

## Manejo rehabilitador integral del dolor pélvico crónico. Estudio preliminar

### Integral rehabilitative manage of the chronic pelvic pain. Preliminary study

Lic. Adianez Ros Montenegro, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams, MSc.  
Dra. Jacqueline Martínez Torres, Lic. Ricardo Martínez Perea, Lic. Dayuli  
Díaz Acosta, Lic. Yahima Abreu Pérez

Centro de Investigaciones Medico Quirúrgicas (CIMEQ). Playa. La Habana Cuba

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el dolor pélvico crónico se origina en cualquier lugar comprendido entre el diafragma y las rodillas, tiene una duración superior a seis meses, no resuelto por tratamientos previos, sin relación con el daño tisular, impotencia funcional, signos vegetativos de depresión, dinámica familiar alterada. Es una condición compleja, de difícil manejo, con diagnóstico poco evidenciado y tratado sintomáticamente con conductas conservadoras y/o quirúrgicas.

**Métodos:** se realizó un estudio de intervención, cuasi experimental, con el uso de agentes físicos (campo magnético local electroterapia de baja frecuencia (TENS analgésica) para el alivio y/o la curación del dolor pélvico crónico. Se realizó la evaluación por las referencias subjetivas de los pacientes, la evaluación funcional médica y fisioterapéutica al finalizar el tratamiento. Fueron aplicados los instrumentos de medición del dolor: test Short Form McGill, test de vulnerabilidad psicosocial, test de modos de afrontamiento de Folkman y Lazaruz.

**Resultados:** el 19,65 % de los pacientes atendidos en la consulta especializada de suelo pélvico porta dolor pélvico crónico, 51 mujeres (74 %), 18 hombres (26 %), edad promedio para ambos sexos de  $47,3 \pm 4,5$  años. De ellos: 11 pacientes curados (15,9 %), 25 mejor (36 %) y 18 en tratamiento (26 %). Siete pacientes recibieron test Short Form McGill para medir dolor, test de vulnerabilidad psicosocial y de modos de afrontamiento de Folkman y Lazaruz.

**Conclusiones:** todos los pacientes tratados con agentes físico terapéuticos evolucionaron hacia la mejoría o la eliminación de los síntomas, en ningún caso se demostró empeoramiento. La aplicación de test de dolor constituye una herramienta útil en la evaluación de los pacientes.

**Palabras clave:** dolor pélvico crónico, agentes físicos, rehabilitación.

## SUMMARY

**Introduction:** chronic pelvic pain takes place in any place understood between the diaphragm and the knees, of superior duration to 6 months, not solved by previous treatments, without relationship with the damage, functional impotence, vegetative signs of depression, family dynamics damage. Is a complex condition, of difficult handling; with diagnosis little evidenced and that it is treat symptomatically with behaviours conservative y/o surgical.

**Methods:** Study of intervention, quasi-experimental, where physical agents were used (magnetic therapy, local electrotherapy of low frequency (analgesic TENS), for the relief y/o the cure of the chronic pelvic pain, being carried out the evaluation for the subjective references of the patients, the evaluation functional doctor and physical therapy when concluding the treatment. The instruments of mensuration of the pain applied: test Short Form McGill, test of vulnerability psychosocial, test in Ways of confrontation of Folkman and Lazaruz.

**Results:** 19,65 % of the patients assisted in specialized consultation of pelvic floor carries chronic pelvic pain, 51 women (74%), 18 men (26 %), age average for both sexes of  $47,3 \pm 4,5$  years. Of them 11 cured (15,9 %), 25 better (36 %), 18 patients in treatment (26 %) to seven patients was applied them the test Short Form McGill to measure pain, test of vulnerability psicosocial and of ways of confrontation of Folkman and Lazaruz.

**Conclusions:** all the patients treaties with therapeutic physique agents evolved toward the improvement or the elimination of the symptoms, not being evidenced worsening in any case. The applied pain test constitutes a useful tool in the evaluation of the patients.

**Keywords:** chronic pelvic pain, physical agents, rehabilitation.

---

## INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño físico real o potencial, o descrita refiriéndose a ese daño. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como "una sensación no placentera y experiencia emocional asociada con actual o potencial daño o descrito en términos de dicho daño. El dolor es siempre subjetivo".<sup>1</sup>

Desde el punto de vista anatómico se define como dolor pélvico crónico, al dolor que se origina en cualquier lugar comprendido entre el diafragma y las rodillas y desde el punto de vista clínico a un cuadro que reúne los elementos siguientes: dolor en dicha región, con duración superior a seis meses, no resuelto por tratamientos previos, sin relación con el daño tisular, impotencia funcional, signos vegetativos de depresión, dinámica familiar alterada. Actualmente se limita a dolor de duración superior a seis meses, que incluye dolores cíclicos, recurrentes, vulvodinia, dismenorrea y dispareunia.<sup>2-6</sup>

El dolor pélvico crónico es una condición compleja, no es un diagnóstico sino una descripción de dolor severo no menstrual capaz de provocar discapacidad funcional<sup>7</sup>. Es además un cuadro clínico de difícil manejo, mucho más frecuente en el sexo femenino en edades medias. Actualmente es considerado una enfermedad y no

---

solamente un síntoma por las implicaciones personales, familiares, laborales, sociales y los costos que representa a los servicios de salud. Por ser un dolor que afecta las partes consideradas "más privadas" de las personas, sean hombres o mujeres, y que se relaciona con la esfera sexual, además del sufrimiento por el dolor y la limitación para realizar las actividades cotidianas, con frecuencia fracasan las relaciones de pareja y se afectan la autoestima y la imagen social al sentirse "diferentes" e incapaces de realizar lo que otros hacen normalmente.<sup>2, 8, 9</sup>

Los pacientes que lo padecen realizan múltiples consultas médicas y son sometidos a muchas investigaciones e intentos terapéuticos, alguno de ellos agresivos, sin hallar solución a su problema y lo que es peor, evolucionando hacia un progresivo agravamiento del mismo. No tiene entidad propia.<sup>2, 9,10</sup>

A partir del trabajo de Melzack y Wall<sup>11</sup> el dolor ha dejado de considerarse como una experiencia exclusivamente física para dar paso a la importancia del ámbito psicológico, de manera que en la actualidad se considera desde un punto de vista multidimensional donde se piensa en la experiencia de dolor como el resultado de las interacciones existentes entre la dimensión sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. En este modelo se destaca el papel neuromodulador que poseen los acontecimientos cognitivos, así como también la importancia de las relaciones existentes entre el dolor crónico y el estrés.<sup>(12)</sup> El tratamiento del dolor pélvico ha tenido y tiene múltiples alternativas, desde la medicación analgésica-antiinflamatoria, el tratamiento de los factores causales específicos, asesoramiento o psicoterapia, terapia con progestágenos, laparoscopia para precisar posibles causas, cirugías para interrumpir las vías nerviosas como la ablación del nervio uterino, la neurectomía presacra, o la histerectomía con o sin ooforectomía y el tratamiento conservador.<sup>7, 13, 14</sup>

Aunque en años anteriores se empleaban con mayor frecuencia las intervenciones terapéuticas antes mencionadas, recientemente se han impuesto otras alternativas basadas en principios físicos y manejo psicológico de los pacientes. Dentro de la terapia física se plantea el beneficio del ejercicio físico, técnicas titulares para tratar puntos gatillos con medicamentos anestésicos como la lidocaína en unión con tratamientos manuales y otras técnicas como: relajación miofascial, acupuntura, movilizaciones articulares y reeducación de postura que pueden ayudar a reducir el dolor. El uso del biofeedback especialmente ayuda en pacientes que tienen dolor relacionado con disinerxia y en la educación de los pacientes. Técnicas adecuadas de respiración controlando la contracción del piso pélvico durante la exhalación para utilizar el diafragma respiratorio como sinergista. La hipotonía de los músculos del suelo pélvico puede ser tratada con estimulación eléctrica superficial o intracavitaria. El terapeuta físico debe enseñar a entrenar el piso pélvico ante esfuerzos como toser y estornudar. Modalidades incluyen el calor o el frío, pueden facilitar el manejo del dolor y la relajación muscular.<sup>13, 15-20</sup>

A pesar de todas estas alternativas, existen pocas evidencias de los beneficios del empleo de agentes físicos que tienen como características generales ser analgésicos, antiinflamatorios, reparadores de tejido, descontracturantes, estimuladores de la circulación de la región, mejoradores de fibras nerviosas periféricas y de la respuesta nerviosa como es el campo magnético y muy poca sobre el uso de las corrientes analgésicas de baja frecuencia como la TENS que a nuestro juicio pueden contribuir a la mejoría del dolor crónico que padecen estos pacientes porque se asume que el dolor podría ser secundario a una debilidad de la musculatura del suelo pélvico.<sup>21,22</sup>

Una investigación reciente que evalúa determinados aspectos físicos de la región pélvica en mujeres con dolor pélvico crónico, mostró que las pacientes con este

cuadro tenían mucha más debilidad en algunos sitios de los músculos abdominales, promedios superiores de debilidad total del suelo pélvico y menor control de la musculatura de esa región <sup>23</sup> lo que sustentaría las bondades de estos procedimientos para el alivio y la curación del dolor.

No existen suficientes evidencias acerca de las bondades del tratamiento con terapia magnética y corrientes de baja frecuencia (TENS) para el alivio y/o la curación del dolor pélvico crónico, y que para evaluar su eficacia es imprescindible conocer las características e intensidad del dolor con que el enfermo lo percibe y lo vivencia, antes y después del tratamiento, así como que uno de los factores que constituye un elemento clave en la evolución y recuperación del dolor en respuesta al tratamiento es la manera en que el individuo realiza el proceso de afrontamiento del dolor crónico, el presente estudio se propone conocer el impacto de la fisioterapia con corriente analgésica, estimulación eléctrica para fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico y magnetoterapia de la región sobre el dolor pélvico crónico en hombres y mujeres que concurren al servicio de Suelo Pélvico del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) mediante la valoración de las características del dolor de los pacientes atendidos en servicio, al momento de su llegada, durante el transcurso del tratamiento y al momento del alta, así como el modo en que el enfermo enfrenta el dolor, de manera general, y las estrategias que emplea para afrontarlo, para investigar si existe asociación entre la intensidad con que el paciente percibe el dolor y su respuesta al tratamiento (éxito o fracaso y tiempo requerido para la recuperación) con el afrontamiento, utilizado como indicador de su personalidad, además de las estrategias que emplea para enfrentar su enfermedad.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención, cuasi experimental, donde se evaluó la eficacia de la utilización de agentes físicos como el campo magnético local y las corrientes de baja frecuencia (TENS analgésica) para el alivio y/o la curación del dolor pélvico crónico en pacientes que acudieron a la consulta de disfunción del suelo pélvico del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, en el periodo de enero 2007-diciembre 2013.

Se confeccionó la historia clínica especializada (modelo de recogida de la información), que incluye: la anamnesis, historia de la enfermedad, factores de riesgo asociados, examen físico de la región perianal, exámenes complementarios realizados y tratamiento impuesto por otras especialidades.

En el servicio se realizó un tratamiento con agentes físicos-terapéuticos que incluye:

-Terapia magnética del suelo pélvico: con frecuencia de 50 Hz al 50 % de la potencia del equipo (100 Gauss) durante 15 min.

-Corriente TENS analgésica: combinando frecuencias de 3 y 100 Hz con intensidad (mA) tolerada por el paciente a un nivel agradable y electrodos ubicados en puntos dolorosos referidos por ellos o detectados por palpación y tiempos entre 10 y 15 min.

-Disminuida la sensación dolorosa referida por el paciente se inició la aplicación de la corriente TENS excitomotriz: (momento reeducativo) entre 5 y 50 Hz de frecuencia, con la intensidad máxima (mA) tolerada por el paciente.

- Ejercicios de Kegel enseñados en el departamento orientando su repetición en el domicilio tres veces por día, a 10 repeticiones de 10 s de duración cada una.

Estos tratamientos se realizaron combinados, excepto cuando por parte del paciente existía alguna contraindicación, durante una vez por día, cinco días a la semana, por dos semanas (10 sesiones) luego del cual fue revaluado por su médico de asistencia.

La evaluación se realizó según las referencias subjetivas ofrecidas por los pacientes, además de la evaluación funcional médica y fisioterapéutica al finalizar el tratamiento. También se aplicaron los instrumentos de medición del dolor: test Short Form McGill (Anexo I), test de Vulnerabilidad psicosocial (Anexo II), test de Modos de afrontamiento de Folkman y Lazarus (Anexo III)

Los resultados finales fueron considerados según la siguiente escala clínica de acuerdo a lo referido por el paciente.

- Curado: paciente sin manifestaciones de dolor al finalizar el tratamiento.

- Mejor: pacientes con disminución de la intensidad, frecuencia y/o tiempo de duración del dolor.

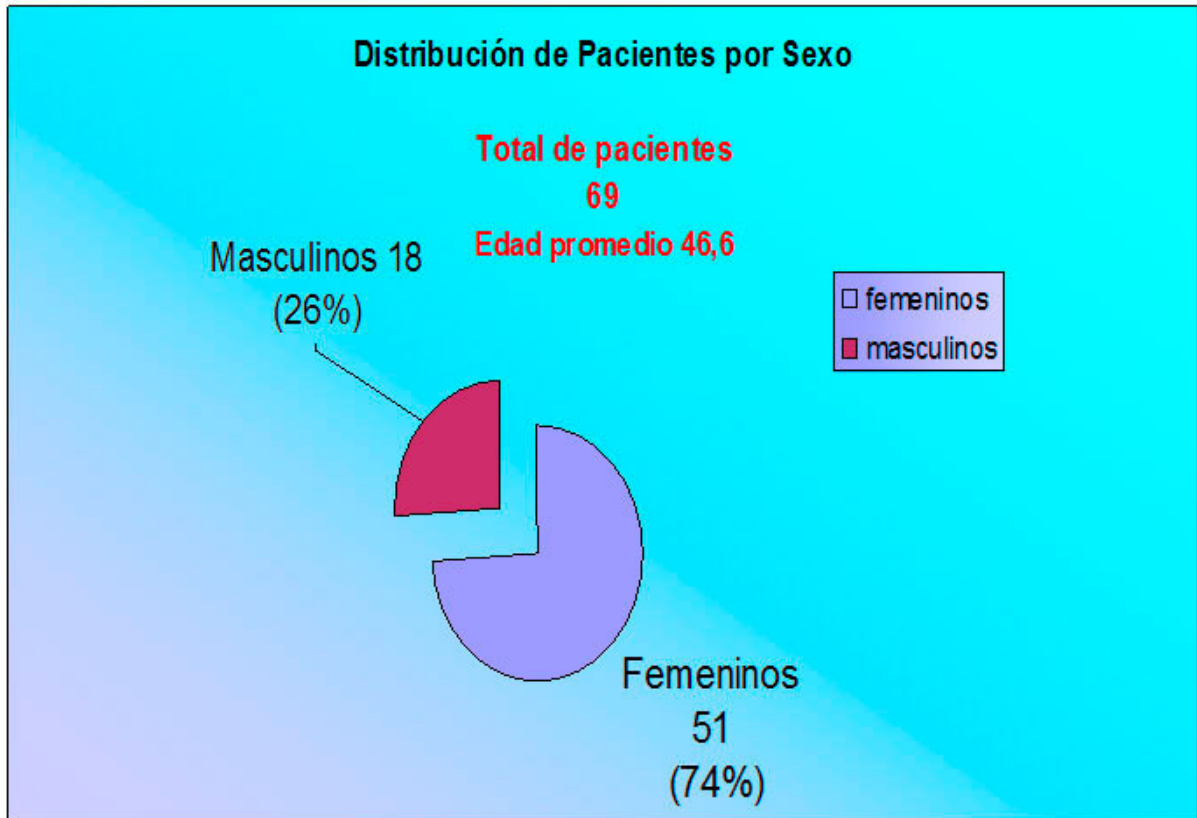
- Igual: no modificación de síntomas y/o signos del dolor al finalizar tratamiento.

Se muestran estadísticas descriptivas sobre la edad y el sexo. Se estimaron las medianas para las dimensiones sensorial y afectiva, la intensidad medida en milímetros mediante la escala analógica visual (EAV), la intensidad del dolor actual y los valores totales acumulados por ser la muestra muy pequeña. Como medida de comparación se utilizó el test de signos y rangos de Wilcoxon. Las pruebas se realizaron a un nivel de significación de 0,05.

## RESULTADOS

De 351 pacientes de ambos sexos evaluados en la consulta de suelo pélvico, 69 presentaron dolor pélvico crónico, lo que representó el 19,65 % del total de pacientes atendidos en consulta, 51 mujeres (74 %), 18 hombres (26 %) con una edad promedio para ambos sexos de  $47,3 \pm 4,5$  años (Fig. 1).

De los 69 pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico, 41 (59 %) presentaron dolor como única manifestación sintomática, mientras que 28 (41 %) presentaron dolor asociado a otra disfunción del suelo pélvico (Tabla). De ellos 11 están curados (15,9 %), 25 mejor (36 %), 18 pacientes están en tratamiento (26 %) y 15 pacientes abandonaron el tratamiento (21 %) por razones no inherentes al mismo.



**Fig. 1.** Distribución de pacientes por sexo.

**Tabla.** Evolución de los pacientes postratamiento.

Dolor pélvico	Total de pacientes	Curados	Mejor notable	En tratamiento	Abandono
Solo	41	6	16	12	7
Asociado	28	5	9	6	8
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>15</b>

Se aplicó el test Short Form McGill para medir dolor en siete pacientes (Fig. 2) además del test de vulnerabilidad psicosocial y el test de Modos de afrontamiento de Folkman y Lazarus para evaluar con más objetividad la eficacia de la terapéutica empleada (Fig. 3).

Por el pequeño tamaño de la muestra aplicada al cuestionario de Mc Gill, no hubo significación estadística en las dimensiones evaluadas, excepto en la escala analógico visual donde, según los pacientes, se evidenció una mejoría estadísticamente significativa ( $p$  de 0,028) después del tratamiento.

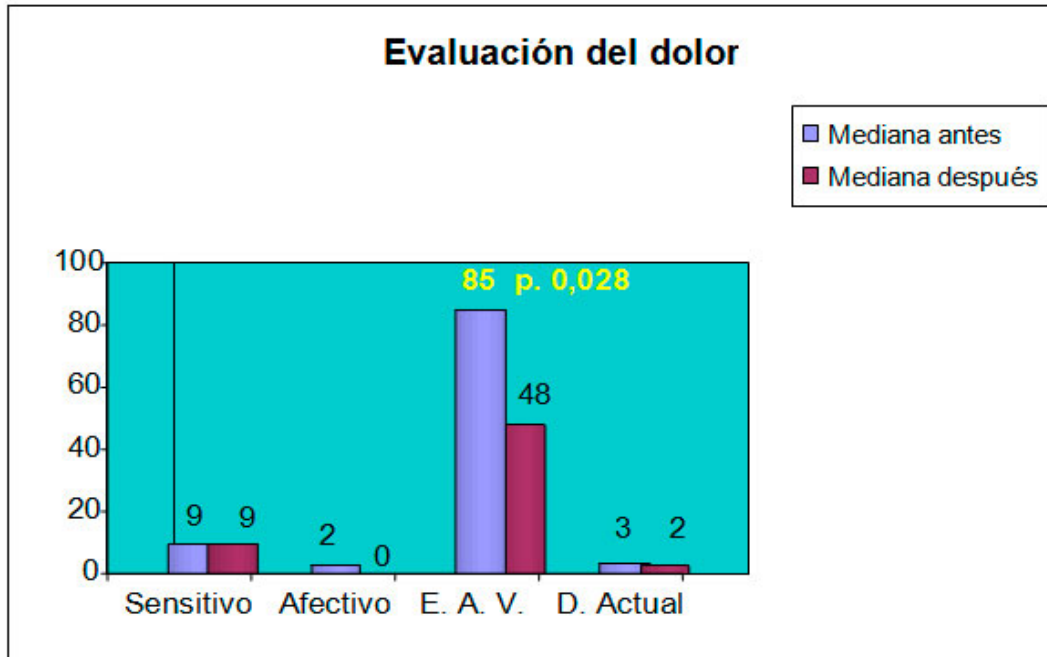


Fig. 2. Evaluación del dolor por el test Short Form Mc Gill.

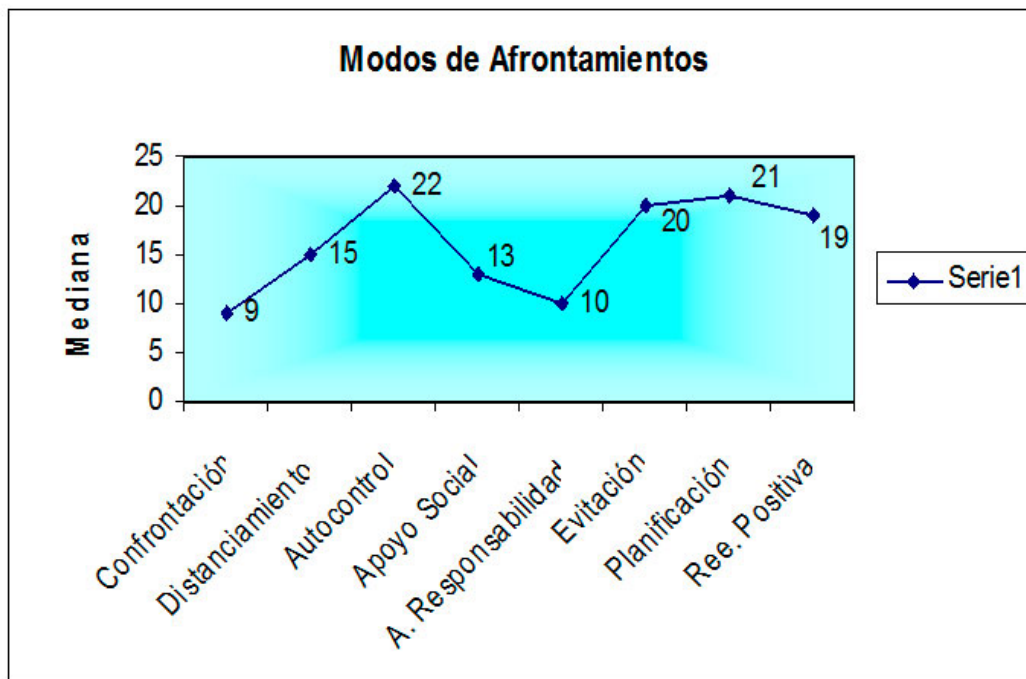


Fig 3. Evaluación de los pacientes mediante el test de Modos de afrontamiento de Folkman y Lazarus.

Los pacientes evaluados por este test utilizan mayoritariamente como modo de afrontamiento el autocontrol (Describen los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones) y la planificación (Describen los esfuerzos de aberrados y centrados en el problema para alterar la situación unido a la aproximación analítica para resolver problema).



Seis pacientes resultaron no vulnerables, disponen de suficientes recursos personales y/o externos para hacer frente a determinadas situaciones y por tanto no reaccionan con una respuesta estresante o con un mayor grado de estrés que otros. Esto representa una adecuación de los pacientes evaluados a su situación de salud, por lo que tienen mejor respuesta a los tratamientos aplicados (Fig. 4).

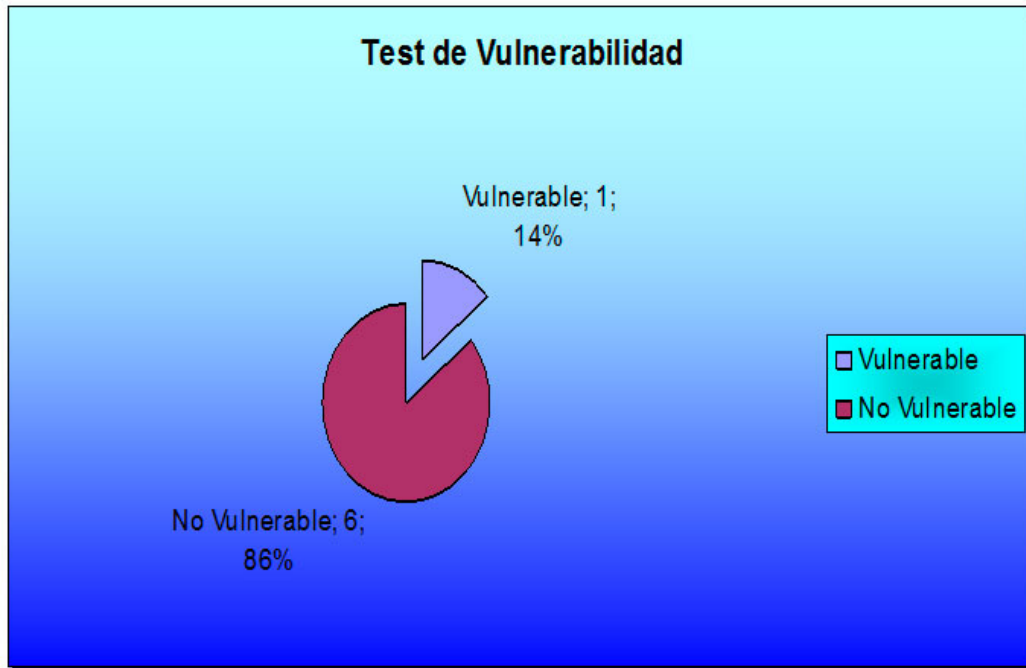


Fig. 4. Evaluación de los pacientes mediante el test de Vulnerabilidad psicosocial.

## DISCUSIÓN

El dolor pélvico crónico es un problema común con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. En la a mayor parte de estos se desconoce la causa y la fisiopatología, por ello habitualmente se utilizan tratamientos empíricos, dirigidos a controlar los síntomas y no las causas del problema.<sup>24</sup>

Esta propuesta de tratamiento es una opción más para tratar de controlar la sintomatología referida por los pacientes, con el uso de agentes físicos que tienen efectos analgésicos, antiinflamatorios y regeneradores de tejidos, con probada efectividad, por lo que los pacientes portadores de dolor pélvico crónico se pueden beneficiar con esta combinación de tratamiento, que además tiene pocos efectos colaterales.

Es considerada enfermedad y no síndrome, afecta aproximadamente al 10 % de la población femenina con un costo directo e indirecto de millones de dólares, según algunos investigadores.<sup>25</sup>

Aunque en el presente estudio predominan los pacientes femeninos, también incluye pacientes masculinos, resultado diferente a lo referido en estudios internacionales. Aún no se han realizado estudios de costos en Cuba.



El predominio del sexo femenino está relacionado con las causas más estudiadas de dolor, como son: el periodo menstrual, la dispareunia, así como el dolor intermenstrual. Prevalece en mujeres entre 18 y 50 años, con una variación de 14,7 % en EE.UU. y entre el 21,5-25,4 % en Australia,<sup>26</sup> Inglaterra,<sup>27</sup> y Nueva Zelandia.<sup>28</sup>

Estos resultados de estudios internacionales coinciden con los obtenidos en la consulta de Suelo pélvico del CIMEQ, donde el 19 % de los pacientes atendidos corresponden a portadores de dolor pélvico crónico, con predominio en pacientes femeninas y con edad promedio de 47 años.

Otras investigaciones aseveran que no siempre la causa del dolor es vinculada a afecciones de origen ginecológico, y pueden estar beneficiados por factores predisponentes que lo favorezcan-mantengan y deterioren la calidad de vida.<sup>29-34</sup>

Los estudios para evaluar el dolor realizados en este estudio (test Short Form McGill, Test de vulnerabilidad psicosocial, test de Modos de afrontamiento de Folkman y Lazaruz), se utilizan internacionalmente para valorar con objetividad un síntoma tan subjetivo como lo es el dolor; se aplican a todos los pacientes portadores de dolor para evidenciar la intensidad del mismo, el modo de enfrentar el problema de salud y la vulnerabilidad personal ante el problema. Se aplican en todo tipo de dolor referido por los pacientes, por lo que pueden considerarse útiles para la evaluación.

Las limitaciones de este estudio están dadas por la cantidad de pacientes atendidos, lo subjetivo de la valoración de su evolución y la pequeña muestra a los que se aplicaron los test específicos de dolor. Se deben realizar estudios a más largo plazo, con mayor objetividad en la aplicación de los test, de manera que posibilite una evaluación con mayor nivel de evidencia. No obstante, por los resultados de esta investigación, el manejo del dolor pélvico crónico con el uso de agentes físico terapéuticos del campo de la Medicina Física y la Rehabilitación constituyen una herramienta de tratamiento más en el manejo de este complejo problema.

## CONCLUSIONES

Todos los pacientes tratados con agentes físico terapéuticos evolucionaron hacia la mejoría o la eliminación de los síntomas. En ningún caso se evidenció empeoramiento y los test de dolor aplicado resultan una herramienta útil en la evaluación de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Association for study of pain classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (2a. Ed.). Seattle: IASP Press, 1994, pp. 210.
2. Bachmann GA, Rosen R, Arnold LD, Burd I, Rhoads GG, Leiblum SR, Avis N. Chronic vulvar and other gynecologic pain: prevalence and characteristics in a self-reported survey. *J Reprod Med* 2006 Jan;51(1):3-9.

3. Espuña M, Salinas J. Tratado de Uroginecología. Incontinencia urinaria. Cap 25. SL Medicina STM Ed, 2004.: 333-45.
4. Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Kelly S, Rhoads GG. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol* 2006 Mar; 107(3):617-24.
5. Heim LJ. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician*. 2001; 63(8):1535-44.
6. Ventolini G, Sheela M. Barhan Vulvodynia. *Dermatol Online J*. 2008; 14(1):2.
7. Bordman Risa and Bethany Jackson, below the belt. Approach to chronic pelvic pain. *Can Fam Physician*. 2006 December 10; 52(12): 1556-62.
8. Shannon TMT. El dolor privado de la vulvodinia URAC's Health Web Site Accreditation. EBSCO Publishing's Medical Review Board 2008 HealthLibrary.htm
9. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Ginecol*. 1996; 87:321-7.
10. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity online 2006 July 6. DOI: 10.1186/1471-2458-6-177.
11. Melzack R, Wal P. Pain Mechanisms: a new theory. *Science* 1965., 150, 971-979. Retracted de Soriano J., Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología* 2005, 84, Julio, 91-107.
12. Melzack, R. Del umbral a la neuromatriz. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2000; 7: 149-56.
13. Nair AR, Klapper A, Kushnerik V, Margulis I, Del Priore G. Spinal cord stimulator for the treatment of a woman with vulvovaginal burning and deep pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2008 Feb; 111(2 Pt 2):545-7.
14. Stones RW, Mountfield J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000: (4); CD000387. Update of: *Cochrane Database Syst Rev*. 2000: ( 2): CD000387.
15. Monaco Spitzagle Theresa, PT, DPT, Dugans. Recognizing and trating pelvic pain and pelvic floor dysfunction. *Phys Med Rehab Clin N Am* 2007; 18: 477-96.
16. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, Klemmetsen I, Malt UF. Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res*. 2006 Nov; 61(5):637-44.
17. Montenegro ML, Vasconcelos EC, Candido Dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract*. 2008 Feb; 62(2):263-9.
18. Albert H. Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1999 Dec; 20(4):216-25.

19. Stuge B, Laerum E, Kirkesola G, Vøllestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. *Spine*. 2004; Feb 15:29(4)351-9.
20. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, Klemmetsen I, Malt UF. Continuing improvement of chronic pelvic pain in women after short-term Mensendieck somatocognitive therapy: results of a 1-year follow-up study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Oct 7.
21. Di Benedetto P, Coidessa A, Floris S. Rationale of pelvic floor muscles training in women with urinary incontinence. *Minerva Ginecol*. 2008 Dec; 60 (6):529-41.
22. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8 : (4):CD007471).
23. Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstetric Gynecol*. 2008 Mar; 198(3):272; 1-7.
24. Gokyildiz S, Kizilkaya Beji N, Yalcin O, Istek A. Effects of Percutaneous Tibial Nerve Stimulation Therapy on chronic pelvic pain. *Gynecol Obstet Invest*. 2012;73:99-105.
25. Fenton B, Durner C, Fanning J. Frequency and distribution of multiple diagnoses in chronic pelvic pain related to previous abuse or drug-seeking behavior. *Gynecol Obstet Invest*. 2008;65:247-51.
26. Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Shelley JM, Richters J: Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med J Aust*. 2008; 189: 138-43.
27. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH: The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *Br J Obstet Gynecol*. 1998; 105: 93-9.
28. Grace VM, Zondervan KT: Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and uses of the health services. *Aust NZ J Publ Health*. 2004; 28:369-75.
29. Fenton BW, Brobeck L, Witten E, Von Gruenigen V: Chronic pelvic pain syndrome-related diagnoses in an outpatient office setting. *Gynecol Obstet Invest* 2012; 74:64-7.
30. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L: Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *Gynecol Endocrinol* 2009; 25: 149-58.
31. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K: Factors predisposing women to chronic pelvic pain: a systematic review. *BMJ* 2006; 332: 749-55.
32. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ: Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study. *Rev Bras Gynecol Obstet*. 2010; 32: 247-53.

33. Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, Nogueira AA: High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. Int J ClinPract. 2009; 63: 707-11.

34. Grandi G, Xholli A, Ferrari S, Cannoletta M, Volpe A, Cagnacci A. Intermenstrual Pelvic Pain, Quality of Life and Mood. Gynecol Obstet Invest. 2013;75:97-100.

Recibido: 12 septiembre 2014

Aprobado: 1 noviembre 2014

MSc. Dra Jacqueline Martínez Torres. Centro de investigaciones Médico Quirúrgicas de La Habana. Playa. La Habana. Cuba.  
Email jacquemar@infomed.sld.cu

## **ANEXO 1**

Cuestionario de dolor McGill.

Edad\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Tiempo que hace que está padeciendo el dolor: Menos de seis meses \_\_\_\_ Más de seis meses\_\_\_\_\_

Lugar donde tiene el dolor: \_\_\_\_\_

Escolaridad: Primaria\_\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_\_ Preuniversitaria \_\_\_\_\_Universitaria

A. Favor describa el dolor que tuvo en la última semana. (Marque con una X en solo una casilla de cada línea.).

Ningún dolor Leve Moderado Fuerte

1. Palpitante 0 " 1 " 2 " 3 "

2. Como corriente eléctrica 0 " 1 " 2 " 3 "

3. Como una puñalada 0 " 1 " 2 " 3 "

4. Punzante 0 " 1 " 2 " 3 "

5. Como un calambre 0 " 1 " 2 " 3 "

6. Que corroe (que carcome) 0 " 1 " 2 " 3 "

7. Caliente - ardiente 0 " 1 " 2 " 3 "

8. Molesto 0 " 1 " 2 " 3 "

9. Como algo pesado 0 " 1 " 2 " 3 "

10. Sensible 0 " 1 " 2 " 3 "

11. Como si fuera a estallar o partir en dos 0 " 1 " 2 " 3 "

12. Cansador - agotador 0 " 1 " 2 " 3 "

13. Que da náuseas 0 " 1 " 2 " 3 "

14. Que da miedo 0 " 1 " 2 " 3 "

15. Violento - cruel 0 " 1 " 2 " 3 "

B. Evalúe el dolor que tuvo en la última semana.

La siguiente línea representa un dolor de intensidad creciente que va desde ningún dolor hasta el peor dolor posible. Marque una raya (|) que cruce la línea en la posición que mejor describa la intensidad de su dolor en la última semana.

0\_\_\_\_\_10

Ningún dolor Peor dolor

C. Evaluación de la intensidad del dolor actual.

0 " Ningún dolor.

1 " Leve.

2 " Molesto.

4 " Horrible

5 " Insoportable

En el test se evalúan 4 aspectos:

Componente nociceptivo evaluado en la dimensión sensitiva (ítem del 1 al 11) donde el paciente marca con una cruz según corresponda la opción donde:

× 0 es ningún dolor.

× 1 dolor leve.

× 2 dolor moderado.

× 3 dolor fuerte.

Se suman los puntos de los ítem, el mínimo de puntos a acumular es de 0 punto y el máximo es 33 puntos.

Componente afectivo-cognoscitivo (ítem del 12 al 15) donde el paciente marca con una cruz según corresponda la opción donde 0 es ningún dolor, uno es dolor leve, dos es dolor moderado y tres es dolor fuerte. Se suman los puntos de los ítem, el mínimo de puntos a acumular es de 0 punto y el máximo es 12 puntos.

En la dimensión afectiva se evalúa sentimientos de miedo, ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, creencias personales, espirituales, religiosas, el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. En pacientes con dolor crónico, el dolor mantenido de forma intensa se transfiere al plano afectivo ya que se altera el sueño y la realización de actividades de la vida diaria. Además, cuando el paciente no tiene una adecuada percepción de las relaciones interpersonales y roles sociales, es decir, hay necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente no es adecuada y se ve afectado el desempeño laboral, pueden manifestarse cambios en la esfera cognitiva (pérdida del autocontrol, alteración del pensamiento, frustración, alteración de la conducta).

Se suman todos los puntos para hallar el total acumulado y comparar el antes y el después en cada paciente.

- Escala analógica visual (EAV): mide la intensidad del dolor actual, se mide en cm donde cero es ningún dolor y 10 el peor dolor posible.

- Dolor percibido actual (DA): se representa en % y se clasifica en ningún dolor, leve, molesto, desesperante, horrible e insoportable.

## **ANEXO 2**

Cuestionario de vulnerabilidad psicosocial.

1. \_\_\_\_ Duermo tranquilo y me levanto descansado.
2. \_\_\_\_ Hay personas a las que yo les demuestro cariño y no me lo demuestran a mí.
3. \_\_\_\_ Puede confiar en mis parientes más cercanos.
4. \_\_\_\_ Hago ejercicios o trabajo físico hasta sudar.
5. \_\_\_\_ Lo que yo gano y en general los ingresos son de mi casa, me alcanza para mis necesidades.
6. \_\_\_\_ Mis creencias religiosas o filosóficas me hacen sentir confiado en el futuro.
7. \_\_\_\_ Asisto a las actividades sociales en la que paso ratos agradables.
8. \_\_\_\_ Tengo un grupo de buenos amigos en los que puedo confiar.
9. \_\_\_\_ Soy capaz de quejarme en voz alta cuando me siento molesto o irritado.

10. \_\_\_\_ Tengo amigos a los que puedo confiar mis problemas internos.
11. \_\_\_\_ Asisto a actividades de diversión tales como cine, teatros, fiestas.
12. \_\_\_\_ Converso de los problemas cotidiano con la gente que convive conmigo.
13. \_\_\_\_ Soy capaz de organizar bien mi tiempo.
14. \_\_\_\_ Me propongo cosas que están a mi alcance agarrarlas.
15. \_\_\_\_ Estoy seguro que puedo lograr éxito en mi vida futura.
16. \_\_\_\_ Mis éxitos y mis fracasos dependen de mis propias decisiones.
17. \_\_\_\_ El tiempo me alcanza para resolver mis problemas.
18. \_\_\_\_ Cuando me pasa algo desagradable logro controlarme con facilidad.
19. \_\_\_\_ Estoy satisfecho con lo que he logrado en mi vida.
20. \_\_\_\_ mantengo un estado de ánimo alegre.

Los números (del 1 al 5) significan lo siguiente:

- Casi siempre 1.
- Muchas veces 2.
- Algunas veces 3.
- Pocas veces 4.
- Casi nunca 5.

El test de vulnerabilidad psicosocial se realizó en el momento en que el paciente ingreso en el servicio para su tratamiento Versión de Pérez Lovelle, adaptada y estandarizada a la Población Cubana de la Prueba de Vulnerabilidad del Millar y Smith diseñado para buscar las causas de orden social, psicológico y fisiológico que determinan la vulnerabilidad al estrés en los individuos.

Recoge un grupo de aspectos sociodemográficos, edad, sexo, estado civil y escolaridad y consta de 20 índices en los cuales están reflejados según Pérez Lovelle las categorías que sustentan teóricamente la vulnerabilidad, Bienestar psicosocial y que se relacionan a continuación.

El cuestionario posee Instrucciones en las cuales se indica a los sujetos como responden su calificación en cuantitativa con valores del 1 al 5 que significan.

1. Casi siempre.
2. Muchas veces.
3. Algunas veces.



4. Pocas veces.

5. Casi nunca.

La puntuación total oscila entre 20 y 100 puntos, se consideran sujetos vulnerables a aquellos que obtengan una puntuación de 60 puntos y no vulnerables los que obtengan una puntuación menor de 60 puntos.

### ANEXO 3

Modos de afrontamiento (Lazaruz, Folkman, 1984).

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Nivel Escolar \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

HTA \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos de afrontamientos principales en las que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictos. Lea cada uno de los ítems que se indican a continuación y marque con una X la categoría que exprese qué medida actuó según se describe en cada una de ellas.

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación				
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor				
3. Me volqué en el trabajo en otra actividad para olvidarme de todo lo demás				
4. Creí que el tiempo cambiará las cosas que lo que tenía que hacer era esperar				
5. Me comprometí y me propuse sacar algo positivo de la situación				
6. Hice algo en lo que no creía pero al menos no me quedé sin hacer nada				
7. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación				
8. Me critiqué a mí mismo				
9. No intenté quemar mis noches sino que dejé alguna posibilidad abierta				
10. Confié en que ocurriera un milagro				
11. Seguí adelante con mi destino simplemente algunas veces tengo mala suerte				
12. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
13. Intenté guardar mis sentimientos				

14. Intenté mirar las cosas para el lado bueno				
15. Dormí más de lo habitual				
16. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema				
17. Acepté la simpatía y comprensión de algunas personas				
18. Me dije cosas que me hicieron sentir mejor				
19. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.				
20. Intenté olvidarme de todo.				
21. Busqué la ayuda de un profesional.				
22. Cambié, maduré como persona.				
23. Esperé ver lo que sucedería antes de hacer algo				
24. Me disculpé o hice algo para compensar				
25. Desarrollé y seguí un plan de acción				
26. Acepté la segunda mejor después de lo que no quería				
27. De algún modo exprese mis sentimientos				
28. Me di cuenta que yo fui la causa del problema				
29. Salí de la experiencia mejor de lo que entré				
30. Hablé con alguien que podía hacer algo concretó por mi problema				
31. Me alejé del problema por un tiempo, intenté tomar unas vacaciones.				
32. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando droga o medicamentos, etc				
33. Tomé una decisión importante o hice uso muy arriesgado				
34. Intenté no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso				
35. Tuve fe en algo nuevo				
36. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara				
37. Redescubrí lo que es importante en la vida				
38. Cambié algo para que las cosas fueran bien				
39. Evité estar con la gente en general				
40. No permití que me venciera: rehusé pensar en el problema mucho tiempo				
41. Pregunté a un pariente amigo y repetí su consejo				
42. Oculté a los demás lo mal que me				

iban las cosas				
43. No tomé en serio la situación me negué a considerarla en serio				
44. Le conté a alguien como me sentía				
45. Me mantuve firme y peleé por lo que quería				
46. Me desquité con los demás				
47. Recurrí que algunos pasados no me había encontrado antes en una situación similar				
48. Saber lo que había que hacer, redoblé mis esfuerzos y las cosas marchan bien				
49. Me negué a creer lo que había ocurrido				
50. Me prometí que la próxima vez las cosas serían distintas				
51. Propuse un par de soluciones distintas al problema				
52. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto				
53. Intenté que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas				
54. Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.				
55. Cambié algo en mi				
56. Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente				
57. Deseé que la situación se desfavoreciera o terminará de algún modo				
58. Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas				
59. Recé, oré				
60. Me preparé para lo peor.				
61. Repasé mentalmente lo que haría o decía				
62. Pensé como dominar la situación				
63. Recordé cuán peor podrían ser las cosas				
64. Hice ejercicios				
65. Intenté algún destino de todo lo anterior (por favor descríballo)				

El test de modos de afrontamiento de Folkman y Lazaruz se realizó al momento del ingreso del paciente al servicio para recibir tratamiento.

Tiene como objetivo estudiar los modos característicos de afrontamiento de un individuo ante situaciones conflictivas generadoras de estrés. El instrumento consta de 65 índices, los que se corresponden con los criterios explicados a continuación, en función de la medida en el que el sujeto respondió o actuó como desearía ante cada uno de ellos.

El puntaje medio se comporta de la siguiente forma:

Puntaje medio

- 0 = En absoluto.
- 1 = En alguna medida.
- 2 = Bastante.
- 3 = En gran medida.

Para su evaluación ordinaria los índices están clasificados en ocho subescalas. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que utiliza con mayor frecuencia.

- Escala 1. Confrontación: describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto modo de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. Los índices que componen la subescala son: 6, 7, 17, 28.

- Escala 2. Distanciamiento: describe esfuerzos para separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo. Los índices que componen la subescala son: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41, 44.

- Escala 3. Autocontrol: describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. La subescala está conformada por los índices: 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63.

- Escala 4. Búsqueda de apoyo social: describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información, apoyo moral, simpatía o comprensión. Esta subescala está compuesta por los índices: 8, 18, 31, 42 y 45.

- Escala 5. Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. Esta subescala está representada por los índices: 9, 25, 29 y 51.

- Escala 6. Huida-Evitación: describe el pensamiento desiderativo. Los índices de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los índices de la escala distorsionamiento que sugieren separación. Está compuesto por los índices: 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59.

- Escala 7. Planificación: describe los esfuerzos de aberrados y centrados en el problema para alterar la situación unido a la aproximación analítica para resolver problema. Los índices son: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49 y 52.

- Escala 8. Reevaluación positiva: describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Los índices son: 20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60.