



La naturaleza biopsicosocial del dolor crónico de suelo pélvico: una revisión narrativa

The biopsychosocial nature of chronic pelvic floor pain: a narrative review

E. Gallach-Solano, R. M. Izquierdo-Aguirre, R. Robledo-Algarra, M. A. Bermejo-Martín, B. Castel-González y Á. Canos-Verdecho

Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor Crónico. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España

RESUMEN

En 2020, la International Association for the Study of Pain reconceptualiza el dolor crónico (DC) como experiencia sensorial y emocional desagradable asociada, o similar, a un daño tisular real o potencial añadiendo mayor complejidad y ciertos matices a las definiciones previas, con la finalidad de que esta modificación conduzca a una mejor evaluación, diagnóstico y tratamiento de las personas que sufren DC. De esta nueva definición debemos resaltar que el dolor no es provocado únicamente por una experiencia nociceptiva (sensorial), sino que también abarca la esfera emocional. En este sentido, el dolor crónico de suelo pélvico (DCSP) representa un desafío para los profesionales sanitarios en cuanto al diagnóstico y manejo terapéutico. Las patologías de suelo pélvico, de compleja etiopatogenia, se han asociado con frecuencia con fenómenos psicopatológicos en la aparición, mantenimiento y exacerbación de los síntomas, además de las repercusiones personales, sociales y familiares que pueden determinar un importante deterioro en la calidad de vida de la persona que lo sufre.

Se ha realizado una revisión no sistemática de carácter narrativo en Pubmed, Scholar Google y búsqueda manual desde 2012 hasta 2022. Se analiza la experiencia de dolor de suelo pélvico desde la dimensión psicológica (experiencias adversas en la infancia, abuso y violencia; estrés y ansiedad, catastrofismo y depresión; kinesofobia, autoestima y personalidad; funcionamiento sexual) y la dimensión sociocultural (estigma, sesgos de género, apoyo social, limitaciones laborales y económicas). Se incorporan también aquellas variables emocionales positi-

ABSTRACT

In 2020 the International Association for the Study of Pain reconceptualized chronic pain as an unpleasant sensory and emotional experience associated or similar to actual or potential tissue damage, adding greater complexity and certain nuances to the previous definitions, with the aim that this modification will lead to a better assessment and diagnosis and treatment of people suffering from CD. From this new definition, we must emphasize that pain is not only caused by a nociceptive (sensory) experience, but also encompasses the emotional sphere. In this sense, Chronic Pelvic Floor Pain (hereafter referred to as CPP) represents a challenge for healthcare professionals in terms of diagnosis and therapeutic management. Pelvic floor pathologies, of complex etiopathogenesis, have been frequently associated with psychopathological phenomena in the onset, maintenance and exacerbation of symptoms in addition to the personal, social and family repercussions that can determine a significant deterioration in the quality of life of the sufferer.

A non-systematic narrative review has been performed in Pubmed, Scholar Google and manual search from 2012 to 2022. The experience of pelvic floor pain is analyzed from the psychological dimension (adverse childhood experiences, abuse and violence; stress and anxiety, catastrophizing and depression; kinesophobia, self-esteem and personality; sexual functioning) and the sociocultural dimension (stigma, gender bias, social support, labor and economic limitations). Positive emotional

vas que han sido consideradas como moduladoras de la percepción dolorosa, como la resiliencia, la autoeficacia percibida y la empatía.

Palabras clave: Modelo biopsicosocial, dolor pélvico, estrés postraumático, abuso sexual, diferencias de género, resiliencia.

variables that have been considered as modulators of pain perception, such as resilience, perceived self-efficacy and empathy, are also incorporated.

Key words: Biopsychosocial model, pelvic pain, post-traumatic stress, sexual abuse, gender differences, resilience.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico (DC) se concibe como un fenómeno universal, subjetivo y muy complejo. La visión tradicional, mecanicista y biologicista consideraba al dolor exclusivamente como síntoma de una enfermedad subyacente. Sin embargo, esta perspectiva etiológica únicamente puede aplicarse para comprender, diagnosticar y tratar el dolor agudo. En el caso del dolor de larga duración, como experiencia perceptiva, aún no solo factores biológicos, sino también sociales, psicológicos y espirituales y requiere, por tanto, una visión más amplia.

El interés por el estudio multidimensional del dolor surge a partir de la evidencia neurológica y experimental de los trabajos de Melzack y Wall y su Teoría de la Puerta del Dolor [1], donde se invalida la conceptualización de este como modalidad exclusivamente sensorial y otorga especial importancia a la subjetividad del paciente, destacando el papel de los factores psicológicos y sociales como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor, pudiendo estar desencadenado o no por procesos biológicos. Melzack y Wall determinaron algunos factores que abrirían la puerta, aumentando el dolor; serían tanto físicos (como la gravedad y extensión de la lesión, la tensión muscular) como emocionales (ansiedad, depresión, ira) y cognitivos (pensamientos, creencias, actitudes, focalización en la experiencia del dolor). Entre los factores que cerrarían la puerta, disminuyendo por tanto el dolor, se encuentran también factores físicos, como tratamientos biomédicos, fármacos, descanso e inactividad; emocionales como la relajación, la actitud positiva, y factores cognitivos como el fomento de la sensación de control sobre el propio dolor y estrategias de afrontamiento activo. Por tanto, los procesos cognitivos y emocionales forman parte integral en el procesamiento del dolor. Como consecuencia de este planteamiento, en 1999 se desarrolla la Teoría de la Neuromatriz [2], según la cual el DC quedaría modulado en función de tres parámetros principales: aspecto sensorial-discriminativo (cuánto y dónde me duele) el afectivo-emocional (qué siento cuando me duele y cómo me afecta) y el evaluativo-cognitivo (qué pienso, qué expectativas, incertidumbres) que se pueden correlacionar con la corteza somatosensorial, sistema límbico y componentes talamocorticales.

En 2020, la International Association for the Study of Pain [3] reconceptualiza el dolor crónico como experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a un daño tisular real o potencial, añadiendo mayor complejidad y ciertos matices a las definiciones previas, con la finalidad de que esta modi-

ficación conduzca a una mejor evaluación, diagnóstico y tratamiento de las personas que sufren DC. De esta nueva definición debemos resaltar que el dolor no es provocado únicamente por una experiencia nociceptiva (sensorial), sino que también abarca la esfera emocional. El dolor en sí es una sensación subjetiva, producida por la interpretación neurocognitiva de la información sensitiva recibida gracias a los nociceptores, así como de otros factores externos que pueden influir sobre la manera de percibirlo.

En resumen, el DC consiste en una experiencia desagradable condicionada por variados factores de tipo físico, (la naturaleza de la propia lesión, la tolerancia al dolor, ...) de tipo psicológico (sentimientos de desesperanza por la perpetuidad del mismo, por la incapacidad que genera para la vida diaria, la capacidad de afrontamiento, creencias y valores) y de tipo sociocultural (percepción del rol social y familiar, la naturaleza del apoyo social, condicionantes laborales y las relaciones asistenciales), afectando al bienestar general de la persona que lo sufre, especialmente a su calidad de vida. Se trata de un modelo totalmente integral en el que cambios de los mecanismos excitadores e inhibidores a nivel periférico y central y los cambios en el procesamiento cortical y subcortical del dolor, pueden modularse a través de diversos factores de naturaleza biológica, psicológica y social (Figura 1).

En este sentido, el dolor crónico de suelo pélvico (DCSP) representa un desafío para los profesionales sanitarios en cuanto al diagnóstico y manejo terapéutico. Las cinco etiologías más comunes incluyen síndrome del intestino irritable, dolor musculoesquelético del piso pélvico, síndrome de vejiga dolorosa, neuropatía periférica y trastornos de dolor uterino crónico, en las mujeres y en los varones, prostatitis crónicas y neuropatía del pudendo, afectando entre el 4 % y el 26 % de la población [4,5]. Las patologías de suelo pélvico, de compleja etiopatogenia, se han asociado con frecuencia con fenómenos psicopatológicos en la aparición, mantenimiento y exacerbación de los síntomas, además de las repercusiones personales, sociales y familiares que pueden determinar un importante deterioro en la calidad de vida de la persona que lo sufre. Podemos definirlo como estado de malestar clínicamente significativo resultante de la interacción de componentes biológicos, como la gravedad, la extensión, la localización del dolor, la respuesta a fármacos, etc., y también por otros componentes psicológicos de naturaleza sensorial, cognitiva y afectiva, que configuran la respuesta individualizada y subjetiva al estímulo doloroso y que siempre estará mediatizada por variables

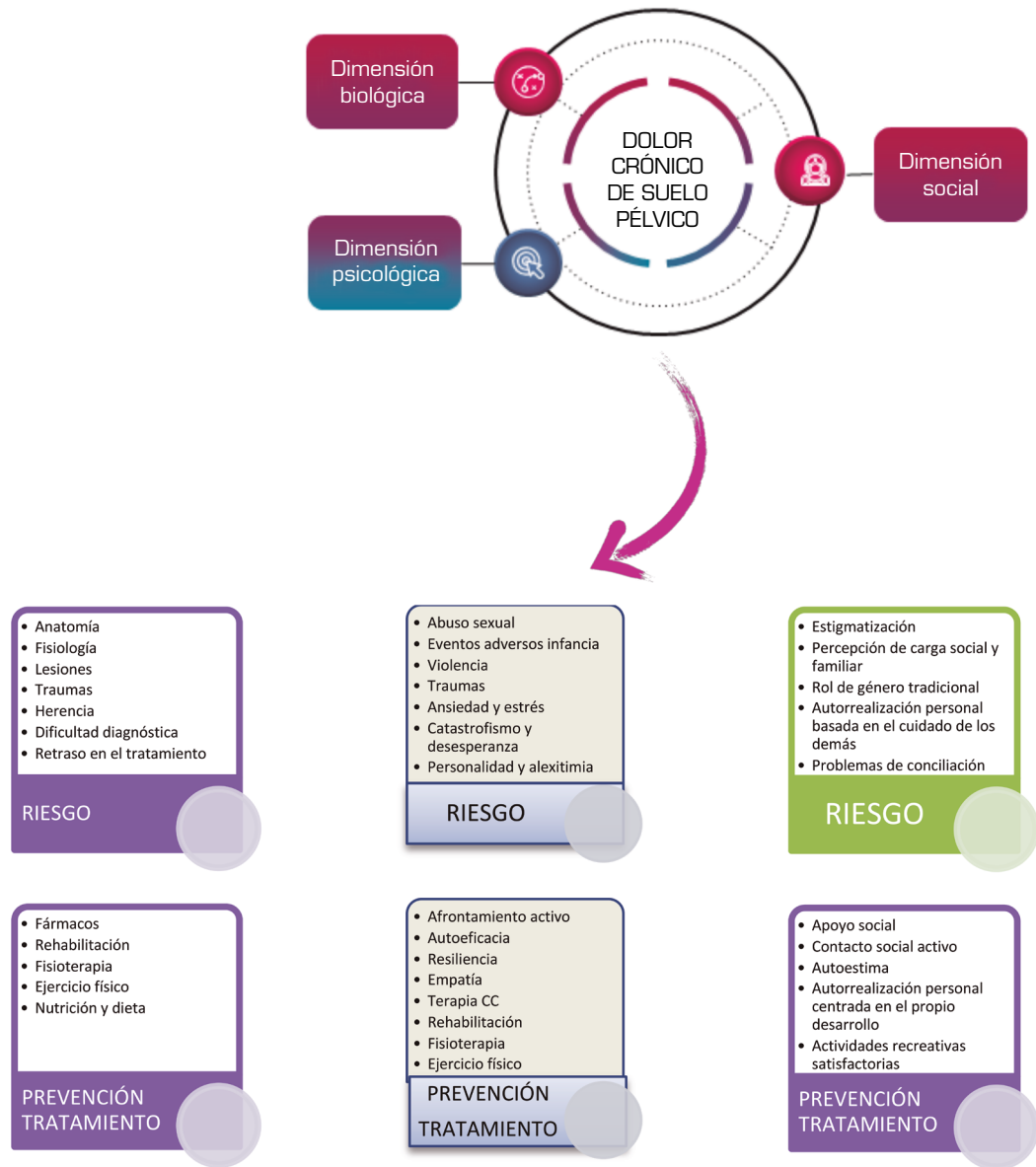


Fig. 1. Modelo biopsicosocial en DCSP.

contextuales, como la historia de aprendizaje de dolor, la vivencia del dolor por otros miembros de la familia, la respuesta social o la ausencia de ella, en la red de apoyo y los roles y sesgos de género. Pontari y Ruggieri (6) indicaron que el DCSP es inexplicable desde el reduccionismo médico, y ello se debe a la naturaleza multifactorial en la que convergen diferentes factores psicológicos y sociales y disfunciones en los sistemas inmunológico, neurológico y endocrino, y aunque este síndrome agrupa alteraciones de diferentes sistemas (digestivo, urológico y ginecológico). Todos ellos tienen como denominador común que la mayor parte de esas molestias se experimentan con una importante cuota de ocultamiento, intimidad, reserva, privacidad, secreto e incluso muchas veces vergüenza (7). En resumen, el

modelo biopsicosocial conceptualiza la salud como la interacción compleja entre las funciones orgánicas, las estructuras corporales, las actividades y la participación social, junto con factores contextuales (socioeconómicos y culturales) y personales (8,9).

En esta revisión nos centraremos específicamente en la dimensión psicológica y social del DCSP, menos investigada y explorada que la dimensión biológica.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LA EXPERIENCIA DOLOROSA EN DCSP

La dimensión psicológica en el DCSP incluye la participación de los procesos cognitivos y emocionales en

el procesamiento del dolor. Fall y cols. [10] encontraron una evidencia robusta al investigar dicha relación. Según este grupo investigador, las consecuencias del DCSP serían: ansiedad por el dolor o por la supuesta causa del dolor y depresión, como causa o efecto, vergüenza y culpa relacionadas con experiencias sexuales, expresadas o implícitas y sintomatología compatible con estrés postraumático, reviviscencia del evento traumático, conductas de rechazo social o afectivo y dificultades para conciliar y mantener el sueño. Un ejemplo clarificador es la endometriosis, de etiología ginecológica, genera DC que afecta de manera negativa a la calidad de vida, relaciones de pareja, fertilidad y al estado emocional, desencadenando ansiedad y depresión, entre otros trastornos psiquiátricos. La aparición de dichas alteraciones potencia la percepción dolorosa, estableciendo un círculo vicioso difícil de romper [11]. De este modo, los factores biológicos se referirían a las características fisiológicas, a la anatomía del paciente y a su historial médico; los factores sociales englobarían aspectos referidos al estilo de vida, al ámbito laboral, familiar, a los roles de género, aspectos sociales económicos, laborales, etcétera, mientras que los factores psicológicos se referirían a las herramientas de afrontamiento de las que dispone la paciente respecto al dolor y la forma que tiene de relacionarse con su patología.

En 2021, Goudman [8] y cols. realizaron un metanálisis y una revisión sistemática en las cuatro bases de datos más habituales, que incluyeron 1432 estudios con el objetivo de identificar la asociación entre las funciones corporales, los factores cognitivos y los factores de riesgo en la aparición o mantenimiento de las patologías de suelo pélvico, identificando 48 factores que se agruparon en dos clústers, incluyendo algunas variables menos relevantes como la personalidad, aspectos culturales o problemas conyugales. Estos fueron:

- Dolor asociado a factores biomédicos, como enfermedades abdominales y digestivas, pélvicas, partos y abortos, endometriosis, infecciones urológicas, intervenciones quirúrgicas.
- Dolor asociado a factores psicológicos como abuso sexual o físico, problemas psicológicos (ansiedad, depresión), diversos problemas somáticos y sus consecuencias en las emociones, el funcionamiento psicosocial y la esfera sexual y relacional.

Analizaremos los diversos factores psicológicos y sociales en los que se ha constatado relación en aparición, exacerbación, mantenimiento o resolución de los síndromes de DCSP: entre los factores psicológicos, eventos vitales significativos, respuestas emocionales y estrés, conductas de evitación y kinesiofobia, funcionamiento sexual, personalidad, variables cognitivas como depresión, catastrofismo, autoeficacia y emociones positivas (resiliencia, empatía y autoestima). Entre los factores sociales, analizaremos: estigma, sesgos de género, apoyo social, implicaciones laborales y económicas y relación terapéutica.

Factores relacionados con la historia personal y eventos vitales significativos: abuso, trauma y experiencias adversas

La relación entre trauma, abuso y DCSP es compleja. Ha sido uno de los aspectos más estudiados, y

aunque los resultados son dispares, se constata una relación más o menos robusta entre dolor de suelo pélvico y abuso y maltrato. En un estudio multicéntrico, Hilden [12] evaluó a 3593 pacientes de cinco países nórdicos mediante un cuestionario administrado por vía electrónica y encontró que el 20,7 % de ellas refería abuso sexual en la infancia, lo que se asoció significativamente con DCSP para la primera consulta, cirugía laparoscópica, síntomas psicossomáticos, autopercepción de mala salud e hiperfrecuentación de servicios sanitarios. Recientemente, Urits [13] refiere que casi la mitad de las mujeres que reciben tratamiento por DCSP informan antecedentes de trauma sexual, físico o emocional. Y Chadler y cols. [14] indicaron que este es diez veces más frecuente en mujeres víctimas de violación [14]. Peters y cols. [15] encontraron en mujeres con cistitis intersticial que un 49 % refirió historia de abuso (emocional, físico, sexual y doméstico) y el 68 % de ellas había sufrido abuso. Walker [16] estudió la relación entre DCSP y abuso infantil en una población de 55 mujeres propuestas para laparoscopia diagnóstica y concluyó que las pacientes con dolor pélvico crónico mostraron una prevalencia significativamente mayor de depresión mayor, abuso de sustancias, disfunción sexual adulta, somatización y antecedentes de abuso sexual infantil y adulto que el grupo de comparación. También en una revisión exhaustiva de Latthe [4] encuentra sólidas asociaciones entre todos los tipos de dolor crónico, historia de abusos (físicos y sexuales) y la morbilidad psicológica. Sin embargo, parece que el abuso físico y sexual en la infancia no presenta impacto exclusivamente en la esfera pélvica, sino que también se encuentra en otras patologías dolorosas. De hecho, Lampe [17] encontró que el abuso físico y sexual en la infancia, acontecimientos vitales estresantes y sintomatología depresiva, se asociaban tanto con dolor lumbar como con dolor de suelo pélvico. Otros investigadores, indican que la diferencia radica no en el historial de abuso, sino en la información que la paciente reporta sobre el mismo. Reed y cols. [18], generalizando a partir de una pequeña muestra, refirieron que pacientes con vulvodinia no eran significativamente diferentes de sus controles, aunque las mujeres con dolor pélvico crónico eran más propensas a reportar historia de abuso sexual o físico, depresión y más quejas somáticas.

Las experiencias infantiles adversas también se han asociado con DCSP. Un estudio prospectivo de casos y controles realizado por Krantz y cols. [19] demostraron que estos pacientes tenían probabilidades significativamente mayores de haber sufrido experiencias infantiles adversas, así como presenciar abusos o violencia de género. Estos hallazgos fueron consistentes con otros estudios. Por ejemplo, Schrepf y cols. [20] estudiaron pacientes urológicos con DCSP y constataron una mayor exposición a experiencias infantiles adversas entre los varones con sintomatología de suelo pélvico. Hilden [12] llegó a la conclusión de que las personas maltratadas física y sexualmente presentaron un mayor riesgo de padecer síntomas de dolor, o cualquier otro problema de salud que las mujeres control, aunque las personas con problemas de dolor en la edad adulta tuvieron más probabilidades de reconocer el maltrato físico y sexual. Las experiencias sexuales traumáticas pueden comprometer negativamente el funcionamiento

sexual e incrementar la actividad patológica de suelo pélvico en mujeres, especialmente cuando se desarrolla un trastorno de estrés postraumático. En 2020, Karsten y cols. [21] en una investigación longitudinal con 82 mujeres, concluyeron que la exposición a traumas se asocia con hiperactividad pélvica en mujeres con puntajes significativos para estrés postraumático, y que la hiperactividad del suelo pélvico es más severa a mayor severidad del estrés postraumático. En este mismo sentido, Meltzer-Brody [22] constató que el 31,3 % de los pacientes que consultaron en una clínica especializada en DCSP, tuvo resultados positivos para estrés postraumático, y además el 46,8 % de la muestra reconocía haber sufrido abuso físico o sexual.

Respecto a la relevancia del género y las experiencias adversas, Cohen y cols. [23] descubrieron que la incidencia a lo largo de la vida de abuso sexual era significativamente mayor en mujeres con DCSP, pero la historia de abuso físico era comparable en las pacientes con DCSP y en aquellas con dolor crónico de otra naturaleza.

La relación entre historial de abusos, exposición a experiencias adversas en la infancia y DCSP parece asociada a la respuesta neuroendocrina del eje hipotálamo-hipofisario al estrés. La reducción de la respuesta del cortisol a las condiciones de estrés perjudica la disponibilidad de energía, fomenta el dolor y la inflamación al permitir que las prostaglandinas y genera más efectos perjudiciales de la respuesta al estrés, como la autoinmunidad y la susceptibilidad al dolor crónico. La historia de abuso parece promover, en muchos casos, un desajuste a largo plazo en los aspectos endocrinos del sistema de respuesta al estrés, haciendo más probables los trastornos de dolor crónico, incluido DCSP [10,11].

En resumen, el DCSP es más frecuente en mujeres con antecedentes de abuso y experiencias adversas en la infancia o a lo largo de su ciclo vital, aunque estos eventos adversos no son precipitantes exclusivos del DCSP, sino que pueden también participar en el desencadenamiento de otros tipos de dolor neuropático.

Factores emocionales: estrés, ansiedad y preocupación por la salud

Un gran número de investigación demuestra una asociación robusta de síntomas, tanto de la esfera ansiosa como depresiva con el DCSP. Durante los últimos años, las investigaciones en este ámbito se han centrado específicamente en las consecuencias de las experiencias adversas a lo largo de la vida y en su capacidad para desencadenar el trastorno de estrés postraumático. En particular, el hallazgo de esta patología en mujeres adultas que reconocen abusos sexuales en la infancia es frecuente, con o sin dolor. En este contexto, algunos autores indican que cuando se asocia el estrés postraumático con catastrofismo, se multiplica por 8 la probabilidad de sufrir DCSP a causa de desregulación completa del SNC y de los sistemas implicados en el procesamiento emocional, desencadenando una mayor hipersensibilidad de los umbrales dolorosos, mayor reactividad subumbral al dolor y mayor hiperactividad miofascial, y todo ello proporcional a la gravedad e intensidad del estresor.

Meltzer-Brody [22] analizó la relación entre trauma, estrés postraumático y DCSP en 713 mujeres usuarias de unidades de dolor e informó que un tercio de ellas sufrió un trastorno de estrés postraumático que requirió tratamiento especializado. En este mismo sentido, el metanálisis de Goudman y cols. [8] constató la asociación entre intensidad del dolor y ansiedad, aunque de bajo grado. También refirieron que aquellas con un mayor grado de dolor en el periodo basal y estimaciones más altas de la gravedad de su trastorno, suelen comunicar una menor reducción del dolor tras el tratamiento. Este fenómeno también puede observarse en la clínica donde las consultas médicas y las pruebas complementarias representan una importante fuente de ansiedad, pero también un foco de esperanza hacia la resolución del problema. Sin embargo, la ansiedad no solo guarda relación con la posibilidad de una afección grave, sino también con la falta de explicación ante su dolor. Buscan entender la relación entre la causa del dolor y las posibilidades de tratarlo. Cuando se sienten no creídas y se hace hincapié en la ausencia de datos físicos en lugar de en la experiencia del dolor, es probable que se sientan invalidadas y que abandonen el tratamiento insatisfechas. La ansiedad y el miedo potencian el desarrollo de creencias irracionales, pensamiento mágico y conductas supersticiosas en torno a su dolor. Esto conduce al incremento de la intensidad dolorosa y a una mayor cronicidad. Es frecuente también observar cómo el miedo a sentir dolor y la ansiedad anticipatoria frente al mismo, genera mayor incapacidad funcional por desuso, y por contra, tratan de compensar con un exceso de actividad, en especial cuando se sienten mejor, situación que tiende a empeorar su sintomatología. Es posible que además sientan vergüenza por sentirse incapaces de cumplir con sus "obligaciones matrimoniales".

Se ha prestado especial atención a la relevancia del distrés emocional sobre la endometriosis. Según Quintero [11], la endometriosis está relacionada con alteración emocional, altos grados de somatización y sentimientos de incertidumbre que influye en la falta de percepción de control, afectando la salud mental. La ansiedad y depresión son los trastornos que más presentan comorbilidad en la endometriosis, y tienden a ocurrir de manera conjunta, encontrándose niveles altos de ansiedad rasgo en las mujeres con esta enfermedad. Asimismo, el malestar emocional influye en una mayor percepción de dolor, complicando en algunos casos la respuesta y pronóstico del paciente (Figura 2).

En resumen, se constata la evidencia de la relación diádica entre ansiedad y DCSP, requiriendo, por tanto, una exploración exhaustiva del estado emocional del paciente y determinar la naturaleza de dicha relación y su impacto en la calidad de vida del paciente afectado.

Factores conductuales: kinesiophobia y evitación

Desde los primeros trabajos de Fordyce [24] sobre el miedo al dolor, se postula que las personas que lo sufren tienen como mecanismo de afrontamiento la evitación del mismo y presentan, además, un mayor riesgo de sufrimiento físico y psicológico. Ello se justifica por los procesos de condicionamiento clásico y operan-



Fig. 2. Ciclo endometriosis-ansiedad.

te: el condicionamiento clásico explicaría cómo situaciones y actividades neutras se asocian con el dolor y desencadenan respuestas de activación simpática y miedo. Posteriormente, las conductas de evitación se consolidarían a través de condicionamiento operante, pues la persona aprendería que evitando esas situaciones se reducen el dolor y el miedo. Todo ello incrementa el pesimismo, la hipervigilancia del dolor, la anticipación del mismo, el miedo y la desesperanza, afectando tanto a la percepción dolorosa en sí misma como a la respuesta al tratamiento [25] (Figura 3).

Los comportamientos de evitación del dolor pueden exacerbar la intensidad del dolor y discapacidad asociada. La evitación de la actividad conduce a ansiedad anticipatoria sobre el dolor (por ejemplo, tensión muscular y otros síntomas asociados con lucha o huida o activación simpática), que puede actuar como un estímulo condicionado, que perpetúa el dolor. Con el tiempo, se perciben un mayor número de actividades como peligrosas o aversivas y se evitan.

Esto puede conducir al descondicionamiento y estrategias de afrontamiento menos efectivas [11]. Esta situación es frecuente observarla en las consultas de pacientes, tanto en varones como en mujeres que presentan disfunciones sexuales asociadas, que "evitan" las relaciones para evadir el fracaso o evidenciar la discapacidad.

Con respecto al miedo al movimiento o kinesiofobia, Roth y cols. [26] examinaron la contribución de las creencias sobre el dolor sobre las relaciones sexuales en 149 mujeres diagnosticadas de DCSP y evidenciaron que la angustia psicológica y la discapacidad

funcional pueden surgir cuando las pacientes tienen ansiedad anticipatoria por el temor a incrementar la intensidad del dolor tras las relaciones, constatando así una asociación positiva entre kinesiofobia y discapacidad. Aunque la investigación con respecto a la relación hipervigilancia y dolor no es muy abundante, Wong y cols. [27], en un estudio con más de 400 personas afectadas de dolor crónico musculoesquelético, demostraron que el miedo al dolor está condicionado por la hipervigilancia, la cual aumenta los niveles de ansiedad y catastrofismo, tal como se predijo en los primeros modelos de evitación [24,25]. Ramírez-Maestre [28], en 2008, investigaron a 117 pacientes de una Unidad de Dolor y concluyeron que las personas que sufren dolor y tienen mecanismo de afrontamiento, presentan un mayor riesgo al sufrimiento psicológico y físico. Ello es debido a dos razones, la primera porque se centran principalmente en las sensaciones de dolor, aumentando el miedo y la anticipación de incapacidad, lo que aumenta su nivel de preocupación. Y la segunda, se encuentra relacionada con la autopercepción de ineffectividad en la gestión de la enfermedad.

Si aplicamos este modelo a DCSP, Pennebaker [29] refiere que el procesamiento eficaz de los sentimientos tiene una gran influencia potencial sobre el funcionamiento automático-autonómico: la circulación pélvica local, los ajustes en la tensión muscular del suelo pélvico y los cambios en la respiración están sujetos al flujo emocional. Por tanto, el procesamiento de la experiencia emocional puede resultar determinante para restablecer la homeostasis en las distintas estructuras que configuran el suelo pélvico.

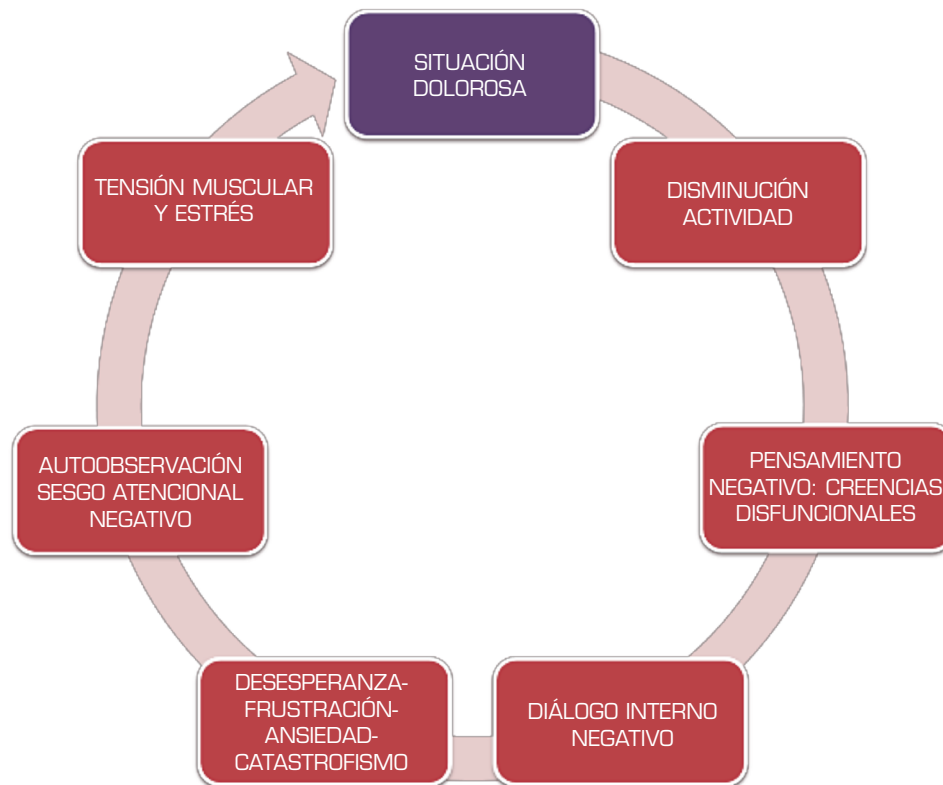


Fig. 3. Ciclo dolor-kinesiofobia.

Funcionamiento sexual

Se estima que la prevalencia de disfunción sexual secundaria a DCSP está en torno al 26 % [30]. Además, los autores parecen coincidir en que los/as pacientes con DCSP refieren más problemas sexuales que los pacientes de otras patologías álgicas [31,32]. Según los mismos autores, entre los factores que intervienen son los determinantes emocionales los que cobran una especial relevancia porque facilitan o inhiben la actividad sexual, incluyen la percepción de intimidad, la identidad de género, el sentido general de autoestima, el deseo, la calidad de la relación y la comodidad con el sexo en general. Es frecuente que se produzca una evitación prolongada de las relaciones sexuales resultante de la kinesiofobia (*Descondicionamiento por desuso*). Desrochers y cols. [31] descubrieron que el miedo al dolor y la catastrofización eran fuertes predictores del éxito en un programa dirigido a la vulvodinia, siendo el criterio la vuelta a la actividad sexual normal. También presentaron pruebas de que variables psicológicas como el catastrofismo, la hipervigilancia y el miedo al dolor predijeron el deterioro sexual en mujeres con vestibulodinia. Esto significa que la magnitud del dolor no está correlacionada linealmente con el funcionamiento sexual; la nocicepción es solo una parte del cuadro, a veces eclipsada por variables cognitivas y afectivas. También existe una amplia gama

de variabilidad entre la pérdida de deseo sexual y la intensidad del dolor sexual. Algunos autores [32] investigaron la precisión de los criterios habituales para el diagnóstico del vaginismo. Sugieren que el dolor y el miedo al dolor, la disfunción del suelo pélvico y la evitación conductual de comportamiento deben incluirse en una reconceptualización multidimensional del vaginismo y apuntan a que la vulvodinia puede ser el resultado de disfunciones psicológicas y/o sexuales, pero no existe evidencia clara que lo soporte. Posiblemente influya en ello la escasa formación sobre problemas sexuales que reciben los profesionales, que limita al clínico para poder reconocer. No hay que olvidar que, además, las pacientes suelen sentir vergüenza al hablar sobre su actividad sexual y que no acostumbran a manifestar espontáneamente sus quejas al respecto.

En una investigación multicéntrica [33] de 94 varones afectados de prostatitis, se concluyó que factores cognitivos y emocionales juegan un importante papel en la asociación entre los síntomas de dolor y la sexualidad, en el que el catastrofismo y la sintomatología depresiva modula la asociación entre intensidad de dolor y disminución de funcionamiento sexual entre varones afectados de DCSP. Los resultados sugieren que cuando los individuos experimentan dolor en la región pélvica, comienzan a catastrofizar sobre la extensión de su dolor, sobre el impacto en su actividad cotidiana y en su vida, especialmente en la repercusión sobre su

funcionamiento sexual. Entonces, bajo el principio de la profecía autocumplida, experimentan emociones negativas asociadas, hipervigilancia sobre las consecuencias negativas y, de este modo, la conducta social y sexual, se transforma en una mayor disfuncionalidad [34].

Por otro lado, en el caso de las mujeres [35] la endometriosis puede ser motivo de aislamiento social, fatiga, pérdida de interés, disminución del deseo sexual, imagen negativa de sí misma, pesimismo y sentimientos de inutilidad. La presencia de dispareunia se considera determinante de mala calidad de vida de las mujeres con endometriosis, ya que produce dificultad para tener una vida sexual plena, afectando a la autoestima, a veces de manera profunda, y a las relaciones de pareja. Para identificar posibles predictores del funcionamiento sexual en mujeres con DCSP, Randolph y Reddy [30] investigaron las interrelaciones entre diversas variables del funcionamiento sexual y de experiencias de abuso, con depresión y dolor pélvico crónico en 63 mujeres, concluyendo que la intensidad de los síntomas depresivos era determinante para adjudicarle al antecedente de abuso un efecto importante sobre el funcionamiento sexual. Desde otra aproximación, se evaluó la respuesta sexual de las parejas de hombres con DCSP, por prostatitis crónica y se encontró una mayor prevalencia de dispareunia, vaginismo y síntomas depresivos entre las parejas que entre las mujeres del grupo control, mientras que el funcionamiento y la satisfacción sexual de los varones afectos no fue significativamente diferente del grupo control [34]. El miedo agudo puede causar una relajación extrema de los músculos del suelo pélvico e incontinencia urinaria e intestinal porque los recursos corporales se redirigen a los mecanismos de "lucha o huida" y se alejan de la regulación de la eliminación y de los de los órganos reproductores. Por lo tanto, los factores psicológicos, incluyendo la evitación condicionada y las expectativas de incomodidad y fracaso en las relaciones sexuales, forman parte de los problemas de dolor pélvico femenino y masculino. Y dichas alteraciones de suelo pélvico correlacionan también alteraciones en las parejas correspondientes, en el caso de las mujeres.

Concluyendo, existe suficiente evidencia para considerar a las variables emocionales y sus consecuencias como kinesiofobia y evitación prologada, antecedentes de abuso, imagen negativa de uno mismo y baja autoestima, hipervigilancia y catastrofismo y otros factores relacionados con intimidad y deseo sexual, los responsables de las disfunciones sexuales en mujeres y hombres afectados por DCSP.

Personalidad

A pesar de reconocer el carácter multifactorial del DCSP, las investigaciones sobre variables de personalidad no han obtenido resultados determinantes. En un ensayo realizado con 296 pacientes usuarios de una unidad de dolor se evaluó la asociación entre las dimensiones de personalidad, dolor crónico, estrategias de afrontamiento y calidad de vida, y se concluyó que no existe un perfil específico de personalidad asociado a dolor crónico, aunque sí cierta concordancia con niveles bajos de extroversión y dificultad para expresar emociones (o alexitimia) e intensidad de dolor [36].

Albrecht [37] trató examinar la asociación entre rasgos de personalidad y los síntomas urológicos y dolorosos en una muestra de 109 pacientes. Los resultados revelaron que la capacidad para expresar emociones y establecer relaciones (extroversión) están disminuidas entre los pacientes con DCSP. Además, mayor intensidad dolorosa, correlaciona con rasgos de personalidad más desadaptativos. Celikel y Saatcioglu [38] descubrieron que las mujeres con dolor crónico puntuaban más del doble en las escalas de alexitimia que las controles, y también había una correlación positiva entre las puntuaciones de alexitimia y la duración del dolor. Porcelli y cols. [39] encontraron una fuerte asociación entre la alexitimia y los trastornos gastrointestinales funcionales (el 66 % tenía puntuaciones altas de alexitimia, mientras que la media de la población es inferior al 10 %) y, posteriormente, demostraron que las puntuaciones más altas de alexitimia predecían un peor resultado del tratamiento. Existen pocas teorías sobre cómo la alexitimia contribuye específicamente a los estados de dolor pélvico crónico. Koh y cols. [40] investigaron la asociación de los rasgos de personalidad con las características clínicas iniciales y resultados del tratamiento de pacientes con prostatitis crónica y DCSP. Los sujetos fueron evaluados al inicio y a los 3 meses tras el tratamiento, y concluyeron que el neuroticismo se asoció con una respuesta al tratamiento significativamente más pobre y niveles más altos de depresión y somatización. Los autores concluyen que es el neuroticismo el rasgo de personalidad más importante asociado con la respuesta al tratamiento en pacientes con DCSP. Otros investigadores también difieren de estos resultados. Por ejemplo, Pennebaker [29] relaciona dolor crónico con rasgos ansiosos, hipocondriacos, histéricos y obsesivos.

En definitiva, parece que la investigación respecto a la asociación entre personalidad y DCSP no resulta concluyente. La alexitimia, el neuroticismo y las puntuaciones bajas en extroversión podrían ser determinantes sobre la percepción dolorosa, aunque la mayoría de los estudios concluye que estos resultados son de carácter preliminar y exploratorio y que se precisan más investigaciones que establezcan la fortaleza de dichas relaciones.

Factores cognitivos: depresión, catastrofismo y autoeficacia percibida

La relación bidireccional entre dolor crónico y sintomatología depresiva ha sido claramente establecida independientemente de la naturaleza del dolor, neuropático, nociceptivo o nociplástico. El DC genera en la persona que lo sufre sentimientos de desesperanza y percepción de fracaso de los tratamientos, dificultad para discriminar y describir su sintomatología, reducción de la actividad y excesivo reposo, dependencia de analgésicos y psicofármacos, trastornos del sueño, alteraciones del humor y el estado de ánimo, deterioro de las habilidades sociales y una reducción de la autonomía personal, así como dificultades laborales y económicas [26]. Estos estados de tristeza contribuyen a que la persona perciba el dolor con mayor intensidad. En las consultas en las unidades de dolor es frecuente constatar en los pacientes la aparición de sentimientos de

desesperanza, frustración y baja autoestima, pérdida de control (no sirvo para nada, yo antes tenía alegría, disfrutaba de las cosas, ahora ya ni salgo de casa, etc.). Se magnifican los recuerdos dolorosos, la memoria se hace selectiva para el dolor, aparece una mayor tendencia a catastrofizar y a generar comportamientos incompatibles con una vida sana y proactiva como el sedentarismo, la focalización de la atención en aspectos negativos de uno mismo, la evitación de la vida social y el centrarse en el “yo no puedo...”. Las expectativas y creencias acerca del dolor pueden tener un fuerte impacto sobre las respuestas afectivas, emocionales y conductuales de un individuo ante dicha experiencia. Si una señal de dolor es interpretada como dañina y amenazante, y a la vez se cree que está asociada con un daño tisular, es probable que se perciba como más intensa e incómoda y que evoque más conductas de evitación o escape que si se le percibe como no dañina. De acuerdo con esto, Turk [41] señala que los factores cognitivos (pensamientos, interpretaciones y creencias) desempeñan un importante papel en el desarrollo y permanencia del dolor crónico. Entre estas variables cognitivas destaca el papel de las distorsiones negativas como elemento diferenciador de los pacientes con dolor crónico. Entre los factores cognitivos, los pensamientos negativos automáticos han sido asociados de modo robusto con dolor crónico, especialmente el constructo catastrofización, crucial para entender en profundidad el peso de los pensamientos sobre la experiencia del dolorosa [42]. Dicho constructo hace referencia a la tendencia a generar pronósticos irracionalmente negativos en relación con una amenaza percibida, en nuestro caso, dolor de suelo pélvico, que se concreta en mayor intensidad de dolor, mayor sufrimiento y, en consecuencia, una peor calidad de vida. Supone una respuesta emocional que magnifica las sensaciones dolorosas, pensamientos ruminativos relacionados con el dolor, e impotencia a la hora de manejarlo. El catastrofismo suele asociarse a mayores niveles de dolor, discapacidad y síntomas depresivos o ansiosos [26,43]. Muchos investigadores se han centrado en el impacto de la catastrofización en pacientes con DCSP, pero pocos han publicado datos sobre la prevalencia del constructo en esta población. Tripp y cols. [43] estudiaron ciertas características en 253 hombres con prostatitis y DCSP. La magnitud del dolor sensorial y afectivo podía predecirse por nivel de lo que se denominó “impotencia por catastrofismo”.

Otros sesgos cognitivos que se han relacionado con DCSP son el estilo atribucional y la autoeficacia percibida [44]. Por otro lado, Carvajal indica que cuando la creencia sobre el dolor se magnifica y no es legitimado por el especialista, las pacientes con DCSP tienden a experimentar dolor de mayor intensidad, aumentar el nivel de sufrimiento, percibir menor preocupación de parte de los cónyuges o de la familia y presentar mayor incapacidad por el dolor [7].

La autoeficacia, o la creencia en la capacidad de uno mismo para lograr un resultado deseado, es un factor cognitivo que predice el éxito en el afrontamiento del dolor y la reducción de la discapacidad. Además, es incompatible con emociones negativas, como el catastrofismo o la desesperanza, propias de los cuadros depresivos. Una mayor autoeficacia conduce a

una reducción de la ansiedad y sus efectos fisiológicos, una mayor capacidad para utilizar la distracción como una estrategia de afrontamiento, mayor determinación para continuar con la planeada actividad a pesar del dolor, y evitación de la rumiación en el dolor. Ramirez-Maestre y cols. [45] analizaron la influencia de la resiliencia, la aceptación y las estrategias de afrontamiento sobre la percepción dolorosa en 190 hombres y 210 mujeres y concluyeron que la “autoeficacia para el manejo del dolor” era un fuerte predictor de recuperación, independientemente de la depresión, la catastrofización del dolor y el miedo al movimiento.

La bibliografía ha destacado la relevancia de la depresión y el catastrofismo en el mantenimiento del DCSP y también el papel de las estrategias de afrontamiento como mecanismo de adaptación, manejo y control del estrés consecuente al mismo. Aunque es necesario señalar que no todas las estrategias funcionan de la misma manera, siendo las estrategias activas y las centradas en el problema las más eficaces para manejar el dolor, a diferencia de las pasivas o evitativas centradas en las emociones [29,45].

La influencia de las emociones positivas: resiliencia, optimismo y autoestima

El papel de las emociones positivas y su relación con dolor crónico está menos estudiado que sus opuestas, existiendo una importante laguna en el ámbito del DCSP. Sin embargo, también es cierto que cada vez hay más estudios que buscan entender cómo las emociones positivas, como el optimismo y la resiliencia, pueden atenuar los efectos negativos del dolor crónico. Las emociones positivas fomentan respuestas adaptativas y valoraciones más positivas de las situaciones estresantes, y se asocian negativamente con pensamientos ruminativos y catastrofismo. Los resultados de las investigaciones apuntan que el optimismo correlaciona con una menor intensidad del dolor y un mejor ajuste psicosocial [43,46]. Este fenómeno ha sido llamado “analgesia afectiva” y se refiere a la activación de sistemas neuronales dopaminérgicos que estarían en la base de la gratificación producida por estímulos como el agua, el alimento, la música, el afecto y el uso de drogas. La activación de este sistema reduce las reacciones emocionales al dolor [47]. Por ejemplo, según los expertos, los pacientes con locus de control interno, es decir, aquellos pacientes que consideran que pueden activar estrategias para el control de su malestar, presentan un mejor funcionamiento y una adaptación positiva al dolor, mientras que los pacientes con locus externo presentan peor ajuste. Las creencias de autoeficacia, de superación del dolor o de apoyo social parecen relacionadas con un mejor afrontamiento, menor depresión y, por tanto, mejor ajuste al dolor crónico y con un mejor funcionamiento psicológico. De este modo, los individuos más adaptados son aquellos que consideran que controlan su dolor, se consideran menos superados en cuanto a sus recursos, menos limitados en su vida, son capaces de disminuir su dolor, pueden cambiar el dolor o hacer algo al respecto, pueden expresar sus emociones, plantean que el dolor “no desborda” sus posibilidades, están menos preocupados por este y

piensan que existen estrategias de manejo. Por ello, la focalización de la atención, las creencias sobre el dolor y sus tratamientos, la percepción del control, las experiencias previas, etc., son factores a tener en cuenta para plantear la intervención. En 2006, Orme-Johnson y cols. [48] utilizaron imágenes obtenidas de resonancia nuclear funcional para mostrar que la práctica de meditación trascendental sostenida en el tiempo reduce la actividad en el tálamo y mejora la experiencia dolorosa.

En una revisión efectuada por Castel-Riu en 2021 [49] sobre la influencia de emociones positivas en la modulación del dolor, introdujo la variable empatía. Refiere que cuando un sujeto experimenta dolor suele realizar conductas dirigidas a disminuir el impacto del estímulo nocivo, y también tiende a producir señales o advertencias a los de su misma especie para que, de alguna manera, sepan qué está ocurriendo. Estas conductas indicativas de la presencia de dolor promueven respuestas empáticas en el observador. La respuesta ante el dolor ajeno se halla condicionada por ciertos factores, como el de la resonancia afectiva, importante componente de la empatía. Esta reacción es de vital importancia en la adecuada interacción social, especialmente ante situaciones estresantes, y suelen generar conductas prosociales [46]. Algunos investigadores sostienen que las consecuencias psicológicas positivas producidas por la conducta altruista podrían modular la percepción del dolor y, por tanto, podrían introducirse como objetivos terapéuticos de naturaleza conductual para el afrontamiento de DC.

Respecto a la resiliencia, descrita como la capacidad para salir fortalecido en situaciones de adversidad, ha demostrado una fuerte asociación con el uso de estrategias más adaptativas para afrontar el dolor (incluyendo interacciones positivas, búsqueda de apoyo social, práctica consistente de ejercicio físico, uso de menos medicación) y a la creencia de que se puede controlar el dolor de forma eficaz [46].

También el autoconcepto, la autovaloración y la autoestima pueden contribuir a un mejor afrontamiento al dolor crónico. La localización del dolor y las repercusiones en la esfera de las relaciones sociales y afectivas determina que la autoestima y la calidad de vida de la persona que lo sufre se vea claramente afectada. Los problemas de incontinencia o de la función sexual crean dependencia, inseguridad y una sensación de sentirse "sucio" e incapaz de poder controlar el propio cuerpo y disminuyendo el contacto social e interpersonal y de pareja. También es importante tener en cuenta las limitaciones que estas disfunciones generan en el área laboral, donde la confianza en sus capacidades se ven mermadas por las alteraciones emocionales que provocan, como son el estrés, ataque de pánico y la depresión. La endometriosis, por ejemplo, puede ser motivo de aislamiento social, fatiga, pérdida de interés, disminución del deseo sexual, una imagen negativa de sí mismo, pesimismo y sentimientos de inutilidad. Y genera importantes dificultades para tener una vida sexual plena, afectando a la autoestima, a veces de manera profunda, y a las relaciones de pareja. No obstante, y a pesar de que la investigación en este campo es limitada, intervenciones de tipo psicosexual se han mostrado efectivas en la reducción del dolor asociado y mejora en la esfera sexual (Figura 4).

Se ha investigado de forma exhaustiva su repercusión sobre la actividad sexual, especialmente la pérdida de interés por las relaciones sexuales, vaginismo, vulvodinia, dispareunia y dolor postcoital en el caso de las mujeres, y alteraciones de la erección y anorgasmia en el caso de los varones. También se demostró una insatisfacción generalizada por las relaciones sexuales y peor calidad de vida [35]. De este modo, los individuos más adaptados son aquellos que consideran que controlan su dolor, se consideran competentes en cuanto a sus recursos, menos limitados en su vida, son capaces de disminuir su dolor, pueden cambiar el dolor o hacer algo al respecto, pueden expresar sus emociones, plantean que el dolor "no desborda" sus posibilidades, están menos preocupados por el dolor y piensan que hay medios para solucionar su dolor. Por ello, la focalización de la atención, las creencias sobre el dolor y sus tratamientos, la percepción del control y las experiencias previas son factores a tener en cuenta para plantear la intervención.

DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL DE LA EXPERIENCIA DOLOROSA

Estigmatización y autoestigma

La estigmatización de las personas que sufren trastornos pélvicos puede generar mayor sufrimiento personal e incluso impedir que la persona afectada busque ayuda por miedo a que se la etiquete. Por ejemplo, es frecuente en la práctica clínica entre los profesionales considerar al paciente diagnosticado de alguna patología de suelo pélvico como difícil, hiperfrecuentador e insatisfecho, que solicita un mayor número de exploraciones diagnósticas y más interconsultas [4]. Habitualmente, los síntomas que presenta son más complejos, inusuales y variados. Por ejemplo, As-Sanie en 2019 [50] reveló que entre uno de los principales problemas en la asistencia a mujeres que sufren de endometriosis es el diagnóstico tardío, prolongándose, en ocasiones, entre 5 y 10 años, a pesar de la importante carga para las mujeres, sus familias y la sociedad en general. Según esta misma autora, esta patología carece de suficientes fondos para la investigación, lo que limita enormemente la comprensión de la enfermedad y frena la innovación tan necesaria en las opciones de diagnóstico y tratamiento. Arangué [35] constata un itinerario asistencial más largo y un mayor número de pruebas, hasta llegar a un diagnóstico. Sin embargo, más allá de los juicios de valor, la evidencia científica subraya el hecho de que las pacientes desean ser diagnosticadas y evaluadas en términos del efecto que el dolor genera en sus vidas, para sentirse comprendidas y legitimar su malestar. Esperan una explicación comprensiva sobre la causa del dolor y sobre las posibilidades de tratamiento. Cuando se sienten poco creídas, cuestionada su patología, y la asistencia se centra en la ausencia de hallazgos físicos más que en la propia experiencia del dolor, es probable que se sientan invalidadas, desahuciadas y abandonen el tratamiento correspondiente [51].

Otro hándicap frecuente está relacionado con la normalización de las molestias menstruales dada su alta



Fig. 4. Relación emociones positivas y DCSP.

prevalencia entre la población femenina. Aunque el grado de malestar e incapacidad para realizar las actividades habituales es variable de una mujer a otra, si este dolor aparece durante el periodo perimenstrual, tiene características recidivantes, no sigue un patrón cíclico y provoca una alteración importante en las actividades de la vida diaria, se considera patológico. Aranguez, desde [35] una perspectiva sociológica, denuncia las dificultades que tienen las mujeres hasta llegar a obtener un diagnóstico que explique sus molestias abdominales y una terapia eficaz. De hecho, Quintero [11] constató que el dolor característico de la endometriosis produce consecuencias negativas a nivel psicológico, fisiológico y social, influyendo en el desarrollo de malestar emocional como la ansiedad y depresión, aunque las afectaciones de la enfermedad parecen estar mediadas por la percepción de la persona sobre su propia enfermedad.

En este mismo ámbito, podemos incluir cuestiones relacionadas con la privacidad. Rivera y cols. [52] indican que algunos pacientes son reacios a revelar información importante sobre lo que consideran temas privados e íntimos, como la función sexual, las relaciones y el abuso, hasta que consiguen establecer una relación de confianza en la consulta. Es importante destacar el desconocimiento que tiene la población en general de los tratamientos preventivos y conservadores que existen para estas patologías. La mayor parte de los pacientes sufren, sienten vergüenza y prejuicios en relación a sí mismos, por lo que generalmente no buscan ayuda profesional, presentan cierto desamparo aprendido. Estas razones, junto con la desinformación existente en su entorno respecto a este tema, impide la búsqueda de ayuda asistencial.

En resumen, podemos identificar al menos tres parámetros estigmatizantes para el manejo adecuado de las dolencias de suelo pélvico: la consideración de los

pacientes como de "alta complejidad", la "normalización" de dolencias relacionadas con el ciclo menstrual y la consideración de "molestias del ámbito íntimo". Es, por tanto, necesaria una adecuada formación entre profesionales para garantizar una atención temprana y eficaz, tratando de disminuir estas creencias prejuiciosas.

Sesgos de género

Hace más de 25 años investigadores, epidemiólogos y clínicos del ámbito del DC evidenciaron que hombres y mujeres responden de forma diferente al dolor. Las diferencias fisiológicas, psicológicas o psicosociales pueden hacer variar la expresión, presentación de ciertas patologías y la respuesta a ciertos tratamientos, y ello puede interferir en el diagnóstico y la prescripción del tratamiento [51,52]. De hecho, se ha constatado que las mujeres refieren mayor intensidad de dolor, umbral más bajo, distribución más difusa, mayor componente emocional, mayor consumo de fármacos y psicofármacos y peor respuesta al tratamiento convencional. También la tipología que causa el dolor es diferente en función del género: en ellos, la prostatitis crónica, la sensibilidad del suelo pélvico; y en ellas, la endometriosis, adenomiosis uterina, fibromas uterinos, cistitis intersticial y la infección de estructuras ginecológicas. La revisión efectuada por Lamvu y cols., en 2021 [5], refiere que los trastornos dolorosos asociados a suelo pélvico se producen tanto en mujeres como en varones, pero con mayor predominio de las primeras, siendo en hombres la prevalencia de dolor pelviano se ha situado entre 2 % y el 10 %, y en mujeres podría llegar hasta el 28 %.

También el impacto del DCSP sobre el funcionamiento psicosocial es diferente. Se ha constatado que ellas

presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión, ansiedad y alteraciones del sueño y mayor grado de incapacidad para realizar las tareas cotidianas, incluido el cuidado familiar [13]. En este sentido, Cantero [53] refiere que las mujeres pasan más tiempo realizando movimientos repetitivos, cargando pesos o sometidas a esfuerzos físicos no ergonómicos), presentan mayor repercusión emocional, menor tiempo de dedicación a actividades recreativas y deportivas, realización de dobles jornadas laborales y con dificultades de conciliación familiar; lo que conduce a un deterioro significativo de su calidad de vida proporcional a la discapacidad asociada y creciente, mientras que los varones sufren un deterioro estable de calidad de vida que afecta especialmente al grado de movilidad que tengan afectado. Para explicar el dimorfismo, los autores [35,51-54] hacen referencia básicamente a tres causas, el reduccionismo androcéntrico (la investigación básica en DC se realizaba sobre machos y posteriormente se generalizan los resultados a las hembras), que produce la falacia sobre asunción de igualdad y los estereotipos sociales (que afectan tanto a profesionales como a pacientes).

La asunción de igualdad asume que las diferencias en la presentación de una enfermedad o en la respuesta a un tratamiento se deben al sexo y no al género. Y por tanto, ante una misma enfermedad, un mismo tratamiento. Los estereotipos sociales incluyen la expectativa sobre el binomio estoicismo-vulnerabilidad, la brecha de género en el ámbito social y la expectativa de cuidado respecto al miembro afectado por dolor crónico.

Respecto la falacia de igualdad, Urts [13], entre otros, indica que es necesario considerar el género en las condiciones comórbidas del DCSP, dado que el dimorfismo puede ser acusado. Constata que una alta proporción de mujeres afectadas de DCSP presentan antecedentes de trauma sexual, físico o emocional, y alrededor de un tercio presenta resultados positivos en la detección del trastorno de estrés postraumático. La depresión es uno de los síntomas más frecuentes en mujeres con dolor pélvico crónico. Presentan disforia, alteraciones del sueño y del apetito, pesimismo, irritabilidad y desesperanza. Algunos estudios han encontrado que las mujeres con DCSP habían presentado más episodios de depresión grave durante su vida, y esta se encontraba relacionada con aumento de la intensidad del dolor, sufrimiento psicológico y dificultad para su recuperación [27].

En una exhaustiva revisión narrativa de la literatura sobre dolor y género, realizada en 2020 [51], se profundiza en la repercusión de los estereotipos sociales. Según Velasco [54] la distribución social de roles y las dinámicas de interacción entre varones y mujeres influyen de manera significativa en la salud y constituyen determinantes de salud-enfermedad. Por ejemplo, aunque la distribución de estos roles es más equilibrada y compartida si tendemos a dinámicas familiares democráticas e igualitarias, en las familias tradicionales se asume que es el varón, cabeza de familia, el que toma las decisiones importantes, aporta soporte económico a la familia mientras que las mujeres, sin capacidad de decisión y dependientes de sus compañeros, tienen la función de soporte emocional, y se dedican especialmente a la crianza y al cuidado de la pareja, hijos e

incluso padres. En este contexto, cuando las mujeres están afectadas por una enfermedad crónica, presentan más limitaciones para su funcionamiento psicosocial y laboral y mayor discapacidad que los varones, especialmente cuando resulta complejo compatibilizar el desarrollo profesional, el cuidado doméstico y los problemas de conciliación familiar; mermando la salud mental y también la calidad de vida.

Cantero [53] se centra en la investigación de los estereotipos sociales y analiza el género como variable independiente en dolor crónico. Refiere que es necesario revisar la creencia según la cual los varones presentan mayor tolerancia al dolor, solicitan ayuda con menor frecuencia y no expresan su malestar a nivel social (estoicos), frente a sus compañeras (más vulnerables, susceptibles y frágiles), somatizadoras, requieren tratamiento psicológico con mucha mayor frecuencia y socializadas para manifestar su malestar en entornos públicos sin tabúes. Este factor que ha resultado ser determinante y puede influir y mediar en la recuperación del paciente, y sustenta la consideración del dolor femenino como un problema menor, en el que tanto pacientes como profesionales minimizan sus consecuencias.

Respecto a las expectativas de la familia frente al cuidado de un familiar con dolor, Yoshikawa y cols. [55] concluyen que, cuando el hombre es el que padece el dolor, se espera que los miembros de la familia que actúen como sus cuidadores, asumiendo él un rol pasivo. Sin embargo, cuando es la mujer la que presenta dolor, acaba sufriendo más cantidad de estresores, ya que se espera de ella que continúe llevando a cabo las actividades de cuidado de la casa.

En síntesis, se constatan diferencias importantes en la expresión algica de los síndromes de suelo pélvico entre varones y mujeres que dependen del género. Es necesario, por tanto, en la práctica clínica, abordar el dolor en función del dimorfismo en la expresión sintomatológica, clínica de recuperación y de rehabilitación entre hombres y mujeres (Tabla I).

Apoyo social

En los últimos 20 años, el apoyo social ha sido reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad [56]. La función del apoyo social ha demostrado ser el primer factor protector sobre la salud mental, y también sobre la experiencia dolorosa en cualquiera de sus formas (emocional, instrumental, informacional o facilitador) [57]. El sufrimiento del dolor conlleva, en general, a un aislamiento social. De hecho, se ha constatado que las personas con mejores relaciones sociales pueden tener un mejor estado de salud y percibir con menor intensidad el dolor. Por otro lado, la participación activa en redes sociales, los grupos de ayuda mutua y las asociaciones y plataformas de pacientes contribuye a crear una red de ayuda, oportunidades y cuidados que también influye sobre el control del dolor. Es necesario considerar esta variable para orientar la intervención desde una perspectiva biopsicosocial.

TABLA I
DIFERENCIAS DE DCSP EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

| Mujeres | Hombres |
|--|--|
| Triple riesgo de padecer DC | Menor riesgo de padecer DC |
| Distribución más amplia y difusa | Más localizado |
| Más intensidad | Menor intensidad |
| Hasta 28 % DCSP | Entre el 2 y el 10 % DCSP |
| Endometriosis, adenomiosis uterina, fibromas uterinos, cistitis intersticial e infecciones | Prostatitis, sensibilidad pélvica |
| Depresión, ansiedad y alteraciones del sueño | Catastrofismo elevado |
| Piden ayuda con mayor frecuencia | No suelen pedir ayuda inicialmente |
| Expectativa familiar: continúan con el cuidado doméstico a pesar del dolor | Expectativa de la familia: ser cuidado |
| Expectativa profesional: rol histérico | Expectativa profesional: rol estoico |

Mariana, en 2020 [58], realizó un análisis cualitativo del discurso narrativo de mujeres con endometriosis. Los resultados indican que las valoraciones de polaridad negativa se asocian primordialmente al dolor y a los efectos nocivos del aislamiento, la falta de credibilidad y de información, vinculados con valores de consolidación de la normalización del dolor femenino. La investigadora sugiere que estos resultados pueden contribuir a despertar conciencia sobre la necesidad investigadora y de reforzar la atención en áreas en las que, por razones de tipo socioculturales, el dolor de la mujer ha sido naturalizado, impidiendo el aislamiento y fomentando el apoyo social incluso a través de redes sociales virtuales.

Implicaciones laborales y económicas

El dolor crónico también tiene consecuencias en el ámbito laboral. Según la Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (EFIC) y la Federación Europea de Asociaciones Neurológicas (EFNA) [59] alrededor del 21 % de las personas con dolor crónico en Europa se siente incapaz de finalizar la jornada laboral, lo que se traduce en un gran impacto económico directo y en millones de jornadas laborales perdidas al año. En España, el promedio de días perdidos por persona a causa del dolor es de 16,8 jornadas laborales al año [60]. Además, la pérdida de jornadas laborales afecta más en los grupos más vulnerables. De hecho, las mujeres se sitúan dentro del mercado laboral en trabajos socialmente poco valoradas. A ello se une el problema de objetivar el dolor, cuantificar sus consecuencias y asignar un tipo de discapacidad. Según el informe de 2019 realizado por la Plataforma de Organización de Pacientes [61], más de la mitad de las personas que sufren dolor crónico no tienen reconocida la discapacidad. Aquí también podemos detectar otra brecha de género. En el caso del DCSP, debido a la topografía de los órganos afectados, requiere adaptaciones al puesto de trabajo, ergonomía de posiciones y dificultades para realizar la actividad laboral

requerida; ello se traduce, en numerosas ocasiones, en bajas laborales prolongadas, incapacidades laborales, minusvalías sociales e incluso el despido, con la pérdida subsiguiente del poder adquisitivo y merma de la calidad de vida. Por ejemplo, en el caso de la dismenorrea [35], y a pesar de la alta prevalencia, muchas mujeres no buscan asesoramiento profesional porque consideran que es una parte normal del ciclo y las que deciden iniciar un tratamiento lo hacen de manera deficiente. Sin embargo, es la causa más frecuente de la reducción de la productividad laboral, del rendimiento académico, así como de la disminución de las actividades sociales, físicas y deportivas de las mujeres. Esta disminución en la productividad, los costes de los medicamentos y la atención médica que precisan es causante de pérdidas económicas. Por todo ello, y debido a su alta prevalencia, podría ser considerado como un problema de salud pública.

Algunas características del trabajo, como la precariedad, la alta demanda, la desigualdad en el grado de esfuerzo-recompensa, la percepción de falta de recursos personales, problemas de seguridad, organización laboral y largas horas de trabajo, como también el escaso apoyo social se han correlacionado positivamente con distintos tipos de trastornos de dolor, incluido el DCSP. Sin embargo, estas cuestiones, que en los contextos laborales son consideradas como factores de riesgo laboral, en el caso del trabajo doméstico, hasta el momento actual, no han sido consideradas.

Relación terapéutica

La medicina centrada en el paciente y la inclusión cada vez más frecuente de los pacientes en sus propios procesos de gestión en salud pone en valor la importancia de la relación terapéutica en las actividades asistenciales y su gran potencia para mejorar adherencia terapéutica y resultados eficaces en los tratamientos propuestos. Esta orientación se torna especialmente importante y relevante en el ámbito del dolor de suelo pélvico, en el que las repercusiones sobre la intimidad, el autocuidado, la vida social y sexual es tan importante.



Fig. 5. Variables contextuales asociadas al pronóstico en DC (36).

Las investigaciones en este ámbito se han circunscrito especialmente a la relación obstétrica y actualmente existe una línea de trabajo contra la llamada *violencia obstétrica* que realmente señala la importancia de establecer lazos de confianza, empatía y autenticidad con la puérpera. No obstante, consideramos que se puede extrapolar en términos generales algunas de las recomendaciones obtenidas de otras patologías álgidas, reconociendo la necesidad de potenciar investigaciones específicas. Por ejemplo, Kinney [62] estudia el impacto específico de la alianza terapéutica entre fisioterapeutas y pacientes con dolor musculoesquelético crónico a través de una revisión sistemática que incluyó 451 ensayos. La evidencia sugiere que la alianza terapéutica predice resultados satisfactorios en el tratamiento de este tipo de pacientes.

O'Keeffe [63] realiza una metanálisis y una revisión sistemática utilizando 11 bases de datos para analizar aquellas variables contextuales inespecíficas (elementos físicos, psicológicos y sociales que caracterizan el encuentro terapéutico con el paciente con dolor) que pueden influir en el resultado de la intervención, y los clasifica en cinco grandes parámetros: relacionados con el profesional, con el paciente, con la alianza tera-

péutica, con el tratamiento y habilidades específicas del profesional y aquellos de carácter organizativo y ambiental (Figura 5).

Sin embargo, esta variable ha sido poco investigada en el ámbito del DCSP, donde la importancia de una relación terapéutica basada en la confianza y en la empatía adquiere una relevancia especial, como ya hemos comentado.

CONCLUSIONES

El modelo biopsicosocial reconoce la importancia plurietiológica del DCSP, incorporando variables biológicas, psicológicas y socioculturales en el origen, exacerbación y mantenimiento del síndrome. De este modo, los factores biológicos se referirían a las características fisiológicas, a la anatomía del paciente, a su historial médico y a la naturaleza de las lesiones. Los determinantes sociales englobarían aspectos referidos al estilo de vida, al ámbito laboral, familiar, los roles de género, percepción de apoyo social, y otros aspectos sociales económicos y laborales, mientras que los determinantes psicológicos hacen referencia a la

exposición a eventos vitales de gran impacto, interpretaciones catastróficas sobre autoeficacia, percepción subjetiva de discapacidad, hipervigilancia, ansiedad por la enfermedad, autoestima, personalidad y el uso de estrategias de afrontamiento más o menos eficaces para el control del dolor y la discapacidad. Entre todos los parámetros, las experiencias traumáticas y el estrés asociado contribuyen de un modo intenso a la modulación del DCSP.

En la asistencia clínica es necesario incorporar la perspectiva de género al análisis del dolor y revisar los estereotipos y sesgos de género que pueden limitar la atención sanitaria de calidad.

La consideración de la salud como estado de bienestar biopsicosocial y no solo como ausencia de enfermedad y el abordaje del dolor crónico desde una perspectiva integral, favorece la visión holística del DCSP. Por ello, los tratamientos recomendados deben ser multimodales y multidisciplinarios, deben incluir la participación del paciente, la toma de decisiones compartida y el establecimiento de objetivos funcionales, teniendo como objetivo final la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados.

BIBLIOGRAFÍA

- Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*. 1965;150(3699):971-9. DOI: 10.1126/science.150.3699.971.
- Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain*. 1999;Suppl 6:S121-6. DOI: 10.1016/S0304-3959(99)00145-1.
- Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. La revisión Definición de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: conceptos, desafíos y compromisos. *Dolor*. 2020;161(9):1976-82.
- Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6:177. DOI: 10.1186/1471-2458-6-177.
- Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *JAMA*. 2021;325(23):2381-91. DOI: 10.1001/jama.2021.2631.
- Pontari MA, Ruggieri MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*. 2008;179(5 Suppl):S61-7. DOI: 10.1016/j.juro.2008.03.139.
- Carvajal AC. Aspectos psicopatológicos del dolor pélvico crónico: abordaje clínico. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2013;24(2):270-6. DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70158-5.
- Goudman L, Vets N, Jansen J, De Smedt A, Moens M. The Association Between Bodily Functions and Cognitive/Emotional Factors in Patients With Chronic Pain Treated With Neuromodulation: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Neuromodulation*. 2022;S1094-7159(21)06409-6. DOI: 10.1016/j.neurom.2021.11.001.
- Vranceanu AM, Barsky A, Ring D. Psychosocial aspects of disabling musculoskeletal pain. *J Bone Joint Surg Am*. 2009;91(8):2014-8. DOI: 10.2106/JBJS.H.01512.
- Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Mes-selink EJ. Factores psicológicos en el dolor pélvico crónico persistente. En: Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. European Association of Urology; 2010. p. 68-77.
- Quintero MF, Vinaccia S, Quiceno JM. Endometriosis: Aspectos Psicológicos. *Rev Chil Obstetr Ginecol*. 2017;82(4):447-55. DOI: 10.4067/s0717-75262017000400447.
- Hilden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmaki E, Langhoff-Roos J, Offerdal K, et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG*. 2004;111(10):1121-7. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00205.x.
- Urits I, Callan J, Moore WC, Fuller MC, Renschler JS, Fisher P, et al. Cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2020;34(3):409-26. DOI: 10.1016/j.bpa.2020.08.001.
- Chandler HK, Ciccone DS, Raphael KG. Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med*. 2006;7(4):344-52. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2006.00185.x.
- Peters KM, Kalinowski SE, Carrico DJ, Ibrahim IA, Diokno AC. Fact or fiction—is abuse prevalent in patients with interstitial cystitis? Results from a community survey and clinic population. *J Urol*. 2007;178(3 Pt 1):891-5. DOI: 10.1016/j.juro.2007.05.047.
- Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry*. 1988;145(1):75-80. DOI: 10.1176/ajp.145.1.75.
- Lampe A, Doering S, Rumpold G, Sölder E, Krismer M, Kantner-Rumplmair W, et al. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *J Psychosom Res*. 2003;54(4):361-7. DOI: 10.1016/S0022-3999(02)00399-9.
- Manne S, DuHamel K, Redd WH. Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychooncology*. 2000;9(5):372-84. DOI: 10.1002/1099-1611(200009/10)9:5<372::AID-PON471>3.0.CO;2-1.
- Krantz TE, Andrews N, Petersen TR, Dunivan GC, Montoya M, Swanson N, et al. Adverse Childhood Experiences Among Gynecology Patients With Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol*. 2019;134(5):1087-95. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003533.
- Schrepf A, Naliboff B, Williams DA, Stephens-Shields AJ, Landis JR, Gupta A, et al. Adverse Childhood Experiences and Symptoms of Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research Network Study. *Ann Behav Med*. 2018;52(10):865-77. DOI: 10.1093/abm/kax060.
- Karsten MDA, Wekker V, Bakker A, Groen H, Olf M, Hoek A, et al. Sexual function and pelvic floor activity in women: the role of traumatic events and PTSD symptoms. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1764246. DOI: 10.1080/20008198.2020.1764246.
- Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):902-8. DOI: 10.1097/O1.AOG.0000258296.35538.88.
- Cohen LJ, Nikiforov K, Gans S, Poznansky O, McGeoch P, Weaver C, et al. Heterosexual male perpetrators of childhood sexual abuse: a preliminary neuropsychiatric model. *Psychiatr Q*. 2002;73(4):313-36. DOI: 10.1023/A:1020416101092.
- Fordyce WE. Behavioural science and chronic pain. *Postgrad Med J*. 1984;60(710):865-8. DOI: 10.1136/pgmj.60.710.865.

25. Esteve R, Ramírez-Maestre C, López-Marínez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Ann Behav Med.* 2007;33(2):179-88. DOI: 10.1007/BF02879899.
26. Roth RS, Punch MR, Bachman JE. Patient beliefs about pain diagnosis in chronic pelvic pain: relation to pain experience, mood and disability. *J Reprod Med.* 2011;56(3-4):123-9.
27. Wong WS, Lam HM, Chen PP, Chow YF, Wong S, Lim HS, et al. The fear-avoidance model of chronic pain: assessing the role of neuroticism and negative affect in pain catastrophizing using structural equation modeling. *Int J Behav Med.* 2015;22(1):118-31. DOI: 10.1007/s12529-014-9413-7.
28. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. Evaluación cognitiva y afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *Diario Eur Dolor.* 2008;12(6):749-56.
29. Pennebaker JW. *Opening up: The healing power of expressing emotions.* Guilford Press; 1997.
30. Randolph ME, Reddy DM. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the impact of depression, support, and abuse. *J Sex Res.* 2006;43(1):38-45. DOI: 10.1080/00224490609552297.
31. Desrochers G, Bergeron S, Khalifé S, Dupuis MJ, Jodoin M. Provoked vestibulodynia: psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. *Behav Res Ther.* 2010;48(2):106-15. DOI: 10.1016/j.brat.2009.09.014.
32. Mascherpa F, Bogliatto F, Lynch PJ, Micheletti L, Benedetto C. Vulvodynia as a possible somatization disorder. More than just an opinion. *J Reprod Med.* 2007;52(2):107-10.
33. Smith KB, Pukall CF, Tripp DA, Nickel JC. Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners. *Arch Sex Behav.* 2007;36(2):301-11. DOI: 10.1007/s10508-006-9086-7.
34. Evans-Durán B, Tripp DA, Campbell J, Doiron RC, Nickel JC. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome-related pain symptoms and their impact on sexual functioning. *Can Urol Assoc J.* 2022;16(6):222-7. DOI: 10.5489/auaj.7607.
35. Aránguez Sánchez T. La metodología de la concienciación feminista en la época de las redes sociales. *Ámbitos. Rev Int Comunicación.* 2019;45:1988-5733. DOI: 10.12795/Ambitos.2019.i45.14.
36. Soriano J, Monsalve V, Gómez-Carretero P, Ibañez E. Vulnerable personality profile in patients with chronic pain: Relationship with coping, quality of life and adaptation to disease. *Int J Psychol Res.* 2012;5(1):42-51. DOI: 10.21500/20112084.748.
37. Albrecht R, Löwe B, A Brünahl C, Riegel B. Chronische Unterbauschmerzen und Persönlichkeit - Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwerden und psychischer Struktur [Chronic Pelvic Pain Syndrome and Personality-Association of Somatic Symptoms and Psychic Structure]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2015;65(11):418-25. DOI: 10.1055/s-0035-1554692.
38. Celikel FC, Saatcioglu O. Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Ann Gen Psychiatry.* 2006;5:13. DOI: 10.1186/1744-859X-5-13.
39. Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby RM. A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res.* 1996;41(6):569-73. DOI: 10.1016/S0022-3999(96)00221-8.
40. Koh JS, Ko HJ, Wang SM, Cho KJ, Kim JC, Lee SJ, et al. The association of personality trait on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: an exploratory study. *J Psychosom Res.* 2014;76(2):127-33. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.11.004.
41. Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R, Patel KV. Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *J Pain.* 2016;17(9)(suppl):T21-T49. DOI: 10.1016/j.jpain.2016.02.006.
42. Cano García FJ, Rodríguez Franco L. Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología.* 2002;20(3):329-46.
43. Tripp DA, Nickel JC, Wang Y, Litwin MS, McNaughton-Collins M, Landis JR, et al. Catastrophizing and pain-contingent rest predict patient adjustment in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Pain.* 2006;7(10):697-708. DOI: 10.1016/j.jpain.2006.03.006.
44. Truyols Taberner M, Pérez Pareja J, Medinas Amorós M, Palmer Pol A, Sesé Abad, A. [Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clinica y salud.* 2008;19(3):295-320.
45. Ramírez-Maestre C, Esteve R. El papel del sexo/género en la experiencia del dolor: resiliencia, miedo y aceptación como variables centrales en el ajuste de hombres y mujeres con dolor crónico. *Diario del dolor.* 2014;15(6): 608-18.
46. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. El papel del optimismo y el pesimismo en el ajuste de los pacientes con dolor crónico. *Rev Esp Psicol.* 2012;15(1):286-94.
47. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford).* 2008;47(5):670-8. DOI: 10.1093/rheumatology/ken021.
48. Orme-Johnson DW, Schneider RH, Sony D, Nidich S, Cho ZH. Neuroimaging of Meditation's effects on Brain Reactivity to Pain. *Neuroreport.* 2006;17(12):1359-63. DOI: 10.1097/01.wnr.0000233094.67289.a8.
49. Castel A. La conducta altruista: ¿una estrategia conductual para disminuir la percepción de dolor? *Rev Soc Esp Dolor.* 2020;27(2):76-77. DOI: 1020986/resed20203806/2020.
50. As-Sanie S, Black R, Giudice LC, Gray Valbrun T, Gupta J, Jones B, et al. Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(2):86-94. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.02.033.
51. Gallach Solano E, Gómez B, Robledo Algarra R, Izquierdo Aguirre RM, Verdecho C. Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2020;27(4):252-6. DOI: 10.20986/resed.2020.3802/2020. DOI: 10.20986/resed.2020.3802/2020.
52. Rivera Gutierrez HA, Gonzalez FIU. Endometriosis: una visión detrás del estigma. *Rev Cienc Salud Integr Conoc.* 2021;5(4):53-62. DOI: 10.34192/cienciaysalud.v5i4.308 DOI: 10.34192/cienciaysalud.v5i4.308.
53. Ruiz Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria [Internet]. Junta de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009. Disponible en: <https://www.easp.es/project/sesgos-de-genero-en-la-atencion-sanitaria-serie-nueva-salud-publica/>
54. Velasco S. *Sexos, género y salud.* Madrid: Minerva Ediciones; 2009.
55. Yoshikawa K, Brady B, Perry MA, Devan H. Sociocultural factors influencing physiotherapy management in culturally and linguistically diverse people with persistent pain: a scoping review. *Physiotherapy.* 2020;107:292-305. DOI: 10.1016/j.physio.2019.08.002.
56. Fernández Peña R. Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia.* 2005;(3). DOI: 10.5565/rev/periferia.149.

57. Sánchez E. Apoyo social, integración social y salud mental. *Rev Psicol Social*. 1998;13(3):537-44. DOI: 10.1174/021347498760349797.
58. Mariana P. Discurso, salud e información desde el relato de pacientes de endometriosis. *Discurso & Sociedad*. 2020;(2):421-42.
59. Gil García E. Cáceres-Matos R. Dolor Crónico: Consecuencias en la Salud de las Mujeres [Internet]. Cuadernos para la Salud de las Mujeres. Cuaderno n.º 5. Instituto Andaluz de la Mujer Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía; 2021. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/iamindex.php/fondo-documental/publicaciones/libros_y_otros_recursos_de_caracter_monografico/cuadernos/
60. Finkel L, Arroyo M, Garcés M. Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social. *ResearchGate*. 2017;1-181. DOI: 10.13140/RG.2.1.3269.8009.
61. Estudio mujer, discapacidad y enfermedad crónica. Informe de resultados [Internet]. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, Fundación ONCE, Observatorio Estatal de la Discapacidad. Madrid: Edita Universidad Complutense de Madrid; 2020. Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_mujer_discapacidad_y_enfermedad_cronica.pdf
62. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2020;36(8):886-98. DOI: 10.1080/09593985.2018.1516015.
63. O'Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, et al. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther*. 2016;96(5):609-22. DOI: 10.2522/ptj.20150240.