

Gestión menstrual e impacto de la intensidad de dismenorrea primaria en la calidad de vida: estudio transversal en mujeres chilenas

Julieta Aránguiz-Ramírez^{a, b*} , Rossana Recabarren-Espinoza^a , Juana Mora-Lara^a 

^aFacultad de Salud y Odontología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile; ^bSociedad Chilena de Gestión del Cuidado en Matronería, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN La dismenorrea primaria es definida como dolor durante el ciclo menstrual, tipo cólico recurrente en ausencia de una causa identificable. Esta puede afectar negativamente la calidad de vida de quienes la padecen. El objetivo es determinar la asociación entre la intensidad del dolor en la dismenorrea primaria y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud menstrual, presentismo y función sexual, en mujeres adultas chilenas.

MÉTODOS Estudio observacional transversal. Muestra de 392 mujeres con menstruaciones dolorosas en los últimos seis meses. Encuesta auto reportada difundida en redes sociales entre enero y junio de 2024, compuesta por preguntas sociodemográficas, intensidad y percepción del dolor, cuestionario de calidad de vida EQ5D-3L, escala de presentismo de Stanford y el cuestionario de cambios del funcionamiento sexual de la mujer adaptados al estudio.

RESULTADOS La media de edad de las participantes fue de 29,2 +/- 8,2 años. La intensidad media del dolor fue de 6,7 +/- 2,04 puntos. La alta intensidad del dolor reportado se asoció con un mayor deterioro. Aquellas personas con dolor severo/extremo vieron afectada su calidad de vida relacionada con la salud menstrual. Entre los aspectos perjudicados destacan la realización de actividades habituales (*Odds ratio* 9,99), menor desempeño laboral (desconcentración) y disminución en el área social. Como medidas de mitigación utilizadas destacan en 96,7% calor local, 63,5% infusiones de hierbas y 90% algún medicamento.

CONCLUSIONES La dismenorrea impacta en diferentes dimensiones de la calidad de vida. A pesar de su alta prevalencia, es infravalorada y las mujeres normalizan el dolor utilizando diferentes formas de mitigarlo. La concepción de salud menstrual en sus diferentes aristas son experiencias subjetivas y multidimensionales. Los resultados sugieren la importancia de actualizar el manejo integral de la dismenorrea, así como la incorporación de nuevos estudios en torno a evaluación económica, prevalencia y autoimagen para profundizar en esta temática.

KEYWORDS Dysmenorrhea, Menstruation, Menstrual management, Quality of life, Presenteeism, Women

INTRODUCCIÓN

La salud menstrual es un estado de completo bienestar físico, mental y social. No es solo la ausencia de enfermedad o dolencia en relación con el ciclo menstrual. Esto incluye tener acceso a información precisa y educación sobre la gestión menstrual, así

como la capacidad de manejar el dolor y la higiene menstrual de forma segura y digna [1].

Uno de los problemas de salud menstrual más comunes que experimentan las mujeres en edad reproductiva es la dismenorrea primaria. Esta se define como dolor durante el ciclo menstrual tipo cólico recurrente, en ausencia de una causa pélvica identificable. El dolor interfiere con las actividades diarias y afecta negativamente la calidad de vida de una mujer [2-4].

Dada su naturaleza multidimensional, forma de abordarla, selección de la muestra y diseños metodológicos en los diferentes estudios sobre dismenorrea, su prevalencia varía. Se estima que afecta entre 45 y 91% de las mujeres menstruantes y de 2 a 29% experimenta un dolor severo [5-7]. A pesar de

* Autor de correspondencia julieta.aranguiz@mail.udp.cl

Citación Aránguiz-Ramírez J, Recabarren-Espinoza R, Mora-Lara J. Gestión menstrual e impacto de la intensidad de dismenorrea primaria en la calidad de vida: estudio transversal en mujeres chilenas. Medwave 2025;25(4):e3013

DOI 10.5867/medwave.2025.04.3013

Fecha de envío Sep 8, 2024, **Fecha de aceptación** Apr 22, 2025,

Fecha de publicación May 15, 2025

Correspondencia a Manuel Rodríguez Sur 253 Edificio A Oficina 10, Santiago, Chile

IDEAS CLAVE

- Existe escasa evidencia nacional respecto a calidad de vida en mujeres con dismenorrea, lo que limita la toma de decisiones clínicas y de políticas públicas informadas.
- Se propone un enfoque innovador que incorpora calidad de vida relacionada con la salud, presentismo y función sexual, ausente en estudios previos.
- Se identificó que la dismenorrea afecta múltiples dimensiones de la calidad de vida en las mujeres que la padecen, siendo una situación clínica infradiagnosticada que conlleva a las mujeres a utilizar estrategias de afrontamiento, en ocasiones no reguladas.
- La investigación presenta limitaciones como el muestreo no probabilístico y sesgo de información resultante de una encuesta en línea, aunque entrega hallazgos útiles para futuras investigaciones e intervenciones.

los altos porcentajes es sub-diagnosticada, tratada inadecuadamente o normalizada [5].

Fisiopatológicamente, se caracteriza por una alteración en los niveles de prostaglandina F2 α (PGF2 α) y prostaglandina E2 (PGE2) durante el desprendimiento endometrial. Ello provoca hiper-contractilidad uterina, restringiendo el flujo sanguíneo y conduciendo a la producción de metabolitos anaerobios, isquemia del músculo uterino, hipoxia y, posteriormente, estimulando los receptores del dolor [5,8]: Su percepción es resultado de múltiples y dinámicos mecanismos pertenecientes al sistema nervioso central y periférico, que inhiben o facilitan el estímulo y respuesta nociceptiva [9].

La intensidad y duración del dolor pueden variar significativamente entre las mujeres, iniciándose entre 48 y 72 horas antes de la menstruación y persistiendo hasta tres días. Entre 6 y 24 meses después de la menarquia, puede presentarse el primer episodio aumentando su intensidad en la adolescencia. Esto subraya la importancia de abordar esta condición en etapas tempranas [5,8,10]. La intensidad media del dolor menstrual es de aproximadamente 6 puntos en escala visual analógica (EVA), asociándose a otros síntomas como cefalea, cansancio, síntomas digestivos, dolor músculo esquelético, distensión abdominal y trastornos de sueño, entre otros [10–12].

Debido a los síntomas físicos, la dismenorrea afecta la calidad de vida general de la mujer. Por un lado, altera la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en las dimensiones de movilidad y actividades habituales [10,11,13]. Además, tiene impacto en los costes directos de la mujer en cuanto a la gestión menstrual e indirectos al inducir a una disminución del rendimiento académico y eficiencia laboral debido al presentismo [1,14].

Consideramos calidad de vida relacionada con la salud como aquel resultante de la evaluación del impacto en la calidad de vida de una persona respecto a su estado de salud, a su desempeño en la vida diaria, su capacidad de lograr/mantener un nivel de independencia, junto con su percepción de su salud física, psicológica y social respecto a su entorno [13,15].

El presentismo se entiende como el hecho en que los/as trabajadores/as están físicamente presentes en su lugar de trabajo, aunque con alguna condición médica desfavorable, que normalmente requeriría descanso y ausencia del trabajo. Ello

disminuye su desempeño, causando reducción en la productividad [16,17].

Los estudios sobre calidad de vida en mujeres adultas con dismenorrea es un tema invisibilizado en la salud de la mujer. Tal como refiere la Organización de las Naciones Unidas (ONU), debido a "normas socioculturales nocivas persistentes como el estigma, los conceptos erróneos y los tabúes en torno a la menstruación, siguen provocando la exclusión y la discriminación de mujeres y niñas" [14]. Por estas razones, el siguiente estudio adquiere relevancia al intentar responder la pregunta en contexto chileno ¿Cuál es el impacto de la intensidad del dolor menstrual en la calidad de vida de mujeres adultas chilenas? Su objetivo es determinar la asociación entre la intensidad del dolor en la dismenorrea primaria y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud menstrual, presentismo y función sexual en este segmento de la población.

Además de determinar las dimensiones alteradas de la calidad de vida por la dismenorrea, se busca describir los síntomas concomitantes y la gestión menstrual de estas mujeres.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal, siguiendo los lineamientos de las directrices *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE) para estudios observacionales

[18]. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Diego Portales.

Selección de la muestra

Se incluyeron mujeres de 18 a 50 años, nacidas y residentes en Chile, que hayan experimentado dolor menstrual en los últimos seis meses.

Se excluyeron aquellas que informaron traumatismos en zona pélvica, endometriosis, amenorrea en los últimos seis meses y a usuarias de dispositivo intrauterino de cobre. El reclutamiento se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, a través de redes sociales (LinkedIn, Facebook, Instagram) y foros femeninos, entre enero y junio de 2024. El tamaño muestral final fue de 392 participantes tras aplicar criterios de exclusión. Se recomienda interpretar los hallazgos

con cautela, debido al sesgo de selección inherente al diseño muestral [19].

Recolección de datos

Se confeccionó una encuesta con preguntas sociodemográficas, intensidad del dolor mediante escala visual análoga, percepción del dolor menstrual, el cuestionario genérico de calidad de vida *European Quality of Life 5 Dimensions 3 Level Version* (EQ5D-3L, versión validada en Chile) [20,21], la escala de presentismo de Stanford (SPS-6, por su sigla en inglés *Stanford Presenteeism Scale*) [22] y algunos ítems del cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (*Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form*, CSFQ-14) [23] excluyendo los relacionados con la lubricación debido a la condición menstrual.

Para garantizar la confiabilidad de los datos los cuestionarios SPS-6 y CSFQ-14, no validados previamente en población chilena general, las versiones adaptadas fueron sometidas a una validación semántica mediante pilotaje con 10 mujeres con características similares a la muestra, y que no fueran profesionales de salud ginecológica. Esto permitió ajustes menores en redacción, ortografía y puntuación. El cuestionario mostró alta consistencia interna (α de Cronbach de 0,89) y un tiempo promedio de respuesta de 25 minutos.

El contenido fue evaluado mediante juicio experto de tres profesionales con experiencia en salud de la mujer, a quienes se les proporcionó una matriz que evaluó semántica, claridad, relevancia, coherencia y pertinencia. Las credenciales de los expertos son:

- **E.1:** académico/a de una universidad chilena acreditada, magíster en sexualidad, directivo de instituto de sexualidad y miembro de sociedades nacionales e internacionales de sexualidad.
- **E.2:** académico/a y directivo de una universidad chilena acreditada, miembro de la comisión científica de una sociedad internacional de salud de la mujer.
- **E.3:** especialista en salud menstrual y en sexualidades, asesor/a en la gestión del cuidado menstrual y miembro de la directiva de una institución dedicada a la salud de la mujer.

Se obtuvo una V de Aiken entre 0,83 y 1, lo que indica alta concordancia entre los/as expertos/as. A partir de las sugerencias entregadas por ellos/as, se contempló el agregar preguntas sobre gestión menstrual.

Finalmente, se difundió el cuestionario entre enero y junio del año 2024 a través de auto reporte en Google forms. En la primera página se consideró el propósito de la encuesta en línea y se presentó el consentimiento informado digital. Este incluía la confirmación de la voluntad de las mujeres a participar, asegurándose el resguardo de la confidencialidad de los datos sensibles al ser anonimizados.

VARIABLES

Variables sociodemográficas

Para la descripción de la muestra se incluyó edad, género, orientación sexual, pareja sexoafectiva en los últimos seis meses, nivel de estudios, situación laboral, región de residencia y presencia de hábitos (consumo de tabaco, alcohol y drogas).

Además se integró la previsión de salud, debido al carácter mixto del sistema de salud. Este se encuentra constituido por cuatro categorías en el sistema público o Fondo Nacional de Salud (FONASA), denominadas con letras A al de menor ingreso y D al de mayor ingreso económico; y una categoría en el sistema privado o Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), cuya pertenencia se correlaciona con la distribución del quintil de ingresos. Además, existe un porcentaje menor de la población que es atendida en el sistema propio de las fuerzas armadas y de orden. Por lo anterior, es que los grupos dentro del sistema previsional de salud en Chile son considerados un buen acercamiento al ingreso económico de sus usuarios [24]. Se clasificaron las respuestas de acuerdo con la categoría de pertenencia en las seis alternativas.

Variables de dismenorrea

Percepción del dolor menstrual: se le solicitó a la persona evaluar su percepción de dolor premenstrual, día 1 a 2 del ciclo y 3 a 4 del ciclo, según escala de Likert en cinco categorías: nada, leve, moderado, severo y extremo.

Intensidad global de dolor menstrual percibido: a través de una escala visual análoga numerada del 1 al 10, se le solicitó a la persona seleccionar el nivel que mejor representa la intensidad del síntoma durante el ciclo menstrual, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 la mayor intensidad [25]. Para facilitar el análisis se agrupó el puntaje obtenido en dos categorías cualitativas: dolor leve a moderado (rango de 1 a 6 puntos) y dolor severo a extremo (rango de 7 a 10 puntos).

Gestión menstrual: son todos los elementos que necesitan las mujeres y personas menstruantes para vivir de forma plena su menstruación [1,12,26]. Las respuestas se agruparon en métodos anticonceptivos, higiene menstrual, estrategias de afrontamiento del dolor de tipo farmacológico y no farmacológico.

Síntomas concomitantes: síntomas que acompañan al dolor menstrual [10]. Se solicitó marcar las alternativas que representen a las usuarias de un listado de síntomas.

Variables de calidad de vida

Descanso: se solicitó a las voluntarias evaluar la percepción de afectación de su descanso habitual comparado con el periodo sin menstruación. El descanso se calificó en cinco categorías. Luego, las respuestas se agruparon en tres niveles: poco/nada, de forma moderada y bastante/mucho.

Calidad de vida relacionada con la salud menstrual: se realizó a partir de las preguntas descriptivas del cuestionario genérico EQ-5D versión 3L. Este contiene cinco dimensiones de

salud: movilidad, cuidado personal, tareas habituales, angustia/depresión y dolor/malestar (para el estudio solo se consideró malestar), con tres niveles en cada dimensión de acuerdo con el grado de afectación [20,21].

Este instrumento ha sido adaptado y validado, tanto en la población general como en grupos de personas con patologías específicas chilenas. Su aplicación demora aproximadamente de 2 a 3 minutos [20,27].

Presentismo: se midió a partir del instrumento SPS-6, que considera dos dimensiones. La primera relacionada con la eficiencia de lograr completar el trabajo a pesar de la situación clínica (preguntas 2, 5 y 6) con puntajes en sus respuestas de 1 a 5. La segunda dimensión relacionada con evitar la distracción (preguntas 1, 3 y 4), con puntajes inversamente proporcionales en las respuestas. El rango de la puntuación total es de 6 a 30 puntos, donde a más alta puntuación indica un nivel más bajo de presentismo. Esto significa percibir una mayor capacidad para concentrarse y realizar el trabajo, a pesar de los problemas de salud [22,23]. Se preguntó qué tan de acuerdo se encontraba con la aseveración, en escala de Likert con cinco categorías:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Indiferente.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo [22,23].

Para el análisis se agruparon las respuestas en tres niveles.

Actividades sociales: se solicitó a las voluntarias evaluar la percepción de afectación de actividades sociales comparada con el periodo sin menstruación para familiares/amigos(as) y para compañeros(as) de trabajo/estudio, calificándola en cinco categorías. Luego, las respuestas se aglutinaron en tres niveles: poco/nada, de forma moderada y bastante/mucho.

Función sexual: concepto multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos, emocionales y de la pareja, respecto a la ejecución de una actividad sexual [28]. Se midió usando la herramienta CSFQ-14 [23] clasificando las preguntas en tres dimensiones: excitación/deseo, orgasmo y satisfacción. Al igual que en las variables anteriores, se utilizó una escala de Likert con cinco categorías, agrupándose las respuestas en tres niveles: nunca/casi nunca, a veces y siempre/casi siempre.

Análisis estadístico

Se caracterizó la muestra mediante tabla de frecuencias y porcentajes. Para las variables edad, intensidad del dolor según EVA y puntajes de cada dimensión de presentismo, se estimó su media y desviación estándar.

Posteriormente se categorizó la variable intensidad del dolor, en dos grupos de acuerdo con el puntaje referido, considerándose leve/moderado un puntaje de 1 a 6 y severo/extremo un puntaje de 7 a 10 según EVA, siendo este el grupo de interés.

En cuanto a las comparaciones entre grupos, se utilizó la prueba t de Student para diferencia de medias en el caso de variables cuantitativas (edad y puntaje de las dimensiones de

presentismo). Para las variables categóricas, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson,

Por último, las dimensiones del instrumento EQ5D-3L, así como las subdimensiones de la escala SPS-6 y del CSFQ-14, fueron analizadas como variables dicotómicas categorizadas en función de los niveles de afectación. Para ello, se otorgaba el valor de 1 a la categoría con posible mayor impacto negativo sobre la intensidad del dolor y 0 al resto. Se aplicaron modelos de regresión logística binaria para estimar la asociación entre la intensidad del dolor y la afectación de la calidad de vida relacionada con la salud menstrual, el presentismo, el descanso, las actividades sociales y la función sexual. Las estimaciones se ajustaron por el tipo de previsión de salud, uso de estrategias farmacológicas y no farmacológicas para la mitigación del dolor y uso de anticonceptivos hormonales. Los resultados se expresaron como *Odds ratio* con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para todos los análisis se utilizó el software SPSS versión 30.0 y se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo

RESULTADOS

Durante el periodo de recolección de datos se obtuvo un total de 435 encuestas. Después de aplicar los criterios de exclusión, 392 fueron consideradas válidas para constituir la muestra. Las pérdidas corresponden a extranjeras, mujeres con miomatosis, usuarias de dispositivo intrauterino tipo TCu380-A, diagnosticadas con endometriosis y encuestas inconsistentes.

El 80,9% del total de la muestra corresponde a mujeres residentes en áreas metropolitanas (Regiones de Valparaíso, del Biobío y Metropolitana). La edad media de la muestra fue de 29,9 $\pm$ 8,2 años, con un rango de 18 a 50 años, de las cuales el 87,5% corresponden a menores de 40 años. De las encuestadas, 98,2% se identifica con el género femenino y 1,8% se declaran no binaria. Al momento de la encuesta, el 59,9% de las voluntarias refirieron autopercepción su estado de salud como bueno/muy bueno. Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1.

La edad media de las mujeres con intensidad global de dolor percibido según EVA leve/moderado fue de 28,5 $\pm$ 7,5 años y de dolor severo/extremo fue de 29,7 $\pm$ 8,6 años con un valor de p de T-test de diferencia de medias de 0,13.

El 70,5% de las encuestadas informaron dolor moderado/severo previo a la menstruación y el 76,8% severo/extremo en los dos primeros días, distribución que se puede observar en la Figura 1. Además, se reportó una duración media de la menstruación de 5,7 $\pm$ 2,7 días (2 a 20 días) con una percepción de cantidad regular de flujo menstrual en 39% y abundante en 45,9%, predominantemente entre los días 2 a 3.

De la muestra, el 20,6% refirió que siempre/casi siempre se le preguntó en control ginecológico habitual sobre su problemática y 26,8% indicó que a veces. De ellas, 27,4% se atendió en el sistema privado (sistema de Instituciones de Salud Previsional o particular) y el 72,6% en el sistema público (Fondo Nacional de Salud).

Tabla 1. Características de la muestra (n = 392).

Características		N	%
Edad	Media +/- DS (rango)	29,9 +/- 8,2 años (18 a 50 años)	
Intensidad global del dolor menstrual percibido según EVA	Media +/- DS (rango)	6,7 +/- 2,04 puntos (0 a 10)	
Previsión de salud	Fonasa A	54	13,8%
	Fonasa B	120	30,6%
	Fonasa C	50	12,8%
	Fonasa D	70	17,9%
	Fuerzas armadas	5	1,3%
	ISAPRE	93	23,7%
Nivel educacional	Media incompleta	2	0,5%
	Media completa	48	12,2%
	Técnico nivel superior Incompleta	8	2,0%
	Técnico nivel superior completa	36	9,2%
	Superior incompleta	133	33,9%
	Superior completa	165	42,1%
Género	Femenino	385	98,2%
	Masculino	0	0,0%
	No binarie	7	1,8%
Orientación sexual	Heterosexual	288	73,5%
	Homosexual	11	2,8%
	Bisexual	80	20,4%
	Otro	13	3,3%
Con pareja sexoafectiva en los últimos 6 meses	Sí	218	96,4%
	No	74	3,6%
Paridad	Nulípara	272	69,4%
	Múltipara	120	30,6%
Hábitos	Fuma	90	23,0%
	Consume alcohol	255	65,1%
	Consume marihuana	51	13,0%
	Consumo de otras drogas	3	0,8%
Autopercepción del estado de salud actual	Malo/muy malo	15	3,8%
	Regular	142	36,2%
	Bueno/muy bueno	235	59,9%

DS: desviación estándar. EVA: escala visual análoga. FONASA: Fondo Nacional de Salud. ISAPRE: sistema de Instituciones de Salud Previsional. Fuente: preparado por las autoras con los datos recolectados.

El uso de métodos anticonceptivos hormonales es una forma de controlar la duración del ciclo y cantidad de flujo. Los medios de gestión menstrual y de mitigación de dolor se pueden observar en la Tabla 2.

La calidad de vida relacionada con la salud menstrual posee una asociación significativa entre la afectación en las dimensiones de EQ5D-3L y la intensidad del dolor menstrual. Los datos expresan que aquellas mujeres con dolor severo/extremo, poseen una mayor concentración de respuestas en las categorías de mayor impacto en cada dimensión (Tabla 3).

Por otro lado, la muestra posee un puntaje global del SPS-6. La muestra fue 13,21 +/- 3,33 puntos (rango 6 a 24 puntos), indicando un alto nivel de presentismo. A su vez, la dimensión evitar distracción tuvo una media y desviación estándar de 7,75 +/- 3,07 puntos en aquellas con dolor leve/moderado; y de 5,79 +/- 2,17 en aquellas con dolor severo/extremo, con una prueba de diferencia de medias de con valor de $p < 0,001$. Por otro lado, para la dimensión lograr completar la tarea el puntaje fue de 6,66 +/- 1,43 puntos para el grupo de mujeres con dolor leve/moderado y de 6,54 +/- 1,56 puntos para el grupo con dolor

severo/extremo, cuya prueba de diferencia de medias tuvo una significancia de 0,43.

En cuanto a la función sexual, se observa una asociación significativa entre intensidad del dolor y las dimensiones falta de excitación, deseo sexual en pareja y logro del orgasmo tanto en pareja como en autoexploración, durante el periodo menstrual.

La distribución de las frecuencias de la muestra en cada una de las variables, se puede observar de acuerdo con el grupo según intensidad del dolor menstrual en la Tabla 3.

En tanto, otros resultados no mostrados en tabla indican que en el 51,5% de la muestra la dismenorrea ha afectado de forma severa sus actividades con familiares y/o amigos, y en 42% con compañeros/as de labores. Los *Odds ratio* para estas categorías fueron de 3,81 (2,45 a 5,92) y 4,4 (2,74 a 7,06) respectivamente, ambos significativos (valor de $p < 0,001$).

En consecuencia, a la calidad de vida relacionada con la salud menstrual se ve mermada por la dismenorrea. Esto es particularmente notorio en aquellas mujeres con dolor severo/extremo, quienes tienen una mayor probabilidad de presentar impacto severo en comparación con aquellas con dolor moderado/leve. En este contexto, las actividades habituales son las más afectadas (Figura 2).

Figura 1. Percepción del dolor en la fase inicial del periodo menstrual (n = 392).



Fuente: elaboración propia.

Aquellas mujeres con las categorías más afectadas de las variables que reflejan presentismo, tienen odds de dolor severo/moderado significativamente mayores que las de las categorías menos afectadas como un todo (Figura 3). De forma

Tabla 2. Gestión menstrual y síntomas concomitantes a la dismenorrea (n = 392).

			n	%
Gestión menstrual	MAC	Anticonceptivo oral combinado	132	33,67%
		Inyectable combinado	10	2,55%
		Inyectable progestágeno/oral progestágeno	18	4,59%
		Implante subdérmico/SIU de levonorgestrel	19	4,85%
		Anillo /parche	7	1,79%
		Preservativo (interno o externo)	19	4,85%
		Esterilización quirúrgica	8	2,04%
		Ninguno	179	45,66%
	Productos de higiene menstrual	Calzón menstrual / toalla de género	96	24,49%
		Copa menstrual / disco menstrual	123	31,38%
		Protector diario	108	27,55%
		Tampón	78	19,90%
		Toalla higiénica convencional	284	72,45%
		Otro	8	2,04%
	Estrategias de afrontamiento no farmacológicos	Difusores de vapor	19	4,80%
		Guatero convencional	159	40,60%
		Guatero de semilla	220	56,10%
		Infusiones de hierbas	249	63,50%
		Masaje con aceites esenciales	29	5,10%
		Yoga, acupuntura, reiki, meditación	43	11,00%
		Roll on de aceite esencial	9	2,30%
		Otros	26	6,60%
		Ninguno	52	13,27%
	Estrategias de afrontamiento farmacológicos.	Ácido mefenámico	132	33,70%
		Ácido tranexámico	9	2,30%
		Celecoxib	35	8,90%
		Diclofenaco	4	1,00%
		Antiespasmódico	41	10,50%
		Ibuprofeno	169	43,10%
		Ketorolaco	8	2,00%
		Ketoprofeno	64	16,30%
		Naproxeno	16	4,10%
		Paracetamol	154	39,30%
		Tramadol	12	3,10%
		Otros	13	3,30%
		Ninguno	39	9,95%
Síntomas concomitantes a la dismenorrea	Cambios de apetito	174	44,40%	
	Cambios de humor	312	79,60%	
	Cambios en el tránsito intestinal	21	5,40%	
	Cefalea	222	56,60%	
	Dolor anal	119	30,40%	
	Dolor lumbar	276	70,40%	
	Fatiga	30	7,70%	
	Náuseas	146	37,20%	
	Sensación de hinchazón abdominal	367	93,60%	
	Sensibilidad mamaria	187	47,70%	
	Vómitos	121	30,90%	
	Sensación de distensión abdominal	367	93,60%	
	Sensibilidad mamaria	187	47,70%	
	Otros	20	5,10%	

MAC: método anticonceptivo. SIU: sistema intrauterino.

Fuente: preparado por las autoras con los datos recolectados.

global, cada dimensión muestra que estas mujeres tienen mayor impacto en evitar desconcentración que aquellas con dolor leve/moderado con un *Odds ratio* de 3,15 (1,99 a 4,98) con valor de $p < 0,001$. Por otro lado, en la dimensión terminar la tarea el *Odds ratio* fue 0,80 (0,5 a 1,3) con un valor de $p = 0,37$.

Finalmente, el odds de dolor severo/extremo es 1,7 veces mayor en las mujeres que desean mantener su relación en pareja respecto de las que no lo desean (Figura 4).

Tabla 3. Distribución según intensidad global del dolor menstrual percibido.

Dimensiones		Intensidad global de dolor menstrual percibido				valor de p Chi-cuadrado de Pearson
		Leve/moderado		Severo/extremo		
		(n = 165)		(n = 227)		
		n	%	n	%	
Descanso y calidad de vida relacionada con la salud menstrual						
Descanso	Afecta poco/nada	61	37,0%	15	6,6%	< 0,001
	Afecta de forma regular	56	33,9%	64	28,2%	
	Afecta bastante/mucho	48	29,1%	148	65,2%	
Movilidad	No tengo problemas para caminar	74	44,8%	47	20,7%	< 0,001
	Tengo algunos problemas para caminar	66	40,0%	53	23,3%	
	Tengo que estar en la cama	25	15,2%	127	55,9%	
Cuidado personal	No tengo problemas para lavarme o vestirme sola	110	66,7%	81	35,7%	< 0,001
	Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme sola	43	26,1%	68	30,0%	
	Soy incapaz de lavarme o vestirme sola	12	7,3%	78	34,4%	
Actividades habituales	No tengo problemas para realizar mis actividades habituales	72	43,6%	19	8,4%	< 0,001
	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales	74	44,8%	77	33,9%	
	Soy incapaz de realizar mis actividades habituales	19	11,5%	131	57,7%	
Malestar	No tengo malestar	27	16,4%	1	0,4%	< 0,001
	Tengo malestar moderado	56	33,9%	25	11,0%	
	Tengo mucho malestar	82	49,7%	201	88,5%	
Angustia/depresión	No estoy angustiada ni deprimida	44	26,7%	27	11,9%	< 0,001
	Estoy moderadamente angustiada o deprimida	60	36,4%	46	20,3%	
	Estoy muy angustiada o deprimida	61	37,0%	154	67,8%	
Presentismo						
Dimensión: evitar la distracción	En desacuerdo/totalmente en desacuerdo	31	18,8%	7	3,1%	< 0,001
	Indiferente	53	32,1%	56	24,7%	
	De acuerdo/totalmente de acuerdo	81	49,1%	164	72,2%	
P.1 El dolor menstrual me hace más difícil sobrellevar el estrés de las tareas del hogar, trabajo o estudio.						

(Continued)

(Continued)

Dimensiones			Intensidad global de dolor menstrual percibido				valor de p Chi-cuadrado de Pearson
			Leve/moderado		Severo/extremo		
			(n = 165)		(n = 227)		
			n	%	n	%	
P.3 El dolor menstrual me alejó de obtener placer en mi trabajo/estudio.	En desacuerdo/totalmente en desacuerdo	38	23,0%	10	4,4%	< 0,001	
	Indiferente	44	26,7%	39	17,2%		
	De acuerdo/totalmente de acuerdo	83	50,3%	178	78,4%		
P.4 Me siento desanimada para terminar algunas actividades del trabajo/estudio debido a mi dolor menstrual.	En desacuerdo/totalmente en desacuerdo	30	18,2%	9	4,0%	< 0,001	
	Indiferente	42	25,5%	33	14,5%		
	De acuerdo/totalmente de acuerdo	93	56,4%	185	81,5%		
Dimensión: completar tarea	P.2 A pesar del dolor menstrual logré terminar las tareas habituales.	De acuerdo/totalmente de acuerdo	1	0,6%	16	7,0%	< 0,001
		Indiferente	29	17,6%	98	43,2%	
		En desacuerdo/totalmente en desacuerdo	135	81,8%	113	49,8%	
	P.5 A pesar del dolor menstrual logré concentrarme en alcanzar mis objetivos	De acuerdo/totalmente de acuerdo	25	15,2%	29	12,8%	< 0,001
		Indiferente	38	23,0%	38	16,7%	
		En desacuerdo/totalmente en desacuerdo	102	61,8%	148	65,2%	
	P.6 A pesar del dolor menstrual me sentí con energía para terminar mis tareas habituales.	De acuerdo/totalmente de acuerdo	19	11,5%	9	4,0%	< 0,001
		Indiferente	51	30,9%	43	18,9%	
		En desacuerdo/totalmente en desacuerdo	95	57,6%	175	77,1%	
Función sexual							
Excitación y deseo	¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente durante su periodo menstrual?	Casi siempre/siempre	17	10,3%	9	4,0%	0,682
		A veces	31	18,8%	47	20,7%	
		Nunca/casi nunca	117	70,9%	171	75,3%	
	¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual en pareja durante su periodo menstrual?	No aplica (sin pareja últimos 6 meses)	30	18,2%	44	19,4%	< 0,001
		Casi siempre/siempre	56	33,9%	49	21,6%	
		A veces	35	21,2%	39	17,2%	
		Nunca/casi nunca	44	26,7%	95	41,9%	
	¿Con qué frecuencia mantiene su deseo de autoexploración durante la menstruación?	No aplica (nunca lo practica)	51	30,9%	64	28,2%	0,129
		Casi siempre/ siempre	48	29,1%	58	25,6%	
		A veces	18	10,9%	27	11,9%	
		Nunca/casi nunca	48	29,1%	78	34,4%	
Orgasmo	¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo en pareja durante la menstruación?	No aplica (sin pareja/no lo practica con menstruación)	65	39,4%	107	47,1%	0,006
		Casi siempre/siempre	65	39,4%	53	23,3%	
		A veces	18	10,9%	41	18,1%	

(Continued)

(Continued)

Dimensiones			Intensidad global de dolor menstrual percibido				valor de p Chi-cuadrado de Pearson
			Leve/moderado		Severo/extremo		
			(n = 165)		(n = 227)		
			n	%	n	%	
Nunca/casi nunca	17	10,3%	26	11,5%			
¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo en autoexploración durante la menstruación?	No aplica (nunca la practica/no la practica con menstruación)	66	40,0%	81	35,7%	0,022	
	Casi siempre/siempre	59	35,8%	63	27,8%		
	A veces	20	12,1%	32	14,1%		
	Nunca/casi nunca	22	13,3%	49	21,6%		
Satisfacción	¿Con qué frecuencia mantiene el disfrute o placer en su vida sexual en pareja durante el periodo menstrual?	No aplica (sin pareja/no lo practica con menstruación)	65	39,4%	107	47,1%	0,075
		Casi siempre/siempre	79	47,9%	84	37,0%	
		A veces	13	7,9%	24	10,6%	
		Nunca/casi nunca	8	4,8%	12	5,3%	
	¿Con qué frecuencia en comparación con el resto del mes mantiene dolor durante la actividad sexual en pareja ?	No aplica (sin pareja/no lo practica con menstruación)	65	39,4%	107	47,1%	0,003
		Nunca/casi nunca	67	40,6%	58	25,6%	
		A veces	19	11,5%	38	16,7%	
		Casi siempre/siempre	14	8,5%	24	10,6%	
	¿Con qué frecuencia se siente incomprendida sexo-afectivamente por su pareja debido a su dolor menstrual?	No aplica (sin pareja últimos 6 meses)	30	18,2%	44	19,4%	0,011
		Nunca/casi nunca	103	62,4%	108	47,6%	
		A veces	16	9,7%	50	22,0%	
		Casi siempre/siempre	16	9,7%	25	11,0%	

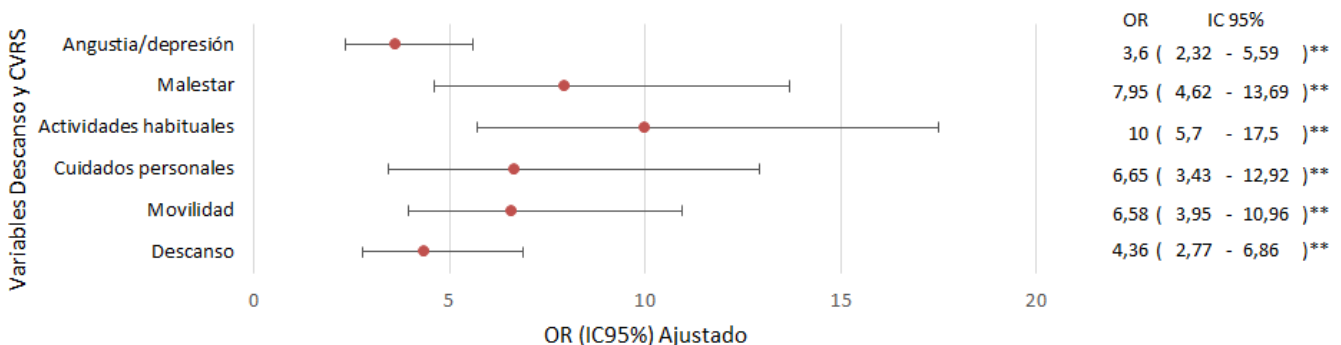
Datos vinculados a variables descanso, calidad de vida relacionada con la salud menstrual, presentismo y función sexual (n = 392).

Valor de p de Chi-cuadrado de Pearson para función sexual.

Fuente: preparado por las autoras con los datos recolectados.

Figura 2. Comparación de dolor severo/extremo en mujeres con dismenorrea primaria en Chile.

Odds ratio con intervalo de confianza del 95%, comparando el odds de dolor severo/extremo en mujeres con las categorías más afectadas de dimensiones de calidad de vida y descanso con el odds de severo/moderado en el resto de las categorías.



Odds ratio ajustado en previsión de salud, uso de medios de mitigación (farmacológico y no farmacológico) y anticoncepción hormonal.

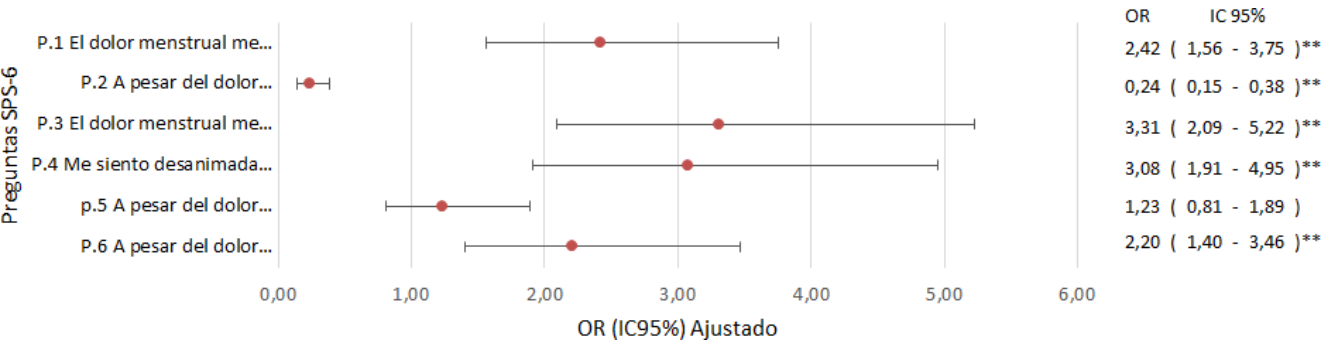
* Significativo $p < 0,05$

** Significativo $p < 0,01$

Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Comparación de dolor severo/extremo en dimensiones más afectadas de presentismo severo/moderado respecto del resto de las categorías.

Odds ratio con intervalo de confianza del 95%..



Odds ratio ajustado en previsión de salud, uso de medios de mitigación (farmacológico y no farmacológico) y anticoncepción hormonal.

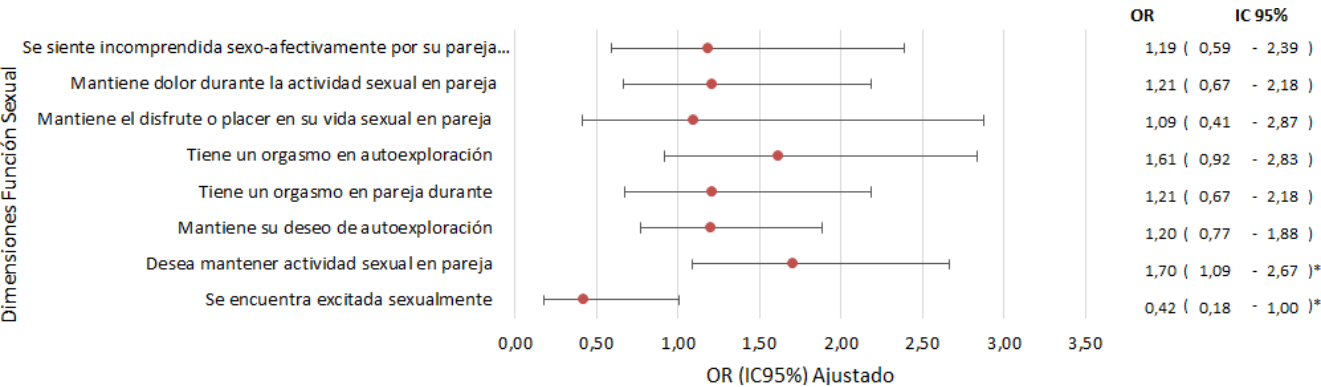
* Significativo $p < 0,05$

** Significativo $p < 0,01$

Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Comparación de dolor severo/extremo con categorías más afectadas de función sexual severo/moderado respecto del resto de las categorías.

Odds ratio con intervalo de confianza del 95%.



Odds ratio ajustado en previsión de salud, uso de medios de mitigación (farmacológico y no farmacológico) y anticoncepción hormonal.

* Significativo $p < 0,05$

** Significativo $p < 0,01$

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos enfatizan el impacto negativo de la dismenorrea, observando una significativa asociación entre el nivel de dolor percibido y el deterioro de diferentes dimensiones de la calidad de vida de las mujeres durante el ciclo menstrual. De este modo, se ven afectadas su salud física y psicológica. Además, se acompañan de diversos síntomas informados como cefalea (56,6%), dolor lumbar (70,4%) o cambios de humor (79,6%), los cuales se suman a este impacto.

La gestión menstrual dependerá de los aspectos relacionados con su cultura, accesibilidad en el país e información que posee [1]. Respecto de cómo sobrellevar la dismenorrea, el 90% de nuestra muestra informó utilizar algún fármaco como medio de mitigación del dolor. Asimismo, 87,73% reportó medidas de tipo no farmacológicas.

De la muestra, 57,9% informó tener dolor severo/extremo durante los dos primeros días de mayor dolor. Esto revela que presentaron 10 veces más probabilidades de verse severamente afectadas en su capacidad para realizar actividades habituales, en comparación con aquellas con dolor leve/moderado. De las mujeres con dolor severo/extremo, el 55,9% señaló tener que permanecer en cama y el 57,7% ser incapaz de realizar las tareas habituales. En un estudio mixto realizado por Chen [29], se menciona que algunas mujeres declararon no poder sentarse, caminar o estar de pie cuando tenían síntomas de dismenorrea. Otras expresaron no poder salir de casa, quedándose en cama [29].

En cuanto al impacto psicológico, aquellas mujeres con mucha angustia o depresión tienen un odds (intervalo de confianza 95%; 2,3 a 5,59) de dolor severo/extremo 3,6 veces mayor que las que no tuvieron ese nivel de angustia o

depresión. En concordancia con estos resultados, el metaanálisis realizado por Rogers (2018) sobre dismenorrea y estrés psicológico, informa que existe una asociación significativa de niveles más altos de síntomas depresivos, ansiedad y malestar psicológico global, a mayor gravedad de la dismenorrea [30].

Por otro lado, un mayor nivel de presentismo de forma global se asocia con una mayor intensidad del dolor, sobre todo en la capacidad de concentración. Nuestros resultados son concordantes a lo informado por Ortiz [31] en estudiantes de carreras de salud en México, donde 78,7% reportó afectación de la concentración y 69% del rendimiento [31]. Cook (2023) en una muestra de participantes trabajadoras de la Unión Europea, informó una asociación significativa entre la severidad del dolor menstrual y el presentismo. Además, refiere que el informar a su superior sobre su estado de salud, se vincula con una menor probabilidad de incurrir en presentismo [32]. Un estudio en mujeres de 15 a 45 años en los Países Bajos encontró un promedio de 1,3 días de ausentismo por año, así como una pérdida de productividad por presentismo de 23,2 días anuales en promedio [33].

En nuestro estudio, el 41,85% de las mujeres con dolor severo/extremo indicó disminución del deseo sexual y 11,45% del logro del orgasmo en pareja. Además, el 10,57% de ellas expresó tener dispareunia. Por su parte, Hjorth [34] informó disminución del deseo sexual en 22,3%, dispareunia en 9,8% de su muestra y en 12,3% dificultad para lograr el orgasmo [34].

Como fortaleza, este estudio contribuye a una comprensión matizada sobre la dismenorrea e identificación de áreas propicias para una mayor investigación. Los datos aportados son relevantes al visibilizar del impacto multidimensional de esta situación de alta prevalencia, pero poco abordada. El haber considerado un rango etario que incluye mujeres mayores de 40 años, aún más invisibilizadas en las consultas sobre temas de salud menstrual, enfatiza el enfoque integral y de género de la atención clínica. Esto cobra especial relevancia cuando los prestadores de servicios de salud están dirigidos por hombres, sesgados por una mirada biomédica por sobre una biopsicosocial. Esperamos proporcionar información valiosa para prestadores/as de atención de salud, la sociedad y a tomadores/as de decisiones en concordancia con el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenibles, especialmente el N°3 sobre bienestar y N°5 sobre equidad de género [1]. Estos aluden a acabar con la pobreza menstrual, ya que “la salud e higiene menstrual deficiente menoscaban los derechos fundamentales de las mujeres, las niñas y las personas que menstrúan, como el derecho a trabajar e ir a la escuela” [35].

Dentro de las limitaciones de este trabajo, se encuentran la falta de validación en Chile de la Escala de Presentismo de Stanford y del Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual. A ello se suma la aplicación de la encuesta en línea, lo que pudo haber generado un sesgo de selección de la muestra debido al auto reporte y al acceso a internet de sujetos de estudio. La naturaleza no probabilística de la muestra limita la generalización de los hallazgos, puesto que

no son extrapolables al total de la población. Finalmente, en la dimensión de función sexual no se incluyeron otras variables que podrían ser de interés, tales como intensidad, tiempo de mantención del deseo y de la excitación, confianza en sí misma, precepción del orgasmo, entre otras. Esto dificultó el poder realizar la comparación entre grupos.

CONCLUSIONES

Es necesario visibilizar y reconocer el impacto de la dismenorrea en la vida de las mujeres adultas, para tomar medidas que la aborden de manera integral. Esto incluye la implementación de políticas públicas y laborales con enfoque de género y derecho, que reconozcan y acomoden las necesidades de las mujeres con dismenorrea, así como la implementación y desarrollo de tratamientos más efectivos y centrados en la paciente. En este sentido, los/as profesionales de la salud deben estar conscientes del impacto de la dismenorrea en la vida de las mujeres y estar preparados/as para abordarla de manera adecuada.

Dado que la percepción de dolor, la concepción de calidad de vida, el presentismo y la función sexual son experiencias subjetivas y multidimensionales, los resultados sugieren la incorporación de nuevos estudios longitudinales que evalúen los impactos a largo plazo de una mejor gestión de la menstruación. Las investigaciones deben orientarse hacia los resultados socioeconómicos y de salud menstrual, prevalencia, autoimagen y de forma más detallada la función sexual. Esto, con la finalidad de profundizar en la temática, identificando nuevas variables a controlar que permitan mejorar la calidad de vida global en las mujeres que padecen de dismenorrea.

Autoría JAR, RRE, JML: Escritura del manuscrito, recolección de datos. JAR: Edición, Desarrollo metodológico, Análisis y recolección de datos.

Agradecimientos Agradecemos a las mujeres que contestaron la encuesta por el tiempo dedicado y la información entregada. Agradecemos a las Internas de Obstetricia y Neonatología de la Universidad Diego Portales Carolina Vargas Galaz, Francisca Salinas Soto y Daniella Muñoz Parra por sus contribuciones en la recolección de datos. Finalmente, al Dr. Pedro Olivares-Tirado por su apoyo académico.

Conflictos de intereses Las autoras completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo.

Financiamiento Las autoras declaran haber recibido financiamiento para la realización del manuscrito a partir de fondos internos de la Universidad Diego Portales.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión externa por tres pares revisores y por la editora estadística de la revista, a doble ciego.

REFERENCIAS

1. Hennegan J, Winkler IT, Bobel C, Keiser D, Hampton J, Larsson G, et al. Menstrual health: a definition for policy, practice, and

- research. *Sex Reprod Health Matters*. 2021;29. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1911618>
2. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol*. 2020;136: 1047–1058. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004096> <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004096>
3. Tu F, Hellman K. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol*. 2021;137. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004341>
4. Guimarães I, Póvoa AM. Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42: 501–507. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712131>
5. Itani R, Soubra L, Karout S, Rahme D, Karout L, Khojah HMJ. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. *Korean J Fam Med*. 2022;43: 101–108. <https://doi.org/10.4082/kjfm.21.0103>
6. Armour M, Parry K, Manohar N, Holmes K, Ferfolja T, Curry C, et al. The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28: 1161–1171. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7615>
7. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiol Rev*. 2014;36: 104–13. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt009>
8. De Sanctis V, Soliman AT, Elsedfy H, Soliman NA, Soliman R, El Kholy M. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country. *Acta Biomed*. 2016;87: 233–246. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10521891/>
9. Wen S, Muñoz J, Mancilla M, Bornhardt T, Riveros A, Iturriaga V. Mecanismos de Modulación Central del Dolor: Revisión de la Literatura. *Int J Morphol*. 38: 1803–1809. doi:http <https://doi.org/10.4067/S0717-95022020000601803>
10. Carolina Sghulin-Zeuthen P, Carolina Conejero R. Trastornos menstruales y dismenorrea en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011;22: 39–47. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70391-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70391-1)
11. Núñez-Claudel B, Cáceres-Matos R, Vázquez-Santiago S, Gil-García E. Consecuencias de la dismenorrea primaria en adolescentes y mujeres. *Revisión Sistemática Exploratoria. iQual*. 2020;3: 132–147. <https://doi.org/10.6018/iqual.402211>
12. Armour M, Parry K, Al-Dabbas MA, Curry C, Holmes K, MacMillan F, et al. Self-care strategies and sources of knowledge on menstruation in 12,526 young women with dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220103>
13. Mizuta R, Maeda N, Tashiro T, Suzuki Y, Oda S, Komiya M, et al. Quality of life by dysmenorrhea severity in young and adult Japanese females: A web-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2023;18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283130>
14. De la Iglesia Aza L, Solymosi-Szekeres B. La menstruación en el entorno laboral. *Lan Harremanak*. 2024;51: 58–89. <https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.26149>
15. Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*. 2009;41: 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.019>
16. Lohaus D, Habermann W. Presenteeism: A review and research directions. *Human Resource Management Review*. 2019;29: 43–58. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.02.010>
17. Karanika-Murray M, Cooper C. Presenteeism: An Introduction to a Prevailing Global Phenomenon. En *Cambridge University Press eBooks*; 2018. pp. 9–34. <https://doi.org/10.1017/9781107183780.003>
18. Moreno-Ramírez D, Arias-Santiago S, Nagore E, Gilaberte Y. CONSORT, STROBE y STARD. Instrumentos de ayuda para la publicación de resultados de la investigación. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2015;106: 79–81. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2014.11.003>
19. Arrogante O. Técnicas de muestreo y Cálculo del tamaño muestral: Cómo y cuántos participantes debo seleccionar para mi investigación. *Enfermería Intensiva*. 2022;33: 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.004>
20. In: EuroQol Research Foundation EQ-5D-3L User Guide [Internet]. 2019. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>
21. Zarate V, Kind P, Valenzuela P, Vignau A, Olivares-Tirado P, Muñoz A. Social valuation of EQ-5D health states: the Chilean case. *Value Health*. 2011;14: 1135–41. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.09.002>
22. Arevalo Arroyave E, Ospina Martínez V, Tordecilla Medrano RM, Rivera Molano CE, Betancur Aljure LR. Validación de la STANFORD PRESENTEEISM SCALE - SPS 6 para instituciones del sector salud en Colombia. *Rev Colomb Salud Ocup*. 13. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2023.7756>
23. García-Portilla MP, Saiz PA, Fonseca E, Al-Halabi S, Bobes-Bascaran MT, Arrojo M, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in patients with severe mental disorders. *J Sex Med*. 2011;8: 1371–82. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02043.x>
24. Aguilera X, Castillo C, Covarrubias T, Delgado-Becerral, Fuentes-Bravo R. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Centro de Epidemiología de Políticas de Salud, Universidad del Desarrollo. 2019; Disponible en. <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
25. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25: 228–236. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
26. In: Ministerio de la Mujer y la Equidad. Guía de Salud Menstrual. 2022 Disponible en [Internet]. <https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2022/11/Guia-de-Salud-Menstrual-la-tribu.pdf>

27. Cabasés JM. The EQ-5D as a measure of health outcomes. *Gac Sanit* 2015; 29: 401–3. <https://doi.org/10.3109/07853890109002087>
28. Carta Peña M, González Blanco M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. *Revista de Obst y Gin de Venezuela*. 2016; Disponible en: 232–247. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400003&lng=es&tlng=es
29. Chen CX, Draucker CB, Carpenter JS. What women say about their dysmenorrhea: a qualitative thematic analysis. *BMC Womens Health*. 2018;18. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0538-8>
30. Rogers SK, Ahamadeen N, Chen CX, Mosher CE, Stewart JC, Rand KL. Dysmenorrhea and psychological distress: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26: 719–735. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01365-6>
31. Ortiz MI, Espinoza-Ramírez AL, Cariño-Cortés R, Moya-Escalera A. Impacto de la dismenorrea primaria en el rendimiento académico de estudiantes universitarios. *Enfermería Clínica*. 2022;32: 351–357. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.12.006>
32. Cook AS, van den Hoek R. Period pain presenteeism: investigating associations of working while experiencing dysmenorrhea. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2023;44. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2236294>
33. Schoep ME, Adang EMM, Maas JWM, De Bie B, Aarts JWM, Nieboer TE. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ Open*. 2019;9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026186>
34. Hjorth S, Rytter D, Forman A, Kirkegaard H, Olsen J, Nohr EA. Menstrual pain and sexual health in mothers-A cross-sectional study in the Danish National Birth Cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100: 2157–2166. <https://doi.org/10.1111/aogs.14272>
35. ONU. In: Acabar con la pobreza menstrual, un paso más para terminar con la desigualdad [Internet]. 2023. <https://news.un.org/es/story/2023/05/1521412>

Menstrual management and the impact of primary dysmenorrhea intensity on quality of life: A cross-sectional study in Chilean women

ABSTRACT

INTRODUCTION Primary dysmenorrhea is defined as pain during the menstrual cycle, recurrent cramping type in the absence of an identifiable cause. It can negatively affect the quality of life of those who suffer from it. The objective is to determine the association between pain intensity in primary dysmenorrhea and the impact on quality of life related to menstrual health, presenteeism, and sexual function in adult Chilean women.

METHODS Cross-sectional observational study. A sample of 392 women with painful menstruation in the last six months. A self-reported survey was distributed on social media between January and June 2024, consisting of sociodemographic questions, pain intensity and perception, the EQ5D-3L quality of life questionnaire, the Stanford Presenteeism Scale, and the Women's Sexual Function Questionnaire adapted to the study.

RESULTS The mean age was 29.2 +/- 8.2 years, and the mean pain intensity was 6.7 +/- 2.04 points. High pain intensity was associated with greater impairment. Those with severe or extreme pain experienced a significant impact on their quality of life related to menstrual health. Among the compromised aspects, the most notable were the performance of usual activities (OR 9.99), lower work performance (lack of concentration), and decreased social activities. The most common mitigation measures used were local heat (96.7%), herbal teas (63.5%), and medication (90%).

CONCLUSIONS Dysmenorrhea impacts different dimensions of quality of life. Despite its high prevalence, it is often underestimated, and women often normalize pain by employing various methods to mitigate it. The concept of menstrual health is a subjective and multidimensional experience. The results suggest the importance of comprehensively updating the management of dysmenorrhea and incorporating new studies on economic evaluation, prevalence, and self-image to delve deeper into the subject.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.