



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2022-2023
Trabajo de Fin de Grado

**Dolor crónico músculo-esquelético y
sesgos de género. Revisión sistemática
con una perspectiva enfermera**

Alumna: Irene Ferro Galardi

Tutor/a: Dra. Inmaculada Pérez Soto

Cotutor/a: Dra. Eva Sobas Abad

RESUMEN

Introducción. El dolor crónico (DC) en España, afecta a un 28,2% de las mujeres frente a un 17,5% de los hombres. La justificación es multifactorial, aunque lo más determinante son los factores psicosociales, entre los cuales, están los roles de género.

Objetivos. Estudiar los factores psicosociales que influyen en el DCME y su abordaje terapéutico, con especial atención al género.

Método. Revisión sistemática de estudios científicos. Se realizó una búsqueda en las bases de datos WOS, PubMed y Cochrane, filtrando por tipo de artículo (revisión sistemática, meta-análisis y ensayo clínico). Se seleccionaron aquellos publicados en los últimos 5 años, en inglés o español, que trataran sobre DCME en población adulta.

Resultados. Se encontraron 511 artículos, de los cuales 15 fueron incluidos en la revisión, 11 revisiones sistemáticas y 4 ECAs. La ansiedad y depresión, la catastrofización y las conductas de miedo-evitación son predictores de cronificación y discapacidad. Existe un sesgo negativo hacia la mujer con dolor crónico. Es fundamental que el enfoque sea biopsicosocial e interdisciplinar.

Discusión y conclusiones: Los roles de género afectan en la vivencia y afrontamiento del DC. El dolor de la mujer se considera de causa psicosomática, lo que se traduce, en un manejo menos eficaz, y una necesidad de legitimización de sus síntomas. El tratamiento debería comprender una evaluación del dolor multidimensional y un abordaje conservador, que incluya educación, ejercicio y terapia cognitivo-conductual. La enfermera conocedora de los factores psicosociales individuales y consciente de sus propios sesgos, desarrollará una mejor alianza terapéutica.

Palabras clave: Sesgos de género, dolor crónico, dolor musculoesquelético, tipos de afrontamiento, manejo del dolor, biopsicosocial.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is present in 28,2% of women and 17,5% of men among the Spanish population. The reasoning is multifactorial, but psychosocial factors and gender roles are very determinant.

Objectives: to analyze the psychosocial factors that influence on chronic musculoskeletal pain (CMSP) and its management, with a focus on gender bias.

Method: systematic review of scientific papers. A research was conducted in WOS, PubMed and Cochrane, applying filters for type of article (systematic review, meta-analysis and clinical trial). Articles about CMSP in adults, published in the last 5 years, and written in Spanish or English were selected.

Results: from the 511 articles found, 15 were finally included, 11 systematic reviews and 4 clinical trials. Anxiety and depression, catastrophizing and fear-avoidance behaviors lead to more pain chronification and disability. There is a negative bias towards women with CMSP. A biopsychosocial approach and an interdisciplinary treatment are needed.

Discussion and conclusions: gender roles influence the experience and coping style in CMSP. The pain reported by women is regarded as psychosomatic, leading to a less effective pain management and a constant need of legitimization of their symptoms. The best management should include a multidimensional pain evaluation, as well as a biopsychosocial and conservative treatment plan including education, exercise and cognitive behavioral therapy. A nurse who understands the individual psychosocial factors and who is conscious about her own bias will be able to develop a better relationship and improve the adherence to treatment.

Keywords: gender bias, chronic pain, chronic musculoskeletal pain, coping styles, pain management, biopsychosocial.

INDICE DE CONTENIDO

INDICE DE ABREVIATURAS

GLOSARIO DE TÉRMINOS

INTRODUCCIÓN	1
Epidemiología	1
Definición dolor crónico musculo esquelético	1
Entidades clínicas y factores de riesgo de dolor crónico ME	2
Desigualdades de género en salud	3
Sesgos de género en la atención sanitaria	3
Análisis de la literatura: Factores biopsicosociales en el dolor crónico.....	4
Dolor crónico y enfermería.....	4
Justificación	5
OBJETIVOS	6
Hipótesis	6
Pregunta PICOT	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
MATERIAL Y METODOS	7
Diseño del estudio	7
Estrategia de búsqueda	7
Criterios de inclusión y exclusión	8
Extracción, análisis y síntesis de la información	8
Valoración del riesgo de sesgos	9
RESULTADOS	10
Búsqueda.....	10
Características de los estudios incluidos	10
Calidad de la evidencia.....	11
Exposición de resultados	11
DISCUSIÓN	13
Enfoque de la revisión con perspectiva de género	13
Factores psicosociales en la vivencia del DCME.....	13

Sesgos de género en el manejo del DCME	15
Abordaje terapéutico con enfoque biopsicosocial	18
Limitaciones	21
Fortalezas	22
Implicaciones para la práctica y líneas de investigación futura.....	23
CONCLUSIONES.....	24
Declaración de conflictos de interés.....	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS	28

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estrategia de búsqueda	7
Tabla 2: Análisis de los artículos incluidos	30
Tabla 3: Resumen de las revisiones sistemáticas incluidas	31
Tabla 4: Resumen de los ECA incluidos	34

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo.	28
Figura 2: Sesgos implícitos del clínico y su influencia en el proceso del cuidado	29

INDICE DE ABREVIATURAS

AP: Atención primaria

AVD: actividades de la vida diaria

CIE: clasificación internacional de enfermedades

DC: dolor crónico

DCME: dolor crónico músculo-esquelético

ECA: ensayo clínico aleatorizado

ELA: *early life adversity*, traducido como adversidad en edades tempranas

FM: fibromialgia

IASP: *International Association for the Study of Pain*

JB: *Joanna Briggs Institute*

ME: musculo- esquelético

OMS: organización mundial de la salud

RMN: resonancia magnética nuclear

SES: *socio-economic status*, traducido como estatus socioeconómico

SNC: Sistema nervioso central

TIC: *trauma informed care*, cuidados que consideran el trauma psicológico

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Afrontamiento del dolor. Se refiere a las estrategias conductuales, emocionales o cognitivas empleadas para el manejo del dolor, que pueden ser adaptativas o maladaptativas, en función de su utilidad para reducir el dolor(1).

Conducta de *avoidance* o evitación. La conducta de evitación hace referencia a la disminución de la actividad física o de las AVD con el objetivo de disminuir el dolor. Se considera una estrategia maladaptativa(2).

Conducta de *persistence*, traducida como persistencia, resistencia o confrontación. Es la determinación de continuar con las actividades a pesar del dolor. Puede ser adaptativa o maladaptativa. Llevado al extremo, puede derivar en la conducta descrita como *overactivity* o sobreuso, con incremento del dolor y periodos de incapacidad funcional para las AVD(2).

Conducta de *pacing* o graduación de la actividad. Es una estrategia frente al dolor que trata de dividir las AVD en tareas más pequeñas y manejables. Es una conducta adaptativa que, utilizada como parte del tratamiento, puede permitir la funcionalidad del paciente sin una exacerbación de los síntomas(2).

Catastrofización: respuesta emocional y cognitiva al dolor, que consiste en una magnificación del dolor (“el peor dolor que he sentido nunca”), rumiación (“no puedo dejar de pensar en el dolor”) y desesperanza (“no hay nada que pueda hacer para sentir mejoría”)(1).

ELA: los eventos traumáticos en edades tempranas se relacionan con un riesgo 2-3 veces mayor de desarrollar DCME. El trauma puede tomar muchas formas, como el abuso físico, psicológico o sexual durante la infancia, o eventos estresantes como la hospitalización prolongada o la pérdida de un ser querido(1).

Expectativas: las expectativas relacionadas con el dolor influyen en la experiencia y en los resultados del tratamiento activo y del placebo. Una predisposición positiva está relacionada a mayor control, uso de estrategias de afrontamiento activas y mayor funcionalidad(1).

Miedo relacionado al movimiento: comprende creencias de miedo-evitación, ansiedad en relación al movimiento, y miedo al movimiento o Kinesiofobia(3).

INTRODUCCIÓN

Epidemiología

El dolor crónico (DC) es un problema importante en las sociedades occidentales, un reto para el sistema de salud y un inconveniente laboral, por la elevada tasa de absentismo. El DC es la patología que más días de actividad laboral perdida provoca en España (4). En Europa, el 18% de la población sufre dolor moderado-severo de carácter crónico (5,6), con una incidencia al alza(7). En España, la prevalencia es del 28,2% entre mujeres, y 17,5% entre hombres(4).

Definición dolor crónico musculo esquelético

“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”(8). Se denomina DC aquel con una duración mayor de 3 meses(9), que a diferencia del dolor agudo no cumple una función protectora del organismo y por tanto se considera patológico(10,11).

La *International Association for the Study of Pain* (IASP) ha asesorado a la Organización mundial de la salud (OMS) para la realización de una nueva clasificación pragmática del dolor registrada en la CIE-11. La nomenclatura considera primero la etiología, seguido del mecanismo fisiopatológico y por último el área anatómica(9).

La nueva clasificación por etiología distingue siete grupos dentro del dolor crónico: dolor crónico primario, dolor crónico por cáncer, dolor crónico postquirúrgico o postraumático, dolor crónico neuropático, dolor orofacial y cefalea, dolor visceral crónico y dolor crónico musculoesquelético (DCME). Esta clasificación permite diferenciar dos entidades. Por un lado el dolor crónico primario, considerado como enfermedad en sí misma, en el que se incluyen formas como fibromialgia (FM), dolor crónico pélvico, cefalea primaria, síndrome de colon irritable y DCME. Por otro lado el dolor crónico secundario, considerado síntoma de una condición clínica subyacente(9).

La IASP describe el DCME primario como: dolor crónico en músculos, huesos, articulaciones o tendones caracterizado por afección emocional (ej.: ansiedad, ira, frustración, depresión) o por incapacidad funcional(6). Es característico que la intensidad de los síntomas no se correlaciona necesariamente con la severidad de la lesión en el tejido musculoesquelético(6).

De acuerdo a la clasificación por fisiopatología, el dolor puede ser nociceptivo, neuropático, nociplástico, idiopático o mixto(6).

Recientemente la IASP ha descrito el dolor nociplástico como aquella entidad donde hay una activación de la nocicepción periférica sin evidencia de lesión tisular ni del sistema nervioso somatosensorial(6). Los estudios con resonancia magnética (RMN) han permitido evidenciar cambios en la anatomía y función del sistema nervioso central (SNC) en distintas condiciones de DCME. Se produce una reorganización de la actividad neuronal, con una menor activación de la corteza somatosensorial (característica en el dolor nociceptivo), y una mayor activación en el sistema corticolímbico o circuito emocional(12).

La nocicepción hace referencia a los estímulos sensitivos potencialmente dolorosos que viajan desde el sistema nervioso periférico al SNC. La nocicepción requiere de la corteza cerebral para convertirse en una experiencia de dolor(10). La corteza cerebral es única en cada individuo, se modela en función de la biología, la cultura y el aprendizaje de experiencias previas. En ese sentido, la corteza puede ser femenina o masculina(10).

Entidades clínicas y factores de riesgo de dolor crónico ME

El dolor lumbar crónico afecta a un 30-40% de la población adulta, 15-20% sufre dolor cervical y de hombro, 10-15% dolor de rodilla, mientras que la FM está presente en un 2% de la población. La edad y el sexo son los factores más determinantes(6). Ser mujer es un factor de riesgo para el desarrollo de dolor crónico(11,13). El caso más evidente es la distribución de la FM, con un ratio de 4:1 de mujeres frente a hombres diagnosticados(6).

Otros factores de riesgo para el desarrollo de dolor crónico son un menor nivel educacional, estilo de vida sedentario, disminución de la interacción social, nivel bajo de ingresos, trabajo manual, insomnio, ansiedad y depresión(6,14).

Desigualdades de género en salud

Se denomina morbilidad diferencial al conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen atención específica en las mujeres, por ser específico en ellas o presentar mucha mayor prevalencia, entre otros: anemia, enfermedades autoinmunes, enfermedades endocrinas, ansiedad, depresión y dolor crónico(4).

La esperanza de vida de las mujeres es siete años mayor que la de los hombres, pero la calidad de vida percibida es peor, y la incapacidad es el doble. Esta paradoja, más que a diferencias biológicas entre los sexos, parece responder al reparto desigual de tareas y la simultaneidad de roles dentro y fuera del hogar(14,15). La situación social de la mujer es un factor importante en su salud, pero a menudo pasa desapercibido para los sanitarios. Un abordaje integral, bajo un paradigma biopsicosocial y con perspectiva de género, es necesario para evitar las desigualdades en salud(15).

En 1999 la IASP constituyó el grupo de interés sobre sexo género y dolor(4). En 2007, dicho grupo declaró que las hembras y mujeres están infrarrepresentadas en estudios de investigación, y recomendó que se examinaran el sexo y género como variables en el estudio del dolor(5).

El sexo hace referencia a factores biológicos como la genética, hormonas sexuales, anatomía y fisiología; que definen a hombres y mujeres(16,17). El género está asociado a factores psicológicos y socioculturales. Define las expectativas sobre los intereses, creencias, atributos y roles que una cultura atribuye a cada persona según el sexo biológico(5,14,16,17).

Sesgos de género en la atención sanitaria

Los sesgos indican la valoración favorable o desfavorable hacia una persona o grupo(18), y suelen estar basados en estereotipos(7). Se prejuzga a otras personas por sus características físicas, su etnia, orientación sexual, género y edad, entre otros(18). Los individuos que actúan de acuerdo a sus sesgos pueden o no ser conscientes de su propia evaluación estereotipada. En el contexto sanitario, un profesional con sesgo implícito (inconsciente) puede prejuzgar y tomar decisiones insensatas y discriminatorias, dando como

resultado un perjuicio del paciente(7,18). Un ejemplo a gran escala es la constatación de que las mujeres toman mucha más medicación antidepresiva, consecuencia de que su dolor sea considerado como psicológico o emocional(5). Y al contrario, el dolor sin causa física y la enfermedad mental pueden estar infra-diagnosticados en el hombre(5).

Análisis de la literatura: Factores biopsicosociales en el dolor crónico

Durante años la gran pregunta que ha centrado la investigación es si las mujeres presentan más dolor crónico o simplemente tienen un menor umbral de dolor. Dos grandes revisiones encabezadas por Fillingim y Greenspan, concluyeron que hay 42 entidades que pueden producir dolor entre las mujeres frente a 18 entre los hombres, y 24 entidades en las que el sexo era indiferente(19,20). Como conclusión, no es tanto la sensibilidad sino la mayor prevalencia de enfermedad crónica en la mujer la que condiciona estas diferencias(4,19,20).

Es innegable que las mujeres sufren más DC o dolor persistente(4,5,11,14,21). La justificación es multifactorial e implica factores anatómicos, fisiológicos, neurales, hormonales, psicológicos, sociales y culturales(10,14,21). Los factores psicosociales han demostrado tener mayor influencia que los biológicos(20,22). Entre ellos, el género repercute en la vivencia del dolor, en la construcción de su significado y en su afrontamiento(23).

Dolor crónico y enfermería

La enfermería tiene un papel fundamental en el manejo del DCME. Entre los diagnósticos, intervenciones y resultados de la actividad enfermera publicados por el manual NNNConsult en relación al dolor, cabe destacar los siguientes(24):

Como diagnóstico NANDA, el Síndrome de dolor crónico.

Como resultado NOC, la satisfacción del paciente.

Como intervención NIC, el manejo del dolor crónico.

Justificación

El dolor crónico es un problema con una incidencia al alza en nuestra sociedad, cuyo coste económico total (directo + indirecto) en España se estima entorno al 2,5% del PIB(25). Es la primera causa de consulta en Atención primaria (AP) entre las mujeres, y la principal causa de abandono de la actividad laboral en España(4). Además, el DC tiene una gran repercusión personal y emocional que se refleja en una menor calidad de vida y riesgo de desarrollar discapacidad y aislamiento social.

Ser mujer es un factor de riesgo para el desarrollo de DC(4,5,11,14,21). Las causas de esta morbilidad diferencial son múltiples, pero pueden ser agrupadas en factores biológicos tradicionalmente asociados al sexo y factores psicosociales relacionados con el género(20). Estos últimos han demostrado ser los más determinantes en la experiencia del DCME(20,22).

El personal sanitario no está exento de tener sesgos implícitos, que llevan a actuaciones discriminatorias en el diagnóstico y/o tratamiento(7,18). Es necesario concienciar a sanitarios de sus propios sesgos para facilitar la equidad en el tratamiento del DC. La enfermera tiene un papel fundamental en el manejo del paciente con dolor, y con su actitud puede mejorar o empeorar la alianza terapéutica(26).

OBJETIVOS

Hipótesis

La práctica consciente y la eliminación de los estereotipos de género, por parte del personal sanitario, pueden mejorar la atención de la persona que sufre dolor crónico musculoesquelético.

Pregunta PICOT

P: personas que sufren dolor crónico musculoesquelético.

I: estereotipos de género en el dolor crónico músculo-esquelético.

C: género femenino frente al masculino.

O: vivencia y expresión del dolor crónico, afrontamiento personal, abordaje sanitario.

T: de enero a mayo del 2023.

Objetivo general

Estudiar los componentes psicosociales que afectan en el DCME y su abordaje, con un enfoque biopsicosocial y una perspectiva de género.

Objetivos específicos

- Analizar los factores psicosociales implicados en la vivencia del dolor crónico y su afrontamiento.
- Determinar los sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico.
- Estudiar modelos de asistencia al dolor crónico con una perspectiva biopsicosocial.
- Extraer conclusiones para el plan de cuidados de enfermería en el paciente con DCME.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio

Revisión sistemática de estudios científicos.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron varias búsquedas entre enero y febrero de 2023, en las bases de datos WOS, PubMed y Cochrane. Los descriptores MESH fueron: “*chronic musculoskeletal pain*”, “*chronic pain*”, “*gender roles*”, “*gender*”, “*sex*”, “*pain coping*”, “*pain management*”, “*biopsychosocial*”, “*gender bias*”, “*prejudice*”, “*discrimination*”.

Se usaron los términos MESH combinados con el operador booleano AND y OR, en distintas búsquedas agrupadas en 4 subgrupos atendiendo a los objetivos específicos de la revisión (**tabla 1**). Los filtros aplicados fueron el tipo de artículo (revisión sistemática, meta-análisis, y ensayo clínico) y la fecha de publicación restringida a los últimos 5 años.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda

Ecuaciones de búsqueda	WOS	PubMed	COCHRANE
Dolor crónico y roles de género			
<i>(chronic musculoskeletal pain)</i> AND <i>(gender roles)</i>	36 (11)		
<i>(chronic pain)</i> AND <i>(gender roles)</i>		27 (2)	47 (2)
Dolor crónico y estrategias de afrontamiento			
<i>(chronic musculoskeletal pain)</i> AND <i>(pain coping)</i> AND <i>(gender)</i>	15 (3)		
<i>(pain coping)</i> AND <i>(gender)</i>		31 (1)	53 (0)
Dolor crónico y abordaje biopsicosocial			
<i>(chronic musculoskeletal pain)</i> AND <i>(biopsychosocial)</i> AND <i>(pain management)</i>	101 (13)	134 (8)	19 (2)
Dolor crónico y sesgos de género			
<i>(chronic musculoskeletal pain)</i> AND <i>(gender bias)</i> AND <i>(pain management)</i>	11 (5)	8(1)	15 (0)
<i>(bias OR prejudice OR discrimination)</i> AND <i>(musculoskeletal chronic pain)</i> AND <i>(sex OR gender)</i>	14 (3)		

Fuente: elaboración propia. Entre paréntesis figura el número de artículos seleccionado tras la lectura del título y resumen.

Del total de artículos encontrados con la búsqueda sistemática (n=511), se realizó una primera selección atendiendo a la lectura del título, que debía contener mínimo 2 de las palabras clave, y el resumen. Posteriormente se eliminaron los artículos duplicados y los no encontrados, empleando el gestor bibliográfico Mendeley®. Finalmente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios inclusión:

- Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados en los últimos 5 años.
- En inglés o español.
- Población adulta con DCME.
- Temática referente a los objetivos específicos de la presente revisión: factores psicosociales, sesgos de tratamiento, abordaje biopsicosocial.

Criterios exclusión:

- Cualquier tipo de artículo que no figure entre los aceptados por los criterios de inclusión.
- Temática que se desvíe de los objetivos de la presente revisión.
- Estudios sobre dolor neuropático.
- Estudios que se centran en el tratamiento para un dolor específico.
- Estudios que traten sobre el dolor agudo.
- Estudios que analizan técnicas concretas para el tratamiento del dolor.
- No acceso al artículo completo.
- Puntuación subjetiva en escalas CASPE o PRISMA menor de 50%.

Extracción, análisis y síntesis de la información

Para el análisis de los artículos se empleó una tabla (ANEXOS: **Tabla 2.** Análisis de los artículos incluidos) con los siguientes datos: autor, origen, año de publicación, tipo de artículo, revista, disciplina de la revista, factor de impacto, cuartil, calidad metodológica y nivel de evidencia.

En la recogida de datos relevantes para el estudio se diseñó una tabla (ANEXOS: **Tabla 3**) en la que se incluyó: título, autores, objetivos, diseño y muestra del estudio, y resultados. En el caso de los ECA, se añadió un apartado para la intervención.

Debido a la heterogeneidad de los estudios los resultados obtenidos se sintetizaron mediante un resumen narrativo respondiendo a la pregunta de investigación y los objetivos planteados.

Valoración del riesgo de sesgos

Como medida para asegurar la calidad metodológica de los estudios incluidos, a las revisiones se les pasó la escala “*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*” (PRISMA) (27,28) y a los ECA la escala “*Critical Appraisal Skills Programme en español*” (CASPe)(29). Se consideraron aptos aquellos con una puntuación subjetiva igual o superior al 50%. Asimismo, se evaluó el nivel de evidencia mediante el sistema de calificación de *Joanna Briggs Institute* (JBI).

RESULTADOS

Búsqueda

La búsqueda sistemática en bases de datos identificó 511 artículos, de los cuales el 90% fue descartado en el primer *screening*, tras la lectura del título y resumen. De los 51 estudios se eliminaron los duplicados y los de acceso denegado, quedando un total de 34 artículos para su análisis. De estos, 17 fueron descartados por no cumplir los criterios de inclusión, 3 por no superar el mínimo establecido para la escala PRISMA y 2 para la escala CASPe. A los 12 artículos restantes se añadieron 3 estudios recuperados desde referencias bibliográficas y sugerencias de los buscadores, logrando un total de 15 artículos para su inclusión en la revisión final. Para más detalle, se puede consultar el diagrama de flujo (ANEXOS: **Figura 1**).

Características de los estudios incluidos

La relación de los 15 artículos incluidos se puede encontrar en anexos (ANEXOS: **Tabla 2**).

De los 15 artículos, 11 son revisiones sistemáticas y 4 son ensayos clínicos. Son publicaciones de revistas de diversas áreas de conocimiento, como la neurología clínica, rehabilitación, medicina general, enfermería, y ciencias multidisciplinarias, en consonancia con el enfoque integrador de la presente revisión.

La mayoría de artículos son de publicación reciente (2018-2022), con excepción de la revisión de Racine et al., y la revisión de Andrews et al., ambas del año 2012, que se incluyeron por ser referentes en este área de investigación.

La relevancia de estas revistas en su área de conocimiento es variada, con 6 revistas de Q1, 2 revistas de Q2, 5 revistas de Q3 y 2 revistas de Q4. El factor de impacto está en un rango entre 0,22-8,08, con una media de 4,07.

La procedencia del investigador principal es EEUU en la mayoría de los estudios, seguido de Canadá y España. Con una única publicación figuran otros países europeos como Suecia, Holanda, Alemania y Croacia; y fuera de Europa, Australia y Sudáfrica.

La mayoría de artículos analizan el DC en la práctica clínica, salvo la revisión de Racine et al, que estudia el dolor inducido experimentalmente. Además, dos trabajos que analizan los sesgos implícitos de los clínicos son realizados con pacientes ficticios (virtuales) que simulan casos reales de dolor crónico. Los 12 artículos restantes abordan pacientes reales con dolor crónico, dolor crónico persistente, dolor crónico ME, y dolor lumbar crónico.

De los 15 estudios, 6 reportaron el sexo-género de los participantes, con una distribución media del 63% de mujeres. Cuatro estudios abordan específicamente el tema de los roles de género.

En cuanto a la temática principal de los estudios, 5 de ellos tratan sobre factores psicosociales, 4 sobre los sesgos implícitos, y 6 sobre el abordaje del dolor, agrupados en respuesta a los objetivos de la presente revisión.

Calidad de la evidencia

Los artículos tienen un nivel de evidencia 1 (revisión sistemática o meta-análisis) y 2 (ECA y estudios experimentales) según la valoración de JBI(30).

Exposición de resultados

La presente revisión plantea analizar las diferencias en la vivencia del dolor crónico ME y su abordaje sanitario en función del sexo/género del paciente. Además, pretende sintetizar pautas de buena práctica clínica para una atención más equitativa del dolor, con un enfoque biopsicosocial y con perspectiva de género. En concreto, se centra en destacar aquello que la enfermera podría poner en práctica en su práctica asistencial para mejorar la atención de estos pacientes. Para ello, se analizan los artículos y se organizan los datos en relación a los objetivos del estudio.

En el apartado de anexos figura la descripción pormenorizada de cada revisión sistemática (ANEXOS: **Tabla 3**) y ECA (ANEXOS: **Tabla 4**).

Factores psicosociales

Seis estudios hicieron mención al sexo/género como variable independiente en sus resultados(2,13,18,29,30,31). Otras variables psicosociales que se midieron tanto como variable dependiente o independiente fueron el miedo o kinesiofobia(3,33–36), pensamientos catastrofistas(17,18,33,37), la ansiedad(3,17), la depresión(17,32), y las conductas de afrontamiento(2,3,33), entre las cuales el modelo de miedo-evitación fue el más estudiado(2,3,34–36), y se relaciona con mayor dolor y discapacidad.

Abordaje terapéutico y sesgos

Tres estudios hacen referencia al sesgo de género, resaltando la existencia de un sesgo negativo hacia las mujeres(5,31,38). Los sesgos implícitos del clínico tienen un perjuicio negativo en la atención al paciente con dolor según establecen la mayoría de autores(18,31,38).

Estrategias de tratamiento equitativas

Seis estudios defendieron el modelo biopsicosocial(32,34–37,39) como el mejor enfoque disponible en la actualidad, y 3 de ellos mencionaron además el abordaje interdisciplinar(32,34,39).

Entre los estudios revisados, hubo diferentes modelos de atención biopsicosocial, pero la mayoría coincidieron en añadir la intervención psicosocial mediante la terapia cognitivo-conductual(32,34,36,37,39). Además, 3 autores mencionaron la importancia de concienciar al sanitario sobre sus sesgos implícitos y educar en el manejo inclusivo del dolor(18,32,40).

DISCUSIÓN

Enfoque de la revisión con perspectiva de género

En la literatura analizada, se pueden reconocer dos propuestas diferentes de abordar las variables sexo y género.

La primera de las propuestas trata de estudiar por separado estas variables y su relación con el dolor crónico. Sin embargo, en la literatura los dos conceptos a menudo se confunden, ya sea usando la palabra género cuando se refieren al sexo biológico, o utilizando ambos términos como si fueran sinónimos(14,23).

Otra perspectiva es la de Edmund Keogh, quien señala el riesgo de asociar el sexo exclusivamente a factores biológicos y el género a factores socioculturales, ya que da lugar a una disociación de sexo y género, como si fueran características independientes. Se conoce que los mecanismos sexuales pueden modificarse por la exposición ambiental, mientras que el género está mediado por mecanismos neurales del individuo(16). Por ello, propone el uso del término sexo/género como factores que interactúan entre sí(16,23).

Según el grupo de interés en sexo, género y dolor de la IASP, el género debería verse como un continuum donde el individuo se sitúa en algún punto intermedio entre los extremos de feminidad y masculinidad(17). Keogh et al. reconocen que las categorías binarias (mujer/hombre o masculino/femenino) no reflejan bien la complejidad del comportamiento humano y de la experiencia de dolor, pero es un buen punto de partida para concienciar sobre las desigualdades en el problema del dolor crónico(16).

Factores psicosociales en la vivencia del DCME

Las diferencias en sensibilidad al dolor mediadas por sexo desaparecen al aislar las variables depresión y ansiedad, en sujetos sanos. Mayores niveles de ansiedad y depresión pueden justificar mayor prevalencia de dolor entre las mujeres(17).

La comorbilidad diferencial del dolor crónico se puede explicar en parte por una diferente prevalencia de los pensamientos catastrofistas (rumiación,

magnificación y desesperanza), a su vez mediado por otros factores psicológicos como la personalidad o la vulnerabilidad emocional(17). La literatura habla de una mayor prevalencia de catastrofización entre mujeres(11). Sin embargo, en el estudio de Racine et al., las mujeres no demostraron tener más pensamientos catastrofistas que los hombres(33).

El miedo y ansiedad relacionadas al dolor, así como las creencias de miedo-evitación, están asociadas a mayor nivel de discapacidad e intensidad del dolor(3). En el estudio de Racine et al. los hombres mostraban mayor miedo al movimiento (kinesiofobia), y entendían su dolor como resultado de una lesión física(33). Eso les lleva a adoptar una conducta de *pacing* o graduación de la actividad(33).

Los roles de género afectan en la percepción del dolor. La identificación de rasgos masculinos-femeninos se relaciona con la vulnerabilidad emocional, y los estereotipos de género con la disposición para reportar el dolor(17). El hombre muestra una actitud estoica, de aparente control, autónomo, niega el dolor, evita buscar ayuda sanitaria y adopta conductas de riesgo. La mujer presenta mayor predisposición a expresar su dolor y buscar ayuda, y socialmente está mejor visto(5).

Los hombres que viven con DCME lo perciben como una amenaza a su masculinidad, lo que conlleva, frustración, vergüenza, duelo. Esta percepción del hombre con dolor crónico como más femenino está extendida a la población general e incluso los sanitarios(5). Cuando el hombre percibe el diagnóstico como “femenino”, lo ignora y muestra menor adherencia terapéutica. Asocian su problema a factores como la genética o la sobrecarga física y laboral, evitando reconocer la sintomatología psicósomática o aquella relacionada con el malestar psicológico(5). El trabajo y la participación en actividades físicas son importantes para la identidad del hombre. Su masculinidad se ve amenazada cuando el dolor les impide realizar su trabajo o practicar su deporte(5).

El dolor afecta a la identidad de la mujer en la medida en que no le permite cumplir con las expectativas sociales actuales: tener un trabajo, ser esposa y madre, y llevar el hogar. La mujer se siente responsable de la familia y la casa

y los sanitarios la animan a no abandonar dichas tareas a pesar del dolor. La mujer trata de resolver su problema sin dejar de atender los cuidados de la familia(5). Esta afirmación está en línea con los estudios que observan una conducta de confrontación en la mujer(33). Así como la conducta de evitación está claramente relacionada con mayor dolor y discapacidad, la conducta de resistencia o confrontación varía en función de la herramienta de medición empleada y el tipo de dolor crónico. En un momento dado, persistir con la actividad a pesar del dolor puede ser una estrategia adaptativa. No obstante, Andrews et al. sugieren que en las personas con fibromialgia, donde coexiste la fatiga crónica, esta estrategia resulta contraproducente(2). En estos casos, es bueno aprender a priorizar las tareas y establecer límites a las demandas de cuidado externas. Algunas mujeres se mostraban satisfechas por haber conseguido explicar a su entorno que sus capacidades actuales están disminuidas por el dolor, y que deberían reducir sus expectativas. Sin embargo, otras mujeres que no consiguen equilibrar las expectativas externas con su capacidad actual, acaban culpándose a sí mismas y eso tiene una repercusión negativa en su autoestima(5).

El tipo de estrategias de afrontamiento empleadas varía entre hombres y mujeres. Mientras que los primeros hacen uso de la distracción, las segundas emplean la reinterpretación del dolor o herramientas atencionales(17). Samulowitz et al. encontraron que la mujer utiliza estrategias de afrontamiento más complejas, como es el apoyo social(5).

La historia pasada de dolor es un aspecto poco estudiado hasta el momento. Sin embargo, hay indicios de que una historia individual y/o familiar de dolor (*early life adversity* o ELA, en inglés) influye en la percepción del dolor entre las mujeres, pero no así entre los hombres(17).

Sesgos de género en el manejo del DCME

Las mujeres reciben menos medicación eficaz para el dolor, menos opiáceos, más antidepresivos y más derivaciones a servicios de salud mental(5). Esta diferencia entre sexos es más marcada en edades tempranas, siendo la mujer joven la más afectada por este sesgo discriminatorio(38).

Existen muchas condiciones de dolor “médicamente inexplicable” en las que el único síntoma es el dolor, sin aparente causa física. Este diagnóstico es más frecuente entre mujeres y algunos clínicos reportan la dificultad de creerse el dolor y sufrimiento de estos pacientes, a quienes responsabilizan de sus síntomas(5). Además, el aspecto físico de la mujer es juzgado por los sanitarios, como “demasiado buen aspecto para todo el dolor que refieres”, mostrando su desconfianza(5).

La mujer con dolor se percibe como histérica o emocional, y su dolor se considera de causa psicológica más que somática(5). Las mujeres que sienten que su dolor es desacreditado por los sanitarios, sufren de un estrés que retroalimenta el círculo vicioso: si la mujer articula este malestar, puede conllevar una mayor estigmatización de su dolor como psicológico(5).

Emerson et al. resaltan la existencia de un sesgo negativo hacia las mujeres y las minorías, en mayor riesgo de padecer dolor crónico ME. Algunos determinantes sociales que determinan el riesgo de vulnerabilidad son la etnia, la nacionalidad, el sexo/género, el estado civil, el nivel educativo y estatus socioeconómico (SES). Cuando en una persona coexisten dos o más de estas características aumenta el riesgo de sesgos, es lo que se denomina interseccionalidad(18,38). Como ejemplo real, la mujer con menor nivel educativo tiene menos oportunidades de ser derivada a un tratamiento multidisciplinar que las compañeras con educación superior, situación que no se da entre los hombres(38).

Los sesgos implícitos del clínico y las expectativas no cubiertas del paciente tienen un impacto negativo en el proceso de atención sanitaria(31,38), sobre el dolor y la discapacidad(18). Eze et al. encontraron que la discriminación reduce el acceso al tratamiento, incrementa la catastrofización, el estrés y la sensación de injusticia. La catastrofización es a su vez uno de los mayores predictores psicológicos de los resultados en dolor(18). Según Ernstzen et al., los clínicos deberían ser conscientes de que su comportamiento puede tener una repercusión negativa, generando al paciente sentimientos de desesperanza(32).

Hirsh et al. demostraron que una única intervención online dirigida a reducir los sesgos implícitos del clínico era efectiva para conseguir un manejo del dolor más equitativo(40). La intervención consistía en un *feedback* individualizado sobre los sesgos implícitos (previamente se habían valorado mediante la resolución de casos clínicos), y otro apartado de interacción con 2 pacientes virtuales y videos breves sobre la realización de las AVD con el dolor. Aunque este estudio fue específicamente diseñado para el sesgo de raza y SES, podría ampliarse a otros sesgos como el género y la edad.

Emerson et al. analizaron los factores que influyen en la legitimidad del dolor y por tanto afectan las decisiones del clínico (ANEXOS: **Figura 2**). Los clínicos tienden a pensar que es más fácil que la mujer esté exagerando su dolor, y la severidad sea menor de lo que aparenta. Por otro lado, la intensidad del dolor auto-referida influye de manera inversa, es decir, cuando el paciente refiere menos dolor (<3/10) el clínico le da mayor legitimidad, mientras que le resta valor al dolor descrito como severo (>7/10). El dolor moderado-severo obtiene mayor credibilidad cuando es acompañado de pruebas complementarias de evidencia médica, en cuyo caso es más probable que el médico realice una valoración de discapacidad. Y al contrario, en el dolor reportado como severo pero sin evidencia médica, los clínicos realizan menos valoraciones de discapacidad(31). Estos hallazgos responden a la perspectiva biomédica que ha dominado durante muchos años en el abordaje del dolor. El enfoque biopsicosocial actual denuncia una sobreutilización de pruebas de imagen no indicadas, que en el caso del dolor crónico tienen muy baja correlación con los síntomas(6,11,13). Defiende que la valoración del dolor debe ser multidimensional y tener en cuenta otros factores como la calidad de vida o el estado funcional y psicológico(32).

Los sanitarios que deslegitiman el dolor del paciente se convierten en parte del problema. Se corre el riesgo de responsabilizar al paciente de su dolor, reforzar los estereotipos de género y proporcionar un tratamiento irrespetuoso. Y al contrario, los profesionales también pueden empoderar a la mujer, validando los testimonios de la paciente, mostrando empatía y desarrollando una relación de confianza(5). Muchos clínicos consideran el manejo del dolor crónico una

prioridad, y sin embargo reconocen no tener suficiente confianza en su conocimiento sobre el tema(38).

Abordaje terapéutico con enfoque biopsicosocial

A pesar de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, el abordaje farmacológico con alta prescripción de opioides prevalece sobre la derivación a equipos multidisciplinares(38).

Ernstzen et al. realizaron una revisión sistemática de gran calidad metodológica partiendo del análisis de 6 guías de práctica clínica(32), y a continuación se exponen algunas de las conclusiones más relevantes:

El enfoque debe ser centrado en el paciente(32). Hay un consenso en la necesidad de adoptar un enfoque biopsicosocial(32,34–37,39), y la mayoría recomiendan que sea interdisciplinar(32,34,39). Cuando un único profesional realizó la intervención, se trató en la mayoría de casos de un fisioterapeuta(34–36), aunque éste debe ser previamente entrenado por psicólogos expertos en dolor crónico(34).

Se recomienda establecer una estrategia específica de manejo del dolor considerando la edad, género, etnia, cultura y espiritualidad del paciente. Explorar las creencias y conocimientos sobre el dolor y su manejo, y por otro lado fomentar las decisiones informadas y el establecimiento de objetivos conjuntos, tiene una repercusión positiva en la salud del paciente con dolor crónico(32).

La valoración debe ser holística, incluyendo historia personal, examen físico, estado funcional, y factores de riesgo psicosociales. Se debe extender el uso de herramientas validadas para medir el estado funcional y psicológico, y la calidad de vida(32). Una buena valoración del origen multifactorial del dolor lleva su tiempo(18).

A la hora de administrar consejo y educación, conviene detectar las creencias y preocupaciones, e instruir al paciente y familia en el manejo del dolor, tanto el farmacológico como el conservador. La recomendación de mantenerse activo y realizar ejercicio físico mejora la discapacidad a largo plazo en pacientes con

dolor lumbar crónico. Se debe educar y animar para el mantenimiento de la actividad laboral(32).

Hay evidencia suficiente en favor del ejercicio físico, que realizado en grupo o sesiones supervisadas obtiene una mejor adherencia(32).

Proporcionar estrategias de autocuidados facilita la participación activa del paciente en su proceso, en el corto y largo plazo. Se trata de empoderar al paciente con conocimientos y habilidades para controlar su condición, y conectarlos con recursos fuera del sistema de salud, para su integración en la comunidad(32). Eze et al. también recomiendan la involucración en comunidades proactivas que fomentan actividades saludables como la práctica del ejercicio físico(18).

En cuanto a la terapia psicológica, es necesario detectar condiciones comórbidas como la depresión. Existe evidencia en favor de la TCC para la reducción del dolor y restauración de la funcionalidad, y de la terapia de relajación(32).

En el meta-análisis elaborado por Hochheim et al., se concluye que añadir el enfoque BPS a la terapia física tiene resultados positivos. En concreto, la adición de TCC de baja dosis (<15horas) al ejercicio físico mejora el dolor a corto y largo plazo, en comparación con la terapia física por sí sola(39).

Van Erp et al. refuerzan la idea del enfoque BPS, que es más efectivo que el consejo-educación para abordar componentes psicológicos como las creencias de miedo-evitación. Ello se traduce en mejoría de la discapacidad y dolor a corto, medio y largo plazo(35).

Morais et al. realizaron un ECA, en el cual, los participantes del grupo intervención recibieron una acción de *Learn about my pain* (LAMP). La intervención podía ser mediante TCC o psicoeducación, pero ambas con la misma pauta de 1 sesión semanal durante 10 semanas, mientras que el grupo control recibió el tratamiento habitual. Midieron la conceptualización del dolor de los participantes previo y posterior al tratamiento. En el grupo intervención, se notificó un aumento del concepto biopsicosocial (BPS) del dolor en detrimento del concepto biomédico (BM), aumentando así el ratio BPS/BM. En

el periodo post-intervención, tuvieron menor intensidad e interferencia del dolor, así como menores niveles de catastrofización(37).

En el ensayo clínico de Racine et al. se evaluó un tratamiento interdisciplinar (terapeuta ocupacional, psicólogo y fisioterapeuta) de 4 semanas de duración, en grupos de 5-7 participantes con dolor crónico. La terapia consistía en una parte grupal con TCC (técnicas de relajación y de reestructuración cognitiva), y educación grupal sobre fisiología del dolor, graduación de la actividad, medicación, higiene del sueño y comunicación. Se completaba con acciones personalizadas como el establecimiento de objetivos individualizados semanales, y consejo individualizado sobre actividad física. Tras la intervención, tanto mujeres como hombres mostraron mejoría de los síntomas depresivos, pero sólo las mujeres mejoraron las variables de función física e intensidad del dolor(33). Esto indica que las mujeres pueden beneficiarse especialmente de este tipo de terapia. Una posible explicación es el modo de afrontamiento más empleado por las mujeres, con preferencia por las estrategias de reinterpretación frente a las estrategias de distracción más usadas por los hombres(5). Samulowitz et al. también concluyeron en la importancia del apoyo social para las mujeres(5), lo que podría justificar el beneficio añadido de las terapias grupales.

Hrkac et al. evaluaron un programa que consistía en 8 sesiones de 1h durante 4 semanas (2/semana), impartidas por fisioterapeutas, en grupos de máximo 10 personas. Determinaron que añadir TCC a una intervención de ejercicio grupal supervisado y educación, mejoraba el dolor, discapacidad y creencias de miedo-evitación en un plazo largo de 6 meses(36).

Según el modelo de miedo-evitación, el miedo promueve la hipervigilancia y comportamientos de evitación, mediando la relación entre dolor y discapacidad. Es importante detectar la kinesiofobia o miedo relacionado al movimiento, antes del desarrollo de la cronicidad y establecimiento de la discapacidad(3).

M. Calderón et al. se plantean si el miedo puede ser un predictor de dolor y discapacidad, pero no pueden establecer esta relación por la falta de estudios longitudinales. Sin embargo, sugieren formas de abordar el miedo en la práctica clínica. Debido a que el miedo es un factor modificable, se convierte en

objetivo de las estrategias de prevención. Recomiendan técnicas de exposición o vivenciales para el tratamiento de la kinesiofobia, y recuerdan que la información y las instrucciones verbales son una potencial fuente para la adquisición de miedo(3). Consecuentemente, los sanitarios deben cuidar los mensajes que emiten a sus pacientes. Según Samulowitz et al., la mujer recibe más mensajes del tipo “ten cuidado” y el hombre “el dolor se va con el trabajo físico”, reflejo de los sesgos de género y roles tradicionales(5). Este es sólo un ejemplo de cómo los roles de género, la socialización y la cultura pueden determinar una mayor cronicidad del dolor entre las mujeres.

En una revisión sistemática que analizó datos sobre 61 ECAs en personas con dolor lumbar crónico, M. Calderón et al. demostraron que la intervención multidisciplinaria consistente en terapia psicológica y ejercicio físico, logra reducir la kinesiofobia o miedo al movimiento(34).

Eze et al. en su revisión sistemática destacan la necesidad de educar a los sanitarios en el manejo inclusivo del dolor y resumen varias estrategias(18). Se puede disminuir el sesgo racial con nociones de humildad cultural, y aumentando la diversidad racial y étnica del personal de atención. Por otro lado, herramientas de meditación como el *mindfulness*, y ejercicios de concienciación y toma de perspectiva pueden ayudar a establecer empatía con el paciente e imaginar cómo el dolor afecta en sus vidas. Por último, habida cuenta del impacto negativo del trauma psicológico y su relación con el dolor crónico, algunos países han comenzado a adoptar un modelo de cuidado informado del trauma, en inglés *Trauma Informed Care* (TIC)(18).

Limitaciones

En la actualidad y consecuentemente también en esta revisión, el género se evalúa como una variable dicotómica, resultando en una simplificación y uso de estereotipos de género.

Aunque este trabajo se enfoca hacia el DCME primario, al tratarse de una clasificación tan reciente la mayoría de la literatura consultada no especifica si se trata de dolor primario o secundario.

La presente revisión tiene algunas carencias metodológicas. Al no contar con una revisión por pares, aumenta el riesgo de sesgo de selección y notificación.

El hecho de limitar la selección de artículos a revisiones sistemáticas y ECAs dejó fuera algunos estudios observacionales muy relevantes, que habrían sido interesantes en la discusión.

Entre los estudios incluidos hay tres equipos de investigación que se repiten, pudiendo dar lugar a una homogeneización de los resultados.

Fortalezas

Se trata de un análisis integrador que pretende ampliar la perspectiva del lector, reuniendo conocimientos de diversas áreas de conocimiento y extrayendo conclusiones útiles en enfermería. Es una reivindicación de la función de la enfermera en el manejo del dolor, que va mucho más allá de la simple administración de fármacos analgésicos.

El trabajo es innovador porque estudia la perspectiva de género en el dolor con una visión terapéutica; busca modificar el comportamiento o los mensajes de los sanitarios para reducir la discriminación por género. Lo que no se nombra no existe, de ahí la importancia de este estudio, que expone la existencia de sesgos implícitos en la atención al dolor. Reconocerlos es fundamental para poder ofrecer una atención libre de prejuicios y mejorar la relación terapéutica y ofrecer una atención más equitativa.

Esta revisión presenta una visión igualitaria y predica con el ejemplo. Se ha procurado evitar establecer la perspectiva masculina como la normalidad.

La literatura empleada en la revisión tiene un nivel de evidencia 1-2, y los artículos fueron publicados en revistas de reconocido prestigio. Además, con el fin de asegurar la calidad metodológica, todos fueron evaluados con las escalas PRISMA y CASPE. La presente revisión también ha sido evaluada mediante los criterios PRISMA.

Implicaciones para la práctica y líneas de investigación futura

Parte de la investigación experimental en dolor se realiza en población sana, joven y homogénea. La investigación debería ser clínica, en pacientes reales con dolor crónico bien definido, diferenciando las etiologías en función de la nueva clasificación, haciendo la distinción entre DCME primario o secundario.

Se recomienda seguir investigando en fórmulas no categóricas de medir la variable de género, que se adapten al momento y lugar y sean un reflejo de la sociedad actual.

Debido a la interseccionalidad género-edad, conviene estudiar el dolor en mujeres y hombres en las distintas etapas de la vida. Se ha empezado a estudiar el proceso de construcción de la identidad de género durante la adolescencia, pero aún faltan estudios en población pediátrica.

Se abre una línea de investigación para estudiar cómo la historia individual y/o familiar de dolor influye en la percepción del dolor. Hacen falta estudios longitudinales que analicen la relación entre el dolor y factores psicosociales como la ansiedad y depresión, e historia de eventos traumáticos.

Sería interesante mejorar los cuestionarios de valoración de las conductas de afrontamiento. Podrían servir de herramienta para detectar las conductas de miedo-evitación, y discriminar entre el estilo de confrontación adaptativo y el maladaptativo. Además, es necesario definir mejor la estrategia de *pacing* o graduación de la actividad, para su uso como parte de la terapia.

Hace falta aumentar la investigación en intervenciones para la disminución de sesgos de género, adaptando estrategias que han resultado eficientes para los sesgos de raza y status socioeconómico.

Por el momento, se prevé que esta revisión sea expuesta en un equipo de atención primaria, para concienciar sobre el problema de los sesgos de género. Servirá para valorar el interés general del personal, y promover un debate sobre cómo llevar la teoría a la práctica, implicando a todos los miembros del equipo interdisciplinar, con el fin último de mejorar la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

Se confirma que la eliminación de estereotipos del profesional repercute en una atención sanitaria más equitativa, validando así la hipótesis de la revisión.

Entre los factores de riesgo psicosociales implicados en el desarrollo de DCME y discapacidad, cabe destacar la ansiedad y depresión, los pensamientos catastrofistas y las conductas de miedo-evitación. Los roles de género afectan en la experiencia del dolor, en su expresión y afrontamiento.

Existe un sesgo negativo hacia la mujer en el tratamiento de DCME. Ellas reciben menos medicación eficaz para el dolor, más antidepresivos y más derivaciones a los servicios de salud mental, consecuencia de que su dolor se considere más psicossomático. La eliminación de estereotipos sería positivo tanto para mujeres como hombres, quienes también se ven afectados por los sesgos de género durante la valoración, diagnóstico y tratamiento del DCME.

El mejor abordaje es el interdisciplinar, respetando el paradigma biopsicosocial. Para ello, es necesaria la actualización de los profesionales sanitarios con conocimientos sobre neurociencia del dolor, que permitan abandonar definitivamente el estricto modelo biomédico. La evaluación del dolor debería ser multidimensional, asesorando no sólo la intensidad del dolor, sino la calidad de vida. Dado que la desaparición del dolor es un objetivo muy ambicioso, es preferible buscar la disminución de la discapacidad asociada.

Las enfermeras están más tiempo con el paciente que ningún otro sanitario, y son una figura fundamental en el manejo del dolor. Pueden participar en la valoración, evaluando los factores psicosociales mediante herramientas validadas, y detectando conductas de miedo-evitación, o historia previa de trauma o dolor familiar. En cuanto al tratamiento, pueden realizar educación en dolor, en autocuidados y estilos de vida saludables, y promover la práctica de la actividad física. Mediante la escucha activa y la comunicación asertiva, pueden validar los síntomas del paciente evitando prejuicios, y promover el empoderamiento y las conductas de afrontamiento adaptativas.

Declaración de conflictos de interés

La autora declara ausencia de fuentes de financiación ni conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

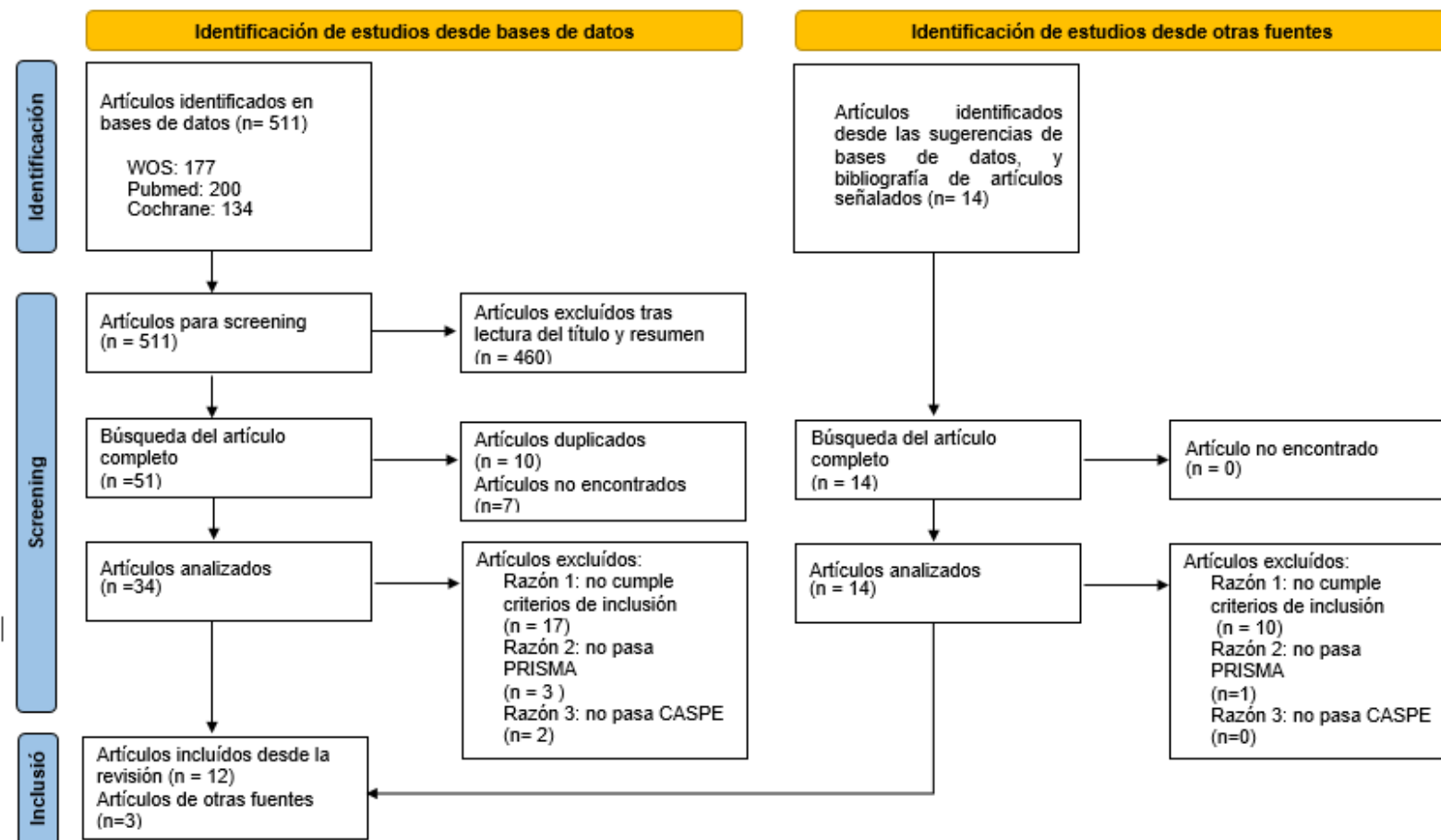
1. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* [Internet]. 2018;87:168–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
2. Andrews NE, Strong J, Meredith PJ. Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2012;93(11):2109-2121.e7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.05.029>
3. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain-Related Fear, Pain Intensity and Function in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain* [Internet]. 2019;20(12):1394–415. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.04.009>
4. Llobet CV. Mujeres invisibles para la medicina. In: Capitan SWING, editor. *Mujeres Invisibles para la Medicina*. 1st ed. Madrid; 2020. p. 488.
5. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag*. 2018;2018.
6. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Salem GI, LeQuang JAK, Pergolizzi J V., Christo PJ. Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Ther* [Internet]. 2021;10(1):181–209. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00235-2>
7. Wilford KF, Mena-Iturriaga MJ, Vugrin M, Wainer M, Sizer PS, Seeber GH. International perspective on healthcare provider gender bias in musculoskeletal pain management: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2022;12(6):1–5.
8. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161(9): 1976-1982. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939
9. Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2019;26(4):209–10.
10. Aloisi AM. Why We Still Need To Speak About Sex Differences and Sex Hormones in Pain. *Pain Ther*. 2017;6(2):111–4.
11. Fillingim RB. Chapter 33. Sex, Gender, and Pain [Internet]. *Principles of Gender-Specific Medicine*. Elsevier Inc.; 2017. 481–496 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803506-1.00038-3>
12. Dunn M, Rushton AB, Mistry J, Soundy A, Heneghan NR. Which biopsychosocial factors are associated with the development of chronic musculoskeletal pain? Protocol for an umbrella review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2021;11(10).
13. Perugino F, De Angelis V, Pompili M, Martelletti P. Stigma and Chronic Pain. *Pain Ther* [Internet]. 2022;11(4):1085–94. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40122-022-00418-5>

14. Wardenaar KJ, Hartman TC, Rosmalen JGM. Female sex and femininity independently associate with common somatic symptom trajectories. 2021;(May).
15. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Calvo Cabrera IM, Ramírez Carmona C, Morillo Martín M del S, Romero Serrano R. Percepciones del alumnado de enfermería sobre la salud de las mujeres tras la formación en género. Aportaciones a la Investig sobre mujeres y género V Congr Univ Int "Investigación y Género Sevilla, 3 y 4 julio 2014. 2015;338–51.
16. Keogh E. Sex and gender differences in pain: past, present, and future. *Pain*. 2022 Nov;163(1):S108–16.
17. Racine M, Tousignant-laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M. A systematic literature review of 10 years of research on sex / gender and pain perception – Part 2 : Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men ? 2012;153:619–35.
18. Eze B, Kumar S, Yang Y, Kilcoyne J, Starkweather A, Perry MA. Bias in Musculoskeletal Pain Management and Bias-Targeted Interventions to Improve Pain Outcomes: A Scoping Review. *Orthop Nurs*. 2022;41(2):137–45.
19. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-dasilva MC, Rahim- B, Iii JLR. NIH Public Access. 2009;10(5):447–85.
20. Greenspan JD, Craft RM, Leresche L, Arendt-nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. consensus report. 2010;132(Suppl 1):1–32.
21. Casale R, Atzeni F, Bazzichi L, Beretta G, Costantini E, Sacerdote P, et al. Pain in Women: A Perspective Review on a Relevant Clinical Issue that Deserves Prioritization. *Pain Ther [Internet]*. 2021;10(1):287–314. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00244-1>
22. Melchior M, Poisbeau P, Gaumond I, Marchand S. Insights into the Mechanisms and the Emergence of Sex-Differences in Pain. *Neuroscience [Internet]*. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.05.007>
23. Boerner KE, Chambers CT, Gahagan J, Keogh E, Fillingim RB, Mogil JS. 2018 8.
24. Elsevier. NNNconsult [Internet]. 2023. Available from: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/>
25. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa “pain Proposal.” *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2014;21(1):16–22.
26. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry [Internet]*. 2018;87:168–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
27. Bravo Toledo R. PRISMA 2020 explanation and elaboration_traducción no autorizada. 2021;2009.
28. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*. 2021;18(3):1–15.
29. CASPe. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 9]. Available from: <https://redcaspe.org/materiales/>
30. Gray, J.R, Grove S.K SS. Burns and Grove’s the practice of nursing research:

- Appraisal, synthesis and generation of evidence. 8th ed. Elsevier, editor. San Luis, Missouri; 2017.
31. Emerson AJ, Chandler LE, Oxendine RH, Huff CM, Harris GM, Baxter GD, et al. Systematic review of clinical decision-makers' attitudes, beliefs, and biases that contribute to a marginalized process of care in persistent musculoskeletal pain. Part II: case vignettes. *Phys Ther Rev*. 2022;27(2):135–50.
 32. Ernstzen D V, Hillier SL, Louw QA. Synthesis of clinical practice guideline recommendations for the primary health care of chronic musculoskeletal pain. *J Eval Clin Pract*. 2022 Jun;28(3):454–67.
 33. Racine M, Sole E, Sanchez-Rodriguez E, Tome-Pires C, Roy R, Jensen MP, et al. An Evaluation of Sex Differences in Patients With Chronic Pain Undergoing an Interdisciplinary Pain Treatment Program. *PAIN Pract*. 2020;20(1):62–74.
 34. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Conservative Interventions Reduce Fear in Individuals With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil [Internet]*. 2020;101(2):329–58. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.08.470>
 35. van Erp RMA, Huijnen IPJ, Jakobs MLG, Kleijnen J, Smeets RJEM. Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *Pain Pract*. 2019 Feb;19(2):224–41.
 36. Hrkac A, Bilic D, Cerny-Obrdalj E, Baketic I, Puljak L. Comparison of supervised exercise therapy with or without biopsychosocial approach for chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23(1).
 37. Morais CA, Newman AK, Van Dyke BP, Thorn B. The Effect of Literacy-Adapted Psychosocial Treatments on Biomedical and Biopsychosocial Pain Conceptualization. *J pain*. 2021 Nov;22(11):1396–407.
 38. Emerson AJ, Oxendine RH, Chandler LE, Huff CM, Harris GM, Baxter GD, et al. Patient and Provider Attitudes, Beliefs, and Biases That Contribute to a Marginalized Process of Care and Outcomes in Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review—Part I: Clinical Care. *Pain Med [Internet]*. 2022 Apr 1;23(4):655–68. Available from: <https://doi.org/10.1093/pm/pnab195>
 39. Hochheim M, Ramm P, Amelung V. The effectiveness of low-dosed outpatient biopsychosocial interventions compared to active physical interventions on pain and disability in adults with nonspecific chronic low back pain: A systematic review with meta-analysis. *Pain Pract*. 2022;1–28.
 40. Hirsh AT, Miller MM, Hollingshead NA, Anastas T, Carnell ST, Lok BC, et al. A randomized controlled trial testing a virtual perspective-taking intervention to reduce race and socioeconomic status disparities in pain care. *Pain*. 2019;160(10):2229–40.

ANEXOS

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Figura 1: diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.

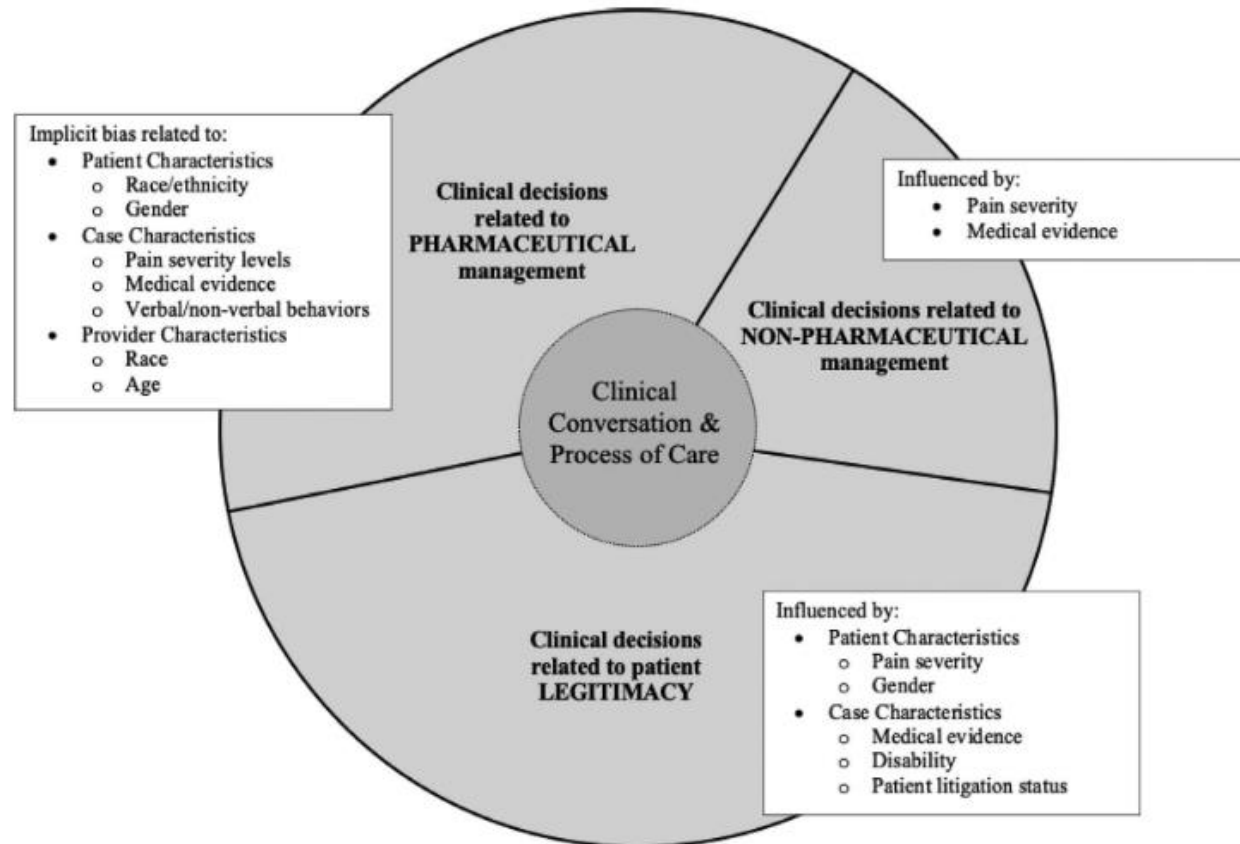


Figure 2. The influence of clinical decision makers' biases and perceptions.

Figura 2: sesgos implícitos del clínico y su influencia en el proceso del cuidado. Fuente: Emerson AJ, Chandler LE, Oxendine RH, Huff CM, Harris GM, Baxter GD, et al. Systematic review of clinical decision-makers' attitudes, beliefs, and biases that contribute to a marginalized process of care in persistent musculoskeletal pain. Part II: case vignettes. Phys Ther Rev. 2022;27(2):135–50.

Tabla 2. Análisis de los artículos incluidos

Autor principal	Origen	Fecha de publicación	Tipo de artículo	Revista	Disciplina	Factor de impacto	Cuartil	Calidad metodológica	Nivel de evidencia (JBI)
Andrews et al.	Australia	2012	Revisión sistemática y meta-análisis	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation	Rehabilitación	4,33	Q1	PRISMA: 25/27	1
Emerson et al.	EEUU	2022	Revisión sistemática	Pain Medicine (Pain Med)	Medicina general	3,721	Q2	PRISMA: 21/27	1
Emerson et al.	EEUU	2022	Revisión sistemática	Physical therapy reviews	Rehabilitación	0,22	Q4	PRISMA: 20/27	1
Ernstzen et al.	Sudáfrica	2022	Revisión sistemática	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Medicina general	2,375	Q3	PRISMA: 20/27	1
Eze B, et al.	EEUU	2022	Revisión sistemática	Orthopaedic nursing	Enfermería	0,988	Q4	PRISMA: 14/27	1
Hirsh et al.	EEUU	2019	ECA	Pain	Neurociencias	8,08	Q1	CASPE: 9/11	2
Hochheim e tal.	Alemania	2022	Revisión sistemática y meta-análisis	PLOS one	CienCias multidisciplinares	4,069	Q2	PRISMA: 27/27	1
Hrcak et al.	Croacia	2022	ECA	BMC Musculoskeletal Disorders	Ortopedia	3,02	Q3	CASPE: 10/11	2
M. Calderón et al.	España	2019	Rev sistemática y metaanálisis	Journal of pain	Neurología clínica	7,04	Q1	PRISMA: 26/27	1
M. Calderón et al.	España	2019	Rev sistemática	Archives of physical medicine and rehabilitation	Rehabilitación	4,336	Q1	PRISMA: 26/27	1
Morais et al.	EEUU	2021	ECA	Journal of pain	Neurología clínica	5,383	Q1	CASPE: 8/11	2
Racine et al.	Canadá	2020	ECA	Pain practice	Neurología clínica	3,079	Q3	CASPE: 6/11	2
Racine et al.	Canadá	2012	Rev. sistemática	Pain	Neurociencias	7,926	Q1	PRISMA: 15/27	1
Samulowitz et al.	Suecia	2018	Rev. sistemática	Pain Research and management	Neurología clínica	3,484	Q3	PRISMA: 14/27	1
Van Erp et al.	Países Bajos	2019	Rev sistemática	Pain practice	Neurología clínica	3,098	Q3	PRISMA: 24/27	1

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Resumen de las revisiones sistemáticas incluidas

Título	Autores	Objetivos	Tipo de estudio	Muestra	Resultados
1. Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: A systematic review and meta-analysis	Andrews, NE. Strong, J Meredith, P.J.	Contrastar la hipótesis (H): las conductas de evitación y persistencia tendrán un efecto negativo sobre el dolor y funcionalidad, mientras que la conducta de <i>pacing</i> será positiva.	Revisión sistemática y meta-análisis	41 estudios. Pacientes adultos con dolor crónico (DC).	En línea con la H, la conducta de evitación está relacionada con mayor dolor y discapacidad, y peor funcionamiento psicológico. La conducta de resistencia-persistencia puede resultar positiva o negativa según la herramienta de medición, y según el tipo de dolor crónico. Contrario a la H a la conducta de <i>pacing</i> o graduación de la actividad está relacionada con más dolor y discapacidad.
2. Patient and Provider Attitudes, Beliefs, and Biases That Contribute to a Marginalized Process of Care and Outcomes in Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review—Part I: Clinical Care	Emerson, AJ Oxendine, RH Chandler, LE Huff, C Harris, GM Baxter, GD	Resumir la evidencia de creencias y conductas de pacientes con DCME y clínicos que influyen en la conversación clínica, y analizar su impacto en el proceso del cuidado.	Revisión sistemática	7 estudios retrospectivos, publicados entre 2004-2018. Pacientes adultos con DC. 55,8% mujeres.	Sesgo negativo hacia mujeres jóvenes, nivel educativo bajo y minorías. Tratamiento analgésico menos adecuado en la mujer. Influencia negativa de los sesgos implícitos del clínico y expectativas no cubiertas. Abuso de los tratamientos farmacológicos frente a intervenciones multidisciplinares.
3. Systematic review of clinical decision-makers' attitudes, beliefs, and biases that contribute to a marginalized process of care in persistent musculoskeletal pain. Part II: case vignettes	Emerson, AJ Chandler, LE Oxendine, RH Huff, CH Harris, GM Baxter, GD	Sintetizar la evidencia sobre el impacto de creencias, conductas y sesgos del clínico en la atención a pacientes con DC persistente.	Revisión sistemática	9 artículos, publicados entre 1997 y 2018. Pacientes adultos con DC persistente (figurado)	Existe un sesgo implícito negativo de raza y género que influye negativamente en la legitimación del dolor y .decisiones de manejo del dolor. Otros factores de legitimación: severidad del dolor, evidencia médica por pruebas de imagen, estado litigación, comportamiento del paciente.
4. Synthesis of clinical practice guideline recommendations for the primary health care of chronic musculoskeletal	Ernstzen, DV Hillier, SL Louw, QA	Sintetizar las recomendaciones clínicas para el manejo del paciente con DCME desde atención primaria	Revisión sistemática	6 guías de práctica clínica, publicadas entre 2009-2013, que tratan sobre el	<u>Enfoque</u> centrado en el paciente. Decisiones informadas y objetivos conjuntos. Modelo biopsicosocial y abordaje interdisciplinar. <u>Valoración</u> holística, que incluya factores de riesgo psicosociales, usando herramientas validadas. Explorar

pain.		(AP).		manejo del DCME desde la AP.	creencias y conocimientos sobre el dolor y su manejo. Proporcionar <u>educación</u> sobre el manejo del dolor, <u>actividad física</u> y mantenimiento de la actividad laboral. Incluir a familia y/o cuidadores. Facilitar los <u>autocuidados</u> , participación activa e integración en la comunidad. Tener en cuenta la <u>terapia psicológica</u> , con TCC y técnicas de relajación. Detectar condiciones comórbidas como la depresión.
5. <i>Bias in Musculoskeletal Pain Management and Bias-Targeted Interventions to Improve Pain Outcomes: A Scoping Review</i>	Eze, B Kumar, S Yang, Y Kilcoyne, J Starkweather, A Perry, Mallory A.	Evaluar en qué medida los sesgos y la discriminación afecta los resultados de intervenciones para manejo del DCME. Analizar intervenciones dirigidas a disminuir los sesgos.	Revisión sistemática	18 artículos entre 2017-2021. Un total de 948.299 participantes con DCME.	Los sesgos y la discriminación tienen un impacto negativo en el dolor y discapacidad. Reduce el acceso a tratamiento, incrementa la catastrofización, stress y sensación de injusticia. Existe interseccionalidad entre muchas facetas de la identidad: edad, género, raza, etnia, nacionalidad. Educación en el manejo inclusivo del dolor, humildad cultural, <i>mindfulness</i> , " <i>trauma informed care</i> ", aumentar la diversidad racial y étnica del personal de atención.
6. The effectiveness of low-dosed outpatient biopsychosocial interventions compared to active physical interventions on pain and disability in adults with nonspecific chronic low back pain: A systematic review with meta-analysis	Hochheim, M Ramm, P Amelung, V	Conocer si una intervención biopsicosocial+ actividad física es mejor que el ejercicio por sí solo.	Revisión sistemática y meta-análisis	33 ECAs entre 1998-2021. Total de 1531 pacientes adultos con dolor lumbar crónico.	Añadir una intervención psicosocial de baja dosis (<15h) al ejercicio físico, mejora el dolor a corto y largo plazo en comparación con la práctica de actividad física sin más indicaciones. La TCC es el abordaje con más evidencia.
7. Pain-Related Fear, Pain Intensity and Function in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis	Martinez-Calderon, J Flores-Cortes, M Morales-Asencio, JM Luque-Suarez, A	Revisar la asociación entre el miedo al dolor, la intensidad del dolor y la discapacidad, y analizar el valor predictivo de la variable miedo.	Revisión sistemática y meta-análisis	70 estudios observacionales entre 1993-2019. Un total de 15623 personas con DCME. 63,56% mujeres	El miedo y ansiedad están relacionadas con el dolor, y las creencias de miedo-evitación con mayor nivel de discapacidad e intensidad del dolor, en estudios transversales. No se puede determinar el valor predictivo del miedo al dolor, por la escasez de estudios longitudinales.

8. <i>Conservative Interventions Reduce Fear in Individuals With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review</i>	Martinez-Calderon, J Flores-Cortes, M Morales-Asencio, JM Luque-Suarez, A	Revisar la efectividad de intervenciones conservadoras y quirúrgicas en la reducción del miedo en pacientes con DC lumbar	Revisión sistemática	61 ECAs. Un total de 7201 personas adultas con dolor lumbar crónico. 58,72% mujeres.	Intervención multidisciplinaria (terapia psicológica + ejercicio) y el ejercicio reducen la kinesiofobia y las creencias de miedo-evitación, con una calidad de la evidencia moderada. Evidencia limitada para la psicoeducación por sí sola, que difícilmente reduce la sensación de miedo.
9. A systematic literature review of 10 years of research on sex / gender and pain perception – Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men?	Racine, M Tousignant-laflamme, Y Kloda, Lorie A Dion, D Dupuis, G Choinière, M	Determinar la influencia de los factores biológicos y psicosociales en la sensibilidad al dolor inducido experimentalmente en mujeres y hombres sanos.	Revisión sistemática	129 estudios, entre 1998-2008. Sujetos sanos.	Diferencias de sexo en la sensibilidad desaparecen al aislar la variable depresión y ansiedad. Mayor prevalencia de los pensamientos catastrofistas entre mujeres. Hombres usan estrategias de distracción y mujeres de reinterpretación del dolor. La identificación de rasgos masculinos-femeninos se relaciona con la vulnerabilidad emocional, y los estereotipos de género con la disposición para reportar el dolor.
10. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain	Samulowitz, Anke Gremyr, Ida Eriksson, Erik Hensing, Gunnel	Resumir las normas de género en relación al dolor y sesgos de género en el tratamiento Relacionar resultados con conceptos de masculinidad hegemónica y andronormatividad.	Revisión sistemática	77 artículos, entre 2000-2015. Pacientes adultos con dolor crónico.	El hombre niega el dolor y adopta conductas de riesgo. La mujer mayor predisposición a expresar su dolor y buscar ayuda. Su dolor se considera de causa psicológica más que somática. Los hombres con DCME lo perciben como una amenaza a su masculinidad, y muestran menor adherencia terapéutica. El DC afecta a la identidad de la mujer cuando no le permite cumplir con las expectativas sociales. La mujer no deja de atender los cuidados de la familia. La mujer recibe un tratamiento menos eficaz: menos opiáceos y más antidepresivos y más derivaciones a servicios de salud mental.
11. Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review.	van Erp, Reni MA Huijnen, Ivan PJ Jakobs, Marluuk Kleijnen, Jos Smeets, Rob JEM	Evaluar la efectividad de la intervención BPS en AP en pacientes con dolor lumbar crónico. Revisar los diseños de intervención BPS.	Revisión sistemática	7 ECAs entre 2007-2015. Total de 1426 participantes con dolor lumbar crónico.	La intervención BPS es más efectiva que la pauta habitual en atención primaria (consejo-educación), para la mejora de discapacidad y dolor a corto, medio y largo plazo (evidencia de calidad moderada), y para mejorar componentes psicológicos como las creencias de miedo-evitación.

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Resumen de los ECA incluidos

Artículo	Autores	Objetivos	Tipo de estudio	Muestra	Intervención	Resultados
12. A randomized controlled trial testing a virtual perspective-taking intervention to reduce race and socioeconomic status disparities in pain care	Hirsh, AT. Miller, MM. Hollingshead, NA. Anastas, T Carnell, ST. Lok, BC.	Determinar si una intervención online para reducir los sesgos implícitos del clínico relacionados con la raza y estado socioeconómico (SES) del paciente es efectiva para reducir las diferencias en el manejo del dolor crónico.	ECA	Médicos residentes que presentaron sesgo implícito de raza o SES (n=188), mediante la valoración de 12 casos ficticios.	Los 188 médicos fueron aleatoriamente asignados (AA) El GI (n=91) tuvo una única sesión online donde recibió un <i>feedback</i> individualizado sobre su sesgo implícito, y 10 minutos de interacción con 2 pacientes virtuales. El GC (n=97) no recibió ninguna intervención.	Una semana post- intervención, se repitió la primera valoración. El GI 85% menor probabilidad para sesgo de raza y 76% para sesgo SES. Resultando en un manejo del dolor más equitativo.
13. Comparison of supervised exercise therapy with or without biopsychosocial approach for chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled trial	Hrkac, A Bilic, D Cerny-Obrdaj, E Baketicaric, I Puljak, L	Analizar la efectividad, para el tratamiento del dolor lumbar crónico, de una intervención de ejercicio grupal supervisado, comparado con la misma intervención pero añadiendo la terapia cognitivo conductual (TCC).	ECA	180 participantes adultos con dolor lumbar crónico. 63,3% mujeres	AA. El GI recibió 8 sesiones de 60min durante 4 semanas, en grupos de 10 personas. Dos opciones: - <i>Graded Activity</i> (GA): TCC+ SET+ educación (n=59) - <i>Supervised exercise therapy</i> (SET): SET + educación (n=63). El GC (n=58) recibió el TTO farmacológico habitual, recomendaciones sobre ejercicios y postura.	La GA y el SET resultan efectivos en el tratamiento del dolor lumbar crónico. La GA, con la aplicación de TCC, es la mejor opción a largo plazo (6meses) en la disminución de dolor, discapacidad y creencias de miedo-evitación (p<0,0001).
14. The Effect of Literacy-Adapted Psychosocial Treatments on Biomedical and Biopsychosocial Pain	Morais, CA Newman, AK Van Dyke, BP Thorn, B	Comprobar hipótesis: la intervención psicosocial (LAMP: <i>learning about my pain</i>) aumentará la conceptualización biopsicosocial (BPS) y disminuirá la biomédica (BM), en comparación con el	Análisis secundario de ECA	225 participantes adultos con dolor ME. 72,9% mujeres	AA. El GI recibió intervención LAMP. 1 sesión semanal de 90min durante 10 semanas. Dos opciones: - TCC (n=68) - Psicoeducación en dolor (n=80).	Las intervenciones LAMP lograron una disminución del concepto BM y aumento del concepto BPS, y del ratio BPS/BM (p<0,001). Esto se tradujo en menor intensidad (p=0,007) e interferencia del dolor

Conceptualization.		tratamiento habitual. Eso se traducirá en mejores resultados de dolor.			El GC (n=77) recibió el tratamiento médico usual	(p=0,035), y menor nivel de catastrofización (p=0,004).
<i>15. An Evaluation of Sex Differences in Patients With Chronic Pain Undergoing an Interdisciplinary Pain Treatment Program</i>	Racine, M Sole, E Sanchez-Rodriguez, E Tome-Pires, C Roy, R Jensen, M P	<p>Testar hipótesis (H)</p> <p>H1: Sobre las diferencias pre tratamiento según sexo/género: no habrá diferencia en la intensidad de dolor, función física ni función psicológica, pero sí en las respuestas al dolor.</p> <p>H2: Sobre la respuesta al tratamiento interdisciplinar: las mujeres se benefician más del programa interdisciplinar.</p>	Ensayo clínico.	202 participantes adultos con dolor crónico. 64,35% mujeres	TTO interdisciplinar de 4 semanas. Grupos de 7-15 pacientes. Técnicas de relajación y TCC. Establecimiento de objetivos individualizados semanales. Consejo <u>individualizado</u> sobre estiramientos, postura y actividad física. Educación <u>grupal</u> sobre fisiología del dolor, graduación de la actividad, medicación, higiene del sueño y comunicación.	Se confirma H1: hombres mayor kinesiofobia (p<,001), ven su dolor como resultado de lesión física (p<0,001), y adoptan estrategia de "pacing" (p=0,022). Mujeres adoptan estrategia de confrontación (p<0,001). Contrario a H1: las mujeres no muestran mayor catastrofización. Se confirma H2: todos mejoran los síntomas depresivos, pero solo ellas mejoran función física e intensidad del dolor (p=0,025).

Fuente: elaboración propia