenden sobre el dolor derivado de sus experiencias vitales; (4) es importante considerar lo que las personas refieren sobre su experiencia de dolor; (5) el dolor es adaptativo, sin embargo puede afectar negativamente a aspectos sociales y al bienestar psicológico; (6) la expresión verbal del dolor es solo uno de los comportamientos para expresar dolor, que alguien no pueda expresarlo de esta forma, no significa que no se experimente.

El dolor es un mecanismo cuya función es detectar y localizar daños en el organismo, puede estar o no relacionado con una lesión orgánica, además, la intensidad del dolor no necesariamente se relaciona con la gravedad del daño. La clasificación del dolor se realiza en función de varios criterios: (1) duración: dolor agudo y dolor crónico; (2) origen: nociceptivo, neuropático y psicógeno; (3) localización: somático y visceral (Del Arco, 2015).

El dolor agudo se presenta ante un daño o enfermedad, por el contrario, el dolor crónico puede ser considerado un diagnóstico o una enfermedad en sí misma, para ello es necesario que tenga una duración mayor a tres meses, se encuentre ubicado en el área pélvica y provoque una discapacidad funcional (Villegas-Echeverri et al., 2016).

El dolor nociceptivo se debe a la activación de los receptores de dolor en respuesta a un estímulo. Respecto al dolor neuropático, este se deriva del sistema nervioso central o por lesión de los nervios periféricos. El dolor psicógeno tiene una causa psíquica o alude a la intensificación desproporcionada de un dolor orgánico debido a cuestiones psicológicas. El dolor somático se presenta cuando hay estimulación en los receptores de la piel, el sistema vascular o musculoesquelético. El dolor visceral se debe a lesiones en los órganos internos (Del Arco, 2015).

Para establecer la medición del dolor clínico, podemos hacer uso de información verbal o escrita del paciente, por lo que existen varias escalas (García et al., 2002).

Evaluar el dolor nos permite establecer la intensidad, sus características y la respuesta al tratamiento, para esto existen diferentes formas que se clasifican en grupos: (1) métodos fisiológicos que incluye la evaluación de diferentes procesos fisiológicos entre ellos, síntomas vegetativos (presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, etc.), determinantes bioquímicos, estudios neurofisiológicos, neuroestimulación de nervios periféricos y pruebas de imagen; (2) métodos conductuales, que pueden ser usados en menores de dos años o personas con discapacidad intelectual y consisten en la observación de expresiones como el llanto, la expresión facial, los quejidos; (3) métodos de autoevaluación, los cuales se clasifican en unidimensionales y multidimensionales (InnovaHonco, s.f.). Los unidimensionales solo cuantifican la intensidad y los cambios derivados del tratamiento, pueden ser muy sensibles a la medición del dolor, son sencillos de aplicar y fáciles de comprender para todos los pacientes, pero no valoran aspectos emocionales o conductuales del dolor, entre ellas se encuentran la Escala visual analógica (EVA), escala verbal descriptiva simple (VRS) y escala numérica (NRS) (Figura 1), para efectos de esta investigación se utilizará la escala numérica.

Figura 1

Métodos unidimensionales para evaluar el dolor

- Escala visual analógica (EVA)



- Escala verbal descriptiva simple



- Escala numérica (NRS)



Las escalas multidimensionales además de la intensidad del dolor, evalúan el componente afectivo-emocional, el sensitivo y el conductual. La dificultad con estas escalas, es que requieren más tiempo y son más difíciles de responder. Algunos de ellos son: Test Lattinen, Escala multidimensional de McGill (MPQ), Cuestionario Breve del Dolor (CBD), Índice de Karnofsky, Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) y Test Oswestry. Finalmente, para la valoración del dolor neuropático se utilizan la Escala LANSS y Cuestionario DN4 (Innova Honco, s.f.).

2.2.2 Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) la depresión es un trastorno de salud mental, que se caracteriza por una tristeza persistente y falta de interés en actividades que solían ser placenteras y gratificantes. La depresión se presenta debido a la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos, así como contextuales.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta versión, DSM-V por sus siglas en inglés (American Psychological Association, APA 2014) los trastornos depresivos se dividen en: (1) trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo; (2) trastorno de depresión mayor; (3) trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual; (4) trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento; (5) trastorno depresivo debido a otra afección médica; (6) otro trastorno depresivo especificado y (7) otro trastorno depresivo no especificado.

En esta investigación, consideramos el trastorno depresivo mayor. Los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor de acuerdo al DSM-V (APA, 2014) mayor son los siguientes (p. 104):

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
- 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

2.2.3 Ansiedad

La ansiedad es una respuesta adaptativa de los seres humanos, ya que posee la capacidad de prever una amenaza, se puede presentar en forma de crisis o como un estado persistente, que incluye manifestaciones físicas y mentales, debido a que el peligro no necesariamente se atribuye a un peligro real. La ansiedad y el miedo son parecidos, ya que ambos se dan frente a percepción de peligro y se experimenta sensación de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; y se diferencian en que, el miedo se presenta ante estímulos reales e inmediatos y la ansiedad anticipa peligros futuros o indefinidos (Sierra et al., 2003).

El DSM-V (APA, 2014) clasifica los trastornos de ansiedad en: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y otro trastorno de ansiedad especificado.

Para efectos de esta investigación se considerará el trastorno de ansiedad generalizada (por su relación con la preocupación patológica), los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-V (APA, 2014) para este trastorno son los siguientes (p. 137):

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad

por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Existe una ambigüedad conceptual con respecto al concepto de ansiedad, así como su forma de operacionalizarlo, lo que ha dificultado una definición unánime desde distintos enfoques, además de las diferentes etiquetas: reacción emocional, estado, síntoma, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad. La psicología de la personalidad considera dos tipos de ansiedad, como rasgo y estado; como rasgo se refiere a la tendencia del individuo a responder de manera ansiosa, durante largos periodos de tiempo y en diversas situaciones; como estado, se refiere a una fase transitoria y variable con respecto a la duración y la intensidad (Sierra et al., 2003).

En el contextualismo funcional, se considera a la ansiedad como algo que se deriva de las emociones, las cuales son parte de la experiencia humana, por lo que la ansiedad se considera una experiencia psicológica adaptativa que toma relevancia clínica, cuando dificulta el acercamiento a los valores y objetivos personales (Díaz y Díaz, 2020). Por su parte, los trastornos de ansiedad se caracterizan por una preocupación y miedo excesivos, acompañada de otros trastornos del comportamiento y los síntomas pueden provocar angustia y discapacidad funcional (OMS, 2022b).

2.3 Variables independientes

2.3.1 Rumiación

Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) definen un estilo de respuesta rumiante como “la tendencia a centrarse deliberadamente en los propios estados de ánimo y las implicaciones de estos estados de ánimo” (p. 19). Este estilo de respuesta predice la duración de los estados de ánimo negativos, sin importar si son consecuencia de un evento traumático. Además, refieren que las reacciones al trauma varían de una persona a otra y pueden estar relacionadas con la gravedad del trauma, la salud psicológica previa al trauma, y el estilo de afrontamiento de los síntomas de angustia. Las personas con estados emocionales negativos antes de un trauma pueden tener mayor riesgo de trastornos graves.

De acuerdo con la teoría de los estilos de respuesta, la rumiación es la focalización pasiva y repetitiva de situaciones que provocan una reacción emocional negativa, lo que contribuye a la severidad y mantenimiento de la depresión. Los pensamientos que las caracterizan tienden a centrarse en lo negativo, son pasivos y llevan al aislamiento social. Lo anterior debido a que la rumia es una actividad solitaria e intrusiva que no lleva a resolver problemas, por lo que se considera una estrategia de afrontamiento desadaptativa, que puede desencadenar, mantener y acentuar el estado de ánimo. La rumiación está asociada a rasgos de personalidad como el perfeccionamiento y la autocrítica (De Rosa, 2013).

Nolen-Hoeksema et al. (2008) definen la rumiación como “el proceso de pensar perseverantemente sobre los sentimientos y problemas más que en términos del contenido específico de los pensamientos” (p. 400). La rumiación se correlaciona con estilos cognitivos desadaptativos, actitudes disfuncionales, desesperanza, autocrítica, pesimismo, dependencia, neuroticismo entre otros. La rumiación exagera y prolonga la angustia a través de varios

mecanismos: 1) aumenta los estados de ánimo depresivos sobre el pensamiento; (2) interfiere con la resolución efectiva de problemas, ya que el pensamiento es más fatalista y pesimista; (3) interfiere con el comportamiento instrumental, lo que lleva a aumentar las circunstancias estresantes.

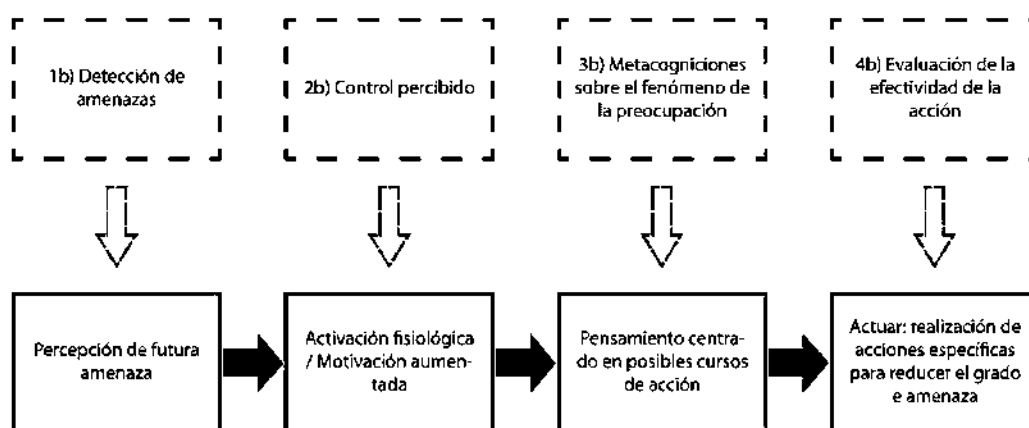
Hernández-Martínez et al. (2016) consideran la rumiación o el estilo de pensamiento rumiativo como una estrategia de regulación emocional desadaptativa, ya que predice y exacerba la psicopatología. Refieren que las mujeres tienden a ser más rumiativas que los hombres, y existen varios factores que contribuyen a que las mujeres desarrollen depresión y tener más afectaciones físicas y emocionales.

2.3.2 Preocupación Patológica

La preocupación ha tenido diferentes conceptualizaciones, Padrós et al. (2019) la definen como “un mecanismo de adaptación desarrollado a partir de la emoción del miedo cuyo propósito no es resolver problemas sino proteger a las personas de posibles amenazas futuras” (p.195). También proponen un modelo para explicar el funcionamiento adaptativo y el disfuncional de la preocupación. El Modelo PAMPA, acrónimo de: Percepción de amenaza futura, Activación/Motivación, Pensamiento y Acción, el cual incluye 4 procesos básicos de los cuales se desprenden 4 procesos adicionales (b) que se describen a continuación (Figura 2).

Figura 2

Modelo PAMPA



Nota. Adaptado de Modelo de preocupación PAMPA (p.193), por Padrós, 2019.

Paso 1: percepción de amenaza futura: de manera consciente o inconsciente, la persona percibe un estímulo ya sea externo o interno y piensa en la posibilidad de que ocurran eventos amenazantes. Los cuales pueden ser leves y amenazar que se alcancen ciertos objetivos o pueden ser graves.

Paso 1(b): detección de amenazas: consiste en la identificación de lo que la persona considera una amenaza. Lo anterior puede resultar complicado cuando la persona presenta altos niveles de ansiedad o deficiencias de habilidades cognitivas.

Paso 2: activación fisiológica / motivación aumentada: debido a la respuesta fisiológica, existe mayor motivación para responder ante una posible amenaza.

Paso 2(b): control percibido: consiste en la percepción de control sobre la amenaza.

Paso 3: pensamiento centrado en qué hacer: aquí se consideran diferentes posibles acciones.

Paso 3(b): metacogniciones sobre la preocupación: se refieren a las creencias relacionadas con la preocupación, lo que puede repercutir en el proceso final.

Paso 4: actuar: consiste en la realización de acciones para reducir la amenaza

Paso 4(b): evaluación de la efectividad de la acción: se refiere a la evaluación final de sus acciones y de las decisiones finales.

De acuerdo a este modelo, la preocupación puede ser vista como un mecanismo funcional y adaptativo pero que puede tener fallas. Para considerar la preocupación de manera adaptativa se consideran los pasos 1, 2, 3 y 4 y los pasos 1b, 2b 3b y 4b aparecen en algunas ocasiones. En cada uno de los pasos, puede haber procesos funcionales y disfuncionales, los cuales se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Procesos funcionales y disfuncionales de los procesos básicos del modelo PAMPA

Pasos	Procesos funcionales	Procesos disfuncionales
(1) Percepción de posibles amenazas futuras	El individuo puede detectar amenazas futuras reales u objetivas, encontrando un	El individuo no percibe ninguna amenaza real como grave, por lo que su comportamiento no se

	equilibrio entre el descuido y la exageración de otras situaciones.	enfocará en tomar medidas para prevenir la amenaza
(2) Activación fisiológica y mayor motivación	Existe un balance entre la motivación para actuar y la activación fisiológica, lo cual llevaría al rendimiento óptimo del individuo.	Ante una activación fisiológica alta y la motivación altas, se reduce la efectividad del funcionamiento cognitivo (paso 3) afectando el resultado final. Cuando la motivación es baja, el rendimiento se ve afectado
(3) Pensamientos enfocados en posibles cursos de acción	Consiste en la habilidad del individuo en delimitar la posible amenaza y sus consecuencias. Se piensa en posibles acciones para reducir la probabilidad de que se presente la amenaza o para minimizarla en caso de que fuéramos afectada por ella. También incluye la toma de decisiones sobre las acciones a tomar.	Presencia de rumia que consiste en pensamientos repetitivos e incontrolables, por bastante tiempo que podrían no ser útiles. Puede haber deficiencia en la planificación de opciones y en la toma de decisiones
(4) Acción	Realización de una o más de una acción	Que no se lleve a cabo la acción final debido a: 1) estancamiento en la etapa anterior; 2) falta de motivación para llevar a cabo una acción; 3) no actuar debido a que se cree que es la mejor opción.

Los pasos adicionales (b) se relacionan con fenómenos frecuentes que inciden en el proceso de la preocupación, principalmente creencias, que cuando son disfuncionales pueden aumentar la intensidad de la preocupación.

1(b) detección de amenazas: cuando hay un aumento considerable en la ansiedad, puede que sea más difícil percibir alguna amenaza afectando así la funcionalidad del proceso de preocupación.

2(b) control percibido: algunas personas perciben gran malestar cuando no sienten el control de una situación, y esto hace que pospongan las cosas, lo cual se ha observado en el

perfeccionismo, la pobre autoconfianza y con los rasgos obsesivos-compulsivos. Por el contrario, puede percibirse un exceso de control ilusorio, que puede llevar a conductas de riesgo.

3(b) metacogniciones sobre el fenómeno de la preocupación: creer que la preocupación es positiva puede fomentar la preocupación excesiva, lo cual llevaría a disminuir su efectividad. Por el contrario, creer que la preocupación es incontrolable puede conducir a la evitación cognitiva.

4(b) evaluación de la efectividad de la acción: se relaciona con el grado de convicción por las decisiones. Personas muy preocupadas tienden a retrasar la acción.

El modelo PAMPA es integrativo y en cada una de las fases señala posibles dificultades en el proceso de la preocupación. La premisa principal es percibir la preocupación como adaptativa y funcional. El modelo presenta varias ventajas: (1) identificar las disfunciones personales y así elaborar un tratamiento individualizado, considerando la preocupación como un proceso además de identificar patrones de pensamiento o de comportamiento; (2) la consideración de la preocupación como un proceso adaptativo y funcional; (3) la consideración de la psicopatología de acuerdo a los criterios de dominio de investigación (RDoC) en oposición a los criterios diagnósticos de los trastornos; los dominios que se pueden ver afectados de acuerdo a esta clasificación son 5: sistemas de valencia negativa, sistema de valencia positiva, sistemas cognitivos (percepción, atención, memoria y control cognitivo entre otros) , sistemas de procesamiento social y sistemas de activación y control.

2.3.3 Gaudibilidad

La psicología positiva se enfoca en el estudio de las emociones positivas, la creatividad, las fortalezas, la gratitud, la resiliencia y el optimismo (Oblitas, 2008). Padrós et al. (2010) menciona que, relacionado a las emociones positivas, uno de los ámbitos de más interés para la psicología positiva, se encuentra la gaudibilidad (del latín Gaudiere), la cual es definida por Padrós-Blázquez et al. (2012) como:

Un constructo que engloba todos aquellos procesos que median entre los estímulos y el disfrute que las personas experimentan, es decir, el conjunto de moduladores que regulan las sensaciones subjetivas de vivir experiencias gratificantes en mayor o menor grado de intensidad, en mayor o menor número de situaciones y durante periodos de tiempo más o menos prolongados. De manera que cuando más alta es la gaudibilidad, más probabilidades tienen las personas de disfrutar. Así pues, la gaudibilidad queda definida como la potencialidad de disfrute que tiene cada individuo (o potencialidad para experimentar sensaciones gratificantes (p. 2).

Se han distinguido tres tipos de moduladores de la gaudibilidad: (1) habilidades entre las que se incluyen, el sentido del humor, imaginación, concentración, capacidad de generarse retos y la habilidad para encontrar interés; (2) creencias y estilos cognitivos, creencias irracionales generales, competencia percibida y estilos cognitivos; y (3) estilos de vida.

2.3.4 Evitación experiencial / inflexibilidad psicológica

Hayes et al. (1996) hacen una distinción entre dos formas de clasificación de los trastornos mentales: (1) la sindrómica, que se basa en signos y síntomas para identificar los trastornos, dando estructura y buscando utilidad; (2) la funcional, que comienza por la utilidad de identificar procesos y de esta manera tener claridad en el tratamiento, luego va a los signos y síntomas. De esta última clasificación se desprende la evitación experiencial (EE), que es considerada como dimensión diagnóstica funcional. Estos autores definen la evitación experiencial como “un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares (por ejemplo, sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) y toma medidas para alterar la forma o frecuencia de estos eventos y los contextos que los ocasionan” (p. 1156). Por su parte, Patrón (2010) refieren que la evitación “se caracteriza por ser un patrón de comportamiento de evitación ante eventos privados negativos” p.14. Sin embargo, las emociones difíciles, son importantes desde un punto de vista experiencial, aunque produzcan malestar (Hayes et al., 2004).

La EE surge como un concepto de la Teoría de los marcos relacionales que se centra en el lenguaje y la cognición, y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2004). La EE ha sido reconocida por diferentes enfoques terapéuticos de manera explícita o implícita, y tanto la terapia cognitiva y conductual se han centrado en el cambio más que en aceptar las experiencias privadas; la terapia conductual a través de la relajación, y la terapia cognitiva en el cambio de ideas irracionales por otras más racionales, configurando así, mejores formas de EE. Wegner y Schneider (1987) propusieron el fenómeno del “el oso blanco”, el cual se refiere a la

paradoja de intentar suprimir los pensamientos, ya que esta supresión es la responsable de que estos pensamientos estén más presentes.

Wenzlaff y Wegner (2000) mencionan tres clases de efectos relacionados con la evitación: (1) el aumento de los pensamientos después de un periodo de supresión, (2) oleada inmediata de pensamientos posterior a la supresión de los pensamientos, e (3) intensificación de los pensamientos intrusivos durante la supresión. Por su parte, Hayes y Gifford (1997) relacionan la EE con varios procesos: (1) aumento de los eventos privados, que lleva a mitigar un comportamiento extremo; (2) algunas formas de evitación experiencial pueden tener efecto a corto plazo, como el abuso de sustancias, el retraimiento social, pero tienen un impacto a largo plazo en diferentes ámbitos; (3) los eventos privados (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) se pueden vincular a formas patológicas, en lugar de servir como información útil para comprender el propio funcionamiento psicológico.

Las personas que utilizan de manera frecuente estrategias de afrontamiento pasivas, intentando evitar pensamientos o emociones negativas, en lugar de hacer cambios de comportamiento para reducir el problema, presentan peores resultados clínicos (Hayes y Gifford, 1997).

El instrumento que más se ha utilizado para medir la evitación experiencial es el *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II), pero al ser imposible desligar la evitación experiencial de otros aspectos como la fusión cognitiva, por lo que se sugiere que el constructo medido por el AAQ-II sea llamado inflexibilidad psicológica (Valencia, 2018). Además, se considera que la inflexibilidad psicológica (IP) es un término más inclusivo, que surge posteriormente a la EE (Luciano, 2016).

La mayoría de las investigaciones en ACT sobre la flexibilidad psicológica (FP), se centran en lo opuesto, es decir, la inflexibilidad psicológica (IP), constructo que se ha asociado con depresión, dolor catastrófico, imagen corporal negativa, trastornos alimenticios, etc. Por el contrario, la FP ha sido menos estudiada y se ha relacionado positivamente con autocompasión, satisfacción laboral, desempeño y el bienestar general (Doorley et al., 2020).

Doorley et al. (2020) conceptualizan la FP como la tendencia a responder a situaciones de manera que faciliten la búsqueda de un objetivo valioso, y ésta es más importante en situaciones que son desafiantes y provocan angustia. Este concepto tiene sus orígenes en la psicología social (teoría de la esperanza, regulación emocional y autocontrol), pero ha sido considerada en la psicología clínica y desde entonces se ha investigado en este ámbito y existe evidencia de que los tratamientos enfocados en la FP son eficaces para mejorar el bienestar y la salud mental.

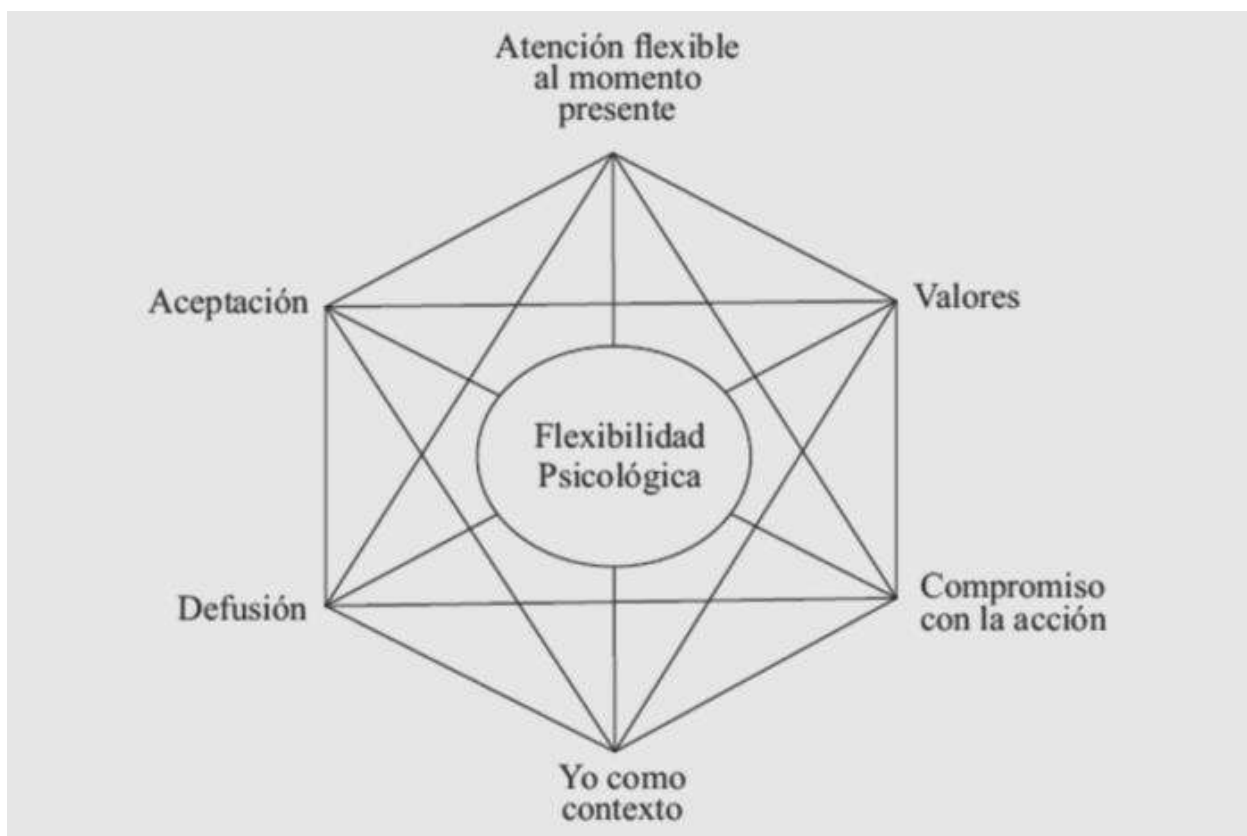
La mayoría de las definiciones de FP consideran el término como un proceso, que incluye lograr objetivos, vivir de acuerdo a valores importantes y tolerar pensamientos o emociones que generan malestar; por lo que Cherry et al. (2021) proponen 3 características esenciales que debería incluir una definición de FP que no se necesariamente se integre desde una perspectiva de ACT: (1) manejo de la angustia, (2) actuar para gestionar la angustia y (3) que estas acciones se ajusten a las demandas del contexto y facilite el logro de objetivos a través de los valores. En tanto que, Hayes et al. (2015) definen la FP como:

El hecho de estar en contacto con el momento presente, como ser humano consciente, de manera total y sin necesidad de defensa -tal y como es la realidad y no como uno se dice que es- y persistir en una conducta, o cambiarla, en función de los valores elegidos (p.126).

El modelo de FP es un modelo de naturaleza inductiva, vinculado a procesos humanos básicos derivados de la ciencia experimental, que, por su diseño es un modelo de psicopatología, de salud psíquica y de intervención psicológica. Es un modelo hexagonal denominado “hexaflex”, que incluye los 6 procesos centrales que conforman la FP: atención flexible al momento presente, compromiso con la acción, valores personales, defusión, yo como contexto y aceptación (Figura 3).

Figura 3

Modelo de flexibilidad psicológica tomado de Hayes et al. (2015)



Harris (2021) define los procesos del hexaflex (FP) de la siguiente manera:

Estar en contacto con el momento presente (estar aquí y ahora) se refiere a llevar nuestra consciencia de manera flexible a las experiencias internas o al mundo exterior que nos rodea,

significa prestar atención conscientemente a nuestra experiencia aquí y ahora en lugar de dejarnos llevar por nuestros pensamientos.

La defusión cognitiva (observa tu pensamiento) consiste en aprender a “dar un paso atrás” para desprendernos de nuestros pensamientos, imágenes y recuerdos sin juzgarlos y de esta manera librarse del malestar innecesario, dejarlos pasar simplemente y verlos como lo que son, palabras o imágenes.

El yo como contexto (el yo que se percata) que también es llamado “observarse a uno mismo” se refiere a la parte de la mente que es consciente de lo que estamos pensando, haciendo o sintiendo en cualquier momento, por otro lado, existe otro elemento adicional, y es la parte que piensa.

Los valores (saber lo que importa) describen la manera en la que queremos comportarnos, nos dan guía y dirección en nuestra vida, por lo que pueden compararse con una brújula.

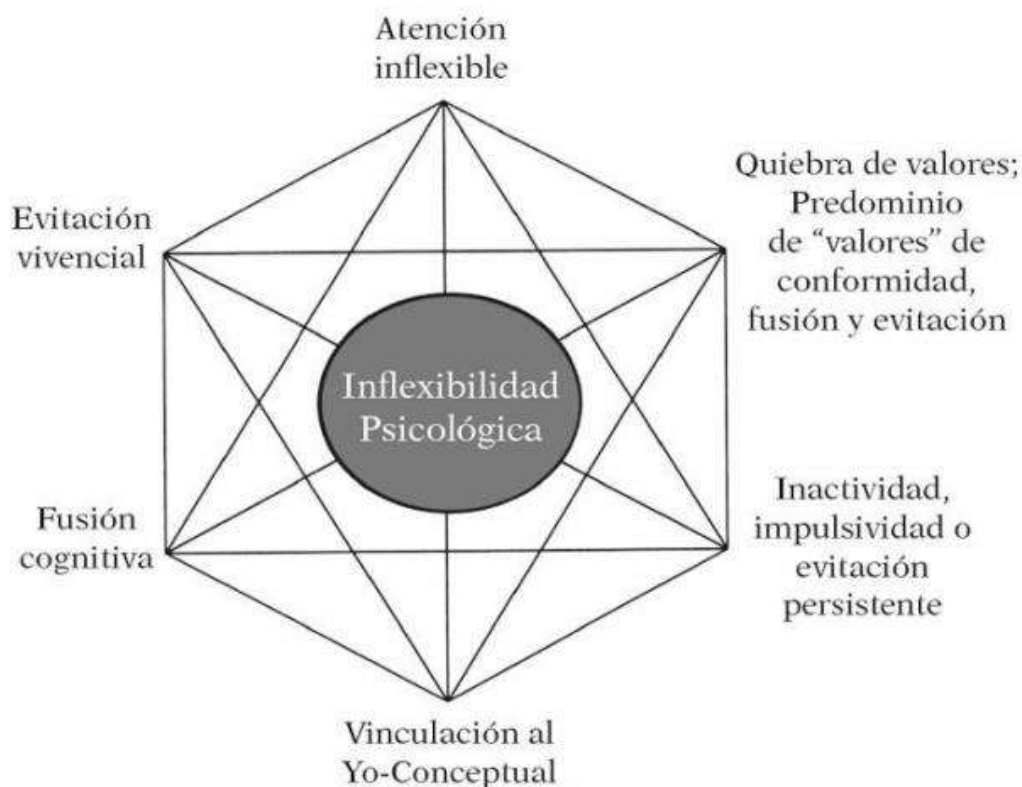
La aceptación (abrir) significa abrirse y dar paso a las sensaciones, los impulsos, las emociones y sentimientos dolorosos, es dejar se resistirse o huir de ellos, simplemente los dejamos ser.

Finalmente, la acción comprometida (hacer lo que sea necesario) se refiere a realizar una acción guiada por nuestros valores, una acción efectiva que incluye acciones físicas y psicológicas, a través de la puesta en práctica de los valores, la vida se vuelve significativa. Algunas acciones derivarán en la aparición de pensamientos y sentimientos placenteros y otros dolorosos, pero la acción comprometida se refiere a hacer lo que sea necesario para vivir de acuerdo a nuestros valores, aunque implique malestar.

Hayes et al. (2015) refieren que los procesos antes mencionados, son los responsables de la FP, y que en ausencia de uno o más componentes, se corre el riesgo de IP, además estos autores afirman, que la IP o rigidez psicológica es la causa del sufrimiento humano y la responsable de un funcionamiento desadaptativo. Cada uno de los procesos esenciales de la FP desempeña un papel importante para determinar hasta qué punto los humanos son capaces de adaptarse a las circunstancias de la vida. Los 6 procesos que conforman la rigidez psicológica son: quiebra de los propios valores, atención inflexible, inactividad o impulsividad, fusión cognitiva, identificación de un yo conceptual, y evitación vivencial (Figura 4) (Hayes et al., 2015).

Figura 4

Modelo de inflexibilidad psicológica tomado de Hayes et al. (2015)



Para medir el constructo de flexibilidad psicológica (FP), también se ha utilizado el AAQ-II, pero esto ha sido muy criticado debido a la confiabilidad y validez discriminante del instrumento, argumentando que lo que realmente mide es el afecto negativo y el neuroticismo. Otra crítica que ha recibido, es que es un constructo unidimensional, cuando en ACT la flexibilidad psicológica consta de los 6 procesos antes mencionados. Tanto el AAQ-I como el AAQ-II fueron diseñados inicialmente para medir la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, y por ausencia de esta, se infiere la presencia de la FP, lo cual ha sido criticado, ya que, según la psicología positiva, la ausencia de lo negativo no implica la presencia de lo positivo. Por lo que debe ser medido de manera independiente y no como una dimensión unipolar (Cherry et al., 2021). Por su parte Fang y Ding (2022) refieren que investigaciones previas han sugerido que la flexibilidad y la inflexibilidad psicológica podrían considerarse procesos distintos, aunque relacionados entre sí, por lo que sugieren mayor investigación al respecto.

Existen medidas directas y medidas indirectas para evaluar la FP, las indirectas consideran el AAQ-II, el cuestionario de fusión cognitiva (CFQ) y el proceso de evaluación integral de TCA (CompACT) este último considera los 6 aspectos de la FP. De manera directa, se encuentra el cuestionario de acción de compromiso CAQ, que evalúa la FP desde una sola dimensión y el *personalized psychological flexibility index* (PPFI), el cuál es un índice de autoinforme que consta de tres dimensiones: evitación, aceptación y aprovechamiento, el objetivo de este instrumento es medir como las personas enfrentan obstáculos externos en la búsqueda de objetivos valiosos y como enfrentan los estados internos incómodos (Xia et al., 2023).

Capítulo 3. Antecedentes

3.1 Bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis

Rush y Misajon (2017) realizaron una investigación con el objetivo de examinar el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis para ello utilizaron el Índice de Bienestar Personal (*Personal Wellbeing Index*, PWI por sus siglas en inglés) que se conforma de 7 dimensiones: logros en la vida, relaciones personales, nivel de vida, salud, seguridad, conexión con la comunidad, seguridad con la vida. Encontraron que una mala salud relacionada con la endometriosis estaba asociada con un pobre bienestar subjetivo. Además, las mujeres menores de 25 años mostraron puntuaciones más bajas en los dominios del bienestar, principalmente en los que se relacionan con el bienestar social, las relaciones y los cambios en los planes de vida a futuro. Además, los hallazgos cualitativos y cuantitativos evidencian el grave impacto negativo de la enfermedad, en múltiples aspectos de la vida de las mujeres y no solamente en la salud física.

En otro estudio, Rush et al. (2019) buscaron establecer la relación entre el dolor pélvico relacionado con la endometriosis y el bienestar subjetivo, los investigadores refieren que es el primer estudio en explorar esta relación. La muestra se conformó por 2,061 mujeres con diagnóstico de endometriosis reclutadas en Nueva Zelanda y Australia, esta muestra forma parte de un estudio más amplio sobre endometriosis y síndrome de ovario poliquístico. Los instrumentos que se utilizaron fueron la escala de Biberoglu and Behrman (B&B) para evaluar el dolor pélvico, la dispareunia y la dismenorrea; y el Índice de Bienestar Personal (PWI). El 50.1% reportaron dolor pélvico moderado, el 41.7% dolor pélvico intenso, y el 0.4% refirió no sentir dolor; el 35.7% tenía dismenorrea y el 20.4% puntuó en dispareunia grave. Los niveles más altos de dolor pélvico se asociaron significativamente con puntajes más bajos de las dimensiones del

bienestar subjetivo y la puntuación total, para este análisis se consideró la edad y los años en el retraso del diagnóstico. Respecto al bienestar, se reportaron puntuaciones más bajas de bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis en comparación con mujeres de población general en seis de los dominios, el dominio más afectado en las mujeres con endometriosis es la dimensión de la salud. Algo relevante de este estudio, es que los niveles de bienestar subjetivo son considerablemente más bajos que los reportados para otras enfermedades crónicas y graves, incluidos algunos tipos de cáncer y el VIH.

Para facilitar el análisis de los estudios encontrados sobre el bienestar subjetivo, se realizó un cuadro comparativo (Tabla 2).

Tabla 2

Cuadro comparativo de las investigaciones sobre bienestar en mujeres con endometriosis

Autores / Año / País	Objetivo	Metodología	Conclusiones
Rush y Misajon (2017) Australia	Examinar el bienestar subjetivo y la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres con endometriosis.	Diseño Mixto Muestra 449 mujeres mayores de edad con un rango entre 18-63 años ($M=30.5$, $DE=7.46$), fueron diagnosticadas entre los 12-45 años ($M=23.94$, $DE=6.29$), con un diagnóstico retrasado de 0 a 44 años ($M=6.61$, $DE=6.32$), la mayoría casadas o en una relación (64.80%) Instrumentos Personal Wellbeing Index (PWI) Endometriosis Health Profile (EHP-30) Reporte de salud autoinformado (0-100) Ansiedad / depresión autoinformada (No ansioso/deprimido,	Las mujeres con endometriosis tienen niveles bajos de BS, además un puntaje bajo de la calidad de vida relacionada con la salud. La endometriosis impacta negativamente en la vida de las mujeres. Se destaca el impacto negativo de la enfermedad en el bienestar subjetivo, lo que contribuye a dificultades en las relaciones sociales, en la productividad e insatisfacción social, pero puede contribuir a la presencia de comorbilidades psicológicas,

		moderadamente ansioso/deprimido, severamente ansioso/deprimido) Preguntas abiertas sobre las afectaciones por la endometriosis	
Rush et al. (2019) Australia	Establecer la relación entre el dolor pélvico relacionado con la endometriosis, la frecuencia de los síntomas de la endometriosis y el bienestar subjetivo (SWB) de las mujeres.	Diseño Exploratorio Muestra 2061 mujeres con endometriosis entre 18- 62 años (M=30.49, DE=7.45), Instrumentos Personal Wellbeing Index (PWI) Medida de dolor pélvico (Biberoglu y Behrman Scale) Frecuencia de los síntomas de endometriosis	El BS fue más bajo en mujeres con endometriosis en comparación con mujeres de población general

3.2 Dolor, depresión y ansiedad en mujeres con endometriosis

En psiquiatría, los sistemas de clasificación (DSM) no incluyen el dolor crónico como manifestaciones de la depresión o lo incluyen sin darle mucha relevancia. El dolor no se menciona como ningún síntoma de la ansiedad o de los trastornos del estado de ánimo, y en los trastornos del dolor crónico, las quejas de la depresión se mantienen al margen, sin embargo, tener esta separación no es congruente con la realidad clínica y neurobiológica (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018). Debido a esto, en este apartado se describirán investigaciones relacionadas con el dolor, la depresión y la ansiedad.

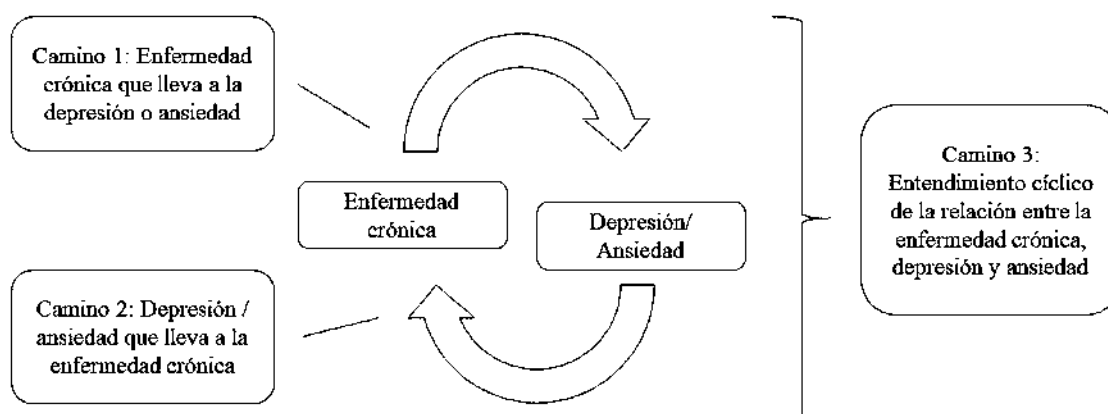
El dolor producto de la endometriosis tiene tres síntomas principales: la dismenorrea, dispareunia y el dolor pélvico crónico (DPC) (Tripoli et al., 2011), y juntos conforman el síndrome del dolor relacionado con la endometriosis (Kiykac et al., 2015). EL DPC puede ser inflamatorio o neuropático, este último debido a la sensibilización del sistema nervioso central, el cual puede persistir a pesar de haber eliminado las lesiones (Kiykac et al., 2015). De Graaff et al. (2013) encontraron que el 56% de las mujeres de su estudio, refirió dispareunia, el 60% dolor pélvico y el 59% dismenorrea, además, Li et al. (2018) mencionan que de las mujeres que padecen DPC, el 80% tiene endometriosis, además de tener mayor sensibilidad al dolor y presentan hiperalgesia no pélvica y disminución del volumen de materia gris en ciertas áreas del cerebro, que son clave para el procesamiento del dolor, como la ínsula. Moradi et al. (2014) refieren que el dolor impacta negativamente en todos los ámbitos de la vida (psicológico, social, sexual, educativo, laboral y físico).

DeJean et al. (2013) realizaron un metaanálisis acerca de investigaciones cualitativas empíricas sobre las experiencias de pacientes con enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva, diabetes, accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca, y la relación

con la ansiedad o depresión. Fueron 20 los artículos que se consideraron para el análisis. Como temática central surgió la relación entre la enfermedad crónica y la depresión / ansiedad, para lo cual surgieron dos formas: (1) como dos problemas que aparecen juntos, (2) como situaciones independientes. Una minoría experimentó ambos, que se muestra en la Figura 5 como camino 3.

Figura 5

Experiencia de los pacientes de la relación entre una enfermedad crónica y la depresión/ ansiedad tomada de DeJean et al. (2013).



Los autores concluyen que las enfermedades crónicas pueden ser independientes o estar interrelacionadas con la depresión y la ansiedad, pero los pacientes pueden tener dificultades para reconocerlas debido a la superposición de síntomas físicos, además, los médicos pueden normalizar las experiencias y con ello, la relación que existe entre las enfermedades crónicas y la depresión y ansiedad.

Pope et al. (2015) realizaron una investigación con el objetivo de encontrar una asociación entre padecer endometriosis y psicopatología, para lo cual se realizó una revisión sistemática que incluyó 18 artículos, concluyeron que el dolor crónico puede ser un factor para desarrollar condiciones psiquiátricas como la depresión y ansiedad, a su vez estos pueden incrementar el nivel de dolor percibido, y complicar el tratamiento y el pronóstico, esto puede

estar relacionado con aspectos fisiológicos como la inflamación crónica.

Facchin et al., (2016) encontraron que mujeres con endometriosis dolorosa, presentó mayor fatigabilidad en comparación con mujeres sanas, se sugieren que la fatiga se asocia más con el dolor pélvico que con la endometriosis; la fatiga es un síntoma de lo que se denomina "respuesta a la enfermedad" (comportamientos similares a la depresión, que incluyen hipofagia y disminución de la actividad), por lo que de acuerdo a estos autores, las mujeres con endometriosis que padecen dolor tienen mayor probabilidad de desarrollar esta respuesta a la enfermedad, que conlleva un aumento de estrés y depresión.

Li et al. (2018) realizaron una investigación con el objetivo de determinar si la endometriosis podría causar sensibilización al dolor central, ansiedad y depresión en un modelo de ratón, así como identificar los cambios moleculares en el cerebro que son mecánicamente responsables, para lo cual, analizaron un modelo animal (ratones) a los que se les indujo la enfermedad para observar el efecto de la endometriosis en la electrofisiología, expresión genética y la función del sistema nervioso central (SNC). Las pruebas de comportamiento revelaron que a los ratones que se les indujo la endometriosis, estaban más deprimidos, más ansiosos y eran más sensibles al dolor en comparación con los controles. Además, los mismos autores, refieren que la endometriosis modula la expresión genética de la amígdala, el hipocampo y la ínsula, áreas que desempeñan un papel importante en el dolor, así como en la ansiedad y la depresión.

Gambadauro et al. (2019) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar si la endometriosis se asocia con síntomas depresivos y si la asociación está modulada por el dolor pélvico. En un metaanálisis de 24 estudios donde se incluyeron a 99,614 mujeres, se encontraron niveles más altos de depresión en mujeres con endometriosis, en comparación con grupos controles. Además, las pacientes con endometriosis con dolor pélvico también tenían niveles de

depresión significativamente más altos, en comparación con las que no presentaban dolor.

Concluyen que la relación entre los síntomas de depresión y la endometriosis se determina en gran medida por el dolor crónico, pero puede estar modulado por el contexto y cuestiones individuales.

Nayar et al. (2020) evaluaron el nivel de ansiedad en mujeres infértiles con y sin endometriosis y encontraron que el 42% de las mujeres con la enfermedad, tenían ansiedad, mientras que en las mujeres sin endometriosis el porcentaje fue 29.33%. Con respecto a la depresión, en mujeres infértiles con endometriosis la prevalencia fue del 40% y sin endometriosis fue del 28%.

Los resultados del estado del arte respecto a estas variables se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3

Cuadro comparativo de las investigaciones realizadas en dolor, ansiedad y depresión en mujeres con endometriosis

Autores (año) / País	Objetivo	Metodología	Resultados
Tripoli et al. (2011) Brasil	Evaluar la calidad de vida y la satisfacción sexual de mujeres que padecen dolor pélvico crónico (DPC) con o sin endometriosis.	Diseño Estudio descriptivo, transversal Muestra 134 mujeres que se dividieron en grupos, (1) 49 mujeres con DCP y endometriosis, (2) 35 con dolor pélvico crónico de los menos 6 meses de evolución, y que se sometieron a laparoscopia y se descartó endometriosis con otra condición, (3) 50 mujeres sanas Edad de 15-50 años Instrumentos Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud	El dolor pélvico crónico provocado por endometriosis y otras enfermedades ginecológicas conlleva una reducción en la calidad de vida y la satisfacción sexual

		(WHOQOL-BREF) y cuestionario de satisfacción sexual de Golombok-Rust (GRISS)	
De Graaff et al. (2013) Holanda	Investigar el efecto de la endometriosis en la educación, el trabajo y el bienestar social, los síntomas asociados a la endometriosis y la calidad de vida relacionada con la salud. Un objetivo secundario del estudio fue investigar en qué medida el manejo de la endometriosis y los síntomas que persisten después del tratamiento afectan la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con la enfermedad.	Diseño Estudio transversal Muestra 931 mujeres con endometriosis tratadas en 12 centros de atención terciaria en 10 países Instrumentos Cuestionarios específicos por país e idioma. Preguntas sociodemográficas WERF GSWH para evaluar la salud de la mujer SF-36v2 para evaluar calidad de vida relacionada con la salud.	El 51% de las mujeres reportó afectaciones en el trabajo, el 50% refirió afectaciones en sus relaciones, respecto al dolor, el 59% presentaba dismenorrea, el 56% dispareunia, y 60% dolor pélvico crónico. Además, afectaciones en 8 dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con mujeres de población general de EE.UU.
DeJean et al. (2013)	Revisar la investigación cualitativa empírica sobre las experiencias de pacientes con enfermedades crónicas (p. ej., EPOC, diabetes, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular) y depresión o ansiedad comórbidas, y destacar las implicaciones de la detección y el tratamiento de la ansiedad y/o la depresión en los resultados de las enfermedades crónicas.	Diseño Revisión sistemática y metaanálisis. Se consideraron estudios publicados entre enero 2002 y mayo 2012 Técnica de recolección Metasíntesis cualitativa Se consideraron 20 estudios cualitativos	Los pacientes experimentaban las enfermedades crónicas, y la ansiedad o depresión como independientes o interrelacionadas
Moradi et al. (2014) Australia	Explorar las experiencias de las mujeres sobre el	Diseño Descriptivo cualitativo Participantes	Los temas principales que surgieron: (1) experiencias de vida

	impacto de la endometriosis y si existen diferencias entre tres grupos de edad	35 mujeres con endometriosis en tres grupos de edad, de 17 a 53 años de edad, Técnica de recolección Grupos focales, a través de entrevista semiestructurada	con endometriosis y (2) impacto de la endometriosis en la vida de las mujeres, con 14 categorías discretas. Encontraron similitudes y diferencias del impacto de la enfermedad en los 3 grupos de edad, entre ellos se encontró impacto en la vida social, las relaciones de pareja/sexuales y los aspectos psicológicos y físicos.
Pope et al. (2015) Ontario	Consolidar los hallazgos empíricos existentes para aclarar la asociación entre la endometriosis y los trastornos psiquiátricos.	Diseño Revisión sistemática Se incluyeron 18 estudios de investigación en inglés, que analizaban la asociación entre la endometriosis y los síntomas psiquiátricos, con un total de 999 pacientes con endometriosis.	Las mujeres con endometriosis pueden padecer trastornos psicosociales o psiquiátricos. No está claro si los trastornos psicológicos son consecuencia del dolor crónico o la endometriosis.
Facchin et al., (2016) Italia	Investigar el temperamento y el perfil de carácter de las mujeres con dolor pélvico debido a la endometriosis en comparación con pacientes con endometriosis sin dolor pélvico y controles sanos. Examinar la asociación entre la personalidad y la gravedad del dolor pélvico	Diseño Transversal Muestra 82 mujeres con endometriosis y 51 mujeres sanas. Las mujeres con endometriosis se dividieron en dos grupos: endometriosis dolorosas (58) y sin dolor (24) Instrumentos prueba psicométrica TCI-R de 240 ítems para evaluar la personalidad en términos de temperamento y dimensiones del	Las mujeres con endometriosis dolorosa presentaron una mejor búsqueda de novedades en comparación con el grupo control y una mayor evitación del daño y menos excitabilidad exploratoria y responsabilidad en comparación al grupo de mujeres sin dolor. Además, mayor fatigabilidad. A mayor dolor pélvico, existe una mayor evitación del daño y una menor autodirección

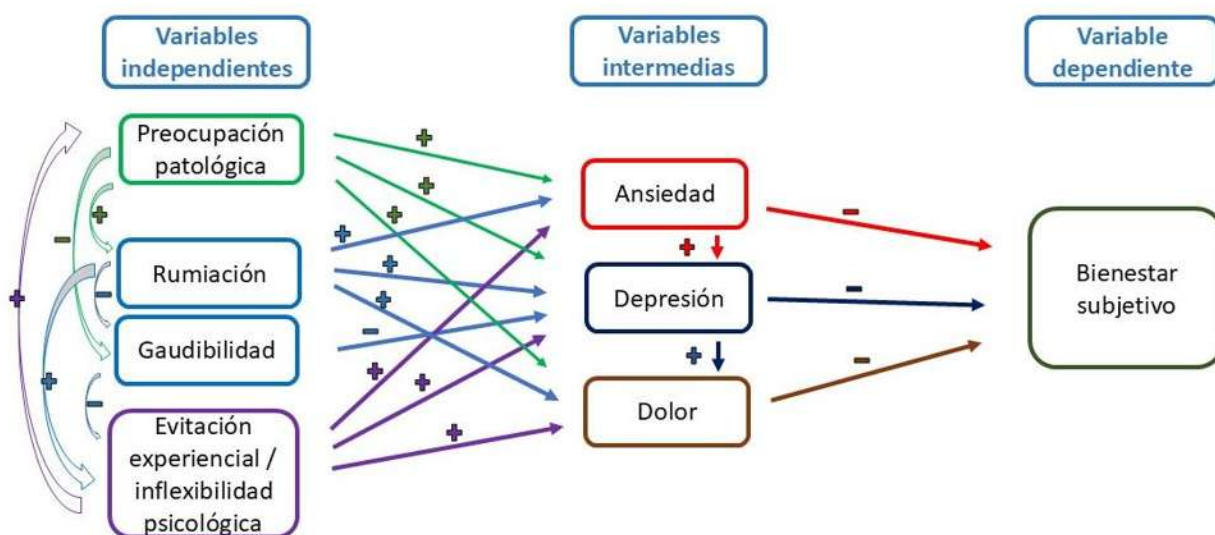
		carácter. El dolor pélvico se evaluó en una escala numérica de 0-10, se evaluaron diferentes tipos de dolor: dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico y disquecia.	
Li et al. (2018) Estados Unidos de América	Determinar si la endometriosis podría causar sensibilización al dolor central, ansiedad y depresión en un modelo de ratón, así como identificar los cambios moleculares en el cerebro que son mecánicamente responsables	Diseño Experimental Se indujo endometriosis en ratones.	La endometriosis indujo sensibilización al dolor, depresión y ansiedad al modular la expresión génica cerebral y electrofisiología.
Gambadauro et al. (2019)	Evaluar si la endometriosis se asocia con síntomas depresivos y si la asociación está modulada por el dolor pélvico.	Diseño Revisión sistemática.	El dolor crónico determina en gran medida la relación entre endometriosis y síntomas depresivos, y esta relación está modulada por el contexto y vulnerabilidades individuales.
Nayar et al. (2020)	Evaluaron el nivel de angustia psicológica en mujeres infértiles con y sin endometriosis	Diseño Estudio transversal Muestra 300 mujeres, Un grupo de 150 mujeres infértiles con endometriosis y un grupo control de 150 mujeres infértiles Instrumentos Escala de Hamilton para evaluar ansiedad y depresión (HAM-A y HAM-D). Se utilizó el Cuestionario Básico de Fertilidad y Calidad de Vida (FertiQoL)	Las mujeres con endometriosis e infertilidad, coincide con angustia psicológica, mayor a la que se presenta en mujeres infértiles sin endometriosis

Capítulo 4. Planteamiento del problema

Para efectos de esta investigación las variables se agruparon de la siguiente forma: (1) variable dependiente, que corresponden al bienestar subjetivo; (2) variables intermedias, en donde se incluyeron el dolor, la depresión y la ansiedad; y finalmente las variables independientes que contemplan la rumiación, preocupación patológica, gaudibilidad y evitación experiencial / inflexibilidad psicológica (Figura 6). A continuación, se irá describiendo la relación que se sugiere que puede existir entre estas variables y que son objeto de la presente investigación.

Figura 6

Relación de variables



Como se ha mencionado anteriormente, la endometriosis es una enfermedad crónica que tiene múltiples afectaciones negativas en la vida de las mujeres que la padecen, en aspectos como el dolor (De Graaff et al., 2013; Gete et al., 2023; Jia et al., 2012; Kiykac Altinbas et al., 2015; Moradi et al., 2014), la CVRS (Culley et al., 2013; Gete et al., 2023) y en el estado de ánimo,

generando enojo, frustración y estrés (Moradi et al., 2014).

El bienestar subjetivo ha sido poco estudiado en esta población. Entre las investigaciones encontramos que se ha estudiado con relación a la CVRS, donde se encontró que una mala salud se asocia con un peor bienestar subjetivo (Rush y Misajon, 2018); con relación al dolor, reportaron niveles bajos de bienestar subjetivo, también se analizó con respecto a otras enfermedades crónicas (graves) como el cáncer y el virus de la insuficiencia humana (VIH), y se han encontrado niveles más bajos de bienestar subjetivo en mujeres que padecen endometriosis respecto a las pacientes con diagnóstico de cáncer y VIH (Rush et al., 2019).

Respecto a la relación entre bienestar subjetivo (BS) y depresión y ansiedad, Linares et al. (2021) encontraron una asociación negativa entre el BS, la depresión y ansiedad en estudiantes. Otro estudio realizado en estudiantes, encontraron correlaciones negativas entre la depresión y la ansiedad con respecto a la satisfacción con la vida (Rezende, 2021). En ancianos filipinos con enfermedades crónicas se encontró que la satisfacción con la vida tuvo una asociación negativa sobre la depresión (de Guzman, 2015).

Con relación a las variables intermedias en las enfermedades crónicas como la endometriosis, se ha correlacionado de manera positiva con trastornos depresivos y de ansiedad y esta relación está mediada por el dolor (DeJean et al., 2013; Gambadauro et al., 2019; Li et al., 2018; Nayar et al., 2020; van Barneveld et al., 2021; van Stein et al., 2023) y el catastrofismo del dolor (Kalfas et al., 2022).

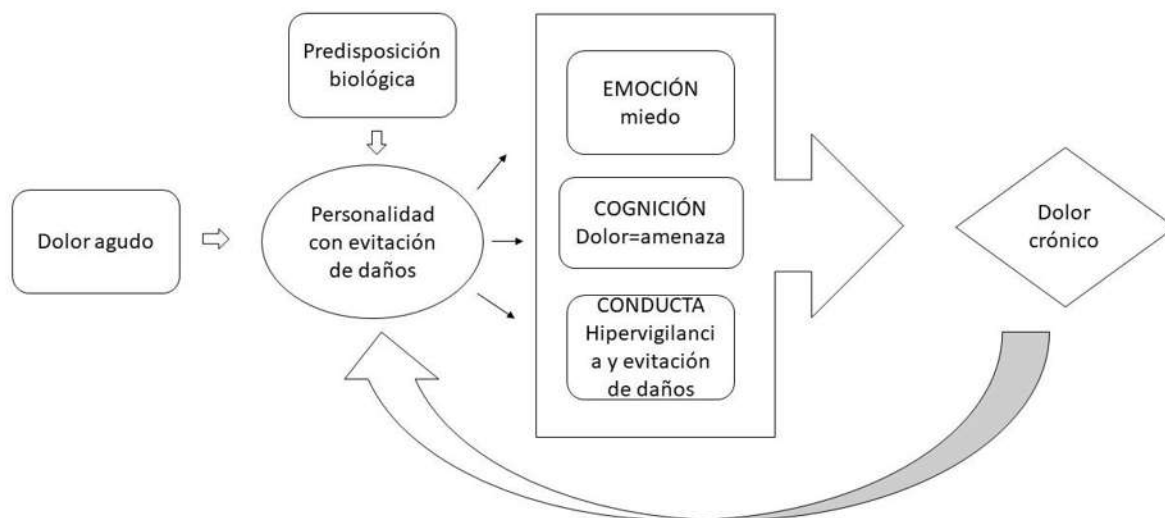
En una revisión sistemática, Kalfas et al. (2022) encontraron 6 estudios que evaluaron la relación entre depresión y dolor en la endometriosis, solo 3 de ellos reportaron una asociación significativa. Con respecto a la ansiedad y el dolor, 7 estudios exploraron esta relación, reportando lo siguiente: en dos estudios, encontraron que la ansiedad se relaciona con una mayor

intensidad del dolor pélvico; en otro estudio, además de esta asociación, la ansiedad se asoció con dismenorrea. La intensidad del dolor también se asoció con la ansiedad estado y ansiedad general, pero no con la ansiedad rasgo. Adicionalmente, la ansiedad también se asoció a mayor dolor durante las relaciones sexuales. En esta misma revisión sistemática, se exploraron otras asociaciones relacionadas con las variables de esta investigación (Zarbo et al., 2018) en un estudio se encontró asociación positiva entre dolor y preocupación generalizada ($r=0.32$, $p<0.001$). Además, la rumiación también se asoció con dolor pélvico severo.

Respecto a la evitación experiencial, Facchin et al., (2016) refieren que las mujeres con endometriosis y dolor pélvico presentan una mayor evitación de daños en comparación con las mujeres con endometriosis asintomática. La expectativa de que el dolor aumente, provoca comportamientos de evitación del miedo, que llevan a realizar conductas para reducirlo a corto plazo, tal como se presenta en la evitación experiencial (Figura 7). Lo anterior se explica bajo el modelo de evitación del miedo de Conrad et al. (2013), ya que algunas personas interpretan el dolor como amenazante, por lo que están hipervigilantes hacia las sensaciones somáticas y tienden a catastrofizar.

Figura 7

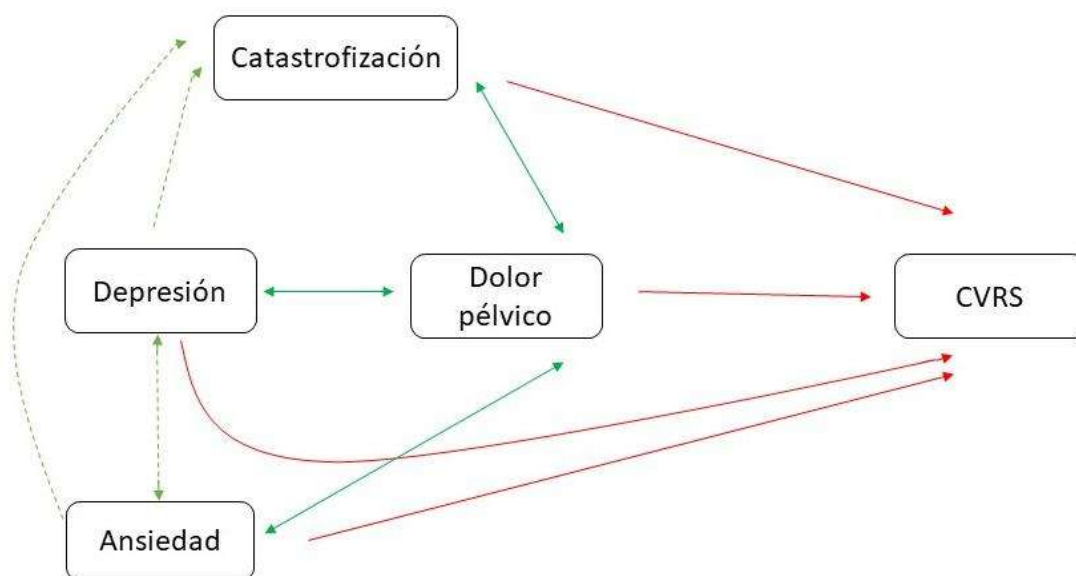
Modelo de evitación del miedo de Conrad et al. (2013). Traducción propia



La evitación del daño, como una forma de evitación experiencial, contribuye a la cronicidad del dolor (Conrad et al., 2013). A su vez, se ha reportado que catastrofizar el dolor, contribuye a la predicción del dolor pélvico persistente un año posterior al tratamiento, ya sea médico o quirúrgico (Van Niekerk et al., 2019). Kalfas et al. (2022) también reportaron el efecto mediador del catastrofismo entre el dolor, la depresión y la ansiedad, lo cual impacta en la calidad de vida (CVRS) de las mujeres con endometriosis (Figura 8).

Figura 8

Figura del resumen de factores psicosociales en relación con el dolor y la CVRS en la endometriosis de Kalfas et al. (2022). Traducción propia



Nota tomada de Kalfas et al. (2022) “las flechas verdes representan asociaciones positivas; las flechas rojas, asociaciones negativas; las flechas dobles indican asociaciones bidireccionales; las asociaciones encontradas en mujeres con endometriosis se muestran con flechas solidas; las asociaciones hipotéticas se muestran con flechas puntuadas”.

Si bien la calidad de vida y la catastrofización del dolor no son variables consideradas para este estudio, Fang y Ding (2022) mencionan que la catastrofización del dolor es uno de los predictores psicológicos del dolor, y se puede concebir como pensamientos negativos repetitivos y cavilaciones, tal como se presentan en la rumia, además se relaciona con la fusión cognitiva, uno de los componentes de la inflexibilidad psicológica, ya que de acuerdo a Harris (2021) la fusión significa que nuestro comportamiento está dominado por nuestros pensamientos, dicho de otra manera, estamos atrapados en las palabras e imágenes que conforman nuestro pensamiento, es decir, en el mundo del lenguaje, perdiendo así contacto con la experiencia directa.

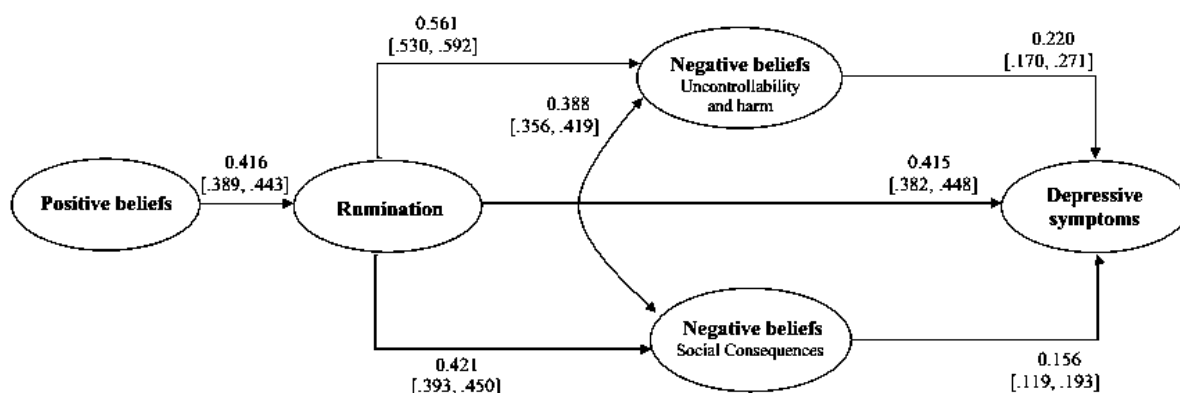
Renna et al. (2020) exploraron la relación del dolor con la preocupación y la rumia en pacientes con cáncer de mama, para evaluar las variables predictoras utilizaron el Penn State

Worry Questionnaire (PSWQ) de Meyer et al. (1990) y la Escala de Rumiación de Arney et al. (2009). De acuerdo con estos investigadores, no se encontró relación directa entre la preocupación y el dolor, pero si efectos indirectos. Así cuando más se preocupan las pacientes por el cáncer de mama, mayor es su angustia relacionada con el cáncer, que a su vez contribuye a que haya más dolor y más síntomas de la enfermedad, peor función física y peor salud autovalorada. En el modelo relacionado con la rumia como predictor, no se encontró relación con el dolor, al igual que con la preocupación, la rumia tuvo efectos indirectos sobre el dolor, el funcionamiento físico y salud autoevaluada.

Cano-López et al. (2022) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de la investigación empírica centrada en el estudio del modelo metacognitivo de la rumia y la depresión, donde refieren que la rumiación ha sido un factor de riesgo cognitivo para el desarrollo y mantenimiento de la depresión para lo cual retoman el modelo que pone énfasis en las creencias, para la activación y mantenimiento de la rumia y su asociación con la depresión (Figura 9).

Figura 9

Meta modelo cognitivo de rumia y depresión con coeficientes de regresión estandarizados e intervalos de confianza basados en la probabilidad de Papageorgiou et al. (2009) tomado de Cano-López et al. (2022)



Si bien, la rumiación no se ha investigado directamente con la gaudibilidad, las creencias son un componente de esta variable. Lo cual podría sugerir una asociación negativa entre ambas variables. El dolor tampoco ha sido estudiado con relación a la gaudibilidad, sin embargo, respecto a sus componentes, Sánchez et al. (2016) refieren que el humor de autoafirmación y las estrategias de afrontamiento basadas en el humor, correlacionan positivamente con el afecto y la satisfacción con la vida.

Con respecto a la preocupación patológica, la rumiación, la gaudibilidad y la evitación experiencial, estas no han sido estudiada previamente en relación con el dolor, la depresión y la ansiedad en mujeres con endometriosis, por lo que la relación entre ellas se describirá en función de otras investigaciones en otras enfermedades crónicas o psicopatología.

Así, por ejemplo, la teoría de los estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema en 1991 fue propuesta para explicar la insidiosa relación entre rumiación y depresión. De acuerdo con esta teoría, la rumiación aumenta y prolonga la angustia principalmente la depresión por medio de los siguientes mecanismos: (1) la rumia mejora el estado de ánimo, a través del reforzamiento negativo, ya que las personas tienen una tendencia a utilizar pensamientos negativos o recuerdos depresivos para comprender su situación actual; (2) interfiere con la solución eficaz de problemas debido a que el pensamiento es más pesimista; (3) interfiere con el comportamiento instrumental. La rumia puede desencadenar una depresión grave y evolucionar a depresión mayor, así como prolongar los episodios depresivos debido a la pérdida de apoyo social (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Calmes y Roberts (2007) realizaron un estudio prospectivo para analizar el impacto de la rumia y la preocupación en la depresión y la ansiedad, ambas variables predijeron prospectivamente la ansiedad; por el contrario, ni la rumia ni la preocupación, predijeron

prospectivamente la sintomatología depresiva. Por el contrario, Yilmaz (2015) refieren que, de acuerdo a la evidencia empírica, la preocupación ocurre en la depresión, y la rumia incrementa la ansiedad, sin embargo, ellos refieren que la preocupación explica los síntomas de ansiedad y de depresión. La preocupación no es exclusiva de la ansiedad ni la rumia de la depresión, hay rumia y preocupación en ambos tipos de sintomatología, se cree que esto se debe a una estructura encubierta, como la disposición al pensamiento repetitivo, porque, aunque la preocupación se relaciona con ambas sintomatologías, hay diferencia en el contenido de la preocupación en depresión y ansiedad, ya que, aunque las preocupaciones estén orientadas al futuro, es porque se relacionan con un evento del pasado, por lo que en algunas ocasiones la preocupación implica rumia (Yilmaz, 2015). Además, con relación al género las mujeres tienen más probabilidades de presentar rumia y preocupación (Calmes y Roberts, 2007; Yilmaz, 2015).

La relación de la gaudibilidad con la depresión se ha estudiado en jóvenes con adicción a las metanfetaminas, se encontró una correlación moderada y negativa entre estas variables (González-Ramírez, 2021), también se ha estudiado la relación de estas variables en estudiantes universitarios, en donde se encontró una correlación negativa, por lo que estos autores refieren que la gaudibilidad es un factor protector contra la depresión (Valdés-García et al., 2023). Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2017) hicieron una revisión sistemática para estudiar la relación entre el BS, la CVRS y la gaudibilidad en la salud, los estudios comprenden un periodo de 2007-2013 en su mayoría realizados en Estados Unidos de América o países de la Unión Europea, los resultados muestran que la gaudibilidad se encuentra muy relacionada con la CVRS y no tanto con el BS o felicidad, concluyendo así que la potencialidad de la gaudibilidad no promueve de manera directa el BS ni la CV, pero sí modula otras variables predictivas que inciden en el Bienestar psicológico. Además, Padrós-Blázquez et al. (2014) realizaron una intervención piloto

para aumentar la gaudibilidad en personas diagnosticadas con trastornos depresivos, y encontraron una reducción en los síntomas depresivos hasta 2 años después de la intervención.

Por otra parte, el pensamiento negativo repetitivo (PNR) se ha identificado como una característica central de los trastornos emocionales, y la mayoría de estudios en este tipo de pensamiento, se han centrado en la rumia y la preocupación, las cuales formas del pensamiento negativo repetitivo y se consideran estrategias para la resolución de problemas, ya que pueden anticipar peligros. Sin embargo, pueden ser desadaptativas cuando la intención es reducir la tristeza, el miedo o la necesidad de certeza se consideran formas de evitación experiencial, ya que prolongan el afecto negativo al centrarse en el pensamiento negativo que no conduce a ninguna acción, hasta involucrarse en otras formas de evitación experiencial (Ruiz et al., 2016). Velásquez et al., (2018) encontraron que una alta EE se asocia a altas puntuaciones en rumiación en estudiantes.

La inflexibilidad psicológica desempeña un papel mediador en personas que viven con dolor crónico, con respecto a la satisfacción con la vida (Wicksell et al., 2010), este papel mediador también se observa con respecto a la aceptación, uno de los componentes del hexaflex. Algunos tratamientos en personas con dolor crónico, se han enfocado en promover la aceptación al dolor, la voluntad de experimentarlo, así como la aceptación de otros eventos privados negativos que se asocian al dolor, como el miedo y la ansiedad (Wicksell et al., 2008). Valencia et al. (2017) refiere que el intento de evitar los pensamientos y emociones es un elemento importante en la ansiedad rasgo. Así mismo, Fang y Ding (2022) en un metaanálisis encontraron un efecto mediano negativo y significativo entre la flexibilidad psicológica y la intensidad del dolor, aunque se halló una asociación de pequeña a mediana entre la inflexibilidad psicológica y la intensidad del dolor, y una asociación grande entre la inflexibilidad psicológica y el deterioro

funcional, así como la calidad de vida. Además, se reportó una elevada asociación entre inflexibilidad psicológica, y ansiedad y depresión. En conclusión, se han encontrado que la flexibilidad psicológica favorece la reducción de la intensidad del dolor crónico (Trompetter et al., 2015).

Si bien, como se mencionó anteriormente, existe investigaciones que documentan las implicaciones del dolor, depresión y ansiedad de las mujeres con endometriosis, estas variables no han sido estudiadas en población mexicana. Respecto a las variables independientes: rumia, preocupación patológica y evitación experiencial, persiste un vacío respecto a la comprensión de los procesos psicológicos transdiagnósticos que podrían explicar el mantenimiento del malestar emocional y su relación con el bienestar subjetivo en esta población. Particularmente, estas variables no han sido estudiadas de manera integrada, junto con variables disposicionales positivas como la gaudibilidad, dentro de un modelo estructural que permita analizar sus efectos directos e indirectos a través de la depresión, la ansiedad y el dolor. Esta ausencia limita la comprensión de los mecanismos psicológicos subyacentes al bienestar en mujeres con endometriosis y justifica la necesidad de investigaciones que articulen procesos de vulnerabilidad y recursos psicológicos en un marco explicativo.

Derivado de lo antes mencionado se desprende la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis, y de qué manera la depresión, la ansiedad y el dolor median dicha relación?

4.1 Pregunta general

¿Cuál es la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis, y de qué

manera la depresión, la ansiedad y el dolor median dicha relación?

4.1.1 Preguntas específicas

¿Cuáles son los niveles de rumiación, preocupación patológica, evitación experiencial, gaudibilidad y bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis?

¿Qué relación existe entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis?

¿La depresión, la ansiedad y el dolor median la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial, la gaudibilidad y el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis?

4.2 Objetivo general

Determinar la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el BS en mujeres con endometriosis, considerando la depresión, la ansiedad y el dolor como posibles mediadores a través de un modelo de ecuaciones estructurales.

4.2.1 Objetivos específicos

Describir y evaluar los niveles de rumiación, preocupación patológica, evitación experiencial, gaudibilidad, así como el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis.

Analizar la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis.

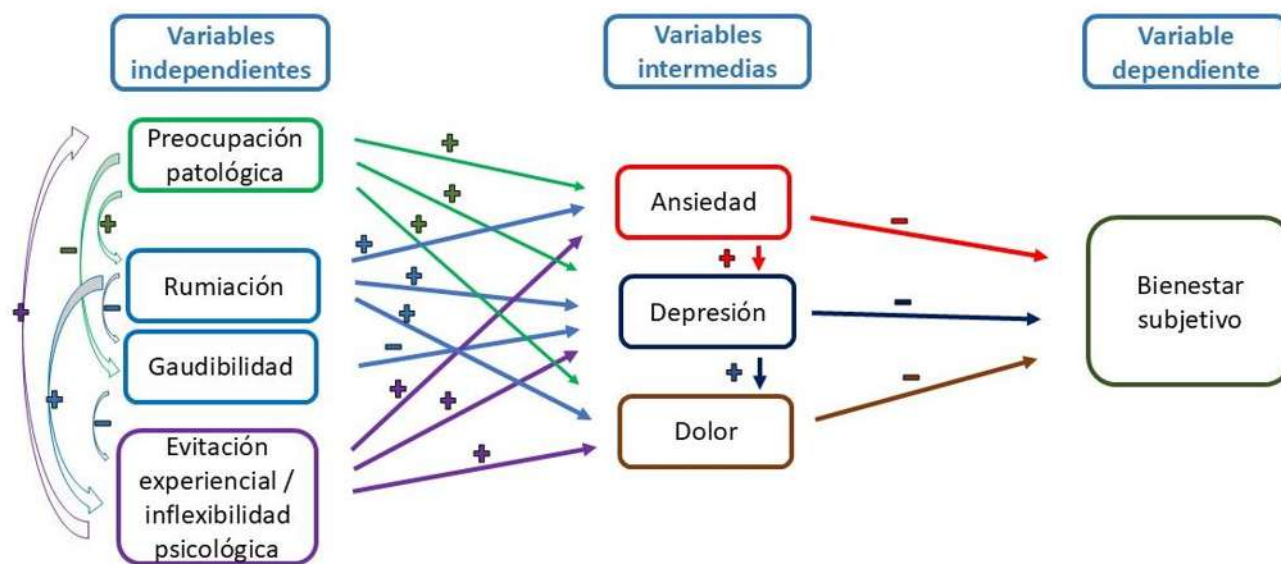
Evaluar el efecto mediador de la depresión, la ansiedad y el dolor en la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial, y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis.

4.3 Hipótesis

La rumiación, la preocupación patológica y la evitación experiencial predicen positivamente con el dolor, la depresión y la ansiedad, mientras que la gaudibilidad se relaciona negativamente con estas variables; además, la depresión, la ansiedad y el dolor predicen de forma negativa el bienestar subjetivo (Figura 10).

Figura 10

Imagen de la relación de variables con correlaciones consideradas en la hipótesis



Capítulo 5. Método

5.1 Diseño

El estudio es de tipo explicativo, el cual, de acuerdo con Ato et al. (2013), tiene como objetivo probar modelos que describen las relaciones existentes entre un conjunto de variables. Específicamente, se empleará un diseño explicativo con variables latentes (DVL), el cual distingue entre un modelo de medida y un modelo estructural que representa las relaciones entre las variables, ambos integrados mediante un sistema de ecuaciones estructurales. Asimismo, se trata de una investigación de corte transversal.

5.2 Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística a conveniencia, conformada por 448 mujeres, mexicanas, mayores de edad, que cuentan con un diagnóstico de endometriosis realizado por un médico, que aceptaron participar en el estudio. La edad promedio de las participantes fue de 34.42 años ($DE=6.48$), con un rango de edad de 21 a 60 años.

En promedio las mujeres recibieron el diagnóstico a los 29.28 años ($DE=6.22$), la edad promedio de inicio de los síntomas es de 22.43 años ($DE=18.70$) como se observa en la Tabla 4.

Tabla 4

Características del diagnóstico

	<i>N</i>	Media	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Edad de diagnóstico	447	29.28	6.22	8	48
Edad de inicio de los síntomas	422	22.43	18.70	8	43

Respecto a contar con otras enfermedades además de la endometriosis, 132 mujeres (32%) refirieron contar con otro diagnóstico, 17 mujeres estar diagnosticadas con adenomiosis,

14 con problemas de fertilidad y 19 habían sido diagnosticadas con hipotiroidismo. Respecto a comorbilidades psicológicas/psiquiátricas, 148 mujeres (35.8%) refirieron contar con un diagnóstico psiquiátrico. Además, se les preguntó si recibían atención psicológica al momento de responder y 200 (44.6%) mujeres refirieron contar con atención psicológica.

Respecto al nivel de escolaridad, 12 mujeres (2.7%) reportaron estudios a nivel secundaria, 58 (12.9%) preparatoria/carrera técnica, 260 (58%) estudios de licenciatura y 117 (26.1%) estudios de posgrado.

En lo concerniente a la ocupación, el 83.3% (365) de las mujeres cuenta con un empleo formal, 10.7% (47) empleo no remunerado (ama de casa), 4.8% (21) son estudiantes, y el 1.1% (5) desempleadas.

El lugar de residencia se observa en la siguiente tabla, el 41.6% de la muestra es de CDMX, el estado de México y Jalisco.

Tabla 5

Lugar de residencia

Estado	%	N
Aguascalientes	5.1	23
Baja California	3.3	15
Baja California Sur	0.9	4
Chiapas	0.9	4
Chihuahua	2.5	11
CDMX	18.8	84
Coahuila	1.3	6
Colima	1.1	5
Durango	1.3	6
Estado de México	11.2	50
Guanajuato	5.6	25
Guerrero	0.4	2
Hidalgo	1.6	7
Jalisco	11.6	52
Michoacán	29	6.5
Morelos	0.2	1
Nayarit	1.1	5
Nuevo León	7.4	33
Oaxaca	0.7	3
Puebla	2.5	11

Querétaro	2.2	10
Quintana Roo	0.9	4
San Luis Potosí	1.3	6
Sinaloa	2	9
Sonora	1.6	7
Tabasco	0.9	4
Tamaulipas	1.1	5
Veracruz	3.3	15
Zacatecas	0.7	3
Mexicanas (California)	0.4	2

Respecto a donde se obtuvo la muestra, 101 mujeres (22.9%) refirieron ser socias de la asociación Endometriosis México y 341 (77.1%) pertenecen a la población general (n=442).

5.3 Instrumentos

Se conformó una batería que consta de 8 escalas, así como de un cuestionario para la recolección de datos sociodemográficos los cuales se describen a continuación.

5.3.1 Hoja de Datos Sociodemográficos

Cuestionario elaborado ad hoc en el que se incluyeron preguntas sobre la enfermedad, síntomas, edad de aparición de los síntomas, cirugías, tratamientos, diagnósticos psiquiátricos, así como otras enfermedades (Anexo 2.1).

5.3.2 Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Satisfaction With Life Scale de Diener (Diener et al., 1985), se utilizó una validación realizada en población mexicana, específicamente en Michoacán por Padrós et al. (2015). Instrumento que evalúa la satisfacción con la vida a través del juicio global que hacen las personas sobre su vida, es tipo Likert de 5 puntos, y consta de 5 ítems, con un *alpha* de .832 (Anexo 2.2). En este estudio se obtuvo un *alpha* de .855.

5.3.3 Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS)

Positive and Negative Affect Schedule de Watson et al. (1988), validación en México

realizada por Robles y Páez (2003). Instrumento de autoinforme que consta de 20 reactivos tipo Likert de 5 puntos, que evalúa afectos positivos y afectos negativos como estado (en las últimas semanas) o como rasgo (generalmente). La consistencia interna reportada es de .85-.90 para el afecto positivo y de .81-.85 para el afecto negativo (Anexo 2.3). En esta investigación se obtuvo una consistencia interna de .863 para ambos factores.

5.3.4 Escala Numérica (NRS)

Escala que va del 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el dolor más intenso. Se utilizó para preguntar sobre el dolor durante la menstruación, al defecar, al orinar y durante las relaciones sexuales. Además, se incluyó una pregunta para evaluar la presencia del dolor crónico: ¿Ha tenido dolor todos los días por más de tres meses? Y se utilizó la misma escala numérica para evaluar la intensidad del dolor crónico (Anexo 2.4).

5.3.5 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)

Depression, Anxiety and Stress Scales, escala autoaplicable elaborada por Lovibond y Lovibond (1995), tipo Likert de 4 puntos, con 21 reactivos, cuenta con tres subescalas: depresión, ansiedad y estrés. Se utilizó la validación en población mexicana realizada por Gurrola et al. (2006), de 14 ítems. El *alpha* reportado para cada una de las dimensiones fue el siguiente: estrés .79, depresión .81 y ansiedad .76, y para la escala total fue de .86 (Anexo 2.5).

5.3.6 Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

Acceptance and Action Questionnaire de Bond et al. (2011) instrumento que evalúa la aceptación o la flexibilidad psicológica, entendida como lo opuesto a la evitación experiencial. Se utilizó la adaptación mexicana realizada por Mellin y Padrós (2021), la escala cuenta con 7 ítems, es tipo Likert de 7 puntos, los resultados muestran una estructura unidimensional, con un *alpha* de Cronbach de .897 (Anexo 2.6). En esta investigación se obtuvo un *alpha* de .923.

5.3.7 Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)

Ruminative Responses Scale de Nolen-Hoeksema y Morrow (1991), se utilizó la validación en población mexicana realizada por Hernández-Martínez et al. (2016) instrumento de autoinforme de 22 ítems, con una escala Likert de 4 puntos, con un nivel de confiabilidad de .93 (Anexo 2.7). En esta investigación se obtuvo un nivel de confiabilidad de .95.

5.3.8 Escala de Preocupación Patológica (PSWQ-8)

Penn State Worry Questionnaire elaborado por Meyer et al. (1990) para evaluar el grado de preocupación. Se utilizó la versión abreviada de 8 reactivos realizada por Padrós-Blázquez et al. (2018). Escala tipo Likert de 5 puntos, que van de nada (1) a mucho (5) que evalúa la preocupación como rasgo, PSWQ-8 es unifactorial y tiene un *alpha* de Cronbach de .85 (Anexo 2.8). En esta investigación se obtuvo un nivel de confiabilidad de .93.

5.3.9 Escala de Gaudibilidad (GSAM)

Escala de Gaudibilidad de Padrós y Fernández-Castro (2008), se utilizó la validación Escala de Gaudibilidad para Adultos de Morelia (GSAM) de Padrós-Blázquez et al. (2021). Es una escala tipo Likert de 5 puntos, con 24 reactivos (ver Anexo 2.9) y con una *alpha* de Cronbach de .803 para la escala total, que mide la gaudibilidad; además, cuenta con 6 factores: concentración ($\alpha=.796$); disfrute en la soledad ($\alpha=.784$), sentido del humor ($\alpha=.760$), imaginación ($\alpha=.740$), interés ($\alpha=.653$) y creencias irracionales ($\alpha=0.633$) (Anexo 2.12). En esta investigación, el factor general obtuvo un *alpha* .773; respecto a los factores se obtuvieron los siguientes *alphas*: concentración, $\alpha=.840$; disfrute en la soledad, $\alpha=.840$; sentido del humor, $\alpha=.835$; imaginación, $\alpha=.782$; interés, $\alpha=.770$; y creencias irracionales ($\alpha=.606$).

5.4 Procedimiento

Se solicitó autorización por escrito a Fundación Mexicana para el apoyo a mujeres con endometriosis, A.C., conocida como Endometriosis México (Anexo 3). Paralelamente, el protocolo fue aprobado por el comité de ética del Centro Universitario de ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (UDG) con el número CI-04124 (Anexo 4). Se elaboró un formulario de Google que incluía: (1) datos sociodemográficos, (2) satisfacción con la vida, (3) afecto positivo y negativo, (4) escalas numéricas del dolor, (5) escala de depresión, ansiedad y estrés, (6) cuestionario de aceptación y acción, (7) escala de respuestas rumiativas, (8) preocupación patológica, y (10) gaudibilidad. El formulario incluyó el consentimiento informado que explicitó que la participación era anónima y voluntaria, el tiempo promedio para responder la batería es de 60 minutos. Se realizó un pilotaje inicial a 12 mujeres diagnosticadas con endometriosis, y posteriormente, el formulario se envió a las socias de la asociación por correo, además de compartirse por Facebook y WhatsApp con la técnica bola de nieve.

La batería fue aplicada a 477 mujeres, de los cuales, se eliminaron seis registros, por no contar con diagnóstico médico, solo sospecha de la enfermedad; se eliminó un registro por ser una menor de edad; 15 registros al ser mujeres de otras nacionalidades; se eliminó un registro que no respondió de manera adecuada a la pregunta filtro: “Si usted está leyendo esta pregunta, marque la opción "Moderadamente"; también se eliminaron cinco registros debido a que las mujeres refirieron tener otras enfermedades, dos mujeres refirieron tener artritis, dos cáncer de ovario y una cáncer papilar de tiroides; se eliminó un registro al estar duplicada la respuesta, quedando un total de 448 respuestas.

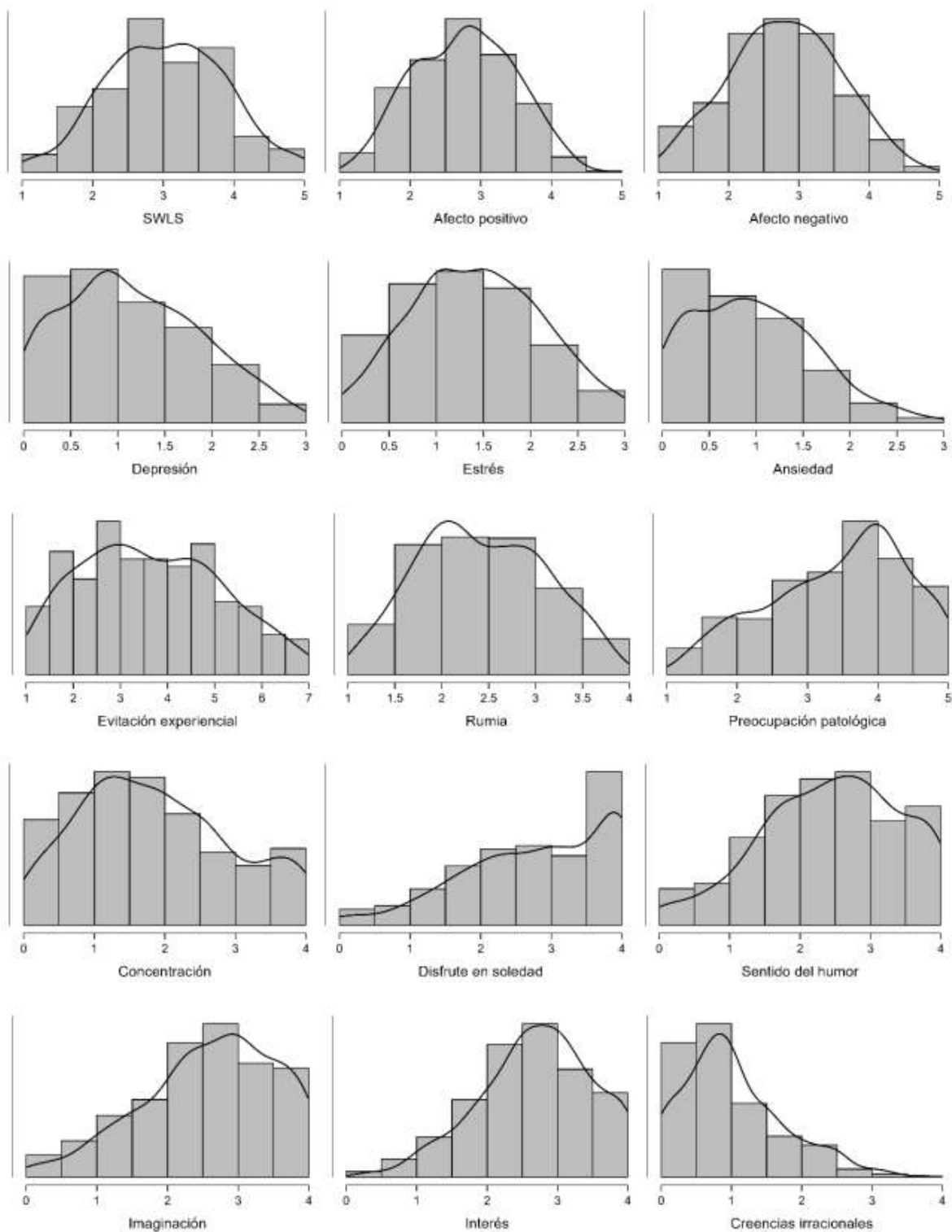
5.5 Análisis de datos

Los datos se analizaron en el programa JASP V. 19, inicialmente se revisó la normalidad de la muestra, a través de la asimetría y la curtosis, así como con la prueba de Shapiro-Wilk (Tabla 6) y finalmente se observaron los histogramas (Figura 11), en dicho sentido, se observa que los datos muestran una distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas paramétricas.

Tabla 6

Pruebas de normalidad

	Shapiro-Wilk	<i>p</i>
SWLS	0.990	0.003
Afecto positivo	0.988	0.001
Afecto negativo	0.993	0.02
Depresión	0.968	<.001
Estrés	0.979	<.001
Ansiedad	0.957	<.001
Evitación experiencial	0.976	<.001
Rumia	0.984	<.001
Preocupación patológica	0.961	<.001
Concentración	0.963	<.001
Disfrute en soledad	0.918	<.001
Sentido del humor	0.968	<.001
Imaginación	0.959	<.001
Interés	0.971	<.001
Creencias irracionales	0.937	<.001

Figura 11*Histogramas de las variables psicológicas*

En el apartado de resultados, los análisis se presentarán de la siguiente manera: (1) estadísticos descriptivos de las variables psicológicas, que incluyen medidas de tendencia central y de dispersión; (2) análisis de correlaciones entre las variables psicológicas; (3) análisis factorial exploratorio, confirmatorio y fiabilidad de los instrumentos; y (4) modelo de ecuaciones estructurales.

5.6 Consideraciones éticas

Se consideraron las pautas de la Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica (CIOMS, 2016) en la cual la investigación se considera de riesgo mínimo, además de la Ley General en Salud en materia de investigación en donde esta investigación se considera sin riesgo. La investigación se llevó a cabo en la asociación Fundación Mexicana para el apoyo a Mujeres con Endometriosis, A.C (Endometriosis México) (Anexo 3), además el protocolo fue aprobado por el comité de ética del Centro Universitario de ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara (UDG) con el número CI-04124 (Anexo 4). Una vez concluida la investigación, se hará llegar a las participantes los principales resultados de la investigación a través de una o varias conferencias virtuales.

Capítulo 6. Resultados

6.1 Estadísticos descriptivos

Se realizaron análisis de frecuencia de la presencia de diferentes tipos de dolor (Tabla 7). Siendo la dismenorrea el dolor más frecuente, seguido de dispareunia, disquecia, dolor crónico y disuria.

Tabla 7

Frecuencia del tipo de dolor que experimentan las mujeres con endometriosis

Tipo de dolor	N	Sí n (%)	No n (%)
Dolor crónico	432	266 (61.6%)	166 (38.4%)
Dismenorrea	418	400 (95.7%)	18 (4.3%)
Dispareunia	422	376 (89.1%)	46 (10.9%)
Disuria	432	238 (55.1%)	194 (44.9%)
Disquecia	432	355 (82.6%)	75 (17.4%)

Se les preguntó sobre la intensidad de los diferentes tipos de dolor, en una escala de 0 al 10 (Tabla 8). La puntuación más alta de dolor se observó en la dismenorrea, en segundo lugar, el dolor crónico, seguido de dispareunia, disquecia y disuria.

Tabla 8

Descriptivos de los tipos de dolor que experimentan las mujeres con endometriosis

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Dolor crónico	267	1	10	6.89	2.30
Dismenorrea	418	0	10	7.99	2.74
Dispareunia	422	0	10	5.29	3.09
Disuria	432	0	10	2.60	3.08

Disquecia	430	0	10	5.07	3.40
-----------	-----	---	----	------	------

Además, también se preguntó sobre el apoyo que reciben de la familia (Tabla 9).

Tabla 9

Descriptivos del apoyo emocional y económico que reciben de su familia.

	Siempre N (%)	A menudo N (%)	Algunas veces N (%)	Nunca N (%)
Apoyo emocional	139 (31%)	99 (22.1%)	168 (37.5%)	42 (9.4%)
Apoyo económico	105 (23.4%)	69 (15.4%)	138 (30.8%)	136 (30.4%)

Los estadísticos descriptivos de las variables psicológicas se observan en la Tabla 10 y Figura 12. Las participantes presentaron puntuaciones por arriba de la media en preocupación patológica, así como en la mayoría de los factores de la gaudibilidad (interés, imaginación, sentido del humor y disfrute en soledad); puntuaciones moderadas en rumia, evitación experiencial, concentración, y en las variables del bienestar subjetivo (BS): afecto positivo (AP), afecto negativo (AN) y satisfacción con la vida (SWLS); y puntuaciones por debajo de la media en creencias irracionales.

Tabla 10

Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas

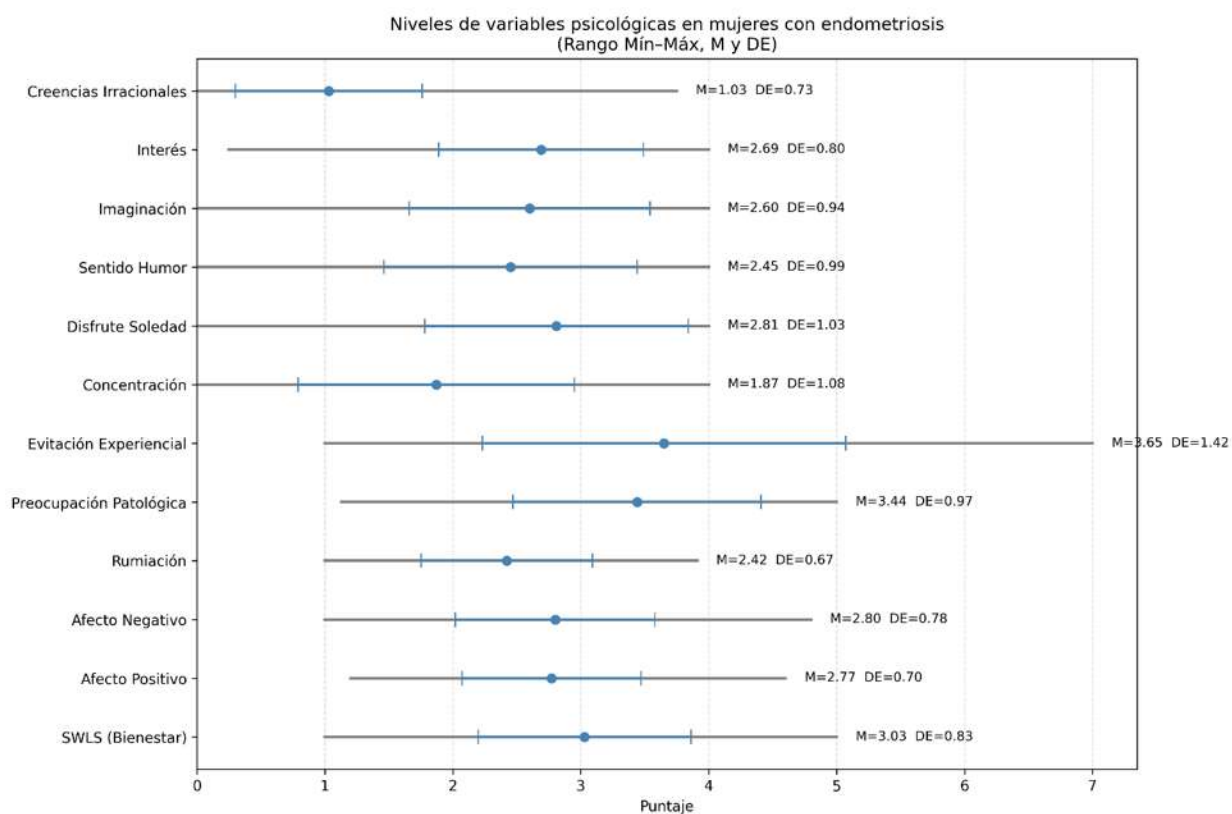
	Mínimo	Máximo	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Bienestar subjetivo						
SWLS (1-5)	1	5	3.03	0.83	0.010	-0.419
Afecto Positivo (1-5)	1.2	4.6	2.77	0.70	0.008	-0.692
Afecto Negativo (1-5)	1	4.8	2.80	0.78	-0.004	-0.513
Depresión (0-3)	0	3	1.16	0.73	0.343	-0.665

Ansiedad (0-3)	0	3	0.97	0.65	0.478	-0.280
Rumia (1-4)	1	3.91	2.42	0.67	0.096	-0.799
Preocupación patológica (1-5)	1.13	5	3.44	0.97	-0.404	-0.741
Evitación experiencial (1-7)	1	7	3.65	1.42	0.218	-0.810
Concentración (0-4)	0	4	1.87	1.08	0.294	-0.787
Disfrute en soledad (0-4)	0	4	2.81	1.03	-0.630	-0.393
Sentido del humor (0-4)	0	4	2.45	0.99	-0.354	-0.484
Imaginación (0-4)	0	4	2.60	0.94	-0.524	-0.307
Interés (0-4)	0.25	4	2.69	0.80	-0.406	-0.201
Creencias irracionales	0	3.75	1.03	0.73	0.811	0.396

SWLS: satisfacción con la vida

Figura 12

Media de las variables psicológicas en mujeres con endometriosis



6.2 Análisis de correlaciones

El análisis de correlaciones se presenta de la siguiente manera: variables dependientes con variables intermedias (Tabla 11) y variables independientes con variables intermedias (Tabla 12 y 13), variables independientes entre sí (Tabla 14) y variables independientes con las variables dependientes (Tabla 15). La interpretación de las correlaciones se realizó considerando correlaciones débiles ($r \leq .10$), moderadas ($r \leq .30$) y grandes ($r \leq .50$) (Cohen, 1988).

Respecto a la Tabla 11, las correlaciones más fuertes se observaron entre la satisfacción con la vida y el afecto positivo ($r = .563, p < .001$), la depresión con la satisfacción con la vida ($r = -.514, p < .001$) y con el afecto positivo ($r = -.513, p < .001$), mientras que con el afecto negativo la correlación fue positiva y fuerte ($r = .597, p < .001$). Respecto al dolor, solo se observó una correlación pequeña con satisfacción con la vida ($r = -.126, p < .05$) y la ansiedad ($r = .151, p < .05$).

Tabla 11

Correlación entre la satisfacción con la vida, afecto positivo, afecto negativo con depresión, ansiedad y dolor.

	1	2	3	4	5	6
1.SWLS	—					
2.AP	.563***	—				
3.AN	-.379***	-.325***	—			
4.D	-.514***	-.513***	.597***	—		
5. A	-.300***	-.217***	.427***	.555***	—	
6. DPC	-.126*	.020	.047	.073	.151*	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

SWLS = satisfacción con la vida, AP = afecto positivo, AN = afecto negativo, D = depresión, A = ansiedad, DPC = dolor crónico

Con relación a las variables intermedias (depresión, ansiedad y dolor, Tabla 12) con las variables independientes, se encontró que la depresión, mostró correlaciones positivas grandes con

la evitación experiencial ($r = .766, p < .001$), la rumiación ($r = .766, p < .001$) y preocupación patológica ($r = .563, p < .001$). La ansiedad también presentó correlaciones positivas grandes con evitación experiencial ($r = .532, p < .001$) y rumiación ($r = .532, p < .001$) y moderada con preocupación patológica ($r = .481, p < .001$).

Tabla 12

Correlaciones entre depresión, ansiedad, dolor, con evitación experiencial, rumia y preocupación patológica.

	1	2	4	5	6	7
1. D	—					
2. A	.555***	—				
3. DPC	.073	.151*	—			
4. EE	.732***	.546***	.097	—		
5. R	.766***	.532***	.105	.816***	—	
6. PP	.563***	.481***	.062	.654***	.695***	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

D = depresión, A = ansiedad, DPC = dolor crónico, EE = evitación experiencial, R = rumia, PP = preocupación patológica.

En la Tabla 13, se muestran correlaciones negativas moderadas entre la depresión y la concentración ($r = -.369, p < .001$), el sentido del humor ($r = -.392, p < .001$) y el interés ($r = -.450, p < .001$), así como una correlación negativa pequeña con el disfrute en soledad ($r = -.254, p < .001$). Estos resultados sugieren que mayores niveles de depresión se asocian con una menor capacidad de atención, disfrute, humor e interés general. Asimismo, la depresión mostró una correlación positiva moderada con las creencias irracionales ($r = .349, p < .001$). En cuanto a la ansiedad, se identificaron correlaciones negativas moderadas con la concentración ($r = -.349, p < .001$) y correlaciones negativas pequeñas con el disfrute en soledad ($r = -.168, p < .01$), el sentido del humor ($r = -.149, p < .01$) y el interés ($r = -.287, p < .001$). Además, la ansiedad presentó una correlación positiva pequeña con las creencias irracionales ($r = .184, p < .01$).

Tabla 13

Correlaciones entre depresión, ansiedad, estrés, los tipos de dolor, y los factores de gaudibilidad.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. D	—								
2. A	.555***	—							
3. DPC	.073	.151*	—						
4. C	-.369***	-.349***	.022	—					
5. DS	-.254***	-.168***	-.066	.314***	—				
6. SH	-.392***	-.149**	.005	.233***	.274***	—			
7. I	-.006	.065	-.022	-.096*	.120*	.261***	—		
8. INT	-.450***	-.287***	-.055	.359***	.376***	.566***	.252***	—	
9. CI	.349***	.184***	-.061	-.284	-.331***	-.363***	-.053	-.319***	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

D = depresión, A = ansiedad, DPC = dolor crónico, C=concentración, DS=disfrute en soledad, SH=sentido del humor, I=imaginación, INT=interés, CI=creencias irracionales.

Respecto a las variables independientes y la gaudibilidad (Tabla 14) se observaron correlaciones negativas moderadas entre la evitación experiencial y la mayoría de los componentes de la gaudibilidad, particularmente con la concentración ($r = -.478$, $p < .001$), el interés ($r = -.428$, $p < .001$), el sentido del humor ($r = -.344$, $p < .001$) y el disfrute en soledad ($r = -.297$, $p < .001$). Además, la evitación experiencial mostró una correlación positiva moderada con las creencias irracionales ($r = .364$, $p < .001$). De forma similar, la rumiación presentó una correlación negativa fuerte con la concentración ($r = -.506$, $p < .001$) y correlaciones negativas moderadas con interés ($r = -.397$, $p < .001$), sentido del humor ($r = -.291$, $p < .001$) y disfrute en soledad ($r = -.255$, $p < .001$). Asimismo, la rumiación se correlacionó positivamente de manera moderada con las creencias irracionales ($r = .330$, $p < .001$). Por su parte, la preocupación patológica mostró correlaciones negativas moderadas con concentración ($r = -.464$, $p < .001$) y con interés ($r = -.344$, $p < .001$), correlaciones negativas débiles con disfrute en soledad ($r = -.272$, $p < .001$) y sentido del humor ($r = -.264$, $p < .001$). A su vez, presentó una correlación positiva moderada con las creencias irracionales ($r = .297$, $p < .001$).

Tabla 14

Correlaciones entre los factores de gaudibilidad, evitación experiencial, rumia y preocupación patológica.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. EE	—								
2. R	.816***	—							
3. PP	.654***	.695***	—						
4. C	-.478***	-.506***	-.464***	—					
5. DS	-.297***	-.255***	-.272***	.314***	—				
6. SH	-.344***	-.291***	-.264***	.233***	.274***	—			
7. I	.042	.090	.067	-.096*	.120*	.261***	—		
8. INT	-.428***	-.397***	-.344***	.359***	.376***	.566***	.252***	—	
9. CI	.364***	.330***	.297***	-.284***	-.331***	-.363***	-.053	-.319***	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

EE = evitación experiencial, R = rumia, PP = preocupación patológica, C=concentración, DS=disfrute en soledad, SH=sentido del humor, I=imaginación, INT=interés, CI=creencias irracionales.

Adicionalmente se analizaron las correlacionaron las variables independientes con las variables dependientes, las cuales se observan en la Tabla 15.

Tabla 15

Correlaciones entre las variables independientes (rumia, preocupación patológica, evitación experiencial y gaudibilidad) y las variables dependientes (satisfacción con la vida, afecto negativo y afecto positivo).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. R	—											
2. PP	.695***	—										
3. EE	.816***	0.654***	—									
4. C	-.506***	-0.464***	-0.478***	—								
5. DS	-.255***	-0.272***	-0.297***	0.314***	—							
6. SH	-.291***	-0.264***	-0.344***	0.233***	0.274***	—						
7. I	.09	0.067	0.042	-0.096*	0.12*	0.261***	—					
8. INT	-.397***	-0.344***	-0.428***	0.359***	0.376***	0.566***	0.252***	—				
9. CI	.33***	0.297***	0.364***	-0.284***	-0.331***	-0.363***	-0.053	-0.319***	—			
10. SWLS	-0.517***	-0.319***	-0.498***	0.209***	0.177***	0.353***	0.092	0.414***	-0.241***	—		
11. AP	-0.422***	-0.285***	-0.438***	0.317***	0.254***	0.499***	0.198***	0.545***	-0.272***	0.563***	—	
12. AN	0.59***	0.62***	0.603***	-0.343***	-0.163***	-0.269***	0.055	-0.33***	0.225***	-0.379***	-0.325***	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

R = rumia, PP = preocupación patológica, EE = evitación experiencial, C=concentración, DS=disfrute en soledad, SH=sentido del humor, I=imaginación, INT=interés, CI=creencias irracionales, SWLS= satisfacción con la vida, AP= afecto positivo, AN= afecto negativo.

6.3 Análisis factorial exploratorio, confirmatorio y fiabilidad

Se realizó un análisis factorial exploratorio a cada uno de los instrumentos, para ello se dividió la muestra, y se corroboró la estructura con un análisis factorial confirmatorio, con la otra mitad de la muestra. Además, se revisó la confiabilidad de los mismos (Tabla 16). En la mayoría de instrumentos, se obtuvo la misma estructura unifactorial reportada por los autores (SWLS, AAQ-II, RRS y PSWQ-8). El PANAS mostró una estructura bifactorial conformada por 8 y 9 ítems. El DASS, instrumento que utilizamos para evaluar la depresión, la ansiedad y el estrés, no obtuvo adecuadas propiedades psicométricas, por lo cual no se utilizará para el modelo de ecuaciones estructurales. El instrumento utilizado para evaluar la gaudibilidad, mostró 3 dimensiones conformadas por los mismos ítems que la versión original, se eliminó la dimensión de creencias irracionales por no reportar adecuados niveles de confiabilidad, y los factores de imaginación e interés se conformaron por dos ítems cada uno por lo que tampoco se incluyeron. Los índices Alfa y Omega de todos los instrumentos resultaron adecuados.

Tabla 16

Índices de ajuste de los instrumentos y fiabilidad

Instrumentos	KMO	Bartlett	Estructura	ω	α
SWLS	.87	$\chi^2 = 527.80$, $p < .001$	Unifactorial (5 ítems)	.87	.87
PANAS	.88	$\chi^2 = 2043.18$, $p < .001$	Bifactorial (17 ítems) Afecto positivo (8 ítems: 1, 3, 5, 9, 10, 14, 16, 19)	.87	.86
			Afecto negativo (9 ítems: 2, 4, 6, 7, 11, 13, 15, 18, 20)	.86	.85
AAQ-II	.86	$\chi^2 = 1182.44$, $p < .001$	Unifactorial (7 ítems)	.92	.92
RRS	.95	$\chi^2 = 3322.44$, $p < .001$	Unifactorial (se eliminaron los ítems 12 y 21)	.95	.95
PSWQ-8	.92	$\chi^2 = 1418.07$, $p < .001$	Unifactorial (8 ítems)	.93	.93
EG	.82	$\chi^2 = 2222.91$, $p < .001$	Disfrute en soledad (4 ítems: 2I, 8I, 15I, 19I)	.85	.86

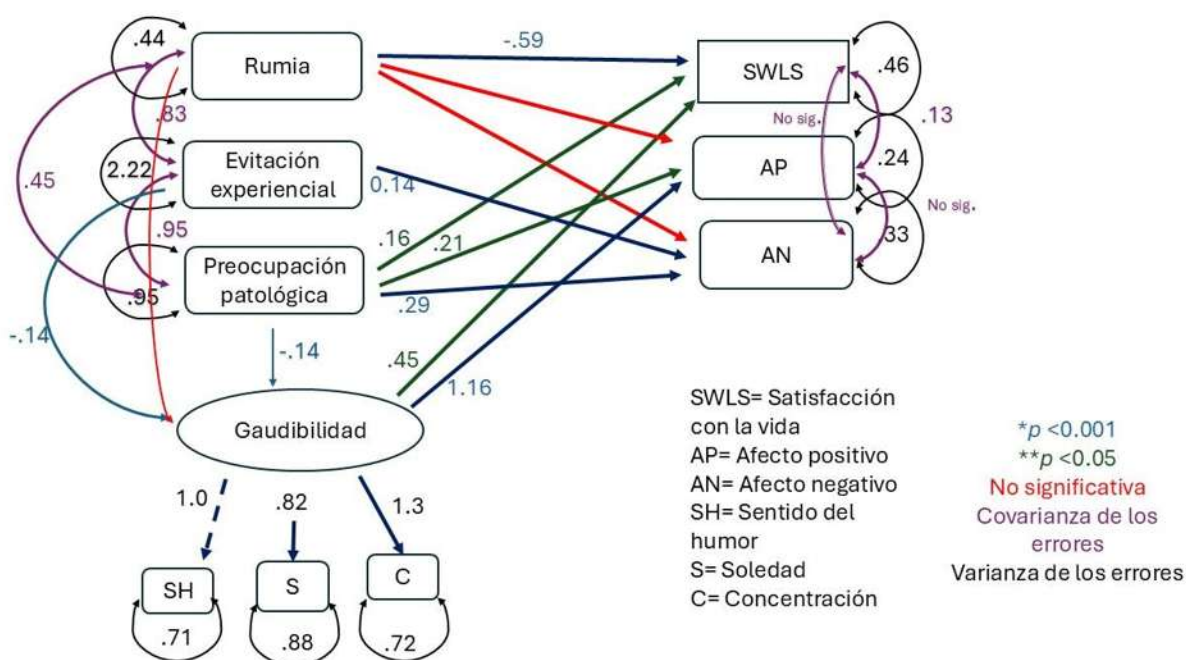
Sentido del humor (4 ítems: 3, 9, 14, 22)	.83	.83
Concentración (4 ítems: 5I, 10I, 17I, 21I)	.84	.84

6.4 Modelo de ecuaciones estructurales

Para la elaboración del modelo de ecuaciones estructurales, no fue posible probar el modelo propuesto en el objetivo, debido a que se eliminaron las variables de depresión y ansiedad, además se eliminaron las variables de dolor, debido a que las correlaciones fueron muy pequeñas o no fueron significativas. Sin embargo, se probaron distintos modelos resultando un modelo en el que la preocupación patológica y la evitación experiencial predicen la gaudibilidad, y esta última, a su vez, predice la satisfacción con la vida y el afecto positivo (Figura 13).

Figura 13

Modelo de ecuaciones estructurales explicativo del bienestar subjetivo



Nota: la imagen muestra coeficientes no estandarizados

El modelo se evaluó a través de los siguientes indicadores: ajuste absoluto, a través de la significancia de χ^2 , la cual fue $p < .001$, y lo esperado es que fuera $p > .05$, sin embargo, este podría

deberse al efecto del tamaño muestral, ya que con muestras grandes el estadístico χ^2 suele ser sensible incluso a diferencias muy pequeñas entre la matriz observada y la estimada, produciendo valores significativos sin que ello implique un mal ajuste del modelo; Por otro lado, el valor de χ^2/gl fue de 2.70, lo cual indica buen ajuste absoluto, debido a que es esperado que sea <3 ; los índices de ajuste comparativo: CFI = .99, TLI=.97, resultaron excelente, debido a que cumplen con el criterio al ser $\geq .95$; la raíz del residuo cuadrático promedio de aproximación, RMSEA= .062 [IC 90% .039 - .85], también fue adecuado, el cual se espera que esté sea ≤ 0.80 ; de igual manera, la raíz de error cuadrado medio estandarizado SRMR = .046, la cual se espera que sea de ≤ 0.50 ; de acuerdo a Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010), de modo que puede concluirse que el modelo cumple con adecuados niveles de ajustes.

Respecto a los coeficientes β obtenidos entre las variables, se muestran en la Tabla 17 y Figura 14.

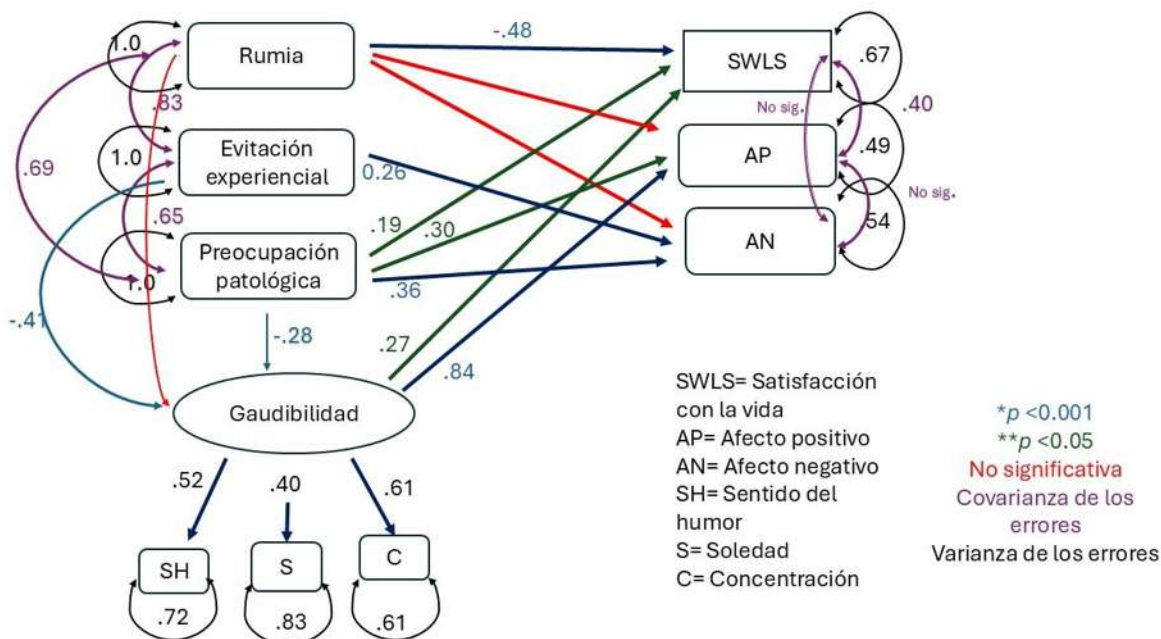
Tabla 17

Coefficientes de regresión estandarizados

Variable	Predictor	β	p
SWLS	Gaudibilidad	.27	.018
	Preocupación patológica	.19	.003
	Rumia	-.48	$p<.001$
Afecto positivo	Gaudibilidad	.84	$p<.001$
	Preocupación patológica	.30	.002
	Rumia	-.03	.727
Afecto negativo	Evitación experiencial	.26	$p<.001$
	Preocupación patológica	.36	$p<.001$
	Rumia	.11	.166
Gaudibilidad	Evitación experiencial	-.41	$p<.001$
	Preocupación patológica	-.28	$p<.001$
	Rumia	-.15	.14

Figura 14

Modelo de ecuaciones estructurales explicativo del bienestar subjetivo con coeficientes estandarizados



La SWLS fue explicada por la gaudibilidad ($\beta = .27, p < .05$), la rumia ($\beta = -.48, p < .001$) y la preocupación patológica ($\beta = .19, p < .05$). En relación al afecto positivo, se explicó por la gaudibilidad ($\beta = .84, p < .001$) y la preocupación patológica ($\beta = .30, p < .05$). Respecto al afecto negativo la evitación experiencial ($\beta = .26, p < .001$) y la preocupación patológica ($\beta = .36, p < .001$) fueron predictores. La gaudibilidad mostró efectos mediadores entre la evitación experiencial ($\beta = -.41, p < .001$) y la preocupación patológica ($\beta = -.28, p < .001$). La rumia no mostró significancia en la predicción de los afectos ni de la gaudibilidad.

Capítulo 7 Discusión

El objetivo principal de la presente investigación consistió en determinar la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el BS en mujeres con endometriosis, considerando la depresión, la ansiedad y el dolor como posibles mediadores para lo cual se desarrolló un modelo de ecuaciones estructurales. Para el logro de este objetivo se consideraron 3 objetivos específicos: (1) describir y evaluar las variables psicológicas; (2) analizar la relación entre dichas variables; y (3) evaluar el efecto mediador de la depresión, la ansiedad y el dolor en la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis. La discusión se describirá en función de estos objetivos.

7.1 Descripción de las variables psicológicas

En relación con el primer objetivo específico, se describieron y evaluaron las variables psicológicas.

7.1.1 *Rumia, preocupación patológica y evitación experiencial*

Respecto a la rumiación, en el presente estudio las mujeres con endometriosis obtuvieron puntuaciones más altas que las reportadas en investigaciones realizadas en población mexicana general (Montoya-Pérez, en prensa; Valencia et al., 2023) y en muestras de estudiantes mexicanos (García et al., 2017). En dichos estudios, los puntajes observados tanto en hombres como en mujeres, fueron inferiores a los encontrados en la presente investigación. Asimismo, en pacientes oncológicos recién diagnosticados se ha reportado una media considerablemente menor (Priede et al., 2013). Aunque ambos grupos enfrentan una condición médica significativa, la

mayor rumiación observada en mujeres con endometriosis podría relacionarse con el carácter crónico, fluctuante y frecuentemente invisibilizado del dolor, así como con la incertidumbre diagnóstica y el impacto prolongado de la enfermedad en múltiples áreas de la vida cotidiana. Cabe resaltar que los estudios mencionados anteriormente, utilizaron el instrumento: Escala de respuestas rumiativas (Hernández-Martínez et al., 2016), específicamente la versión de 22 ítems, ya que existen otras investigaciones que han hecho uso de la versión de 10 ítems, además de algunos estudios que no reportan este valor.

Por su parte, en cuanto a la preocupación patológica, es limitado el número de estudios que usan la escala de 8 ítems, por lo que es difícil realizar comparaciones con otras investigaciones, sin embargo, en el estudio de la validación del instrumento (Padrós-Blazquez et al., 2018), reportan medias de 5 muestras diferentes, de estudiantes y población general, y en todos los casos, los puntajes obtenidos en esas poblaciones son más bajos, que los reportados en esta investigación. De igual forma, otros estudios en población mexicana han utilizado la versión de 16 ítems del instrumento, encontrando que las mujeres con endometriosis presentan puntuaciones más elevadas que las reportadas en población general (Valencia et al., 2023) así como en una muestra de personas con hipertensión (Velázquez et al., 2016). La mayor puntuación media de la preocupación patológica en participantes con endometriosis podría explicarse por la incertidumbre sobre el futuro, que según Culley et al. (2013) es clave en esta enfermedad.

Del mismo modo, la evitación experiencial muestra un patrón consistente, contrastando la media con la reportada en el estudio de la validación (Mellin y Padrós, 2021), donde se reporta por sexo, así como la media general, los puntajes obtenidos en esta investigación son más altos en mujeres con endometriosis. Existen otros estudios, en los que se utilizó la versión de 10 ítems,

en diferentes poblaciones donde también se obtuvieron puntajes más bajos, específicamente en estudiantes (Valencia et al., 2017); así como en poblaciones clínicas: pacientes con esclerosis múltiple (Martín et al., 2022), dolor crónico (Costa y Pinto-Gouveia, 2011, 2013). Por el contrario, en el estudio de Patrón-Espinosa (2013) donde se analizó la evitación experiencial en diferentes grupos, los participantes obtuvieron una media más alta en grupos de pacientes con trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y depresivos, únicamente en el grupo de participantes no clínicos, se obtuvo una media más baja que la reportada en esta investigación.

En conjunto, los resultados del presente estudio indican de manera general que las mujeres con endometriosis presentan niveles de rumiación, preocupación patológica y evitación experiencial superiores a los observados en población general, estudiantes universitarios y otras poblaciones clínicas.

7.1.2 Gaudibilidad

Con respecto a la gaudibilidad, constructo que es medido a través sus dimensiones: interés, sentido del humor, imaginación, disfrute en soledad, concentración y creencias irracionales, existen pocos artículos y algunos de ellos no reportan la media de dichos factores (González et al., 2023; González-Ramírez, 2021; Padrós Blázquez et al., 2025). Las mujeres con endometriosis obtuvieron puntajes más bajos con respecto a estudiantes universitarios con síntomas depresivos, en las dimensiones de imaginación, creencias irracionales, interés y sentido del humor, por el contrario, obtuvieron puntajes más altos en dos dimensiones: disfrute en soledad y concentración (Valdés-García et al., 2023). En otro estudio realizado en estudiantes universitarios en Perú (Quintana, 2025) se encontraron resultados similares, donde el único factor en el que las mujeres con endometriosis puntuaron más alto fue el disfrute en soledad. Lo cual podría explicarse por el rasgo de personalidad de introversión, el cual ha sido reportado

como más elevado en mujeres con endometriosis en comparación con mujeres con otras enfermedades ginecológicas (Quintero et al., 2017).

7.1.3 Bienestar subjetivo

En cuanto a la satisfacción con la vida (SWLS) en esta investigación se obtuvo una media más baja que en la reportada en población mexicana (Padrós et al., 2015), en adultos con diabetes (Pérez-Fernández et al., 2025), así como en docentes de España (Pinedo et al., 2017), si bien existen otras investigaciones en poblaciones clínicas como el cáncer (Cerezo et al., 2022), población general (López-Ortega et al., 2016) no es posible hacer comparaciones, ya que utilizan el mismo instrumento, pero con una escala Likert de 7 puntos.

Respecto al afecto positivo, la puntuación de las mujeres con endometriosis, es similar a la reportada por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama (Cerezo et al., 2022), sin embargo, en estudiantes universitarios españoles (Pinedo et al., 2017) el puntaje obtenido es consistentemente más alto que en las mujeres con endometriosis. Con respecto al afecto negativo, el puntaje de las mujeres con endometriosis fue más alto que el reportado en mujeres con cáncer (Cerezo et al., 2022), y consistentemente más alto que lo reportado por estudiantes universitarios (Pinedo González et al., 2017). Los puntajes obtenidos tanto en las mujeres con endometriosis como en las mujeres con cáncer de mama (Cerezo et al., 2022) en los afectos son muy similares, es decir, ambos afectos son moderados, no hay variabilidad, a diferencia de los estudiantes universitarios, que muestran altos puntajes de afecto positivo y bajos puntajes en afecto negativo, lo cual puede deberse a la presencia de una enfermedad crónica.

De manera general podría concluirse que las mujeres con endometriosis cuentan con un bajo nivel de bienestar subjetivo, lo cual concuerda con lo reportado por Rush et al. (2019) quienes refieren que las mujeres con endometriosis cuentan con niveles más bajos de BS con

respecto a otras enfermedades crónicas como el cáncer y el VIH.

7.2 Correlaciones

7.2.1 Rumia, preocupación patológica y evitación experiencial

Referente a las variables independientes, se observaron correlaciones positivas y fuertes entre la rumia, la evitación experiencial y la preocupación patológica, cabe resaltar que la correlación más fuerte, se encontró entre rumia y evitación experiencial lo cual es similar a lo encontrado en estudiantes (Cribb et al., 2006; Velásquez et al., 2018). Con relación a la asociación entre la rumia y la preocupación también se han encontrado correlaciones fuertes y positivas en población en general (Valencia et al., 2023) así como en personas diagnosticadas con fibromialgia (Tenti et al., 2025) y mujeres con cáncer de mama (Renna et al., 2020). En cuanto a la correlación de la preocupación patológica con la evitación experiencial existen pocos estudios, sin embargo, los resultados son similares a los reportados por Ruiz (2014), realizados en adultos.

La rumiación y la preocupación comparten múltiples similitudes, ya que ambas se caracterizan por un contenido negativo, repetitivo y difícil de controlar (Ehring y Watkins, 2008). Desde esta perspectiva, Ruiz et al. (2016) señalan que ambos procesos pueden entenderse como formas de evitación experiencial, en la medida en que la naturaleza repetitiva del pensamiento interfiere con la acción y contribuye a su mantenimiento mediante reforzamiento negativo.

Estas similitudes se explican a partir de la conceptualización de los procesos transdiagnósticos, particularmente del pensamiento negativo repetitivo (PNR), el cual ha sido identificado como una característica común en diversos trastornos emocionales, como la

depresión, el trastorno de estrés postraumático, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, los trastornos de la conducta alimentaria, el insomnio, el dolor crónico, el alcoholismo, la psicosis, la hipocondría y el trastorno bipolar (Ehring y Watkins, 2008). El PNR se define por la presencia de pensamientos persistentes, difíciles de controlar y centrados en contenido negativo.

A pesar de sus similitudes, la principal diferencia entre la rumiación y la preocupación radica en su orientación temporal: mientras que la rumiación se focaliza en eventos pasados y sus consecuencias, la preocupación se orienta hacia la anticipación de posibles eventos futuros (Ehring y Watkins, 2008).

7.2.2 Gaudibilidad

Respecto a las variables antes mencionadas, la rumia, la preocupación patológica y la evitación experiencial mostraron correlaciones moderadas con gaudibilidad, lo que sugiere una relación entre los procesos de PNR y la capacidad para el disfrute. De los factores de la gaudibilidad, la concentración destacó, con correlaciones moderadas y positivas con la rumia, la preocupación patológica y la evitación experiencial, lo que sugiere un papel relevante de los procesos atencionales en la relación entre el PNR y la gaudibilidad.

Una posible explicación de este hallazgo es que la capacidad de concentración constituye un requisito tanto para la experiencia del disfrute como para la implicación en procesos de rumiación y preocupación (Ehring y Watkins, 2008). Es decir, los mismos recursos atencionales necesarios para sostener una experiencia placentera también pueden ser capturados por patrones de pensamiento repetitivo orientados al malestar. En este sentido, la concentración no refiere al contenido de los pensamientos, sino a la persistencia y fijación atencional, lo que permite comprender por qué se asocia positivamente tanto con procesos adaptativos como el disfrute,

como con procesos desadaptativos como el PNR.

Además, la evitación experiencial también correlacionó negativamente de manera moderada con interés, a diferencia de (Padrós et al., 2025) quienes encontraron una correlación baja entre estas variables. Sin embargo, estos resultados son congruentes con el concepto, ya que cuanto mayor es la tendencia a evitar experiencias, menor es la disposición y la motivación que movilizan para involucrarse activamente en experiencias y de esta manera incrementar la gaudibilidad. Lo cual coincide con los planteamientos teóricos que vinculan la evitación experiencial con la restricción conductual y la pérdida de reforzamiento positivo (Hayes et al., 2012).

7.2.3 Bienestar subjetivo

Respecto a la satisfacción con la vida, las correlaciones más significativas se encontraron de manera negativa con rumia. Esta relación ha sido poco explorada en la literatura; no obstante, se ha reportado una asociación similar, aunque de menor magnitud, en alumnos de secundaria (Martín et al., 2008). Asimismo, Vázquez et al. (2009) señalan que el bienestar, tanto subjetivo como psicológico, no es resultado exclusivo de la satisfacción psicológica, sino que se encuentra estrechamente vinculado con la salud física. Este planteamiento permite comprender que, en mujeres con endometriosis, la presencia persistente de pensamientos asociados a la enfermedad y al dolor crónico puede afectar de manera significativa la evaluación cognitiva de la vida, disminuyendo la satisfacción con la misma.

En relación con el afecto positivo, la correlación más significativa se observó con el interés, factor perteneciente a la gaudibilidad. De acuerdo con la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas de Fredrickson (2001), las emociones positivas amplían el repertorio momentáneo de pensamiento y acción, favoreciendo recursos personales duraderos.

En este sentido, el interés es conceptualizado como una emoción positiva que impulsa la exploración, la curiosidad y la asimilación de nuevas experiencias, promoviendo procesos de expansión personal que se asocian con mayores niveles de afecto positivo.

Por su parte, respecto al afecto negativo se identificaron correlaciones negativas más elevadas con la preocupación patológica, la evitación experiencial y la rumiación. Lo anterior puede explicarse a través del modelo tripartito de la depresión y la ansiedad, ya que menciona que estos trastornos en su estado puro, poseen un componente común (afecto negativo) y componentes específicos: bajo afecto positivo para la depresión e hiperactivación fisiológica para la ansiedad (Joiner et al., 1996). Estos hallazgos, también son consistentes con la propuesta de Fredrickson (2001), quien señala que las emociones negativas emergen ante situaciones que el organismo percibe como amenazas para la supervivencia, cumpliendo una función adaptativa inmediata. En el contexto del pensamiento negativo repetitivo (PNR), estos procesos cognitivos tienden a mantener la atención focalizada en estímulos aversivos, intensificando y prolongando la experiencia emocional negativa. En concordancia con ello, la literatura ha mostrado que las personas con niveles elevados de rumiación experimentan emociones negativas con mayor intensidad que aquellas con niveles bajos (Shlomit y Avishai, 2021), dado que la rumiación se asocia con un procesamiento sostenido de material emocional negativo (McLaughlin et al., 2007).

De manera general, los resultados del presente estudio coinciden con lo reportado por Prozzillo y Olivera (2019) quienes señalan que mayores niveles de flexibilidad psicológica se asocian con un mayor bienestar. Asimismo, Räsänen et al. (2016) encontraron que una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), orientada a mejorar el bienestar subjetivo en estudiantes universitarios, produjo incrementos significativos en el

bienestar, las habilidades de atención plena y la satisfacción con la vida. Estos hallazgos refuerzan la relevancia de abordar procesos transdiagnósticos en la promoción del bienestar psicológico.

7.3 Modelo de ecuaciones estructurales

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto mediador de la depresión, la ansiedad y el dolor en la relación entre la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad con el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis. No obstante, el modelo inicialmente propuesto no pudo ser probado debido a que el instrumento utilizado para evaluar depresión y ansiedad (DASS-21) no mostró adecuadas propiedades psicométricas en la muestra, lo que impidió la comprobación de la hipótesis planteada. Asimismo, el dolor no presentó las asociaciones esperadas con las variables psicológicas y su inclusión en los modelos generó indicadores de ajuste inadecuados, lo que llevó a replantear el modelo desde una perspectiva alternativa.

En el modelo propuesto, destaca la rumiación como el predictor más significativo de la satisfacción con la vida, también es relevante que esta variable no predice ninguna otra. Asimismo, la preocupación patológica se posiciona como la variable con mayor peso en la predicción del afecto negativo, seguida de la evitación experiencial. Por su parte, la gaudibilidad (conformada por el sentido del humor, el disfrute en soledad y la concentración) mostró un efecto especialmente relevante en la predicción del afecto positivo, seguida de la preocupación patológica. Finalmente, la evitación experiencial emergió como el predictor negativo más significativo de la gaudibilidad, seguida de la preocupación patológica.

Respecto a las variables independientes (rumia, preocupación patológica y evitación experiencial) cabe destacar que la preocupación patológica es la única que predice las 3 variables

del bienestar y la gaudibilidad, aunque la magnitud de estos efectos, es baja. Esta diferencia observada entre los análisis correlacionales bivariados y el modelo de ecuaciones estructurales es consistente con la lógica de los análisis multivariados. Mientras que las correlaciones simples muestran asociaciones generales entre las variables, el SEM permite estimar los efectos únicos de cada predictor al controlar la varianza compartida. En este sentido, los procesos que conforman el pensamiento negativo repetitivo (PNR) comparten una base conceptual común, lo que se explica desde el enfoque transdiagnóstico (Ehring y Watkins, 2008). Al ser incluidos simultáneamente en el modelo, estos procesos compiten por explicar la varianza del bienestar subjetivo, lo que atenúa los efectos de la rumiación y la evitación experiencial, y permite identificar a la preocupación patológica como el componente que explica mayor varianza única. Y de manera independiente, esta variable es la que tiene mayor peso para predecir el afecto negativo, lo cual es congruente con las correlaciones bivariadas, ya que esta asociación fue la que tuvo el coeficiente de correlación más alto y coincide con el modelo tripartito de la depresión y la ansiedad explicado anteriormente (Joiner et al., 1996).

La centralidad de la preocupación patológica puede comprenderse a partir de sus características distintivas: un estilo cognitivo persistente, orientado al futuro y percibido como difícil de controlar. En el contexto de una enfermedad crónica como la endometriosis, marcada por la incertidumbre, el dolor recurrente y las limitaciones funcionales, este tipo de procesamiento anticipatorio puede darse mayor facilidad y frecuencia, lo que incrementa el riesgo de tornarse patológico con intensificar el malestar psicológico y afectar directamente el bienestar subjetivo. Así, la preocupación emerge como el proceso del PNR con mayor capacidad explicativa cuando se consideran de manera conjunta múltiples procesos cognitivos disfuncionales.

Sin embargo, analizados por separado, la rumia es la que tiene mayor peso para predecir la satisfacción con la vida, lo que sugiere que este proceso incide principalmente sobre la evaluación cognitiva global que las personas realizan de su propia vida. Este hallazgo es congruente con la conceptualización de la rumiación como un patrón de pensamiento repetitivo orientado al pasado, que favorece la persistencia de evaluaciones negativas afectando la percepción general de la satisfacción con la vida.

Un hallazgo particularmente relevante del modelo es el papel central de la gaudibilidad como mecanismo psicológico explicativo del afecto positivo, cuya magnitud es bastante fuerte. Estos resultados sugieren que la gaudibilidad (sentido del humor, disfrute de la soledad y concentración) constituye un recurso psicológico clave para el aumento del afecto positivo, incluso en presencia de procesos cognitivos disfuncionales como el PNR. Desde la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas de Fredrickson (2001), las emociones positivas amplían el repertorio de pensamiento y acción, favoreciendo la construcción de recursos psicológicos duraderos, que favorecen el bienestar subjetivo.

La evitación experiencial como predictora de la gaudibilidad también es consistente lo reportado por Hayes et al. (2012) que vinculan la restricción conductual con la pérdida de reforzamiento positivo.

En conjunto, el modelo propuesto respalda una comprensión integradora del bienestar psicológico desde un enfoque transdiagnóstico, en el que la reducción de procesos disfuncionales resulta insuficiente si no se acompaña del fortalecimiento de recursos psicológicos positivos. Estos hallazgos subrayan la relevancia de intervenciones orientadas tanto a disminuir el impacto del PNR, como a promover activamente la gaudibilidad. En este sentido, las propuestas de intervención centradas en el cultivo del disfrute, el interés y la atención plena, como las

desarrolladas por Padrós et al. (2014) y Padrós et al. (2024), centradas en incrementar la gaudibilidad y disminuir la preocupación patológica respectivamente, adquieren especial relevancia, dado su impacto directo sobre los procesos transdiagnósticos y su potencial para ampliar los recursos psicológicos asociados al bienestar. Desde esta perspectiva, promover la gaudibilidad y la atención plena no solo representa una estrategia complementaria, sino un componente fundamental en la intervención psicológica dirigida a mujeres con endometriosis.

7.4 Limitaciones

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados, respecto a la selección de la muestra, fue un muestreo no probabilístico, en el que se consideraron mujeres con diagnóstico clínico y no con un diagnóstico confirmado por cirugía mediante un estudio histopatológico. Además, los instrumentos utilizados son de autoinforme, por lo que pueden tener un sesgo de deseabilidad social. Respecto a las variables médicas, no se diferenciaron los estadios clínicos de la endometriosis ni los tratamientos farmacológicos o quirúrgicos en curso, lo cual podría haber influido en los niveles de dolor, depresión o ansiedad, por lo cual se sugiere incorporar en futuros estudios hacer uso de muestreos aleatorios, confirmar los diagnósticos con una cirugía y un estudio histopatológico y contemplar variables médicas como el estadio clínico y tratamientos recibidos, lo cual permitiría una comprensión más precisa de la interacción entre los factores biológicos y psicológicos. Es escasa la literatura sobre rumiación, preocupación patológica, evitación experiencial y gaudibilidad en el contexto específico de la endometriosis lo que dificultó establecer comparaciones amplias y profundizar en la discusión de los hallazgos.

El enfoque exclusivamente cuantitativo no permitió explorar de manera profunda la experiencia subjetiva del dolor, las estrategias de afrontamiento o las fuentes de apoyo social.

Futuros estudios podrían incorporar metodologías mixtas o cualitativas para ampliar la comprensión fenomenológica de la vivencia del padecimiento.

7.5 Fortalezas

A pesar de las limitaciones mencionadas, el estudio presenta diversas fortalezas metodológicas y teóricas que contribuyen al avance del conocimiento en el ámbito de la psicología de la salud y del dolor crónico. Entre ellas se encuentran la integración de variables psicológicas poco estudiadas, además este trabajo constituye una de las primeras aproximaciones empíricas en México que analiza de manera conjunta la rumiación, la preocupación patológica, la evitación experiencial y la gaudibilidad como predictores del bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis, aportando evidencia sobre los procesos cognitivos y emocionales implicados en el malestar psicológico, así como la caracterización de un perfil de las mujeres mexicanas con endometriosis.

Otra fortaleza es el uso de un modelo explicativo complejo (SEM), que permitió explorar relaciones directas e indirectas entre las variables. Las escalas empleadas mostraron adecuadas propiedades psicométricas, lo que garantiza la fiabilidad y validez de las mediciones. Además, se utilizaron instrumentos adaptados o validados previamente en población mexicana, lo que asegura la pertinencia cultural de las medidas. Los resultados refuerzan la necesidad de abordar la endometriosis desde una perspectiva biopsicosocial, considerando no solo los factores médicos, sino también los cognitivos, emocionales y sociales que inciden en el bienestar de las mujeres afectadas. Los hallazgos ofrecen insumos valiosos para el diseño de intervenciones psicológicas orientadas al aumento de la flexibilidad psicológica, la reducción de la rumiación y la potenciación de la gaudibilidad, lo cual podría mejorar el bienestar subjetivo de esta población. Finalmente, el estudio aporta datos actualizados sobre el perfil emocional y cognitivo

de mujeres mexicanas con endometriosis, contribuyendo a visibilizar una problemática de salud pública poco atendida y a enriquecer la literatura nacional en psicología de la salud.

En conjunto, aunque el diseño y las condiciones de muestreo imponen ciertas restricciones en la generalización y causalidad, las fortalezas teóricas y metodológicas del presente trabajo lo posicionan como una contribución significativa al estudio de los factores psicológicos asociados al bienestar en mujeres con endometriosis. Este estudio sienta las bases para futuras investigaciones longitudinales y de intervención que profundicen en el papel modulador de la gaudibilidad, la preocupación patológica, la rumiación y la flexibilidad psicológica como recursos protectores frente al dolor y el distrés emocional.

7.6 Conclusiones generales

En síntesis, las mujeres con endometriosis presentan un perfil caracterizado por dolor intenso y niveles intermedios de bienestar subjetivo. Las variables cognitivas como la rumiación, la preocupación patológica y la evitación experiencial parecen influir de forma negativa en el bienestar subjetivo, lo que sugiere que los procesos de pensamiento negativo repetitivo y regulación emocional desadaptativa podrían constituir mecanismos relevantes en el mantenimiento del malestar psicológico en esta población. Asimismo, la gaudibilidad se relaciona de forma positiva con el bienestar subjetivo, sugiriendo una función protectora asociada a la capacidad para experimentar disfrute y emociones positivas.

Estos resultados coinciden con la literatura que vincula el dolor crónico con una disminución del bienestar emocional y refuerzan la necesidad de ampliar el abordaje psicológico más allá de la reducción sintomatológica. Los hallazgos indican que resulta pertinente intervenir sobre procesos cognitivos transdiagnósticos, particularmente la rumiación, así como fortalecer recursos disposicionales vinculados al afecto positivo. En este sentido, los modelos contextuales

y de regulación emocional, incluyendo enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y las estrategias basadas en mindfulness, podrían ofrecer un marco adecuado para promover la flexibilidad psicológica frente al dolor y disminuir la influencia del pensamiento negativo repetitivo.

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la importancia de comprender la endometriosis desde un modelo integrativo biopsicosocial, en el que las variables cognitivas y emocionales desempeñan un papel significativo en el bienestar subjetivo. La gaudibilidad emerge como un recurso potencial de resiliencia que podría facilitar el afrontamiento de las demandas asociadas a la enfermedad y contribuir a la promoción activa del bienestar. De esta manera, la presente investigación amplía la comprensión de los mecanismos psicológicos implicados en el bienestar de mujeres con endometriosis y aporta evidencia para el diseño de intervenciones orientadas tanto a la disminución del malestar como al fortalecimiento de recursos psicológicos positivos.

Referencias

- Alderman, M. H., Yoder, N., & Taylor, H. S. (2017). The Systemic Effects of Endometriosis. *Seminars in Reproductive Medicine*, 35(3), 263–270. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603582>
- American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. www.appi.org
- Arango-Dávila, C. A., y Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Aznaurova, Y. B., Zhumataev, M. B., Roberts, T. K., Aliper, A. M., & Zhavoronkov, A. A. (2014). Molecular aspects of development and regulation of endometriosis. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 12(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-12-50>
- Ballard, K., Lowton, K., & Wright, J. (2006). What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 86(5), 1296–1301. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.04.054>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Calmes, C. A., & Roberts, J. E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy*

and Research, 30, 343–356. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9026-9>

Cano-López, J. B., García-Sancho, E., Fernández-Castilla, B., & Salguero, J. M. (2022). Empirical Evidence of the Metacognitive Model of Rumination and Depression in Clinical and Nonclinical Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 46(2), 367–392. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10260-2>

Cao, H., Mak, Y. W., Li, H. Y., & Leung, D. Y. P. (2021). Chinese validation of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.004>

Carrillo, T., P., Martínez, Z. M. A., y Carmona H., F. (2021). Endometriosis. Un largo camino. *Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 48(4), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.100686>

Castaños-Cervantes, S., Turnbull-Plaza, B., y Aguilar-Villalobos, G. (2016). Adaptación y validación de una escala de bienestar subjetivo para niñas y jóvenes mexicanas sin hogar. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 71–92. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1015219514621>

Cherry, K. M., Hoeven, E. Vander, Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring “psychological flexibility”: A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, 84, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101973>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Second Edition). Lawrence Erlbaum Associates.

Conrad, R., Wegener, I., Geiser, F., & Kleiman, A. (2013). Temperament, character, and personality disorders in chronic pain topical collection on psychiatric management of pain. *Current Pain and*

Headache Reports, 17(318), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11916-012-0318-3>

Culley, L., Law, C., Hudson, N., Denny, E., Mitchell, H., Baumgarten, M., & Raine-Fenning, N.

(2013). The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: A critical narrative review. *Human Reproduction Update*, 19(6), 625–639.

<https://doi.org/10.1093/humupd/dmt027>

De Graaff, A. A., D'hooghe, T. M., Dunselman, G. A. J., Dirksen, C. D., Hummelshoj, L., Simoens, S., Bokor, A., Brandes, I., Brodsky, V., Canis, M., Colombo, G. L., Deleire, T., Falcone, T., Graham, B., Halis, G., Horne, A. W., Kanj, O., Kjer, J. J., Kristensen, J., ... Wulschleger, M.

(2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: Results from an international cross-sectional survey. *Human Reproduction*, 28(10), 2677–2685.

(2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: Results from an international cross-sectional survey. *Human Reproduction*, 28(10), 2677–2685.

<https://doi.org/10.1093/humrep/det284>

De Rosa, L. (2013). *Fenómenos de rumiación y reflexión. Revisión conceptual*.

<https://www.aacademica.org/000-054/211>

DeJean, D., Giacomini, M., Vanstone, M., & Brundisini, F. (2013). Patient Experiences of Depression and Anxiety with Chronic Disease: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis.

Ontario Health Technology Assessment Series, 13(16), 1–33.

http://www.hqontario.ca/en/mas/mas_ohtas_mn.html.

Del Arco, J. (2015). Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento

farmacológico. *Farmacia Profesional*, 29(1). <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932415727485>

<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932415727485>

Diaz, M. S., & Diaz, N. S. (2020). *Una perspectiva contextual: act para trastornos de Ansiedad*.

<https://www.aacademica.org>.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsem, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale.

- Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, Ed. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.
- Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), 1–11. <https://doi.org/10.1111/spc3.12566>
- Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. (n.d.). Retrieved February 1, 2023, from <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Erzegovesi, S., Martoni, R. M., & Vercellini, P. (2016). Personality in women with endometriosis: Temperament and character dimensions and pelvic pain. *Human Reproduction*, 31(7), 1515–1521. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew108>
- Fang, S., & Ding, D. (2022). Which outcome variables are associated with psychological inflexibility/flexibility for chronic pain patients? A three level meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 01–20. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1069748>
- Fernández, E., y Albornoz, J. (2010). Endometriosis e infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 403–408.
- Ferrando, P. J., y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles Del Psicólogo*, 31(1), 1833. <http://www.cop.es/papeles>
- Gallo, J. L., Pérez-Herrezuelo, I., Díaz, M. A., Tirado, P., y Montoya, F. (2006). Adenomiosis: una afección uterina frecuente. *Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 33(2), 59.
- Gambadauro, P., Carli, V., & Hadlaczky, G. (2019). Depressive symptoms among women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(3), 230–241. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.123>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Suzuki, N., & Watson, D. (2014). The Brief

- Experiential Avoidance Questionnaire: Development and Initial Validation. *Psychological Assessment*, 26(1), 35–45. <https://doi.org/10.1037/a0034473>
- García, A., Preciado, R., Manterola, D., Luna, R., y Luna, A. (2013). Endometriosis: causas, histopatogenia y epidemiología en México y el mundo. *Revista Mexicana de Medicina de La Reproducción*, 5(3), 131–136. <http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2013/mr133c.pdf>
- García R., J., Jiménez R., M., Fernández A., Fernández-Abascal P., A., Sánchez C., F., y Gil F., M. (2002). La medición del dolor: una puesta al día. *Medicina Integral*, 39(7), 317–320. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-medicion-del-dolor-una-13029995>
- Gete, D. G., Doust, J., Mortlock, S., Montgomery, G., & Mishra, G. D. (2023). Impact of endometriosis on women's health-related quality of life: A national prospective cohort study. *Maturitas*, 174, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.04.272>
- González-Ramírez, V. (2021). Aburrimiento y gaudibilidad en adolescentes dependientes a metanfetaminas: Evaluación y propuesta de intervención. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(33), 35-59.
- Grau A., J. A. (2016). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: el gran desafío. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 103–112.
- Guadamuz D., J., Miranda S., M., y Mora M., N. (2021). Actualización sobre endometriosis. *Revista Médica Sinergia*, 6(10). <https://doi.org/10.31434/rms.v6i10.720>
- Gurrola P., G. M., Balcázar N., P., Bonilla M., M. P., y Virseda H., J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). *Psicología y Ciencia Social*, 8(002), 3–7. <http://redalyc.uaemex.mx>

- Harris, R. (2021). *Hazlo simple: Una guía de iniciación a los conceptos básicos de la ACT (terapia de aceptación y compromiso) y muchas más cosas*. Ediciones Obelisco
- Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: Experiential Avoidance, Rules, and the Nature of Verbal Events. *Psychological Science*, 8(3), 170–173.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00405.x>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclee de Brouwer
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (64)6, 1152-1168.
- Hernández-Martínez, A., García-Cruz, R., Valencia-Ortiz, A. I., y Ortega-Andrade, N. A. (2016). Validación de la Escala de Respuestas Rumiativas para población mexicana. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 66–74.
<https://www.researchgate.net/publication/312155422>
- InnovaHonco. (n.d.). *Escalas de evaluación del dolor*.
- Instituto Nacional de Perinatología. (2022, May 16). *Endometriosis, enfermedad que se desarrolla entre los 11 y 55 años de edad*.
- International association for the study of pain. (2020). *IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979*.

- Jia, S., Leng, J., Shi, J., Sun, P., & Lang, J. (2012). Health-related quality of life in women with endometriosis: A systematic review. *Journal of Ovarian Research*, 5(29), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/1757-2215-5-29>
- Joiner, T. E., Catanzaro, S. J., Laurent, J., Sandín, B., & Blalock, J. A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1), 27–34.
- Kalfas, M., Chisari, C., & Windgassen, S. (2022). Psychosocial factors associated with pain and health-related quality of life in Endometriosis: A systematic review. *European Journal of Pain* , 26(9), 1827–1848. <https://doi.org/10.1002/ejp.2006>
- Kiykac Altinbas, S., Bayoglu Tekin, Y., Dilbaz, B., & Dilbaz, S. (2015). Evaluation of quality of life in fertile Turkish women with severe endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 49–52. <https://doi.org/10.3109/01443615.2014.930110>
- Li, T., Mamillapalli, R., Ding, S., Chang, H., Liu, Z. W., Gao, X. B., & Taylor, H. S. (2018). Endometriosis alters brain electrophysiology, gene expression and increases pain sensitization, anxiety, and depression in female mice. *Biology of Reproduction*, 99(2), 349–359.
<https://doi.org/10.1093/biolre/iory035>
- López-Zepeda, M., Morgan-Ortiz, F., López-de la Torre, M., y Morgan-Ruiz, F. (2015). Endometriosis peritoneal, ovárica e infiltrativa profunda: una revisión. *Revista Médica de La Universidad Autónoma de Sinaloa*, 5(2), 72–88.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21, DASS-42). *Psychology Foundation of Australia*.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 3–14.
- Mellin-Sánchez, M. G., y Padrós-Blázquez, F. (2021). Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de

evitación experiencial en población de México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 21(1), 81–91.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)

Montoya-Pérez, K.S., Sánchez-Armáss Cappello, O., Padrós Blázquez, F., Reynoso González, O.U., Montoya-Pérez, R. (en prensa). Rumiación en Población Mexicana: Una nueva versión corta de la Escala de Respuestas Rumiativas//Rumination in Mexican Population: A new short version of the Rumiative Response Scale. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*.

Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., & Ellwood, D. (2014). Impact of endometriosis on women's lives: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(123), 1–12.

<https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-123>

Nayar, K. D., Nayar, P., Gupta, S., Singh, M., Bhattacharya, R., Kant, G., Gahlot, R., & Nayar, K. D. (2020). Impact of endometriosis on anxiety, depression and quality of life and its association with pregnancy outcomes in infertile patients at a tertiary level infertility centre in India. *Fertility and Sterility*, 114(3), <https://doi.org/10.1016/J.FERTNSTERT.2020.08.598>

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

Oblitas G., L. A. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances En*

Psicología, 16(1), 15–38. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2008.v16.2733>

Omar, A., Paris, L., Aguiar de Souza, M., Almeida da Silva, S. H., y Del Pino Peña, R. (2009).

Validación del inventario de bienestar subjetivo con muestras de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileiros y mexicanos. *Suma Psicológica*, 16(2), 69–84.

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-539398>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Endometriosis*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Enfermedades no transmisibles*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. In *Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)*.

Padrós-Blázquez, F., Gutiérrez-Hernández, C. Y., y Medina-Calvillo, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223–232.

<https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>

Padrós-Blázquez, F., López-Solà, C., Cruz-García, M. A., y Martínez-Medina, M. P. (2019). Modelo

de preocupación PAMPA (Percepción de amenaza futura, activación, motivación, pensamiento y acción): preocupación funcional y patológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 190–198. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1088>

Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, M.P., y Graff-Guerrero, A. (2014). Gaudiebility Group Therapy in Depressed Patients: A Pilot Study *International journal of psychology and psychological therapy*, 14,1, 59-69.

Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, M. P., y Medina-Calvillo, M. A. (2010). La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad. *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 30–40.

Padrós-Blázquez, F., Montoya-Pérez, R. y Martínez-Medina, M. P. (2024). Terapia centrada en la reducción de la percepción de amenaza (TCRPA) basada en el modelo PAMPA y ACT para disminuir la preocupación patológica. *Caleidoscopio - Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*, 28(51). <https://doi.org/10.33064/51crscsh4998>

Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, P., y Graff-Guerrero, A. (2014). Gaudiebility group therapy in depressed patients: A pilot study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 59–69. <http://www>.

Padrós-Blázquez, F., Soriano-Mas, C., y Navarro-Contreras, G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión polar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria*, 29(1), 151–164.

Padrós, B. F., & Fernández-Castro, J. (2008). A proposal to measure a modulator of the experience of enjoyment: The gaudiebility scale. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 413–430.

Padrós-Blazquez, F., González-Betanzos, F., Martínez-Medina, M. P., y Wagner, F. (2018).

Propiedades psicométricas del Cuestionario de preocupación Pensilvania (PSWQ) de las versiones original y reducida en muestras mexicana. *Actas Española de Psiquiatría*, 46(4), 117–124.

Padrós-Blázquez, F., Herrera-Guzman, I., y Gudayol-Ferré, E. (2012). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Gaudibilidad en una Población Mexicana*. 12, 1–20.

Patrón E., F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 15(1), 5–19.

Pope, C. J., Sharma, V., Sharma, S., & Mazmanian, D. (2015). A Systematic Review of the Association Between Psychiatric Disturbances and Endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(11), 1006–1015. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30050-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30050-0)

Quevedo, V., M.; Valverde, B., L; Mantuano, O., E; y Landivar, M., S. (2019). La endometriosis y sus complicaciones. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(2), 283–306. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.283-306](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.283-306)

Quintero, M. F., Vinaccia, S., y Quiceno, J. M. (2017). Endometriosis: Aspectos psicológicos. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 82(4), 447–452.

Renna, M. E., Rosie Shrout, M., Madison, A. A., Lustberg, M., Povoski, S. P., Agnese, D. M., Reinbolt, R. E., Wesolowski, R., Williams, N. O., Ramaswamy, B., Sardesai, S. D., Noonan, A. M., VanDeusen, J. B., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2020). Worry and rumination in breast cancer patients: perseveration worsens self-rated health. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(2), 253–259. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00192-9>

Robles, R., y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69–75.

Ruiz, F. J. (2014). La relación entre niveles bajos de habilidades de mindfulness y preocupación

patológica: El rol mediador de la inflexibilidad psicológica. *Anales de Psicología*, 30(3), 887–897. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.150651>

Ruiz, F. J., Suárez Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: a randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 213–233.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049049001>

Rush, G., & Misajon, R. A. (2017). Examining subjective wellbeing and health-related quality of life in women with endometriosis. *Health Care for Women International*, 39(3), 303–321.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1397671>

Rush, G., Misajon, R., Hunter, J. A., Gardner, J., & O'Brien, K. S. (2019). The relationship between endometriosis-related pelvic pain and symptom frequency, and subjective wellbeing. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(123), 3–5. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1185-y>

Sánchez Espinar, S., Ramírez-Maestre, C., Correa-Guerra, M., Ruiz-Párraga, G. T., Serrano Ibañez, E., López-Martínez, A. E., y Esteve, R. (2016). El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico. *Revista de Psicología de La Salud*, 4(1), 93–129.

Sánchez Estrada, M. (2011). La Psicología Positiva: Su Relación Con La Salud Y El Bienestar. *Desbordes. Revista de Investigaciones. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades*, 2(1), 39. <https://doi.org/10.22490/25394150.1191>

Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2017). Gaudibilidad y el bienestar subjetivo en la salud: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3, 10–23.
www.psycap.cl

Schaeuffele, C., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). Psychometric Properties of the German Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ). *Assessment*, 29(7), 1406–

1421. <https://doi.org/10.1177/10731911211010955>

Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10–59.

Sociedad Española de Oncología Médica. (2006). *Angiogénesis*.

Taylor, H. S., Kotlyar, A. M., & Flores, V. A. (2021). Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *The Lancet*, 397, 839–852.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00389-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00389-5)

Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., De Araujo, F. F., Girão, M. J. B. C., & Schor, E. (2011).

Evaluation of Quality of Life and Sexual Satisfaction in Women Suffering from Chronic Pelvic Pain with or Without Endometriosis. *Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 497–503.

<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x>

Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., & Schreurs, K. M. G. (2015). Psychological

flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 50–59.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.001>

Ulett, N. M. (2019). Actualización en los puntos clave de la endometriosis. *Revista Médica Sinergia*, 4(5), 35–43. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.191>

Valdés-García, K. P., Sánchez-Loyo, L. M., Padrós Blázquez, F., Ambriz Delgadillo, L. E., y

Hermosillo-De la Torre, A. E. (2023). Gaudibilidad y depresión en estudiantes universitarios de Coahuila. *Revista de Psicología de La Universidad Autónoma Del Estado de México*, 12(31), 120–137.

Valencia, P. D. (2018). El Cuestionario Breve de Evitación Experiencial: ¿una alternativa viable al AAQ-II? *Pensando Psicología*, 14(24). <https://doi.org/10.16925/pe.v14i24.2412>

- Valencia, P. D., Paz, J. R., Paredes, E., León, M., Zuñe, C., Falcón, C., Portal, R., Cáceres, R., y Murillo, L. (2017). Evitación experiencial, afrontamiento y ansiedad en estudiantes de una universidad pública de Lima Metropolitana. *Interacciones*, 3(1), 45–58.
<https://doi.org/10.24016/2017.v3n1.46>
- van Barneveld, E., Lim, A., van Hanegem, N., Vork, L., Herrewegh, A., van Poll, M., Manders, J., van Osch, F., Spaans, W., van Koevinge, G., Vrijens, D., Kruimel, J., Bongers, M., & Leue, C. (2021). Patient-reported outcome measure for real-time symptom assessment in women with endometriosis: Focus group study. *JMIR Formative Research*, 5(12).
<https://doi.org/10.2196/28782>
- Van Niekerk, L., Weaver-Pirie, B., & Matthewson, M. (2019). Psychological interventions for endometriosis-related symptoms: a systematic review with narrative data synthesis. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 723–735. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00972-6>
- van Stein, K., Schubert, K., Ditzen, B., & Weise, C. (2023). Understanding Psychological Symptoms of Endometriosis from a Research Domain Criteria Perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 12(12). <https://doi.org/10.3390/jcm12124056>
- Vázquez-Morejón, R., Rubio, J. M. L., Rodríguez, A. M., & Morejón, A. J. V. (2019). Validation of a spanish version of the brief experiential avoidance questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema*, 31(3), 335–340. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.60>
- Velásquez Centeno, C., Grajeda Montalvo, A., Montero López, V., Montgomery Urday, W., y Egusquiza Vásquez, K. (2018). Evitación experiencial, rumiación e impulsividad en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Revista de Investigación En Psicología*, 21(1), 15. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v21i1.15110>
- Villegas-Echeverri, J. D., López-Jaramillo, J. D., Herrera-Betancourt, A. L., y López-Isanoa, J. D.

- (2016). Dolor pélvico crónico: Más allá de la endometriosis. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(1), 61–68. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v62i1886>
- Wardęszkiewicz, J., & Holas, P. (2024). Validation of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in a representative Polish sample. *Psychiatria Polska*, 58(1), 79–93. <https://doi.org/10.12740/PP/162165>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wegner, D. M., & Schneider, D. J. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5–13.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annu. Rev. Psychol*, 51, 59–91. www.annualreviews.org
- WHO. (1948). Official Records of the World Health Organization - Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference. *International Health Conference*, 2, 143. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., & Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(3), 169–182. <https://doi.org/10.1080/16506070802078970>
- Xia, W., Yan, M., Jiang, W., Ou, M., Xie, C., Liu, X., & Xu, X. (2023). Psychometric validation of the modified Chinese version of the personalized psychological flexibility index in patients with cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(6). <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100240>

Yilmaz, A. E. (2015). The role of worry and rumination in the symptoms of anxiety and depression.

Turk Psikiyatri Dergisi, 26(2), 107–115. <https://doi.org/10.5080/u8017>

Zarbo, C., Brugnera, A., Frigerio, L., Malandrino, C., Rabboni, M., Bondi, E., & Compare, A. (2018).

Behavioral, cognitive, and emotional coping strategies of women with endometriosis: a critical narrative review. In *Archives of Women's Mental Health*, 21(1). Springer-Verlag Wien.

<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0779-9>

Zondervan, K., Becker, C. M., & Missmer, S. (2020). Endometriosis. *The New England Journal of*

Medicine, 382(1244), 56. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>

Anexos

1. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Objetivo de la investigación: Estudiar la relación entre la rumiación, preocupación patológica, flexibilidad psicológica y gaudibilidad en la calidad de vida y bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis.

Procedimiento: si usted aceptar participar, solo tendrá que responder algunos datos sociodemográficos, seguido de 9 cuestionarios, con un total de 155 preguntas, lo cual tendrá una duración aproximada de 90 minutos.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio es de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales/Compensación: Esta investigación se considera sin riesgo para usted de acuerdo al Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su art. 17, ya que no habrá ninguna intervención, solo consiste en responder los cuestionarios. Sin embargo, las molestias derivadas de este estudio incluyen el dedicar aprox. 90 minutos de su tiempo para responder los cuestionarios, y algún malestar emocional, derivado de las preguntas, sin embargo, si alguna pregunta le hace sentir incómoda, tiene derecho a no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Beneficio: Una vez concluida la investigación se hará llegar a las participantes los principales resultados de la investigación a través de una o varias conferencias virtuales. Además, se elaborará un folleto informativo que estará disponible en el sitio web de la asociación Endometriosis México.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento, y esto no repercutirá de ninguna forma en los servicios brindados por la asociación Endometriosis México. Si desea conocer sus resultados por favor proporciónenos algún correo electrónico o teléfono para su localización:

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre y firma del participante:

Datos de la investigadora:

Paulina Alejandra Vázquez García, alumna del Doctorado Interinstitucional en Psicología, adscrita a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Correo electrónico: 2330339k@umich.mx

2. Instrumentos

Se conformará una batería que consta de 9 escalas, así como de un cuestionario para la recolección de datos sociodemográficos los cuales se describen a continuación.

2.1 Hoja de datos sociodemográficos.

Cuestionario elaborado ad hoc en el que se incluyeron preguntas sobre la enfermedad, síntomas, edad de aparición de los síntomas, cirugías, tratamientos, hábitos saludables, diagnósticos psiquiátricos, así como otras enfermedades.

Datos sociodemográficos

1. Edad _____
2. Nacionalidad _____
3. Lugar de residencia _____
4. Escolaridad (primaria, secundaria, preparatoria/ carrera técnica, licenciatura y posgrado)

5. Ocupación _____
6. ¿Has sido diagnosticada de endometriosis por un médico? Sí _____ No _____
7. ¿Cómo te diagnosticaron? (cirugía, eco, síntomas, etc.) _____
8. ¿A qué edad te diagnosticaron? _____
9. ¿A qué edad iniciaron los síntomas? _____
10. ¿Has tenido alguna cirugía por endometriosis? Si _____
- 11 no _____

En caso de haber respondido que sí, responde lo siguiente

12. ¿Cuántas cirugías te han realizado por endometriosis? _____
13. En caso de haber tenido una cirugía, tus síntomas:

- a) Disminuyeron, ya no tengo dolor
- b) Disminuyeron, pero aún tengo dolor
- c) Se mantuvieron
- d) Empeoraron

14 Has recibido algún diagnóstico médico y/o psiquiátrico que creas relevante mencionar o

15 ¿Recibes atención psicológica? Sí____ No____

16 Al momento de responder estas preguntas ¿Sigues teniendo menstruación?

- a. Sí, aún menstrúo
- b. No, tengo menopausia quirúrgica (me retiraron los 2 ovarios)
- c. No, se me retiró naturalmente por la edad
- d. No, me retiraron el útero, pero aún conservo uno o dos ovarios

17 ¿Recibes apoyo emocional de tu familia

- a. Nunca
- b. Algunas veces
- c. A menudo
- d. Siempre

18 ¿Recibes apoyo económico de tu familia

- a. Nunca
- b. Algunas veces
- c. A menudo
- d. Siempre

2.2 Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al. (1985) validación de Padrós et al. (2015)

Instrucciones: A continuación, se presentan 5 afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 5, indique su grado de desacuerdo o de acuerdo con cada una, marcando con una “X” su respuesta. Por favor, responda a todas las preguntas sinceramente.

	Totalmente en desacuerdo 1	En desacuer do 2	Ni en desacuerdo ni de acuerdo 3	De acuerdo 4	Totalment e de acuerdo 5
1.- En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	☐	☐	☐	☐	☐
2.- Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	☐	☐	☐	☐	☐
3.- Estoy satisfecho con mi vida	☐	☐	☐	☐	☐
4.- Si pudiera vivir mi vida otra vez la repetiría tal y como ha sido	☐	☐	☐	☐	☐
5.- Las circunstancias de mi vida son buenas	☐	☐	☐	☐	☐

2.3 Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS) validación de Robles y Páez (2003)

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido usted durante **LA ÚLTIMA SEMANA**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: si se presenta la palabra *triste*, y en **LA ÚLTIMA SEMANA** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: triste: 5

Motivado	_____
Molesto (a disgusto)	_____
Emocionado	_____
De malas	_____
Firme	_____
Culpable	_____
Temeroso	_____
Agresivo	_____
Entusiasmado	_____
Estar orgulloso	_____
Irritable	_____
Alerta	_____
Avergonzado	_____
Inspirado	_____
Nervioso	_____
Decidido	_____
Estar atento	_____
Inquieto	_____
Activo	_____
Inseguro	_____

2.4 Escala numérica (NRS).

Escala que va del 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el dolor más intenso. Se utilizó para preguntar sobre el dolor durante la menstruación, al defecar, al orinar y durante las relaciones sexuales. Además, se incluyeron preguntas para evaluar la presencia del dolor crónico.

- Escala numérica (NRS)



2.5 Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) validación de Gurrola et al. (2006)

	No aplica nada en mí	Aplica un poco, o durante parte del tiempo	Aplica bastante o durante una buena parte del tiempo	Se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo
1. Estuve consciente de la resequedad de mi boca.				
2. Al parecer no experimenté ningún sentimiento positivo.				
3. Experimenté dificultades al respirar (por ejemplo, respiración excesivamente rápida, quedarme sin aliento en ausencia de esfuerzo físico).				
4. Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa.				
5. Estuve preocupado acerca de las situaciones ante las cuales me asusto y hago el ridículo.				
6. Sentí que no tenía nada que esperar.				
7. Encontré difícil relajarme.				
8. Me sentí desanimado y triste.				
9. Estuve intolerante con todo lo que me distrajera de lo que estaba haciendo.				
10. Me sentí incapaz de sentirme entusiasmado acerca de nada.				
11. Sentí que no valía nada como persona.				
12. Estuve conciente de la acción de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (por ejemplo, sentir incremento de la frecuencia cardíaca, el corazón perdiendo un latido).				
13. Sentí miedo sin ninguna razón.				
14. Sentí que la vida no tenía sentido.				

2.6 Cuestionario de Aceptación y Acción (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II)
validación de Mellin y Padrós (2021)

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Indique hasta qué punto es falso o cierto según su forma de ser y hacer

	Completa- mente falso	Rara vez	Algunas veces	A veces cierto	Frecuente- mente cierto	Casi siempre cierto	Completa- mente cierto
1. Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	1	2	3	4	5	6	7
2. Evito o escapo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones me causan problemas en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.	1	2	3	4	5	6	7

2.7 Escala de respuestas rumiativas (RRS) validación de Hernández-Martínez et al. (2016)

Instrucciones: las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes o abatidas. Por favor lee cada una de las frases a continuación y señala *si casi nunca, algunas veces, a menudo o casi siempre* piensas o actúas de esa manera cuando estás abatido o triste.

Por favor, indica lo que *generalmente* haces, no lo que crees que deberías hacer.

Pregunta	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Piensas en lo solo (a) que te sientes.				
2. Piensas “No seré capaz de hacer mi trabajo si no puedo resolver esta situación”.				
3. Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestia.				
4. Piensas en lo difícil que te resulta.				
5. Piensas “Todo lo que pasa me lo merezco”				
6. Piensas en lo desmotivado (a) que te sientes.				
7. Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás sintiéndote así.				
8. Piensas acerca de cómo parecer sentir diferente a los (as) demás.				
9. Piensas “Por qué no puedo lograr las cosas”				
10. Piensas “¿Por qué no siempre reacciono de esta forma cuando algo me entristece o preocupa?”				
11. Te aíslas y piensas porqué te sientes así.				
12. Escribes lo que estás pensando y lo analizas.				
13. Piensas acerca de una situación reciente anhelando que te hubiera ido mejor.				
14. Piensas “No seré capaz de concentrarme si continuo sintiéndome de esta manera”.				
15. Piensas “¿Por qué tengo problemas que los (as) demás no tienen?”.				
16. Piensas “¿Por qué no puedo controlar las cosas?”.				
17. Piensas sobre tus defectos, debilidades, fallas y equivocaciones.				
18. Piensas sobre tus defectos, debilidades, fallas y equivocaciones.				
19. Piensas que no te dan ganas de hacer nada.				
20. Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido (a).				
21. Te vas solo (a) a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes.				
22. Piensas en cómo estás enojado (a) contigo mismo (a).				

2.8 Escala de preocupación patológica (PSWQ-8) validación de Padrós-Blázquez et al. (2018)

Indique hasta qué punto se identifica con cada una de las situaciones que vamos a presentarle a continuación, referidas al modo que tienen las personas de preocuparse.

	Nada	Algo	Regular	Bastante	Mucho
1.-Sus preocupaciones le agobian.					
2.- Hay muchas circunstancias que hacen que se preocupe.					
3.- Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo.					
4.- Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse mucho.					
5.- Siempre está preocupándose por algo.					
6.- Tan pronto como termina una tarea, en seguida empieza a preocuparse por alguna otra cosa que debe hacer.					
7.- Ha estado preocupado toda su vida.					
8.- Se da cuenta de que siempre está preocupándose por las cosas.					

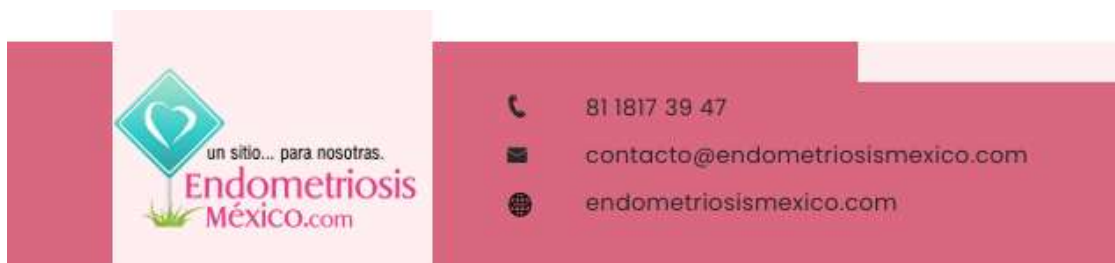
2.9 Escala de Gaudibilidad de Padrós-Blázquez et al. (2021)

Instrucciones: Esta escala está diseñada para conocer su opinión y las situaciones en que usted puede experimentar sensación de disfrute. Por favor, conteste marcando una cruz (x) a cada cuestión. Su respuesta ha de indicar el grado de acuerdo respecto a cada afirmación, no lo que cree que debería ser o lo que desearía. Por ello conteste con rapidez y no analice demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. Intente responder a todas las cuestiones y no dejarse ninguna.

Señala el nivel de acuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones:	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.La mayoría de las actividades que hago me parecen interesantes.	0	1	2	3	4
2. Cuando estoy solo me aburro fácilmente.	0	1	2	3	4
3.Muchas cosas me hacen reír.	0	1	2	3	4
4. Si uno ríe mucho, su desempeño baja.	0	1	2	3	4
5.Me cuesta concentrarme, incluso cuando me cuentan historias que me interesan.	0	1	2	3	4
6.Soy una persona muy imaginativa.	0	1	2	3	4
7.Me intereso fácilmente en la mayoría de las cosas que hago.	0	1	2	3	4
8. Casi nunca me divierto cuando estoy solo.	0	1	2	3	4
9.Mis amigos me dicen que río mucho.	0	1	2	3	4
10.Pierdo la concentración fácilmente cuando estoy realizando algún trabajo.	0	1	2	3	4
11.Creo que para disfrutar se requiere tener dinero.	0	1	2	3	4
12.Suelo disfrutar al máximo de las cosas que me parecen interesantes.	0	1	2	3	4
13. Me la paso bien cuando imagino.	0	1	2	3	4
14. Acostumbro reír varias veces al día.	0	1	2	3	4
15. Me cuesta mucho divertirme cuando estoy solo.	0	1	2	3	4
16. Pienso que las personas que se ríen mucho son tontas.	0	1	2	3	4
17. Las personas me dicen que pierdo la concentración fácilmente.	0	1	2	3	4
18.Tengo mucha imaginación.	0	1	2	3	4
19. En casa, cuando no está mi familia, me aburro con facilidad.	0	1	2	3	4
20.Si me lo propongo, soy capaz de encontrar interés en cualquier actividad que realice.	0	1	2	3	4
21. Me cuesta trabajo concentrarme, incluso con algo que me interesa.	0	1	2	3	4

22. Me río fácilmente cuando los demás hacen una broma.	0	1	2	3	4
23. Si me lo propongo, puedo inventar historias con facilidad.	0	1	2	3	4
24. Creo que la gente que ríe mucho, no es muy consciente de los problemas del mundo.	0	1	2	3	4

3. Carta de autorización de Fundación Mexicana para el apoyo a Mujeres con Endometriosis, A.C



☎ 81 1817 39 47
✉ contacto@endometriosismexico.com
🌐 endometriosismexico.com

**Carta de aceptación
Universidad de Guadalajara
A quien corresponda.-
Presente.-**

Monterrey, N.L.
02 de Mayo 2024

Por este medio, el consejo de Fundación Mexicana para el apoyo a mujeres con Endometriosis A.C., conocida como Endometriosis México, hace de su conocimiento, que hemos aprobado la realización del proyecto de investigación denominado **"Incidencia de la rumiación, preocupación patológica, flexibilidad psicológica y gaudibilidad en la calidad de vida y bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis"**, el cual se realizará de manera virtual con las socias de la asociación que deseen participar, y se realizará por la **Mtra. Paulina Alejandra Vázquez García**.

Así mismo, hacemos de su conocimiento que previamente se nos notificó el objetivo de la investigación el cual consiste en estudiar la relación entre la rumiación, preocupación patológica, flexibilidad psicológica y gaudibilidad en la calidad de vida y bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis. Para ello, realizaremos la invitación a participar en el estudio a través de nuestras redes sociales, la cual consistirá en enviar un link a las socias para responder algunos cuestionarios. Además, se nos entregó copia del consentimiento informado, en el cual se especifican la confidencialidad, los riesgos potenciales, la compensación y el beneficio que recibirán las socias, así como la posibilidad de retirarse del estudio cuando lo deseen. Lo anterior está previsto para realizarse en septiembre del año en curso.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo y confirmar que para la asociación es de suma importancia la realización de investigación con respecto a esta enfermedad.

Les reitero las seguridades de mi más atenta y distinguida consideración.

C. Elizabeth Rosales Beltrán
Representante Legal
Endometriosis México

4. Carta autorización del comité de ética



**CENTRO UNIVERSITARIO DE
CIENCIAS DE LA SALUD**
Secretaría Académica
Coordinación de Investigación

CUCS/CINV/0087/24

DICTAMEN DE EVALUACIÓN

Teniendo a la vista los pre-dictámenes aprobados por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y de Bioseguridad de este Centro Universitario, respecto al protocolo que a continuación se describe:

Número de registro: **24-46**

Título del protocolo de investigación: **"Incidencia de la rumiación, preocupación patológica, flexibilidad psicológica y gaudibilidad en la calidad de vida y el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis"**.

Investigador responsable: **Dr. Christian Israel Huerta Lozano**

Fecha de la última versión: **08 de mayo de 2024**

Institución en donde se llevará a cabo: **Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara (UdeG).- Asociación Endometriosis México.**

Se emite el presente **DICTAMEN** con el número **CI-04124** en virtud de que el protocolo de investigación y el consentimiento informado presentan los elementos necesarios de contenido y calidad por lo que se **APRUEBA** para su realización.

El presente dictamen estará vigente por cuatro años a partir de la fecha, debiendo presentar avances de la investigación cuando menos una vez al año y notificar cualquier cambio o suspensión de la investigación ante esta instancia.

Este protocolo fue aprobado por los asistentes a la sesión conjunta ordinaria de los Comités de Investigación y Ética en Investigación del día 08 de mayo del 2024 y de la sesión ordinaria del Comité de Bioseguridad el 15 de abril del 2024.

ATENTAMENTE

"Piensa y Trabaja"

**"30 años de la Autonomía de la
Universidad de Guadalajara y su organización en red
Guadalajara, Jalisco; 17 de mayo de 2024"**

Dra. en C. Edith Oregon Romero
Coordinadora de Investigación

Dra. en C. Irene Gordova Jiménez
Presidenta del Comité de Ética en
Investigación

**Dra. en C. Alejandra Natalia Vega
Magaña**
Presidenta del Comité de
Investigación

Dr. en C. Edsául Emilio Pérez Guerrero
Presidente del Comité de Bioseguridad

6. Reporte de Revisión de originalidad



Página 1 de 158 - Portada

Identificador de la entrega tm:oid::3117:565943535

Paulina Alejandra Vázquez García

Incidencia de la rumiación, preocupación patológica, evitación experiencial y gaudibilidad en el bienestar subjetivo en mujeres...



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

tm:oid::3117:565943535

Fecha de entrega

10 mar 2026, 8:12 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

10 mar 2026, 8:28 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

Incidencia de la rumiación, preocupación patológica, evitación experiencial y gaudibilidad en elpdf

Tamaño del archivo

2.2 MB

144 páginas

32.316 palabras

192.265 caracteres



Página 1 de 158 - Portada

Identificador de la entrega tm:oid::3117:565943535

21% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 21%  Fuentes de Internet
- 15%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

7. Formato de declaración de originalidad y uso de Inteligencia Artificial

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Doctorado Interinstitucional en Psicología	
Título del trabajo	Incidencia de la rumiación, preocupación patológica, evitación experiencial y gaudibilidad en el bienestar subjetivo en mujeres con endometriosis	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Paulina Alejandra Vázquez García	2330339k@umich.mx
Director	Ferran Padrós Blázquez	fpadros@umich.mx
Codirector	Oscar Ulises Reynoso González	ulises.reynoso@academicos.udg.mx
Coordinador del programa	Ana María Méndez Puga	doc.psicologia@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Sí	Se utilizó para la mejora de la redacción en la introducción y en la discusión

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	No	
Revisión y corrección de estilo	Sí	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Paulina Alejandra Vázquez García
Lugar y fecha	Guadalajara, Jalisco, 05 de marzo del 2026

7