



**Trabajo Final de Grado
Monografía**

**Efectos psicológicos en mujeres con
diagnóstico de endometriosis**

**Estudiante: Sheila Valdez Torres
C.I.: 5.136.360-9**

**Tutora: Prof. Dra. Alejandra López Gómez
Revisora: Prof. Adj. Mag. Alejandra Arias**

**Facultad de Psicología, Universidad de la República
Montevideo, Uruguay
2023**

Índice

Resumen	3
Abstract	3
1. Introducción	4
2. Endometriosis: aspectos biomédicos	6
2.1. El surgimiento	6
2.2. Características generales	7
2.2.1. Sintomatología	8
2.2.2. Diagnóstico y tratamiento	11
3. Endometriosis: aspectos psicológicos	13
3.1. Calidad de vida	15
3.2. Vida sexual	17
3.3. Impacto familiar, social y laboral	21
3.4. Impacto psicológico	23
4. Aportes desde la Psicología al tratamiento de la Endometriosis	26
4.1. Estrategias de intervención	28
5. Reflexiones finales	31
Referencias bibliográficas	33

Resumen

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por la presencia de tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina, lo cual provoca una gran variedad de síntomas, siendo el dolor el más frecuente. En los últimos años, junto con los avances científicos, se ha podido comprobar un aumento en la prevalencia de esta enfermedad, lo que ha motivado el estudio de sus determinantes. Diversos estudios sugieren que existe una relación entre endometriosis y factores psicológicos. Es así que la Psicología como ciencia de la salud tiene mucho para aportar en el abordaje de los factores psicosociales y en las consecuencias que tiene esta enfermedad en el bienestar integral, buscando brindar una mejor calidad de vida para estas mujeres que, en un gran porcentaje, viven aquejadas por el dolor y las secuelas de la endometriosis. Esta monografía ofrece un acercamiento a los efectos psicológicos que tiene la endometriosis sobre quienes la padecen, al igual que posibilita informar y concientizar acerca de la importancia de la intervención del psicólogo/a, quien cuenta con las herramientas necesarias para contribuir a un abordaje interdisciplinario.

Palabras clave: endometriosis, calidad de vida, psicología de la salud, vida sexual, intervención psicológica.

Abstract

Endometriosis is a chronic inflammatory disease characterized by the presence of tissue similar to the endometrium outside the uterine cavity, which causes a wide variety of symptoms, pain being the most frequent. In recent years, along with scientific advances, it has been possible to verify an increase in the prevalence of this disease, which has motivated the study of its determinants. Various studies suggest that there is a relationship between endometriosis and psychological factors. Thus, Psychology as a health science has a lot to contribute in addressing psychosocial factors and the consequences that this disease has on comprehensive well-being, seeking to provide a better quality of life for these women who, in a large percentage, live afflicted by pain and the sequelae of endometriosis. This monograph offers an approach to the psychological effects that endometriosis has on those who suffer from it, as well as makes it possible to inform and raise awareness about the importance of the intervention of the psychologist, who has the necessary tools to contribute to an interdisciplinary approach.

Key words: endometriosis, life quality, health psychology, sexuality, psychological impact.

1. Introducción

El presente texto se realiza en el marco del Trabajo Final de Grado (TFG) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República de Uruguay como requisito para la obtención del grado Licenciada en Psicología. Se realiza una revisión de la literatura disponible acerca de la endometriosis y los aspectos psicológicos que se ven afectados en la vida de las personas que la padecen. La endometriosis es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, lo que provoca gran malestar en estas pacientes, debido a inflamaciones y dolores pélvicos, entre otros síntomas, lo cual tiene afectaciones negativas en la vida de estas mujeres, generando a su vez, un alto costo personal, social y económico (Augé, 2012). Si bien se trata de una enfermedad cada vez más frecuente en su diagnóstico, poco se conoce de ella con exactitud. Se entiende la intervención y tratamiento psicológico como estrategias importantes para mejorar la calidad de vida.

Para la elaboración de esta monografía se realizó una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos como Timbó, Google Scholar, Scielo, PubMed, seleccionando, en su gran mayoría, producciones que abarcan desde el año 2012 hasta la fecha. La búsqueda fue realizada durante los últimos meses de 2022 hasta julio del presente año, seleccionando artículos en español, inglés y portugués respectivamente. Si bien no todos fueron utilizados para la producción escrita, contribuyeron a la ampliación de la búsqueda. Las combinaciones utilizadas fueron: endometriosis y Psicología, endometriosis y aspectos psicológicos, endometriosis e infertilidad, endometriosis y calidad de vida, endometriosis y depresión, endometriosis y ansiedad, endometriosis y estrés, endometriosis e impacto psicológico, endometriosis y vida sexual.

Posteriormente, se realizó una articulación de los aspectos médicos con los psicológicos, relevando los principales síntomas psicológicos asociados con el diagnóstico de endometriosis. Para el abordaje de los distintos efectos en la vida de las mujeres se seleccionaron los cuatro niveles desarrollados por Blasco Amaro et al. (2020). Partiendo desde lo individual hacia lo más general encontramos entonces las siguientes dimensiones: 1) calidad de vida, 2) nivel psicológico, 3) vida sexual y, 4) vida familiar, social y laboral.

En tanto la endometriosis se encuentra ligada a diagnóstico de infertilidad o alteraciones de la misma, se entiende como un factor relevante la comprensión del vínculo

que se establece entre la infertilidad y los niveles mencionados anteriormente, cómo esta repercute en la vida de la mujer.

La normalización y naturalidad con que se habla de las menstruaciones dolorosas nos invita a reflexionar cómo esto se vincula con en el diagnóstico tardío de la endometriosis e impacta en el psiquismo de quienes conviven con un dolor que es subestimado y cuestionado incluso por profesionales de la salud. Es necesario entender que si duele, algo pasa y que quizás eso que pasa, tiene un nombre: endometriosis.

En Uruguay, la endometriosis ya ha sido tema de debate público tanto a nivel social y político, a través de proyectos, conferencias, charlas informativas, etc., buscando la reflexión y concientización acerca de esta enfermedad. Es así que el simple hecho de que el tema haya sido puesto en discusión es entendido como un avance en materia de salud pública, sobre todo, para la salud de la mujer e integridad de la misma.

Mediante este trabajo, se busca conocer y dar visibilidad a los aspectos psicológicos que pueden presentarse en mujeres que padecen endometriosis y, a la vez, identificar las contribuciones que se pueden realizar desde la Psicología al abordaje de la enfermedad para brindarle a la paciente un tratamiento integral que le posibilite una mejor calidad de vida.

2. Endometriosis: aspectos biomédicos

2.1. El surgimiento

Si bien se desconoce con exactitud el origen de la endometriosis, se considera que algunos de los síntomas que se presentan en esta enfermedad fueron descritos en el primer papiro médico: el *Papiro de Ebers* en el año 1500 a.C., en donde se los caracteriza como un “doloroso desorden de la menstruación” (Acién Álvarez, 2012, p. 2). Los síntomas no referían a la endometriosis como tal ni a una enfermedad en sí misma.

Aunque en 1690 el alemán Daniel Shroen realizó una descripción exhaustiva de la endometriosis peritoneal, no fue hasta la segunda mitad del siglo XIX donde Carl von Rokitansky, más precisamente en 1860, realizó la identificación de una descripción más detallada de la enfermedad (Acién Álvarez, 2012), mientras que los signos y síntomas de la endometriosis han sido descritos desde el siglo XIX y su aparición reconocida durante el siglo próximo (Vanhie y Thomas, 2020, p. 280).

En 1921 Sampson presentó un trabajo titulado *Perforating haemorrhagic cysts of the ovary: Their importance and especially their relation to pelvic adenomas of endometrial type ('adenomyoma' of the uterus, rectovaginal septum, sigmoid, etc.)* en el cual se observan dos casos que, al momento de la menstruación, los quistes se encontraban tapizados por un tejido semejante al endometrio, por lo que le dio a estas lesiones el nombre de “adenomas de tipo endometrial” (Acién Álvarez, 2012, p. 2).

Varias fuentes confirman que fue Sampson, ginecólogo de profesión, quien al dedicarse a estudiar la sintomatología finalmente dio el nombre a esta enfermedad, estableciendo la teoría de que la endometriosis era causada por la menstruación retrógrada. A su vez, se le ha atribuido a la aparición del microscopio electrónico y laparoscopio la posibilidad del estudio de las lesiones de endometriosis durante principios del siglo XX, los cuales permitieron gozar de una mejor definición y determinación (Benagiano et al., 2015).

Entonces, ¿es la endometriosis una enfermedad reciente? ¿o la misma tuvo su origen hace varios siglos sin ser conocida como tal? Aunque varios siglos atrás se han descrito síntomas coincidentes con la endometriosis, en donde se sabía que había un dolor que aquejaba a las mujeres y que posiblemente estaba relacionado con la menstruación, la misma se trata de una enfermedad moderna ya que tuvo lugar con el avance y rigurosidad

científica que caracteriza a las prácticas médicas (Acién Álvarez, 2012; Benagiano et al., 2015). En los últimos años se presenció un incremento en cuanto a diagnósticos, publicaciones e investigaciones, haciendo que la enfermedad tuviera una incipiente mención en distintos ámbitos.

El término endometriosis hace referencia al endometrio, el cual es un tejido que reviste el útero, y está compuesto por vasos sanguíneos y glándulas que se destruyen y vuelven a regenerarse cada 28 días aproximadamente, dando paso a lo que se conoce como el ciclo menstrual femenino. En caso de que no ocurra embarazo, el endometrio se desprende cada mes con cada período menstrual, mientras que en la endometriosis, el tejido similar a este endometrio que funciona como tal, se implanta fuera del útero (Stanford Medicine Children's Health, 2023).

A pesar de las múltiples hipótesis que han surgido con respecto a las causas de la endometriosis, se continúa desconociendo su origen, lo cual impacta en el abordaje de los tratamientos, y en la búsqueda de una cura que sea definitiva para esta enfermedad, ya que hasta el momento los tratamientos han consistido en paliar los síntomas, principalmente los dolores más fuertes e incapacitantes. Algunas de las teorías que han aparecido son la teoría de la menstruación retrógrada o de la implantación, teoría de la metaplasia celómica, teoría de los restos embrionarios müllerianos, teoría de las células progenitoras que tienen su origen en la médula ósea, teoría de la inducción, teoría de las metástasis benignas (Carrillo Torres et al., 2021), entre otras. Se considera que puede existir un componente hereditario en la endometriosis o que la menstruación con duración mayor a seis días o el ciclo menstrual menor a 28 días, pueden ser factores de riesgo para padecer la enfermedad (Hernández Valencia, 2009). Por otro lado, "se entiende que los factores genéticos junto con el estilo de vida moderno y el ambiente social inciden en la prevalencia de la endometriosis" (Mesa Milán, 2018).

2.2. Características generales

Conocida como "*la enfermedad silenciosa*", la endometriosis afecta exclusivamente la salud y bienestar de la mujer, por lo que cabe destacar que es una enfermedad ginecológica (Acién Álvarez, 2012). Debido a los avances de la medicina moderna, la 11ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyó la endometriosis como una enfermedad del útero que se caracteriza por el crecimiento de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina; este tejido puede crecer

en los ovarios, los ligamentos útero sacros, las trompas de Falopio, vagina, recto (Ballweg y Endometriosis Association, 2004), entre otras partes del cuerpo. El aspecto de la endometriosis puede variar desde lesiones mínimas en las vísceras pélvicas hasta quistes ováricos con adherencias que pueden afectar zonas como el intestino, vejiga y uréter (Vanhie y Thomas, 2020, p. 505). Ese tejido similar al endometrio, al no encontrarse en su lugar habitual, no puede ser expulsado correctamente, lo que genera reacciones inflamatorias crónicas dentro de la pelvis, crecimiento de tejido cicatrizal, hemorragias internas; desarrollándose procesos tumorales, implantes o crecimientos endometriales, entre otras lesiones (Ballweg y Endometriosis Association, 2004). Se han descrito algunos tipos de lesiones de endometriosis:

- Endometriosis superficial: las lesiones se encuentran en el peritoneo pélvico
- Endometriosis quística de ovario: las lesiones se ubican en los ovarios y se les conoce como “endometrioma”
- Endometriosis profunda: ocurre cuando las lesiones se presentan en el tabique rectovaginal, vejiga e intestino
- Poco frecuente: lesiones fuera de la pelvis (OMS, 2023).

La endometriosis afecta aproximadamente al 10% de mujeres que se encuentran en edad reproductiva (OMS, 2023), aunque se ha planteado la hipótesis de que esta enfermedad no es exclusiva de la edad reproductiva, sino que esta es la etapa en donde los síntomas suelen aparecer y acentuarse, cuando suele realizarse el diagnóstico que da inicio al tratamiento (Carrillo Torres et al., 2021).

2.2.1. Sintomatología

Los síntomas de esta patología son muy variables de una persona a otra, pudiendo agudizarse con el paso del tiempo, debilitando a la paciente, pudiendo presentarse en forma de remisión y recidivas (Mesa Milán, 2018). Esta variabilidad de síntomas contribuye a que el diagnóstico de la endometriosis sea difícil y tardío, lo cual interfiere en la calidad de vida de estas pacientes, ya que en ocasiones puede ser confundida con patologías con síntomas similares. Algunos de estos síntomas se asocian principalmente con el dolor: dolor pélvico crónico, dolor durante y después de las relaciones sexuales (dispareunia), menstruación dolorosa (dismenorrea); también puede evidenciarse la presencia de infertilidad, trastornos intestinales, padecimiento psicológico (OMS, 2023). No obstante, la endometriosis puede cursar con alteraciones de la menstruación o puede ser asintomática (CIE-11, 2022). Es importante considerar el sufrimiento que va más allá del dolor físico, el cual genera un

impacto a nivel social y laboral, generalmente hasta la etapa de la menopausia, pudiendo perdurar luego de la misma (Acién Álvarez, 2012).

Como se menciona anteriormente, el dolor pélvico crónico es considerado como el síntoma de la endometriosis por excelencia, el cual muchas veces es el encargado de conducir a las pacientes hacia el centro de salud en el cual se les realiza el diagnóstico. El dolor pélvico es definido como la "sensación de malestar desagradable y dolor recibida por las terminaciones nerviosas de la región abdominal y pélvica. Puede presentarse con distintos grados de intensidad" (OMS, 2023). Mientras que el dolor crónico es un dolor persistente y repetitivo con una duración de más de tres meses (OMS, 2023). El modelo biopsicosocial del dolor crónico y de la discapacidad establece que el dolor es resultante de la interacción dinámica producida entre factores fisiológicos, psicológicos y sociales (Zarbo et al., 2022).

Puede distinguirse tres grandes grupos dentro del dolor crónico Garzón (1995):

- a) *Dolor agudo recurrente* competencial: tiene una larga duración o incluso dura toda la vida, se caracteriza por presentarse períodos de dolor autolimitados, tiene un final predecible y tiende a recidivar, tal como es el caso de las cefaleas migrañosas.
- b) *Dolor continuo de duración limitada o dolor crónico agudo*: el dolor puede durar meses o años, pero existe la probabilidad de que finalice a través de la curación o del fallecimiento del paciente, por ejemplo el dolor producido por cáncer.
- c) *Dolor crónico no maligno* (mal denominado dolor crónico benigno): a pesar de que la vida del paciente no se encuentra amenazada, el dolor hace que el paciente se encuentre totalmente incapacitado no respondiendo a los tratamientos (Garzón, 1995).

La endometriosis puede ser comprendida dentro del dolor crónico no maligno, por lo cual en diversas ocasiones se ha mencionado que esta enfermedad es de carácter benigno, a pesar de que en muchas pacientes llega a ser incapacitante y afecta todos los ámbitos de su vida. Si bien no es una enfermedad con la cual se presenten riesgos vitales directamente, es imprescindible comprender que es desgastante para quien la vive diariamente, presentando comorbilidades, tales como la fibromialgia, esclerosis múltiple, migraña, síndrome miofascial, alteraciones tiroideas, riesgo cardiovascular, síndrome del intestino irritable, etc., que también pueden aumentar el riesgo de la endometriosis (Carrillo Torres et al., 2021). Existe una hipótesis de que tanto los síntomas de depresión como los

de ansiedad en mujeres con endometriosis se relacionan con el dolor crónico, pudiendo estas dos influir en la percepción que la paciente tiene sobre su dolor, por lo que se plantea que más allá del tratamiento médico, debe tenerse como objetivo la mejora en lo que respecta a las habilidades de regulación emocional en estas pacientes (van Barneveld et al., 2022).

El dolor pélvico crónico no es exclusivo de la endometriosis, sino que es un trastorno frecuente que puede ser una manifestación de otras enfermedades y se presenta con frecuencia en la consulta ginecológica (Fuentes y Sepúlveda, 2014). La etiología del dolor pélvico crónico no es muy clara ya que existen muchos trastornos que pueden estar asociados, por lo que el tratamiento puede consistir en dos enfoques: tratar el dolor crónico como un diagnóstico o, tratar las enfermedades o trastornos que producen o contribuyen al dolor pélvico crónico. Generalmente se utiliza una combinación de ambos enfoques (Howard, 2003). En el caso de la endometriosis, el tratamiento está enfocado en la disminución de los síntomas.

Como se menciona antes, otras dos condiciones asociadas al dolor que suelen presentarse con frecuencia en las mujeres que padecen endometriosis son la dispareunia y la dismenorrea. La dispareunia se caracteriza por la aparición de molestias o dolor genital frecuente, antes, durante o después del coito o penetración vaginal (OMS, 2023). Por otro lado, la dismenorrea es el padecimiento a nivel del aparato genital femenino que puede ser causado por endometriosis y que se caracteriza por la presencia de dolor pélvico antes o durante la menstruación, pudiendo interferir en la cotidianeidad de la mujer; asociado a la condición de dismenorrea, se observa en ocasiones el denominado dolor hipogástrico, dolor que puede extenderse a los muslos y región lumbosacra (OMS, 2023).

Describiendo detalladamente los síntomas asociados a esta condición, también se encuentra la presencia de dolor al defecar y/u orinar, cansancio, distensión abdominal, náuseas, mareos, depresión, ansiedad (OMS, 2023), al igual que la presencia de períodos menstruales abundantes. Estos síntomas varían dependiendo de la localización de los focos endometriales y rara vez se correlacionan directamente con el grado de la enfermedad, ya que se puede cursar un grado I (mínima) y que el dolor imposibilite a la mujer, o se puede tener grado IV (grave) y presentar o no los síntomas. Es por ello que se trata de una patología que requiere de abordajes personalizados, ya que no todas las pacientes responden del mismo modo a los tratamientos.

2.2.2. Diagnóstico y tratamiento

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de la endometriosis pueden ser complejos y varían de acuerdo al país, a las sociedades científicas y a las guías de práctica clínica adoptadas, existiendo dificultades en lo que respecta a la unificación de protocolo (Lete, 2019) y a consensos sobre el abordaje de la misma. Se hace mención a lo tardío que puede llegar a ser el diagnóstico, estimando que suele existir un período de espera de 6 a 10 años entre el primer dolor incapacitante y el diagnóstico (Trindade et al., 2021; Giudice y Kao, 2004 citado por Lete, 2019).

El estudio de imágenes es muy importante en el diagnóstico de endometriosis, principalmente la ecografía ginecológica, la cual es muy utilizada cuando hay sospecha de enfermedad (Fernández y Albornoz, 2010). También se recurre al uso de laparoscopia, ecografía transvaginal, resonancia magnética nuclear, biomarcadores (sangre, plasma y orina) (Lete, 2019; Dunselman et al., 2014). De estas técnicas, la laparoscopia puede ser más precisa que otras técnicas cuando se trata de implantes endometriósicos menores a 5 mm (Lete, 2019), aunque la tecnología aplicada depende, en muchos casos, de la experiencia del operador, tal como sucede con las ecografías utilizada principalmente para endometriosis profunda u ovárica (Dunselman et al., 2014); en la endometriosis rectovaginal y de infiltración profunda en el rectosigmoide es recomendable la utilización de endosonografía anorrectal y la resonancia magnética nuclear. En aquellos casos donde se sospeche que la vía urinaria o intestinal se encuentran comprometidas, es necesario recurrir a otros estudios complementarios. En los últimos años se ha evidenciado un avance significativo en cuanto al diagnóstico establecido mediante imágenes, aunque hay quienes siguen considerando que el diagnóstico definitivo se establece por medio de laparoscopia (Fernández y Albornoz, 2010).

Al momento de dar inicio a un tratamiento para endometriosis, deben considerarse dos factores sobre lo que se quiere priorizar en cuanto a las necesidades de cada paciente: el tratamiento puede enfocarse en el dolor o en el deseo de gestación. Debe determinarse cuál es el motivo principal por el que la paciente ha acudido a consulta (Lete, 2019). Mientras tanto, se entiende que existen dos líneas de tratamiento, la primera línea es el tratamiento médico y la segunda línea es el tratamiento quirúrgico (Lete, 2019). El tratamiento médico incluye antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos y terapias hormonales, siendo este último el más eficaz, que puede ser administrado por vía oral, vaginal o transcutánea, demostrándose que la supresión ovárica durante seis meses reduce significativamente el dolor asociado a esta condición (Carrillo Torres et al. (2021). El

tratamiento médico es el preferido para paliar el dolor y posterior a las cirugías para evitar recidivas, mientras que el tratamiento quirúrgico suele ser reservado y aplicado en aquellas mujeres cuyo resultado al tratamiento médico no fue el esperado o cuando hay órganos comprometidos; incluso cuando la mujer se encuentra planeando quedar embarazada, buscando incrementar las probabilidades de una gestación exitosa (Zondervan et al., 2018 citado por Carrillo Torres et al., 2021).

La intervención quirúrgica es contemplada dependiendo del tipo de endometriosis y de las localizaciones afectadas. En la endometriosis ovárica se utiliza la quistectomía, sobre la cual no se sabe con exactitud el impacto que la misma puede llegar a tener en la reserva folicular del ovario. Cuando se trata de endometriosis profunda no se le puede garantizar a la paciente que no existan riesgos (por ejemplo, daño de otros órganos o de estructuras próximas al aparato genital). Una vez contemplados los riesgos de la intervención, la resolución debe ser cautelosa y decidida conjuntamente con la paciente (Lete, 2019).

En base a las evidencias disponibles en el campo médico, y de acuerdo con los objetivos del presente trabajo, surge una serie de interrogantes que se considera pertinente abordar en el próximo apartado: ¿cómo se sienten las mujeres con endometriosis cuando se enfrentan a esta enfermedad? ¿Cómo afecta la endometriosis en su calidad de vida, en sus relaciones y en sus emociones? Si la paciente tiene un fuerte deseo de maternidad, ¿qué sucede si su fertilidad se encuentra afectada?

3. Endometriosis: aspectos psicológicos

En 1948 la OMS define a la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2023), dejando atrás la visión que se había tenido durante siglos, donde la salud era considerada única y exclusivamente como la ausencia de enfermedades, no contemplando la interrelación en el bienestar que se produce entre los factores anteriormente mencionados: físico, mental y social. Sin embargo, autores como Morales Calatayud (2015) entienden que a esta concepción de salud se le han sumado muchas críticas, principalmente porque alude a un estado de “completo bienestar”, el cual se encuentra descontextualizado al describir a la salud como, en palabras del autor, “un valor general” que impide no solo su reconocimiento sino también su promoción. El autor, además, entiende que el campo de la salud posiblemente sea uno de los campos que más atención requiere desde la Psicología.

Desde hace ya varios años se ha planteado que la Psicología de la Salud es la rama de la Psicología encargada del estudio y abordaje de las variables psicológicas que ocurren en el proceso salud-enfermedad, incluyendo los problemas que sufren en la atención de la salud y las enfermedades, entre ellos los aspectos psicológicos, también la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Morales Calatayud, 2009a).

Las prácticas psicológicas en el ámbito de la salud han estado históricamente relegadas, en parte debido a esta separación que se dio en torno a la salud física y salud mental, lo cual ha impedido su desarrollo y participación en lo que a tratamientos médicos respecta, por ende, no sorprendería que los aspectos psicológicos en cuanto a la endometriosis muchas veces no sean tenidos en cuenta en el abordaje de la misma. De acuerdo con lo planteado en el documento creacional del Instituto de Psicología y Salud (2010), en el cual se toman como referencia los aportes de Giorgi (2002):

Entendemos la Psicología de la Salud como un proyecto académico, profesional o político que se propone restituir al estudio, comprensión y transformación de los fenómenos y procesos que ocurran en el campo de lo sanitario, los aspectos afectivos, cognitivos, actitudinales vinculares e imaginarios que los seres humanos y sus colectivos producen y ponen en juego en relación al proceso salud-enfermedad-curación y sus instituciones. (Giorgi, 2002 citado por Instituto Psicología y Salud, 2010)

Morales Calatayud (2009b) entiende que aún hay muchos profesionales de la salud que adhieren al modelo biologicista, el cual hace hincapié en que, para que exista una enfermedad debe existir una lesión comprobable empíricamente. Sin embargo, el autor no está de acuerdo con esta tradición, ya que considera que tanto la salud como la enfermedad se encuentran condicionadas por otros factores relacionados con la subjetividad, el comportamiento individual, los aspectos naturales, sociales y económicos. Considerando la necesidad de que existan concepciones de salud que contemplen estos aspectos, refiere a la necesidad de conocer la salud para conocer la enfermedad y conocer la enfermedad para conocer la salud.

A pesar de ser Sigerist (1891-1957) un autor de la década de 1940, Morales Calatayud (2015) lo cita en su obra *Introducción a la Psicología de la Salud*, destacando los grandes aportes que realizó para lograr el reconocimiento de los aspectos sociales que se encuentran relacionados en la salud. Sigerist (1941) plantea que la salud debe ser considerada no solo como una condición física y mental, sino también en un sentido social, planteando que no se trata solo de la ausencia de enfermedades, sino de una actitud alegre y optimista por parte del individuo hacia la vida, logrando tener un buen equilibrio entre mente y cuerpo, adaptándose adecuadamente al entorno físico y social y a los cambios ambientales, así como también tener el control de sus facultades físicas y mentales, lo cual le permita contribuir a la sociedad en la que vive (citado por Morales Calatayud, 2009b, p. 27). En sus aportes Sigerist (1946) dejó plasmado que para promover la salud se necesita que se proporcionen condiciones de vida dignas, al igual que buenas condiciones de trabajo, educación, considerando también la cultura física, el ocio y el cansancio como parte (Marchiori, 2008).

Los aspectos psicológicos tienen un papel importante al momento de determinar el nivel de susceptibilidad o resistencia ante agentes externos debido a la influencia que pueden tener sobre lo biológico. En efecto, se consideran las contribuciones que se pueden realizar desde la Psicología en pos de elevar la resistencia del sujeto para evitar enfermarse y también buscando favorecer la evolución de la enfermedad, ayudando en la interpretación de las variables sociales y ambientales (Morales Calatayud, 2009b).

Luego de lo planteado por estos grandes referentes de la Psicología de la Salud, debe considerarse la multiplicidad de aspectos que se interrelacionan cuando se alude a procesos de salud-enfermedad. Es por eso que desde la Psicología se puede aportar de múltiples maneras: contemplando la subjetividad de cada individuo, de la enfermedad, su sintomatología y percepción, tanto del dolor como de la situación, promover la salud

considerando los aspectos sociales y ambientales, y sobre todo, ayudar a hacer posible el alcance de una calidad de vida digna.

De todos modos, es pertinente destacar que se ha constatado una mayor necesidad de servicios de salud en mujeres que en hombres; esto se ha vinculado con su rol biológico en la reproducción, con una alta morbilidad y una mayor longevidad, mencionando que si la pobreza ya es un factor que influye de manera desproporcionada en el acceso a la salud, más lo es la pobreza en las mujeres y en la salud de estas (Gómez Gómez, 2002).

Para desarrollar este apartado se toman como referencia los cuatro niveles considerados por Blasco Amaro et al. (2020) en el *Modelo de atención a las mujeres con endometriosis*, donde se contempla que al igual que sucede con los síntomas de la endometriosis, el impacto que la misma tiene sobre la calidad de vida de las pacientes es muy variable. Entendiendo que la endometriosis tiene un impacto biopsicosocial en la vida de estas pacientes, se consideran:

- 1) Impacto sobre la calidad de vida,
- 2) Impacto sobre la vida sexual
- 3) Impacto familiar, social y laboral
- 4) Impacto psicológico (Blasco Amaro et al., 2020).

Si bien existe una estrecha relación que puede dificultar la distinción entre estos niveles, se busca abordarlos de un modo más preciso en el que se le pueda dar visibilidad a cada uno de ellos y así también ampliar los aportes realizados por los autores.

El dolor tiene un importante rol irrumpiendo en diferentes dominios sobre la calidad de vida y la salud mental de las pacientes con endometriosis, entendiendo que la sintomatología dolorosa de la endometriosis puede contribuir a una peor calidad de vida no solo a nivel físico, sino también produciendo mayores niveles de síntomas depresivos y alteración sexual (Zarbo et al., 2022).

3.1. Calidad de vida

A pesar de que no se conoce en profundidad la relación entre endometriosis y calidad de vida, se sabe que el dolor producido por esta enfermedad afecta en gran medida en la calidad de vida y en la salud mental de quienes la padecen (Zarbo et al., 2022). Esto puede relacionar con base en las consecuencias directas producidas por ese dolor, a la

fertilidad, al tratamiento médico (ya sea hormonal, farmacológico y/o quirúrgico), así como también las comorbilidades que pueden estar asociadas, pudiendo a su vez, aumentar los riesgos y prevalencia de la enfermedad (Carrillo Torres et al., 2021).

Considerando la diversidad en cuanto a las definiciones de calidad de vida que se han dado a lo largo de los años, se destaca la existencia de términos comunes como el bienestar, satisfacción, subjetividad, objetividad, multidimensional, que suelen aparecer en estas concepciones, lo cual permite llegar a una noción global del término entendiéndolo como “el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” (Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012, p. 65). La calidad de vida no se caracteriza únicamente por la ausencia de enfermedades, sino que se contemplan otros factores tales como el bienestar biopsicosocial de la persona, cómo viven, cómo sienten y cómo comprenden su cotidianidad, dándole un papel importante a los sentimientos, a la cultura y al entorno en que la persona se encuentra inmersa (Custódio y Trovó de Marqui, 2014).

Entonces, ¿cómo se relaciona la endometriosis con la calidad de vida? El dolor crónico de la endometriosis afecta negativamente sobre la calidad de vida, la cual se encuentra reducida debido a las repercusiones en la salud, educación, trabajo, en el nivel socioeconómico, en las relaciones de pareja, fertilidad y estado emocional que predispone la presencia de trastornos psicológicos, conduciendo al desarrollo de depresión, ansiedad y estrés principalmente (Quintero et al., 2017; Donatti et al., 2022; Custódio y Trovó de Marqui, 2014). La endometriosis afecta los vínculos de la persona y la forma de relacionamiento con una misma y con los demás, “puede ser motivo de aislamiento social, fatiga, pérdida de interés, disminución del deseo sexual, imagen negativa de sí misma, pesimismo y sentimientos de inutilidad” (Kumar et al., 2010 citado por Blasco Amaro et al., 2020, p. 50).

Por otro lado, no se debe olvidar que también hay otros factores que influyen negativamente en la calidad de vida, tal como la competitividad del mercado laboral, el estado de salud en sí o la desventaja que puede existir a nivel económico (Custódio y Trovó de Marqui, 2014). La fatiga crónica que se suele percibir en la endometriosis, al igual que la disminución en la forma física de la persona y la pérdida en la calidad del sueño también tienen su papel en la disminución en la calidad de vida (Álvarez Salvago et al., 2020).

Aunque es escasa la literatura disponible que sugiere estrategias para mejorar la calidad de vida en pacientes con endometriosis, se ha comprobado que la terapia física y la

terapia psicológica tienen eficacia en cuanto a la reducción de los síntomas principales de esta patología: dolor y presencia de alteraciones psicológicas, lo que a su vez contribuye en una mejora en la calidad de vida, que puede ser considerado como indicador de “mejoría clínica” de la enfermedad (Custódio Silva y Trovó de Marqui, 2014).

Cuanto mayor sea el acceso a la salud y a la educación, mejor será la calidad de vida de estas pacientes ya que así podrán acceder a mejores condiciones y tratamientos, al igual que sucede con el nivel socioeconómico; los hábitos saludables, la realización en el ámbito profesional, el equilibrio físico y psíquico juegan también un papel primordial por lo que se debe apuntar a preservar cada uno de ellos (Custódio y Trovó de Marqui, 2014).

3.2 Vida sexual

La sexualidad, además de ser un aspecto importante para la salud y la calidad de vida, es un fenómeno complejo que se compone de factores sociales, psicológicos, biológicos y culturales (Pluchino et al., 2016). La salud sexual no es la ausencia de enfermedades, disfunciones o incapacidades, sino que es un estado de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad; para lograr y mantener la salud sexual es necesario que los derechos sexuales sean respetados, protegidos y que se promueva su ejercicio plenamente. Este derecho se encuentra afectado en las mujeres con endometriosis debido a las propias características de la condición (OMS, 2006), ya que el vínculo sexual se ve involucrado en tanto la cronicidad del dolor adquiere una dimensión intersubjetiva que impacta en el placer y en la relación sexual en sí (Alkolombre, 2012).

Las mujeres que tienen endometriosis presentan alteraciones en la función sexual, lo que hace propicia la investigación de la vida sexual de estas pacientes, contemplando a su vez, el impacto que esto puede producir en su calidad de vida (Trovó de Marqui et al., 2015). En esta misma línea, se entiende que cuanto mayor es la percepción que la paciente tiene con respecto a la severidad de sus síntomas de endometriosis, menor es la satisfacción en el ámbito sexual (Nogueira, I., 2020), esto se debe a que el dolor provocado por la endometriosis puede ser inhabilitante, generando molestias durante las relaciones sexuales, ya sea por el propio dolor o falta de placer (Trindade et al., 2021), lo que lleva a la paciente a evitar las prácticas sexuales. Se sabe que cuanto mayor es la reducción en la frecuencia de la actividad sexual, mayor es la morbilidad psicológica (Nogueira, 2020). La mujer cuando siente que su sexualidad está limitada puede experimentar heridas psíquicas

que alimentan su sufrimiento, y autoestima, llegando a percibir sentimientos de inferioridad (Alkolombre, 2012).

No obstante, además de los dolores: dolor pélvico crónico y dispareunia principalmente, los cuales son causantes de las disfunciones sexuales, también puede presentarse angustia sexual (Zarbo et al., 2019), que hace referencia a la angustia que se relaciona con alguna dificultad sexual en específico, siendo así un concepto amplio que puede incluir sentimientos negativos tales como preocupación, frustración, insatisfacción, entre otros (Hendrickx et al., 2016). Se entiende que la angustia sexual no solo es causada por el dolor y las disfunciones sexuales producidas por la endometriosis, sino que también puede estar relacionada con factores psicológicos y cognitivos, los cuales comprenden el manejo de la paciente con la enfermedad, sus preocupaciones y percepciones (Zarbo et al., 2019).

Como se mencionó en el apartado anterior, la dispareunia es uno de los síntomas de la endometriosis, el cual tiene gran influencia en la vida sexual de las mujeres, afectando su completo bienestar: físico y mental, conflictuando sus relaciones íntimas e incluso familiares (Privitera et al., 2023), yendo más allá del dolor, haciendo que las mujeres tiendan a evitar las relaciones sexuales, viendo afectada su autoestima, su calidad de vida y sus relaciones de pareja (Denny y Mann, 2007 citado por Zarbo et al., 2019). A su vez, este dolor en las relaciones sexuales puede condicionar el deseo sexual de las pacientes, la excitación, la satisfacción sexual, llevando estas disfunciones a afectar en su calidad de vida (Fritzer et al., 2013; Fairbanks et al., 2017).

Por lo visto, no solo el dolor compromete la vida sexual de mujeres con endometriosis, sino que también depende del grado de avance de la enfermedad y de la sintomatología manifiesta, si existen otras patologías subyacentes, ya sea físicas o mentales, los propios rasgos de personalidad de la paciente, sus deseos y expectativas, las intervenciones quirúrgicas, el nivel educativo, etc. (Pluchino et al., 2016).

Por otro lado, Pluchino et al. (2016), contemplando un abordaje integral, refieren a los cambios de humor y ansiedad que pueden presentarse en mujeres con endometriosis mientras están sometidas a tratamiento hormonal, debido a que el dolor, la angustia y la función sexual se relacionan entre sí. Si una paciente en tratamiento hormonal comienza a presentar alteraciones o trastornos psicológicos y requiere del uso de psicofármacos como por ejemplo antidepresivos, se debe contemplar que estos pueden determinar aún más su vida sexual, llegando a provocar disfunciones en este nivel (Montejo et al., 2015).

Aunque hay literatura disponible acerca de los efectos secundarios que tiene la terapia hormonal o farmacológica, se ha llegado a comprobar que la administración de un tratamiento adecuado, ya sea farmacológico o quirúrgico puede presentar un mejor panorama para la paciente en relación a su calidad de vida y su vida sexual (Trovó de Marqui et al., 2015). Ambos tratamientos pueden contribuir a una mejoría pero no es definitivo para las disfunciones sexuales que tienen estas pacientes, por lo que se considera que en este caso, el tratamiento más apropiado consta de un abordaje multidisciplinario compuesto por ginecólogos, psicólogos y sexólogos, para que el funcionamiento sexual de la mujer mejore a nivel general y que no solo se centre en la disminución del dolor durante las relaciones sexuales (Barbara et al., 2017).

Sin embargo, en muchos casos, las pacientes además de encontrarse inmersas en conflictos con las relaciones sexuales, también presentan alteraciones en su fertilidad, teniendo una disminución en la misma o infertilidad. La infertilidad es considerada como la incapacidad de concebir; desde el punto de vista médico se caracteriza como la ausencia de embarazo luego de un año de actividades sexuales sin protección (Carvajal y Ralph, 2017). La endometriosis se encuentra dentro de las tantas patologías que pueden ser causa de infertilidad (OMS, 2023); aunque no se conoce con exactitud cuáles son las causas por las que la infertilidad se presenta en estas pacientes se hipotetiza que puede estar relacionado con distorsiones anatómicas, adherencias, focos de endometriosis, inflamación peritoneal, trastornos endocrinos que interrumpan en la función ovárica, etc. (Tanbo y Fedorcsak, 2017).

El tratamiento utilizado para la infertilidad puede ser médico, en donde se suprime el crecimiento de lesiones endometriósicas, a través de cirugía o con técnicas de reproducción asistida (TRA). El tratamiento hormonal tiene poco efecto si no se utiliza conjuntamente con TRA, siendo la inseminación intrauterina la más recomendada en pacientes con endometriosis leve. Por su parte, la fertilización in vitro (FIV) también suele tener una mayor tasa de éxito cuando es utilizada por mujeres que se encuentran en una fase mínima de la enfermedad, cuanto más leve es la endometriosis, existen más posibilidades de éxito en FIV. También debe considerarse que la extirpación de focos endometriósicos en fase mínima mejora la fertilidad aunque no sea significativamente (Tanbo y Fedorcsak, 2017).

Gereda y Megía (2022) comprenden que la búsqueda de quedar embarazada para tener un hijo biológico es agotadora ya que la utilización de distintos métodos para lograrlo hace que constantemente la mujer se cuestione si intentarlo nuevamente o resignarse a su deseo de maternidad. Aunque la infertilidad no es considerada como una psicopatología, se

debe tener en cuenta que su diagnóstico y las TRA conllevan un proceso largo y estresante, que puede ser causante de alteraciones y desajustes a nivel emocional en la paciente y en la relación con su pareja (en caso de existir) como estrés, ansiedad y depresión (Moreno et al., 2009).

Una mujer que desea y no puede tener hijos, pasa por un duelo que le permite, en este caso, o seguir luchando por lograr ser madre o transformar el deseo en algo más. Ante ello, se encuentran dos subtemas: “esperando el milagro” y “sustituyendo el deseo” (Gereda y Mejía, 2022, p. 21).

La noción de descendencia es planteada como materia de deseo y de mandato, por lo que la procreación y las dificultades que puedan presentarse en ella juegan un papel en la intersección y en los espacios representacionales del plano individual, vincular y social (Cincunegui et al., 2004). En una investigación realizada por Gereda y Megía (2022) se da a conocer que el deseo de estas pacientes de tener un hijo encuentra sus raíces en la infancia, el cual se va fomentando a través de la propia noción que tiene la mujer sobre la maternidad y por un mandato social que considera que la crianza es exclusiva de la mujer y la maternidad es vista como un destino para ella. Las autoras mencionan que en los últimos años se ha producido un cambio en cuanto al papel de la maternidad en la sociedad y en la responsabilidad que se le atribuía aunque aún no es suficiente para estas pacientes, quienes se sienten cuestionadas acerca de su rol en la vida y en la sociedad. La infertilidad se vuelve una carga para la mujer, interfiriendo en su estado psíquico y emocional, en su economía, en la relación con su pareja y sobre todo, impacta profundamente en la obtención y cumplimiento del deseo de maternidad (Monga et al., 2004, citado por Custodio y Trovó de Marqui, 2014).

Ortiz (2015) menciona que las mujeres con infertilidad a menudo han tenido que modificar sus proyectos de vida dejando a un lado la maternidad, con lo que Caillet (2013) concuerda y contempla que el no poder cumplir su proyecto de vida que incluía el ser madre puede conducir a un círculo vicioso de inestabilidad emocional, en donde no solo hay desgaste emocional sino también ambivalencia entre esperanza y desesperanza, lo cual puede conducir incluso a ideaciones suicidas. En algunas ocasiones enfrentar un diagnóstico de infertilidad puede traer consigo el que la paciente lo interprete como un “cambio en su identidad” (Gereda y Megía, 2022, p. 18).

3.3 Impacto familiar, social y laboral

Considerando cómo la endometriosis repercute en la calidad de vida de estas mujeres, en su sexualidad y fertilidad, no sería extraño que también lo haga en el plano familiar, social y laboral. La endometriosis puede llevar a que quienes la padecen se aislen de sus círculos sociales (Kumar et al., 2010), lo cual influye significativamente en los vínculos de la persona, los cuales se encuentran perjudicados debido a que la gente suele cansarse de sus constantes quejas y síntomas. Con frecuencia las pacientes con endometriosis mencionan lo incomprensibles que se sienten ya sea por su entorno o por los propios profesionales de la salud, ya que su dolor es minimizado e incluso normalizado, porque hay quienes aseguran que no es más que “falta de valentía” y un llamado de atención por parte de ellas (Lorencatto et al., 2007; Rivera Gutierrez y González, 2021).

Los síntomas suelen acentuarse en cada menstruación de la mujer, por lo que, mes a mes aparecen los dolores - si es que en algún momento desaparecieron completamente- haciendo que la paciente se sienta molesta e incluso hostil, ya que a eso se adhiere el componente familiar y social que argumenta que hasta que no haya un diagnóstico como tal que justifique los dolores, solamente se trata de un dolor estándar, normal, como se mencionó antes, el cual está arraigado social y culturalmente a las mujeres en edad reproductiva: producto de la menstruación que visita mensualmente a las mujeres (Alkolombre, 2012).

Los efectos de la endometriosis no solo afectan a la mujer que la padece, sino que también, a pesar de la escasez de estudios, se ha podido constatar que se percibe una afectación en las parejas de estas mujeres, lo cual se relaciona con la disminución de la actividad sexual producida por la dispareunia que, a su vez, está relacionada con reducción en la satisfacción sexual (Nogueira, 2020; Pluchino et al., 2016). Teniendo en cuenta el impacto que también tiene sobre la pareja, se considera pertinente que la paciente no se involucre sola en su tratamiento, sino que lo haga en conjunto con su pareja, quien la acompañe en el proceso, en la toma de decisiones - que como se ha visto, son varias - y en la comprensión de la enfermedad, sus síntomas y las posibles repercusiones que la misma puede derivar en la paciente y en el vínculo de ambos (Rivera Gutierrez y González, 2021).

En un estudio de corte cualitativo en el cual se estudió el estigma de las mujeres que viven en Latinoamérica y tienen endometriosis, se percibió cómo las participantes manifiestan la incomprensión por parte de sus familias y parejas. Algunas de estas mujeres mencionaron que se sintieron rechazadas por el hecho de que sus síntomas no les permitieran salir de su casa, siendo consideradas como “ermitañas”, sintiéndose

incomprendidas incluso por sus seres más cercanos. Con respecto a las parejas, hubo casos en donde las mujeres con endometriosis fueron acusadas de inventar “excusas” para no tener relaciones sexuales, lo cual fue motivo de divorcio o separación (Matías González et al., 2020).

Pareciera que los medios de comunicación y la sociedad en general no han contribuido a que las pacientes con endometriosis se sientan comprendidas y contempladas; se considera que la representación de la mujer en los medios no hace más que fomentar el discurso y la heteronorma de cómo una mujer vive su menstruación, por ejemplo, el lema de “*que tu regla no te impida hacer nada*”, pero la paciente que batalla día a día con la endometriosis sabe que esto no es así y que se está lejos de concientizar a la sociedad si se ve a la menstruación como algo tan banal y fácil de solucionar (Matías González et al., 2020).

Existe una importante dificultad en cuanto al ejercicio y cumplimiento de una actividad profesional o laboral para estas pacientes ya que tienen la necesidad de ausentarse de sus respectivas actividades, ya sea de sus estudios o puesto de trabajo, por el dolor, por consultas médicas u otros aspectos derivados a causa de padecer endometriosis. A esto se le suma la ya mencionada desigualdad y competitividad que existe en el mercado laboral y la repercusión que las ausencias laborales y el costo de los tratamientos implican en la economía de la paciente (Trindade et al., 2021). Si bien es importante acceder a un diagnóstico temprano que posibilite un mejor abordaje en cuanto a tratamiento, para ello se requiere de elevados costos debido a que necesitan antes haber podido realizarse los estudios necesarios que permitan dar inicio a aquel, lo cual también supone un costo aparte (Trindade et al., 2021).

Pero las pacientes no solo tienen que enfrentarse a estos costos elevados, sino que el hecho de que muchas veces los distintos profesionales de la salud a los que acuden no estén formados e informados en la enfermedad dificulta aún más la situación ya que hace que también deban lidiar con escenarios hostiles y violentos porque su caso no fue bien manejado clínicamente, haciendo que las pacientes se vean ante la necesidad de acudir a consultas privadas (Trindade et al., 2021). Se entiende que en el consultorio ginecológico, en ocasiones hay un juego de poder en donde el médico cree saber lo que la paciente está viviendo, sin contemplar su sintomatología y experiencia personal, guiándose exclusivamente por sus conocimientos (Matías González et al., 2020).

Si bien hay países que han avanzado en materia de legislación laboral que contempla las situaciones que puede vivir una mujer con endometriosis como ausencias al lugar de trabajo, disminución en el rendimiento laboral, entre otros, aún queda mucho por avanzar y trabajar para que los síntomas de la endometriosis dejen de ser considerados como una exageración de "simples" dolores menstruales.

3.4 Impacto psicológico

Cada una de las dimensiones anteriores denota cómo juegan un papel preponderante para impactar psicológicamente en la vida de las pacientes con esta condición, pudiendo presentarse de distintas formas. Es la propia naturaleza de la endometriosis lo que hace que la enfermedad se convierta no solo en un problema físico para la paciente, sino que también puede ser incapacitante mentalmente, teniendo así un gran impacto psicológico (Nogueira, 2020). La cronicidad del dolor deja una huella en la paciente y el sufrimiento psíquico en estas mujeres es entendido como una pérdida de su "integridad corporal", que hace que los dolores y síntomas asociados conduzcan al rechazo de lo femenino por parte de la mujer que adolece ya que lo relaciona directamente como causa del dolor (Alkolombre, 2012).

Tal como expresan Moreno et al. (2020), el impacto psicológico es el conjunto de cambios comportamentales, pensamientos o emociones que pueden aparecer o intensificarse siendo consecuencia de experiencias relacionadas con una pérdida, daño o amenazas que son de carácter importante y que suelen prolongarse. En tanto la endometriosis se caracteriza por su cronicidad, es fundamental referenciar estos cambios emocionales que se pueden producir a causa de vivir diariamente con la enfermedad.

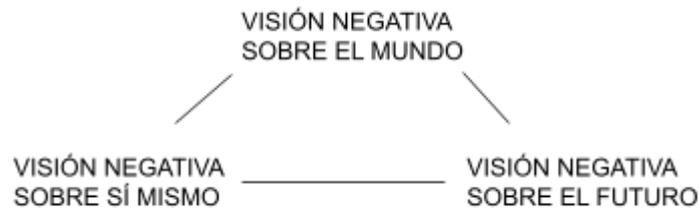
La percepción que tiene la paciente con respecto de la gravedad de sus síntomas contribuye a la presencia de alteraciones psicológicas, esto es, cuanto más graves considera los síntomas, mayor es la morbilidad psicológica (Nogueira, 2020). Zarbo et al. (2022) comparten esta postura, sugiriendo además que, con base en los estudios contemplados en sus escritos, parecería que el impacto psicológico generado en mujeres con endometriosis es causa de la intensidad del dolor. A su vez, aportan que las cogniciones y creencias que las pacientes con endometriosis tienen sobre sus preocupaciones son de una gran importancia como generadoras de angustia sexual, implicando más allá de la dispareunia y del dolor crónico.

Puede considerarse el malestar psicológico como la causa o también como la consecuencia de la agudización del dolor en estas pacientes, lo cual podría estar ligado a mecanismos neurofisiológicos y atencionales (Zarbo et al., 2019). Se ha planteado la existencia de una estrecha relación entre la intensidad del dolor, el rasgo de preocupación de la paciente y sus estrategias de afrontamiento, es decir, cuanto más alto es el nivel de preocupación en una mujer con endometriosis, mayor es el dolor percibido (Zarbo et al., 2022).

Se cree que con la agudización de los dolores aparecen rumiaciones (pensamientos no deseados y persistentes), catastrofismo, auto culpabilización y necesidad de recuperar el control que llevan a la paciente a convertir la situación en un círculo vicioso del cual no puede salir y que está lleno de emociones, pensamientos y sentimientos negativos que no hacen más que provocarle angustia y un intento infructuoso de controlar sus pensamientos (Zarbo et al., 2019). Estas preocupaciones excesivas aumentan y están relacionadas, a su vez, con la angustia producida en cuanto a la disfunción sexual (Zarbo et al., 2018), lo cual conduce a las pacientes a adoptar y mantener formas disfuncionales de enfrentar los factores estresantes (Zarbo et al., 2022).

Son varios los estudios que se han destinado a indagar acerca de la correlación existente entre la endometriosis, ansiedad y depresión. Nogueira (2020) considera que la aparición de síntomas ansiosos o depresivos es una de las consecuencias que tiene la endometriosis a nivel psicológico. Por su parte, van Barneveld et al. (2022) el cual, pretendiendo observar la relación entre endometriosis con depresión y/o ansiedad, encuentra que las pacientes con esta patología experimentan más síntomas de depresión en comparación con mujeres que no presentan la enfermedad. Aunque debe considerarse que no fueron halladas diferencias en lo que respecta a pacientes con endometriosis y pacientes con presencia de dolor pélvico crónico, la revisión se adhiere al consenso de que existe una correlación entre la presencia de endometriosis y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, los cuales se entiende que a su vez están ligados al dolor crónico más que a la propia enfermedad. Por otro lado, se considera que tanto ansiedad como depresión pueden tener un papel en el aumento de la percepción del dolor a nivel emocional y a nivel cognitivo, lo que se entiende como una disminución de la tolerancia al dolor por parte de la paciente y un aumento en la sensibilidad a todas las sensaciones físicas, entre ellas, el dolor, haciendo que sea más susceptible a este (Sepulcri y do Amaral, 2009). Aunque estos síntomas se perciben con mayor frecuencia en pacientes que tienen dolor, también se encuentran en pacientes sin dolor (Lorencatto y cols., 2006 citado por Blasco Amaro et al., 2020).

Los síntomas depresivos se ven favorecidos por las percepciones cognitivas negativas que tiene la paciente ya que se generan sentimientos de inutilidad e incapacidad, donde las interpretaciones distorsionadas que pueden presentarse sobre varios aspectos de su vida relacionados con la condición, le llevan a crear una imagen negativa de todo lo que le rodea, de sí misma, del futuro, dando paso a lo que Aaron Beck (1921-2021) en el año 1976 denominó como la *tríada cognitiva de la depresión*:



Contemplando otros factores que pueden tener implicancia entre la endometriosis y la morbilidad psicológica causada por la misma, se encuentra que los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento adoptadas por la paciente juegan un papel importante (Zarbo et al., 2019). Un estudio reveló que las pacientes que utilizaban estrategias de afrontamiento positivas al momento de enfrentarse a la endometriosis, tenían un menor nivel de estrés o depresión, esto se entiende porque cuando los niveles de alguno de estos aumenta provocan que la paciente se encuentre más vulnerable emocionalmente. Es por ello que se reitera la importancia de que se trabaje con la paciente en el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces que a su vez ayuden a mejorar los niveles de depresión y/o estrés (Donatti et al., 2017).

No obstante, pareciera que el dolor no es la única preocupación y malestar de estas mujeres, ya que la menstruación abundante que puede presentarse a causa de esta condición genera miedo, angustia y vergüenza debido a la exposición social a la que se enfrentan (Trindade et al., 2021).

En el estudio realizado por Trindade et al. (2021), explican que la demora en el diagnóstico también genera grandes impactos a nivel psicológico y social, afectando distintos planos de la vida de estas mujeres, principalmente la realización de sus actividades profesionales cuando el dolor es más incapacitante. Estiman que suele existir un período de espera de unos 6 años entre el primer dolor incapacitante y el diagnóstico.

4. Aportes desde la Psicología al tratamiento de la Endometriosis

El abordaje de la endometriosis debe ser comprendido desde una perspectiva biopsicosocial que sea abordada de manera multidisciplinaria, donde cada disciplina contribuya desde sus conocimientos, para brindar herramientas que posibiliten una mejor calidad de vida para las pacientes con esta enfermedad (Morán et al., 2021). Como la endometriosis es una enfermedad que suele ser resistente al tratamiento médico y llega a ser incapacitante para las mujeres, se entiende como fundamental la presencia del psicólogo/a para comprender los dominios psicológicos y cognitivos que tienen lugar en este proceso (Zarbo et al., 2022). El tratamiento psicológico actúa como un soporte para las mujeres con endometriosis, a través del cual los objetivos principales surgen con base en el dolor y el manejo del mismo, así como también el tener presente los mecanismos de afrontamiento con los que cuenta cada paciente (Quintero et al., 2017).

Es fundamental tener en cuenta que en muchas ocasiones las pacientes llegan a la consulta psicológica sin saber exactamente por qué están allí, solo saben que es por recomendación de su médico, por lo que se debe abordar de un modo en que, en primer lugar, se comprenda cuál es el lugar de esta mujer en la consulta psicológica, construyendo un espacio terapéutico propicio para que cuenten con la contención emocional necesaria, ya sea en terapia grupal o individual, un espacio en el que sientan que pueden compartir sus preocupaciones, padecimientos, miedos, experiencias, evitando que la paciente quede inmersa en sentimientos de desvalorización (Alkolombre, 2012).

En los casos en que el dolor crónico constituye un elemento traumático en la vida de la paciente, el psicólogo/a debe desplegar su escucha activa y analítica, creando una articulación que posibilite alojar el dolor y darle un lugar a través de una operatoria simbólica (Alkolombre, 2012). La sexualidad continúa siendo un tema tabú en gran parte de las sociedades, incluso en las consultas ginecológicas donde la paciente se supone, debe expresar sus síntomas y dolencias, pero no siempre logra manifestar los dolores y dificultades que puede presentar en su vida sexual, pasando así desapercibido un aspecto importante que influye directamente en su calidad de vida (Alkolombre, 2012) y no pudiendo trabajar con ello. Es así que se considera que, nuevamente, la Psicología tiene las herramientas para trabajar conjuntamente con el médico y con estas pacientes, estableciendo una alianza terapéutica y una escucha activa que consoliden un espacio para que la paciente sienta la confianza y comodidad suficientes para llevar a consulta estos

temas más íntimos. Asimismo, es imprescindible realizar una evaluación integral de la salud sexual de la paciente en el momento en que se sabe que tiene endometriosis al igual que propiciar un espacio de terapia sexual en el cual pueda expresar todas sus dudas y comentarios sin sentirse avergonzada ni juzgada por ello (Barbara et al., 2017).

No obstante, la evaluación psicológica debe considerarse para poder dar cuenta de las mujeres que padecen endometriosis y que presentan mayor riesgo de desarrollar comorbilidades psicológicas, siendo las más frecuentes ansiedad y depresión; lo cual posibilita que se pueda intervenir de forma temprana desde la Psicología, pretendiendo que la paciente reciba un adecuado apoyo psicológico y que a su vez, pueda reducirse el impacto que la endometriosis tiene en su calidad de vida y su bienestar general (Laganá et al., 2017).

Retomando el hecho de que las relaciones de pareja o familiares también pueden verse implicadas en la creación de conflictos a nivel psíquico o emocional debido a que no siempre se comprende la enfermedad y cómo se siente la paciente, es de vital importancia la construcción de un abordaje terapéutico que incluya a la mujer y a los vínculos en conflicto a través de dispositivos vinculares (Alkolombre, 2012).

Los grupos de apoyo, a veces con mujeres que también tienen endometriosis, han sido de gran utilidad para obtener una mejor calidad de vida, debido a que comparten información relevante, están siendo contenidas (Alkolombre, 2012) y sobre todo, pueden ver que no están atravesando solas la situación, lo cual se ha demostrado como un factor favorable. En la actualidad son varios los grupos que han surgido a través de redes sociales sobre endometriosis, buscando brindar información, concientizar y compartir sus experiencias. Esto es fundamental no solo para la contención de las pacientes, sino porque pone el tema en discusión en ámbitos sociales y le da una visibilidad sumamente necesaria.

Se ha constatado que las mujeres que presentan mayores rasgos de preocupación y que han adoptado formas disfuncionales de estrategias de afrontamiento pueden ver afectada negativamente la forma en que experimentan el dolor. Desde la Psicología se entiende que en estas situaciones es necesario trabajar con la paciente y acompañarla no a paliar el dolor físico en sí, sino a adoptar estrategias de afrontamiento funcionales (aumentando las positivas y reduciendo las negativas), modificar las creencias metacognitivas y trabajar con sus rasgos de personalidad (Zarbo et al., 2022).

4.1. Estrategias de intervención

Son varias las técnicas o disciplinas que pueden contribuir en la búsqueda de un mejor pronóstico en la calidad de vida de pacientes con endometriosis, tales como la fisioterapia, yoga, orientación nutricional, técnicas de relajación, mindfulness y psicoterapia (Donatti et al., 2022); siendo estas últimas tres trabajadas por profesionales de la Psicología, generalmente con formación específica.

Son varias las estrategias de intervención que desde la Psicología se pueden emplear en el tratamiento de mujeres con endometriosis, las cuales pueden incluir desde terapias individuales hasta terapias grupales, tomando diversos modelos de intervención y herramientas de distintas corrientes. En este trabajo se pone el foco en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), sobre la cual se ha constatado su eficacia en el tratamiento de pacientes con endometriosis. El uso de esta técnica dispuso de mejoras en los puntajes de estrés y depresión, así como también ayudó en la disminución de dolor de las pacientes provocando cambios importantes en su calidad de vida a nivel general. Se trata de una técnica prometedora para cuidar los aspectos emocionales que se presentan con la endometriosis, siendo uno de los tratamientos psicológicos más utilizados en mujeres con esta condición, poniendo el foco en las creencias y los patrones de comportamiento de cada paciente (Donatti et al., 2022), buscando así generar cambios a nivel cognitivo y comportamental a través de la modificación de las creencias disfuncionales (Beck, 2011). Siguiendo los aportes de Ellis, la reestructuración cognitiva tiene mucho para aportar ya que, viendo que las mujeres con endometriosis tienden a tener pensamientos disfuncionales, esta técnica permite modificar los mismos.

La TCC se caracteriza por su abordaje activo que utiliza el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, buscando identificar y contrastar, junto con el paciente, los pensamientos disfuncionales (Ruiz et al., 2012), para adoptar pensamientos y creencias que le sean más funcionales. A continuación se contemplan algunos estudios en donde se muestra la eficacia de las técnicas de la TCC junto con otras herramientas y técnicas que podrían ser adoptadas por la Psicología.

En los estudios de Friggi et al. (2012) y Lorençatto et al. (2007) se optó por incluir la TCC junto con actividades recreativas y psicoeducación a través de lecturas a mujeres con endometriosis, apuntando a un mejor conocimiento de sí mismas y de la enfermedad, abordando temáticas de interés como sexualidad, vínculos, manejo de los síntomas y estrategias para resolución de problemas. Una vez finalizado el proceso, Lorençatto et al.

(2007) explican que se constató disminución en las percepciones que la paciente tenía sobre el dolor y también en los síntomas asociados a depresión, mientras que Friggi et al. (2012) explican que también realizaron intervenciones físicas posturales y orientadas a la relajación, logrando visualizar una disminución en la percepción del estrés de la paciente y aumento en su funcionalidad diaria.

Por su parte, Hansen et al. (2017) realizaron un seguimiento durante 6 años en un estudio piloto, planteando como objetivo estudiar los efectos a largo plazo de la intervención psicológica a través de Mindfulness (atención plena) sobre el dolor crónico y la calidad de vida de mujeres con endometriosis. En palabras de Kabat-Zinn, pionero de esta técnica, Mindfulness hace referencia a “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1994, citado por Sánchez Iglesias y Castro, 2016, p. 4), esto es, no dar juicios de valor a los estímulos internos o externos que estén aconteciendo en ese preciso momento (Sánchez Iglesias y Castro, 2016). En este caso, se trata de aprender a observar y poder describir el dolor sin evaluarlo ni reaccionar ante el mismo (Hansen et al., 2017). El Mindfulness tiene sus raíces en la meditación oriental y es utilizado como una herramienta terapéutica para mejorar el bienestar físico y psicológico de la persona (Kabat-Zinn, 2013). Hay antecedentes acerca de la eficacia del Mindfulness en pacientes con dolor crónico y esta no fue la excepción ya que, se pudo constatar que se trata de una técnica eficaz que ayuda a mejorar la calidad de vida de estas pacientes, incluso prolongándose en el tiempo: 9 de cada 10 pacientes informaron que seguían utilizando la atención plena posterior a la intervención y combinaban su uso con otras técnicas aprendidas, mientras que 7 de ellas observaron beneficios en su uso. Justamente este es el fin de la utilización de técnicas de atención plena, el que la paciente aprenda a aceptar el dolor y convivir con él, apuntando a su independencia para que luego de aprendidas, pueda aplicarlas por sí misma: la exploración corporal solía utilizarse en la noche para el dolor y para conciliar el sueño y, la meditación durante el día buscando paliar el dolor en dondequiera que se encontrara la mujer (Hansen et al., 2017).

Meissner et al. (2016) realizaron un ensayo clínico en donde también aplicaron TCC basado en atención plena y resolución de problemas. En esta oportunidad también se trabajó con otras técnicas como hipnoterapia y acupuntura. El foco estuvo puesto en el dolor y en la calidad de vida y las pacientes presentaron disminución en la percepción del dolor, puntuaron mejor en cuanto a depresión y estrés, teniendo importantes cambios en la calidad de vida, lo cual influyó en lo social y en su propia autonomía.

Otro estudio llevado a cabo acerca de la utilización de la atención plena constató que esta técnica ayuda a cortar el “círculo vicioso” que se genera en torno a la sintomatología dolorosa de la endometriosis ya que ayuda a la paciente a que se sienta empoderada en relación con su dolor, incluso luego de finalizada la intervención, viendo la disminución de este dolor y de su manejo, lo cual le permitió a la paciente tener una mejor calidad de vida (Kold et al., 2012).

Considerando la incidencia de los factores psicológicos y cognitivos en la vida sexual, se sugiere el modelo metacognitivo de Wells & Simons (2009) el cual podría contribuir con un marco eficaz a través del cual se puede comprender mejor el inicio de la angustia sexual y cómo se mantiene. La salud sexual no solo incluye la ausencia de dolor durante las relaciones sexuales, sino que también debe considerarse la angustia sexual si lo que se busca es mejorar la salud sexual y calidad de vida de estas pacientes, por lo que es necesario contar con la participación de profesionales que brinden un enfoque psicológico y cognitivo (Zarbo et al., 2019).

Para poder indagar sobre estos síntomas se puede recurrir a la utilización de escalas, siendo el BDI (Beck Depressive Inventory) y la HAD (Hospital Anxiety and Depressive Scale) las preferidas (Donatti et al., 2006 citado por Blasco Amaro et al., 2020). En el estudio Factores psicológicos y cognitivos implicados en la experiencia del dolor en mujeres con endometriosis, se muestra otros instrumentos que pueden ser utilizados por la Psicología: Encuesta de Salud SF-12, Cuestionario de dolor de McGill de formato corto, Cuestionario de salud del paciente 9 ítems, Cuestionario de preocupaciones del estado de Penn, Malestar sexual femenino Scale-R, Cuestionario de regulación cognitiva de las emociones- versión corta y Cuestionario de metacogniciones (Zarbo et al., 2022).

A modo de conclusión, se destaca que desde la Psicología se debe apuntar a que las pacientes no sufran de más, que no lo hagan pasivamente, sino que puedan aprender a enfrentar la enfermedad con sus características, viviendo los duelos y adquiriendo herramientas que posibiliten paliar los síntomas para acceder a una mejor calidad de vida (Alkolombre, P., 2012), y que cuenten con la posibilidad de hacer más leve el padecimiento de este largo camino que es la endometriosis.

5. Reflexiones finales

¿Endo qué? La endometriosis es una palabra que cuando se escucha por primera vez, no siempre se entiende. Eso ya dice mucho de su invisibilidad en los centros de salud, en los papers científicos y en la sociedad en su conjunto, por lo que el objetivo de este trabajo fue darle visibilidad y reunir la información necesaria para dar a conocer el impacto que puede llegar a tener esta enfermedad en la vida de las mujeres. Es una novedad pero también un gran desafío trabajar con un tema que ha tenido tan poca relevancia, pero sin lugar a dudas, cada nueva información sobre el tema es muy valiosa y constituye un pequeño o gran avance para continuar aportando en esta línea de trabajo.

La literatura comprueba una presencia significativa de ansiedad, depresión y otros trastornos psicopatológicos en mujeres que tienen diagnóstico de endometriosis, lo cual no está directamente ligado a la enfermedad, sino que se relaciona con el dolor pélvico crónico. Se ha estudiado que estos síntomas acentúan aún más la presencia del dolor y la percepción que la paciente tiene del mismo, afectando así todos los aspectos de su vida. El dolor, la espera, la incertidumbre, la desolación, el desconocimiento de la enfermedad, con frecuencia conducen a que estas pacientes experimenten desregulación en sus emociones y tengan pensamientos distorsionados de la realidad, que no hacen más que configurar un escenario propicio para el desarrollo de trastornos psicológicos y sufrimiento emocional.

La paciente no quiere sentir ese dolor, lucha contra él, intenta ignorarlo, por momentos entendiéndolo que no existe un tratamiento eficaz para aliviar sus síntomas. Desde la Psicología se debe acompañar a la mujer en este proceso que suele comenzar con tanto dolor para el cual tarda años en conocer su nombre. Contar con estrategias de afrontamiento positivas es una herramienta imprescindible para aceptar el dolor y entender que se puede vivir con él sin que sea invalidante, escuchando su propio cuerpo, cuidándolo, trabajando con técnicas que favorezcan el aumento del umbral de dolor. Hacer que el dolor como algo negativo ya no sea el centro de sus pensamientos y de su vida.

En parte a su deseo personal, en parte a lo establecido por la sociedad, uno de los tantos padecimientos de estas mujeres cuando enfrentan un diagnóstico de endometriosis es el miedo a no poder concebir. Hay quienes interpretan la infertilidad o disminución de fertilidad como un cambio en su identidad por el hecho de no poder ser mamás biológicamente, por lo que trabajar en la construcción de la identidad y entender que si bien

la maternidad puede ser un aspecto muy importante en su vida, no determina su identidad ni su condición como mujer.

La endometriosis es una enfermedad que presenta una gran variabilidad de síntomas, por lo que es fundamental que se trabaje de forma interdisciplinaria para brindarle a la paciente un abordaje que contemple su caso en particular. Quizás este sea uno de los grandes desafíos que se tiene para trabajar en conjunto: la literatura sobre endometriosis menciona el trabajo multidisciplinario, pero no interdisciplinario. Desde la Psicología se entiende que la interdisciplina es importante ya que no solo contempla la participación de varias disciplinas trabajando por su lado en un caso concreto, sino el intercambio que se produce para *juntas*, planificar e intervenir en donde los síntomas y su repercusión se caracterizan por su variabilidad e impacto en distintas áreas.

Entonces, con base en los datos obtenidos en la revisión literaria, se sugiere la implementación de la TCC en los tratamientos psicológicos para mujeres con endometriosis, ya que se ha demostrado su eficacia científicamente y cuenta con una amplia gama de técnicas a utilizar, siendo el Mindfulness y la reestructuración cognitiva las que más se han utilizado hasta el momento. La escucha activa es, por excelencia, uno de los componentes más preciados con que debe contar el psicólogo/a, ya que a veces la paciente, más que sumar otro diagnóstico de ansiedad, depresión u otros, necesita ser escuchada, comprendida y contenida sin ser juzgada. A su vez, se destaca que no se descartan otros modelos de intervención desde la Psicología, entendiendo que aún queda mucho por explorar y aportar para que las mujeres con diagnóstico de endometriosis puedan tener una mejor calidad de vida. En esta línea, es fundamental continuar dando visibilidad al tema y desarrollando estudios sobre el mismo.

Las menstruaciones dolorosas ocurrían en silencio y era la norma: el dolor entendido como otra cara de la misma moneda. Afortunadamente esta situación ha ido cambiando, hoy en día se habla con más naturalidad de estos procesos, en parte, gracias a los movimientos feministas que han luchado por la mayor igualdad de la mujer en todos los espacios de la sociedad. A ellas, gracias por permitir que hoy se hable y se concientice sobre estos temas. Ahora es nuestro turno de seguir construyendo Psicología y espacios para que las mujeres ya no padezcan silenciosamente.

Referencias bibliográficas

- Acién Álvarez, P. (2012). La endometriosis: Una enfermedad que sigue siendo enigmática. *Real Academia de Medicina Comunidad Valenciana*, (13), 1-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4354441>
- Alkolombre, P. (2012). *Travesías del cuerpo femenino: Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Letra Viva.
- Álvarez Salvago, F., Lara Ramos, A., Cantarero Villanueva, I., Mazheika, M., Mundo López, A., Galiano Castillo, N., Fernández Lao, C., Arroyo Morales, M., Ocón Hernández, O. y Artacho Cordón, F. (2020). Chronic Fatigue, Physical Impairments and Quality of Life in Women with Endometriosis: A Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103610>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Augé, L. (2012). Consenso de Endometriosis. *Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*, 11(2), 49-62. <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/endometriosis2012.pdf>
- Ballweg, M. & Endometriosis Association. (2004). *Endometriosis: libro de consulta*. Trillas.
- Barbara, G., Facchin, F., Meschia, M., Berlanda, N., Frattaruolo, M. & Vercellini, P. (2017). When love hurts. A systematic review of the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(6), 668-687. <https://doi.org/10.1111/aogs.13031>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Artes Médicas.
- Beck, J. (2011). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Benagiano, G., Brosens, J. y Lippi, D. (2015). Endometriosis: Ancient or modern disease? *The Indian journal of medical research*, 141(2), 236–238. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.155594>

- Blasco Amaro, J., Sabalet Moya, T., Carlos Gil, A., Castro Campos, J., Molina Linde, J., Viguera Guerra, I. y Rosario Lozano, M. (2020). Modelo de atención a las mujeres con endometriosis: Revisión sistemática de guías de práctica clínica. *Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*.
https://www.aetsa.org/download/publicaciones/Endometriosis_DEF.pdf
- Caillet, A. (2013). *Deseo de maternidad en mujeres que no pueden tener hijos de manera natural*. [Trabajo Final de Grado, Universidad Siglo 21]. Universidad Siglo 21.
https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/11706/TFG_CA_ILLET_BOIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carrillo Torres, P., Martínez Zamora, M. y Carmona Herrera, F. (2021). Endometriosis: Un largo camino. *Clínica e Investigación*, 48(4), 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.100686>
- Carvajal, J., & Ralph, C. (2017). Infertilidad conyugal. En J. Carvajal & C. Ralph (Eds.), *Manual de Obstetricia y Ginecología* (pp. 429–447). Pontificia Universidad Católica de Chile.
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
- Cincunegui, S., Kleiner, Y., y R. de Woscoboinik, P. (2004). *La infertilidad en la pareja*. Lugar.
- Custódio, M. y Trovó de Marqui, A. (2014). Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 27(3), 413-421. <https://www.redalyc.org/pdf/408/40838483017.pdf>
- Donatti, L., Malvezzi, H., Cestari de Azevedo, B., Chada, E. y Podgaec, S. (2022). Cognitive Behavioral Therapy in Endometriosis, Psychological Based Intervention: A Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44(3), 395-303.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-1742406>.
- Donatti, L., Ramos, D., Andres M de P, Passman L, Podgaec, S. (2017). Patients with endometriosis using positive coping strategies have less depression, stress and pelvic pain. *Einstein*, 15(1), 65-70. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3911>
- Dunselman, G., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., Heikinheimo, O., Horne, A., Kiesel, L., Nap, A., Prentice, A., Saridogan, E. y Soriano, D. (2014). European Society of Human Reproduction and Embryology guideline:

- Management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, 29(3), 400-412.
<https://doi.org/10.1093/humrep/det457>
- Fairbanks, F., Abdo, C., Baracat, E., Podgaec, S. (2017). Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients. *Gynecological Endocrinology*, 33(7), 544–547.
<https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1302421>
- Fernández, E. y Albornoz, J. (2010). Endometriosis e infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 403-408. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70551-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70551-4)
- Friggi, K., Garcia, M., Petta, C., Araki, D., Ramacciotti de Oliveira, N., Céspedes, I. & Spadari, R. (2012). Physical therapy and psychological intervention normalize cortisol levels and improve vitality in women with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 33(04), 191-198.
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.729625>
- Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Renner, S., Hornung, D., Wölfler, M., Ulrich, U., Fischerlehner, G., Sillem, M. y Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 169(2), 392-396.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.04.001>
- Fuentes, J. y Sepúlveda, J. (2014). Abordaje integral del dolor pélvico crónico: revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(4), 330-339.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400013>
- Garzón, J. (1995). Medición y valoración del dolor: Sistemas de inteligencia de aplicación en el dolor. En C. Muriel y J. Madrid (Eds.), *Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico* (pp. 43-77). Libro del Año.
- Gereda, E. & Mejía, N. (2022). Representaciones mentales de la maternidad en mujeres con endometriosis que no han podido tener hijos. [Trabajo Final de Grado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Programa Académico de Psicología.
<http://hdl.handle.net/10757/660378>
- Giorgi, V. y Gandolfi, A. (2002). *Psicología de la Salud: escenarios y prácticas*. Psicolibros-Waslala.

- Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 454-461. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf>
- Hansen, K., Kesmodel, U., Kold, M. y Forman, A. (2017). Long-term effects of mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis: A six-year follow-up on a pilot study. *Nordic Psychology*, 69(2), 100-109. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1181562>
- Hendrickx, L., Gijs, L. y Enzlin, P. (2016). Sexual Difficulties and Associated Sexual Distress in Flanders (Belgium): A Representative Population-Based Survey Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 650-668. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.014>
- Hernández Valencia, M. (2009). Diagnóstico de la Endometriosis. *Perinatología y Reproducción Humana*, 23(1), 25-29. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip091e.pdf>
- Howard, F. (2003). Chronic pelvic pain. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 101(3), 594-611. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02723-0](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02723-0)
- Instituto Psicología de la Salud. (2010). *Primer Avance de Proyecto*. [Documento] Universidad de la República, Facultad de Psicología. <https://psico.edu.uy/sites/default/files/Instituto%20Psicologia%20de%20la%20Salud.pdf>
- Jofré, F. (2019). Actualización de Consenso de Endometriosis. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_de_Consenso_Endometriosis_2019.pdf
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. (D. González, Trans.). Kairós. <https://iuymca.edu.ar/wp-content/uploads/2020/10/Mindfulness-para-Principiantes.pdf>
- Kold, M., Hansen, T., Vedsted-Hansen, H., y Forman, A. (2012). Mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis. *Nordic Psychology*, 64(1), 2-16. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.693727>

- Knapp, V. J. (1999). How old is endometriosis? Late 17th- and 18th-century European descriptions of the disease. *Fertil Steril*, 72(1), 10-14.
[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(99\)00196-X/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(99)00196-X/pdf)
- Kumar A, Gupta V, Maurya A. (2010). Mental health and quality of life in chronic pelvic pain and endometriosis patients. *Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 17(2), 153-57.
- Laganá, A., La Rosa, V., Rapisarda, A., Valenti, G., Sapia, F., Chiofalo, B., Rossetti, D., Ban Frangež, H., Vrtačnik Boka, E. y Giovanni, S. (2017). Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International Journal of Women's Health* (9), 323-330.
<https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=36509>
- Lete, I. (2019). Endometriosis: Diagnosis and treatment. *Medicina Clínica*, 152(12), 508-512.
<https://doi.org/10.1016/j.medcle.2019.01.020>
- Lorençatto, C., Vieira, M., Marques, A., Benetti-Pinto, C. y Petta, C. (2007). Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(5), 433-438.
<https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000500020>
- Marchiori, P. (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (Eds.), *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias* (19-46). Lugar.
- Matías González, Y., Sánchez Galarza, A., Flores Caldera, I. y Rivera Segarra, E. (2020). “Es que tú eres una changa”: stigma experiences among Latina women living with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 42(1), 67-74.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1822807>
- Meissner, K., Schweizer-Arau, A., Limmer, A., Preibisch, C., Popovici, R., Lange, I., Oriol, B. y Beissner, F. (2016). Psychotherapy with somatosensory stimulation for endometriosis-associated pain: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 163-165, 1134–1142.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001691>
- Mesa Milán, L. (2018). *Consideraciones sobre la Endometriosis desde la perspectiva de la Psicología de la Salud* [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República]. Colibrí.

- Montejo, A., Montejo, L. y Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418-423. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000198>
- Morales Calatayud, F. (2015). La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiciencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1), 120-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5114124>
- Morales Calatayud, F. (2009a). La psicología y los problemas de salud. En F. Morales Calatayud (Ed.), *Introducción a la psicología de la salud* (pp. 47-84). Koyatún.
- Morales Calatayud, F. (2009b). Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. En F. Morales Calatayud (Ed.), *Introducción a la psicología de la salud* (pp. 17-46). Koyatún.
- Morán, I., Adoamnei, E., Sánchez, M., Prieto, M., Areense, J., Casanova, V., Carmona, A., Mendiola, J. y Torres, A. (2021). In dispositional optimism associated with endometriosis and deep infiltrating endometriosis? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(1), 50-56. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1729732>
- Moreno, C., Antequera, R., Jenaro, C., y Gómez, Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 20(1), 79-90. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000100007&lng=es&tlng=es.
- Moreno, J., Cestona, I. y Camarena, P. (2020). El impacto emocional de la Pandemia por COVID-19: Una guía de consejo psicológico. <https://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/06/GuiaImpactopsicologico.pdf>
- Nogueira, I. (2020). *Morbilidade Psicológica na Endometriose: Um Estudo com Pacientes e Parceiros*. Escola de Psicologia, Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/69483/1/Dissertacao%20Ines%200Ribeiro.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Salud e Investigación Sexual y Reproductiva. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

- Organización Mundial de la Salud. (2023). Constitución. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, enero). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. icd.who.int/browse11/l-m/es
- Organización Mundial de la Salud (2023, marzo 24). Endometriosis. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
- Ortiz, V. (2015). El anhelo de la maternidad: Un estudio sobre la vivencia de la infertilidad en mujeres que desean ser madres. [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Institucional de la UCR. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/2399>
- Pluchino, N., Wegner, J., Petignat, P., Tal, R., Bolmont, M., Taylor, H. y Bianchi-Demicheli, F. (2016). Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. *Human Reproduction Update*, 22(6), 762-774. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw031>
- Privitera, G., O'Brien, K., Misajón, R. y Lin, C. (2023). Endometriosis Symptomatology, Dyspareunia, and Sexual Distress Are Related to Avoidance of Sex and Negative Impacts on the Sex Lives of Women with Endometriosis. *Environmental Research and Public Health*, 20(4), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043362>
- Quintero, M., Vinaccia, S., y Quiceno, J. (2017). Endometriosis: Aspectos Psicológicos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 447-452. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000400447>
- Rivera Gutiérrez, H. y González, F. (2021). Endometriosis: Una visión detrás del estigma. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5(4), 25-33. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i4.308>
- Ruiz, M. Díaz, M. & Villalobos, A., 2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual*. Desclée De Brouwer S.A. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
- Sánchez Iglesias, A. y Castro, F. (2016). "Mindfulness": Revisión sobre su estado de arte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 41-49. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851777005.pdf>

- Sepulcri, R. y do Amaral, V. (2009). Depressive symptoms, anxiety and quality of life in women with endometriosis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, (142), 53-56. <https://rawwriellab.files.wordpress.com/2012/01/eur-jogrb.pdf>
- Stanford Medicine Children's Health. (2023). Endometriosis. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=endometriosis-85-P03666>
- Tanbo, T. y Fedorcsak, P. (2017). Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96, 659-667. <https://doi.org/10.1111/aogs.13082>
- Trindade, C., Moro, M., Santos, G., Novochadlo, L., Heilig, H. y Henrique, L. (2021). Impact of endometriosis drug treatment on women's professional, sexual and economic issues. *Saúde Coletiva*, 11(68), 7295-7300. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7289-7300>
- Trovó de Marqui, A., Silva, M. y Irie, G. (2015). Disfunção sexual em endometriose: uma revisão sistemática. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 48(5), 478-490. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i5p478-490>
- Urzúa M., Alfonso, y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- van Barneveld, E., Manders, J., van Osch, F., van Poll, M., Visser, L., van Hanegem, N. y Leue, C. (2022). Depression, anxiety, and correlating factors in endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health*, 31(2), 219-230. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34077695/>
- Vanhie, A. y Thomas M. (2020). Endometriosis. En J. Berek (Ed.), *Berek y Novak Ginecología* (pp. 279-322). Wolters Kluwer.
- Zarbo, C., Brugnera, A., Dessi, V., Barbetta, P., Candeloro, I., Secomandi, R., Betto, E., Malandrino, C., Bellia, A., Trezzi, G., Rabboni, M., Compare, A. y Frigerio, L. (2019). Cognitive and Personality Factors Implicated in Pain Experience in Women With Endometriosis: A Mixed-Method Study. *The Clinical Journal of Pain*, 35(12), 948-957. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000757>

Zarbo, C., Brugnera, A., Compare, A., Malandrino, C., Candeloro, I., Secomandi, R., Betto, E., Bellia, A., Rabboni, M., Bondi, E. y Frigerio, L. (2022). Psychological and cognitive factors implicated in pain experience in women with endometriosis. *Health Care for Women International*, 43(1-3), 142-159. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1959592>

Zarbo, C., Brugnera, A., Compare, A., Secomandi, R., Candeloro, I., Malandrino, C., Betto, E., Trezzi, G., Rabboni, M., Bondi, E. y Frigerio, L. (2018). Negative metacognitive beliefs predict sexual distress over and above pain in women with endometriosis. *Archives of Women's Mental Health*, (22), 575-582. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0928-9>