

ORIGINAL

## Factores psicológicos en mujeres que padecen pelvialgia crónica grave operadas por laparoscopia o laparotomía

E.M. Martínez Lopera<sup>a,b,\*</sup>, R. Pérez Lucas<sup>b</sup>, A. Salamanca Ballesteros<sup>a</sup>, C. Padilla Vinuesa<sup>b</sup>, L. Navarrete López-Cózar<sup>a</sup> y J. Florido Navío<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Cecilio, Granada España

Recibido el 28 de enero de 2013; aceptado el 24 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Ansiedad;  
Depresión;  
Dolor pélvico crónico

### Resumen

**Propósito del trabajo:** Analizar la importancia del factor psicológico, entendido como niveles de ansiedad y depresión, en mujeres que padecen dolor pélvico crónico y discutir la posible relación que existe entre estos factores psicológicos y la permanencia del dolor posquirúrgico. **Material y métodos:** Se estudió a un grupo de 41 mujeres que padecían dolor pélvico crónico durante más de 6 meses y a las cuales se les realizó como método diagnóstico-terapéutico laparoscopia o laparotomía. Los resultados fueron comparados con el grupo control constituido por 86 mujeres que acudían a consulta para ligadura tubárica bilateral quirúrgica. Estas pacientes fueron entrevistadas previamente a la cirugía para evaluar sus niveles de depresión mediante el test de Beck y de ansiedad mediante la escala de STAI. Tras la cirugía, se evaluó la permanencia del dolor mediante una encuesta telefónica.

**Resultados:** Las pacientes del grupo algia pélvica mostraron unos mayores niveles de depresión y de ansiedad estado respecto al grupo control sin diferencias significativas en cuanto a la ansiedad rasgo. Un alto porcentaje de pacientes del grupo algia pélvica permanece con dolor poscirugía en comparación con el grupo control cuando se las entrevista a los 3 meses de la intervención.

**Conclusión:** Las mujeres con dolor pélvico de más de 6 meses de duración ven afectada su calidad de vida por un aumento en los niveles de depresión y ansiedad estado, lo que podría influir en la permanencia del dolor tras la eliminación de la causa ginecológica que supuestamente lo provoca, hasta 3 meses pasada la cirugía.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [evalopera@gmail.com](mailto:evalopera@gmail.com) (E.M. Martínez Lopera).

**KEYWORDS**

Anxiety;  
Depression;  
Chronic pelvic pain

**Psychological factors in women with severe chronic pelvic pain undergoing open or laparoscopic surgery****Abstract**

**Purpose:** To analyze the importance of psychological factors, understood as levels of anxiety and depression, among women with chronic pelvic pain and to evaluate the possibility of a relationship between these psychological factors and the persistence of pain after surgery.

**Material and methods:** We studied 41 women with chronic pelvic pain for more than 6 months who had undergone laparoscopy or laparotomy as a diagnostic-therapeutic method. The results in these women were compared with those in a control group of 86 women attending the clinic for bilateral tubal ligation. These patients were interviewed before surgery to evaluate their depression and anxiety levels using the Beck test and the STAI scale. The persistence of pain after surgery was assessed through a telephone survey.

**Results:** Levels of depression and anxiety were higher in the chronic pelvic pain group than in the control group but no differences were found in the trait anxiety variable. When interviews were carried out 3 months after surgery, the percentage of patients who continued to have postoperative pain was significantly higher in the chronic pelvic pain group than in the control group.

**Conclusion:** Quality of life is impaired in women experiencing pelvic pain for more than 6 months, due to increased levels of depression and state anxiety. Persistence of pain 3 months after surgery, despite elimination of its apparent gynecological cause, could be influenced by anxiety and depression.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El dolor pélvico crónico (DPC) se define como aquel dolor situado en la región pélvica, no relacionado exclusivamente con la menstruación o con las relaciones sexuales, cuya duración es al menos de 6 meses y cuya intensidad interfiere en las actividades cotidianas, requiriendo tratamiento médico o quirúrgico<sup>1,2</sup>.

El DPC afecta al 14-24% de las mujeres en edad reproductiva, teniendo una repercusión directa sobre sus relaciones sociales y de pareja<sup>2</sup>.

La etiología no está clara; se plantea que puede ser el resultado de la interacción de varios factores de tipo gastrointestinal, urinario, ginecológico, musculoesquelético, neurológico, psicosocial y endocrinológico. Así mismo, tampoco está claro el papel que pueden jugar los aspectos psicológicos en su etiología o en su mantenimiento. El estudio realizado por Romão et al. en 2009 encuentra grandes diferencias en los niveles de ansiedad y depresión entre mujeres con DPC y mujeres sanas. Sobre todo en los niveles de depresión, con una incidencia del 73% para el grupo con DPC y del 37% para el grupo control<sup>1</sup>.

Se ha visto una fuerte asociación entre el DPC y los niveles de ansiedad y depresión<sup>1</sup>. Cuando se habla de DPC en mujeres, la literatura se centra sobre todo en una enfermedad orgánica encontrada en un porcentaje elevado de estas mujeres que es la endometriosis<sup>3</sup>.

Las mujeres que sufren endometriosis tienen gran susceptibilidad a padecer desórdenes mentales<sup>4</sup> y, a menudo, el diagnóstico de depresión o de estado de ansiedad es tardío. Incluso algunos autores como Lorençatto et al. afirman que los estados de ansiedad y depresión desempeñan un importante papel en la cronicidad de la endometriosis pélvica<sup>5</sup> a pesar de que la gravedad de la enfermedad orgánica no tiene relación con la gravedad de los estados depresivos<sup>6</sup>.

Por tanto, el objeto de este estudio es analizar la importancia del factor psicológico, entendido como niveles de ansiedad y depresión, en mujeres que padecen DPC y discutir la posible relación que existe entre estos factores psicológicos y la permanencia del dolor posquirúrgico.

## Material y métodos

### Participantes y procedimiento

Se investigó un grupo de 41 mujeres que solicitaban atención médica en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada (España), por padecer DPC, las cuales fueron tratadas con cirugía laparoscópica o laparotómica con objeto de eliminar la causa ginecológica del dolor pélvico (grupo de estudio). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres sexualmente activas con dolor pélvico de más de 6 meses de duración y con una intensidad del mismo mayor de 5 en una escala del 0 al 10; pacientes con un adecuado nivel de estudios que les permitiera entender claramente los cuestionarios utilizados Beck<sup>7</sup> y State-Trait Inventory (STAI)<sup>8</sup>; participación voluntaria en el estudio. El grupo control lo formaron 86 pacientes que acudieron a la consulta de planificación familiar del hospital Universitario San Cecilio para realizarse una ligadura de trompas y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. La historia de DPC o la enfermedad ginecológica previa en estas pacientes fueron consideradas como criterios de exclusión. Las participantes de ambos grupos pertenían al rango de edad de los 32-33 años sin diferencias en el nivel sociocultural y sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica. El porcentaje de pacientes multíparas sí fue mayor en el grupo control (92%). Las participantes completaron de forma privada 2 cuestionarios previos a la cirugía. El primero de ellos fue la escala

**Tabla 1** Hallazgos operatorios en ambos grupos de estudio

Hallazgos operatorios	Grupo DPC n (%)	Grupo control n (%)
Endometriosis	27(65,8)	0(0)
Síndrome adherencial	6(14,6)	6(6,9)
Quiste ovárico	2(4,9)	0(0)
Piosalpinx	2(4,9)	0(0)
Varicocele	2(4,9)	2(4,9)
Nada	2(4,9)	78(93)

DPC: dolor pélvico crónico.

de Beck con objeto de medir el nivel de síntomas depresivos y el segundo fue el test de STAI con el que evaluamos los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo de las pacientes previos a la cirugía.

Para evaluar la persistencia del dolor pélvico tras 3 meses de la cirugía, se realizó a cada paciente una entrevista telefónica. Solo fue posible contactar con 34 mujeres del grupo de estudio y con 82 mujeres del grupo control.

### Análisis estadístico

Para dicho análisis se recurrió al programa SPSS (v.17.0). Se realizó un análisis univariante para completar un descriptivo que determinara el perfil de ambos grupos de estudio. El análisis bivariante para comparar las principales variables se realizó con la chi cuadrado y la t de Student.

### Resultados

En la **tabla 1** podemos observar los hallazgos operatorios encontrados en ambos grupos de estudio donde destaca como hallazgo principal en el grupo problema la endometriosis con un 65,8%.

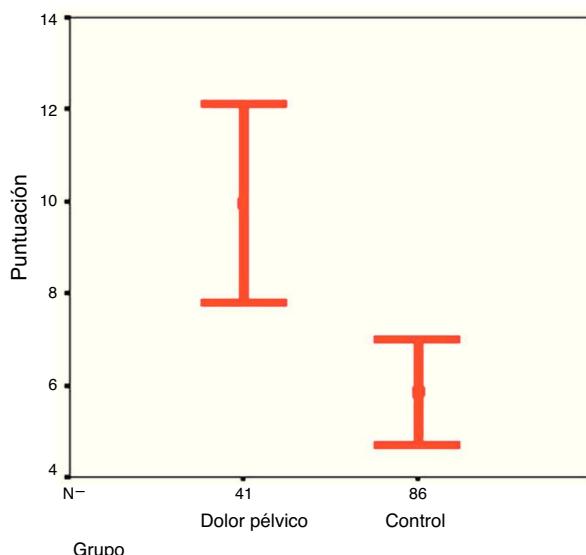


Figura 1 Test de Beck (media ± 2 errores estándar).

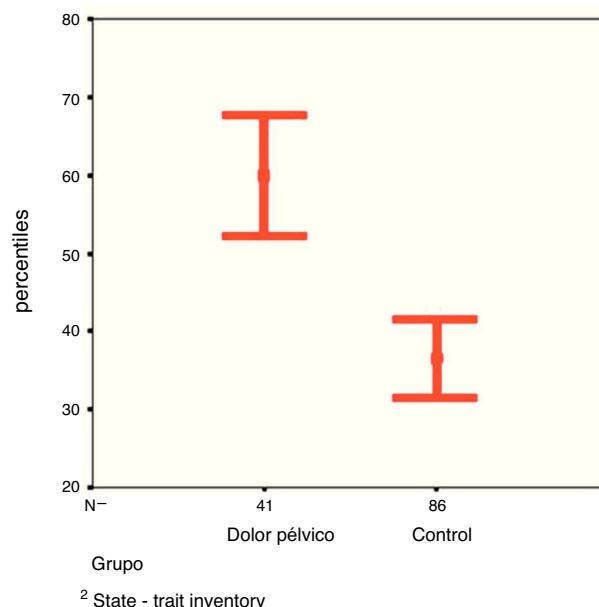


Figura 2 Ansiedad estado de STAI<sup>2</sup> (percentiles ± errores estándar).

En la **figura 1** se analizan las respuestas de las mujeres de ambos grupos en el test de Beck. El grupo DPC muestra resultados definitivos con una media de 9,95 y un error estándar de la media de 1,071, con una desviación estándar de 6,855. La prueba de Beck en la muestra de control de grupo promedio de 5,68 y un error estándar de la media de 0,580, con una desviación estándar de 5,378. Se encontró que las puntuaciones de las mujeres DPC en la prueba de Beck fueron significativamente mayores que las del grupo control ( $p < 0,001$ ).

La **figura 2** muestra las puntuaciones obtenidas de ambos grupos de estudio en el test de STAI ansiedad estado. El grupo DPC presenta unos resultados definitivos con una media de 59,85 percentiles y un error estándar de la media de 3,823, con una desviación estándar de 24,481. La prueba STAI en las mujeres del grupo control presentan una media de 36,53 percentiles y un error estándar de la media de 2,529, con una desviación estándar de 23,454. Por lo tanto, el resultado del estado de ansiedad en el ensayo de STAI fue significativamente mayor en el grupo DPC ( $p < 0,0001$ ).

La **figura 3** muestra las puntuaciones obtenidas a partir de ambos grupos de estudio en el ensayo de STAI ansiedad rasgo. El grupo presenta unos resultados definitivos con una media de 46,73 percentiles y un error estándar de la media de 4,864, con una desviación estándar de 31,143. La prueba STAI en las mujeres del grupo control presenta una media de 35,34 y un error estándar de la media de 2,705, con una desviación estándar de 25,086. Por lo tanto, no hay diferencias significativas en los resultados de la ansiedad rasgo entre los 2 grupos de estudio.

En la **tabla 2**, se puede observar que un mayor porcentaje de las mujeres del grupo de DPC continuó experimentando dolor pélvico después de la intervención quirúrgica que en el grupo de control: 41% de DPC en contraste con el 8,5% del grupo de control. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

**Tabla 2** Dolor postoperatorio

Dolor postoperatorio	Grupo DPC n (%)	Grupo control n (%)	Total n (%)
Sí	14 (41)	7 (8.5)	21 (18)
No	20 (59)	75 (91.5)	95 (82)
Total	34 (100)	82 (100)	116 (100)

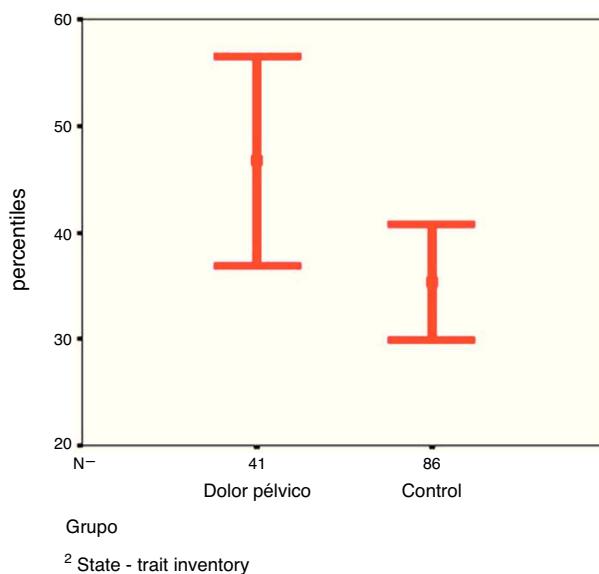
Chi cuadrado de Pearson: 17,721.

DPC: dolor pélvico crónico.

## Discusión

De los resultados obtenidos se desprende que el grupo de DPC padecía mayores niveles de ansiedad y depresión. Estos resultados coinciden con la literatura publicada<sup>9-11</sup>. El hecho de que no existan diferencias en la ansiedad rasgo sugiere que la alteración psicológica en estas pacientes debe ser entendida como la consecuencia de una enfermedad crónica. Es también relevante el hecho de que casi la mitad de las pacientes del grupo DPC cuando se las entrevista a los 3 meses de la cirugía continúan con el dolor, por lo que la hipótesis de que el DPC sea debido a una causa orgánica exclusivamente se tambalea<sup>12</sup>. Es muy probable que las alteraciones psicológicas encontradas en estas pacientes antes de la cirugía influyan en la persistencia del dolor tras la misma. Cada vez hay más estudios que avalan una hipótesis neuroendocrina para explicar el DPC y su relación con la depresión. Se habla de un sistema límbico hipervigilante que constantemente provoca pequeñas contracciones de los músculos de la pelvis en respuesta al dolor, lo que perpetúa las molestias<sup>13</sup> y una disfunción del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal que podría explicar los síntomas depresivos que acompañan al DPC<sup>14</sup>. En relación con el dolor postoperatorio, estudios recientes han propuesto el uso de analgesia epidural, como una forma de reducir el riesgo de sufrir DPC después de la histerectomía abdominal<sup>15</sup>. Hasta la fecha,

pocos estudios han comparado mujeres con DPC con mujeres sanas. Esta brecha en nuestra comprensión nos llevó a comparar a las mujeres con DPC y a las que consultaron por razones de planificación familiar, más que para un problema ginecológico. Nos aprovechamos del hecho de que tanto las mujeres con diagnóstico de DPC como las mujeres que consultaron por la planificación familiar fueron programadas para una laparotomía o laparoscopia. Esto nos permitió comparar los resultados del examen directo de los genitales internos en los 2 grupos. Dado que las mujeres que solicitan planificación familiar son sexualmente activas, esto se convirtió en un criterio de inclusión necesario en el grupo problema, para asegurar la homogeneidad de la muestra. Nuestro grupo publicó un estudio en 2008<sup>16</sup> relativo a la sexualidad de las mujeres con DPC y el único parámetro diferente al grupo control encontrado fue la dispareunia, sin ningún efecto significativo en la frecuencia ni en la incidencia de orgasmo ni en el grado de satisfacción sexual. Por lo tanto, las mujeres con DPC son más susceptibles de sentir dolor coital pero no tienen rasgos distintivos de personalidad que se manifiesten en una sexualidad diferente a la de la población general. Como vemos, es esencial hacer hincapié en los niveles de ansiedad y depresión en el momento de la entrevista clínica de las pacientes con DPC y el seguimiento de estas mujeres antes y después de la cirugía para futuros estudios sobre la evolución de los niveles de ansiedad y depresión en ellas.

**Figura 3** Ansiedad rasgo de STAI<sup>2</sup> (percentiles ± errores estándar).

## Conflictivo de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Romão AP, Gorayeb R, Romao GS, Poli-Neto OB, Reis Reis FJ. High levels of anxiety and depression have a negative effect quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2009;63:707-11.
- Ter Kuile M, Weijnenborg P, Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: The role of anxiety and depression. *J Sex Med.* 2010;7:1901-10.
- Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo J, Abac S. Patients' report on how endometriosis affects health, work and daily life. *Fertil Steril.* 2010;93:2424-8.
- Ssepulcri R, Do Amaral V. Depressive symptoms, anxiety and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;142:53-6.
- Lorençatto C, Vieira M, Pinto C, Petta C. Avaliação da freqüência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48:217-21.

6. Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M. Is personality involved in the expression of dysmenorrheal in patients with endometriosis? *Am J Obstet Gynecol.* 1993;196:723-5.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4: 561-71.
8. Spielberger CD, Jacobs G, Russell S, Crane R. Advances in personality assessment, vol. 2. California (EE.UU.): LEA; 1983. p. 159-91.
9. Winokur G, Cadorner R, Dorzab J. Depressive disease: A genetic study. *Arch Gen Psychiatry.* 1971;24:135-44.
10. Beard RW, Belsey EM, Liberman BA, Wilkinson JC. Pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;128: 566-70.
11. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J. Relationships chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry.* 1998;145:75-80.
12. Cuenca C, Salvatierra V, Florido J. Características psicológicas y hallazgos laparoscópicos en la pelvialgia crónica de la mujer. *Tokoginecol Pract.* 1998;47:195-8.
13. Bradford W. Limbic associated pelvic pain: A hypothesis to explain the diagnostic relationships and features of patients with chronic pelvic pain. *Med Hypotheses.* 2007;69:282-6.
14. Wingenfeld K, Hellhammer D, Schmidt I, Wagner D, Meinlschmidt G, Heim C. HPA axis reactivity in chronic pelvic pain: Association with depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009;30:282-6.
15. Brandsborg B, Nicolajsen L, Pain D, Hansen C, Kehlet H, Jensen T. Risk factors for chronic pain after hysterectomy. *Anesthesiology.* 2007;106:1003-12.
16. Florido J, Pérez-Lucas R, Navarrete L. Sexual behavior and findings on laparoscopy or laparotomy in women with severe chronic pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;139:233-6.