



**Universidad
Europea**

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**TÍTULO: "Impacto psicológico y social de la
endometriosis: una revisión bibliográfica"**

Presentado por:

Ana Chaves Alcalá

Tutor/es:

Dra. Irene Pastor Pagés

Índice

Índice de tablas	2
Índice de figuras	3
Lista de abreviaturas	4
Resumen	5
Abstract	6
1. Introducción	7
1.1. Definición de la endometriosis	7
1.2. Clasificación de la endometriosis	9
1.3. Epidemiología.....	12
1.4. Diagnóstico.....	13
1.5. Complicaciones	14
1.6. Justificación del tema.	31
2. Objetivos.....	34
3. Material y método.....	35
4. Resultados.....	42
5. Discusión	61
6. Conclusiones	65
7. Fortalezas y limitaciones	66
8. Plan de acción	67
9. Bibliografía	68

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación rASRM.....	10
Tabla 2. Clasificación ENZIAN.....	11
Tabla 3. Prevalencia de síntomas de EM.....	14
Tabla 4. Tipos de afrontamiento diádico.....	19
Tabla 5. Datos del cuestionario sobre logros laborales y limitaciones.....	24
Tabla 6. Dolor y estado emocional y psíquico en mujeres con EM.....	25
Tabla 7. Afectación en la productividad laboral y/o en las actividades de la vida diaria de mujeres con EM.....	26
Tabla 8. Comparación de síntomas antes y después del tratamiento.....	29
Tabla 9. Comparación del estado psicológico antes y después del tratamiento.....	29
Tabla 10. Comparación de función sexual antes y después del tratamiento.....	30
Tabla 11. Estructura PICO.....	36
Tabla 12. Términos MeSH y DeCS.....	37

Índice de figuras

Figura 1. Gráfica de síntomas por edad.....	12
Figura 2. Gráfico circular de la prevalencia de los tipos de dispareunia.....	22
Figura 3. Productividad laboral en mujeres con EM, con síntomas y sin síntomas.....	23
Figura 4. Selección en Pubmed.....	38
Figura 5. Selección en ScienceDirect.....	39
Figura 6. Selección en Scopus.....	40

Lista de abreviaturas

AAGL	Asociación Americana de Laparoscopia Ginecológica (American Association of Gynecologic Laparoscopists).
ADVD	Actividades de la Vida Diaria.
AINES	Antiinflamatorios No Esteroideos.
CdV	Calidad de Vida.
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud.
DPC	Dolor Pélvico Crónico. (CPP Chronic Pelvic Pain)
EFI	Índice de Fertilidad de la Endometriosis.
EM	Endometriosis.
FSFI	Female Sexual Function Index (Índice de Función Sexual Femenina).
MeSH	Medical Subject Headings (Encabezamientos de temas médicos para búsquedas en bases de datos).
PICO	Paciente / Intervención / Comparación / Resultados (modelo para estructurar preguntas de investigación).
rASRM	Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (Revised American Society for Reproductive Medicine)
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Resumen

Introducción: La Endometriosis (EM) se define como la presencia de tejido endometrial fuera del útero, formando nódulos que se adhieren a estructuras adyacentes a este. Algunos de los síntomas que provoca la EM son dolor pélvico crónico (DPC), dispareunia y dolor no menstrual. Esta patología afecta a millones de mujeres a nivel mundial, a pesar de ello, se mantiene infradiagnosticada, desconocida y, en diversas ocasiones, ignorada, tanto por el sistema sanitario como por la población general. Además, el estigma y la normalización del dolor menstrual provocan que el diagnóstico se retrase y, por lo tanto, que estas mujeres sufran durante largos períodos de tiempo sin ningún tratamiento.

Objetivo: Analizar, mediante una revisión bibliográfica, el impacto psicológico y social de la endometriosis en las mujeres afectadas por esta enfermedad, explorando cómo los síntomas afectan su salud mental, calidad de vida y relaciones interpersonales, para destacar la importancia de un enfoque integral en el manejo de esta patología.

Material y método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica sobre el impacto de la endometriosis utilizando las siguientes bases de datos científicas: Pubmed, ScienceDirect y Scopus. Se incluyeron estudios con cohortes de pacientes significativas que evaluaran aspectos como la calidad de vida, la función sexual y áreas de bienestar psicológico como ansiedad y depresión. Además, se aplicaron filtros de exclusión e inclusión para asegurar la validez de los estudios utilizados.

Resultados: Las búsquedas iniciales permitieron obtener 33.401 artículos, de los cuales, tras la aplicación de filtros y criterios de inclusión y exclusión, se utilizaron 21. Estos estudios demostraron que el dolor continuo se relaciona directamente con una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) inferior y se asocia a la baja productividad laboral, el aislamiento social y los problemas en la pareja sentimental. Además, según los estudios realizados, las pacientes no obtienen un diagnóstico claro hasta años más tarde, lo que empeora su situación.

Conclusión: La endometriosis presenta un problema físico, en el que las pacientes deben sobrellevar unos síntomas dolorosos al mismo tiempo que mantienen sus obligaciones, sus relaciones sociales y su salud mental en orden. Es imprescindible mejorar el tiempo de diagnóstico, ofrecer tratamientos personalizados y multidisciplinarios además de crear políticas de sensibilización y apoyo en el ámbito sanitario y social. El presente estudio subraya la necesidad de dar a conocer esta enfermedad, formar al personal sanitario y destinar recursos a la investigación para tratar no solo los síntomas físicos, sino también los sociales y psicológicos. Este enfoque multidisciplinar podría mejorar la calidad de vida de millones de mujeres.

Palabras clave: Endometriosis, salud mental, calidad de vida, dispareunia e impacto psicológico.

Abstract

Introduction: Endometriosis (EM) is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterus, forming nodules that adhere to nearby structures. Some of the symptoms caused by EM include chronic pelvic pain (CPP), dyspareunia and non-menstrual pain. This condition affects millions of women worldwide, yet it remains underdiagnosed, poorly understood and often ignored by both the healthcare system and the general population. Furthermore, stigma and the normalization of menstrual pain contribute to delayed diagnosis, resulting in women suffering for extended periods without treatment.

Objective: To analyze, through a bibliographic review, the psychological and social impact of endometriosis on affected women, exploring how symptoms influence their mental health, quality of life and interpersonal relationships, in order to highlight the importance of a comprehensive approach in managing this condition.

Materials and methods: A systematic literature review was conducted using the following scientific databases: PubMed, ScienceDirect and Scopus. Studies with significant patient cohorts were included, focusing on aspects such as quality of life, sexual function and psychological well-being (for example anxiety and depression). Inclusion and exclusion criteria were applied to ensure the validity of the selected studies.

Results: The initial search contained 33.401 articles. After applying filters and selection criteria, 21 studies were included. These studies showed that persistent pain is directly associated with lower health-related quality of life, reduce work productivity, social isolation and difficulties in the relationship. Furthermore, the research indicates that women often experience a substantial delay in receiving a clear diagnosis, exacerbating their condition.

Conclusion: Endometriosis is a physical problem, and the patients must manage painful symptoms while maintaining their responsibilities, social connections and mental health. It is essential to reduce diagnostic delays, offer personalized and multidisciplinary treatment and implement awareness and support policies within both healthcare and social systems. This study emphasizes the importance of increasing awareness, training healthcare professionals and allocating resources to research that addresses not only physical symptoms but also the social and psychological dimensions of the disease. A multidisciplinary approach could significantly improve the quality of life for millions of women.

Key words: Endometriosis, mental health, quality of life, dyspareunia and psychological impact.

1. Introducción

1.1. Definición de la endometriosis

El endometrio se describe como el tejido que cubre el interior del útero. La endometriosis (EM) es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de células endometriales fuera de su ubicación habitual; el endometrio. Estos parches de tejido se denominan nódulos, implantes o lesiones. Lo más habitual es que se encuentren en o debajo de los ovarios, pero también podrían presentarse detrás del útero, en las trompas de Falopio, en los intestinos, la vejiga o en los tejidos que sostienen al útero [1, 2].

No existe un consenso sobre el origen de esta enfermedad, sin embargo, se barajan varias posibilidades, entre las que destacan la menstruación retrógrada (cuando parte del flujo menstrual no sale por la vagina y se desplaza a las trompas de Falopio) y la metaplasia celómica (cuando células celómicas se transforman en células endometriales y crecen fuera del útero) [3].

Esta enfermedad se suele presentar en mujeres en fase reproductiva y empeora su calidad de vida (CdV), en la mayoría de casos, ocasiona aislamiento social; ya sea por el estigma o por las complicaciones de la propia enfermedad, malestar y carga psíquica relacionado con la percepción de abandono y soledad, ausentismo laboral a causa de los síntomas dolorosos y, por último, problemas maritales, debido al dolor al mantener relaciones sexuales o al propio aislamiento [4].

Las principales manifestaciones de esta enfermedad incluyen dolor menstrual (dismenorrea), dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia), dolor pélvico crónico, dolor no asociado al ciclo menstrual y molestias al evacuar (disquecia). Además, puede asociarse con infertilidad [2]. Sin embargo, un tercio de las pacientes suele ser asintomática, lo que dificulta el diagnóstico [5].

Como vamos a comprobar a lo largo de este estudio, hay diversas investigaciones [3, 6, 7, 8, 9] que demostraron, a través de encuestas en distintas partes del mundo, como, sin importar la nacionalidad o el contexto sociopolítico, las mujeres que sufren de EM tenían peores puntuaciones en áreas como depresión, ansiedad, relaciones interpersonales, vida laboral y, en general, de calidad de vida.

En un estudio retrospectivo a más de 4.000 mujeres con endometriosis, se demostró que está enfermedad causa niveles más altos de estrés y una menor calidad de vida en comparación con mujeres sanas. La ansiedad y la depresión son más frecuentes en mujeres con endometriosis, sin embargo, estos trastornos psiquiátricos están relacionados, sobre todo, con la intensidad de los síntomas más que con la enfermedad en sí [3].

Según un estudio transversal realizado en Polonia a 306 mujeres [8], 63.43% de estas afirmaban que los síntomas de la EM alteraban su funcionamiento diario. Así mismo, de las mujeres que tenían períodos dolorosos (93.2%), el 85.76% confesaron que este dolor afectaba a su rutina diaria.

En este mismo estudio, Bień et al. [8] concluyeron que, de 295 mujeres que tenían pareja, el 72.20% expresó que esta enfermedad impactó negativamente en su relación. La mayoría (73.14%) también confesó experimentar dispareunia durante las relaciones sexuales y estas mujeres mostraron puntuaciones más bajas en los dominios psicológico y social.

El dolor asociado a las relaciones sexuales impacta negativamente en la calidad de vida, reduciendo la libido, causando malestar pélvico y disminuyendo la intensidad y satisfacción de los orgasmos. Además, las mujeres con endometriosis tienden a sentirse menos relajadas y satisfechas después del acto sexual. Por otra parte, la dispareunia también puede repercutir en la función sexual de sus parejas, contribuyendo, por ejemplo, a la disfunción eréctil [8].

Según un estudio transversal [6] en mujeres con endometriosis se comprobó una pérdida de productividad laboral de 10.8 horas semanales frente a 8.4 horas semanales en pacientes sintomáticas.

En este mismo estudio, Nnoaham et al. [6] comprobaron que la pérdida de productividad laboral fue mayor en pacientes con dolor pélvico sin infertilidad y dolor más grave y menor pérdida en mujeres con una educación de mayor nivel. También se observó que la productividad era inversamente proporcional a la gravedad de la enfermedad, es decir, cuando la endometriosis aumentaba la gravedad, la productividad disminuía considerablemente.

Esta enfermedad tiene distintas fases o “estadios”, estos se diferencian por el número y localización de los implantes endometriósicos. Así, si hay menos nódulos y son más superficiales, esta paciente estará en la primera fase de la enfermedad, mientras que, si la endometriosis se desarrolla, ya sea por falta de diagnóstico o una baja efectividad del tratamiento, estos nódulos evolucionarán y, si se hacen más densos y se implantan en otros tejidos, podría tratarse de una endometriosis en estadio 4; el más grave de la enfermedad [5, 10].

El dolor está influido por la localización y profundidad de los nódulos endometriósicos, siendo más intenso en aquellos profundos y cercanos a áreas con alta inervación. Por otro lado, la infertilidad puede deberse a la distorsión anatómica pélvica a causa de fibrosis y adherencias. Sin embargo, en los estadios I y II, también se puede observar infertilidad, posiblemente relacionada con factores como la producción de prostaglandinas, factores de crecimiento, sustancias embriotóxicas, alteraciones inmunológicas, o disfunciones en la ovulación, fertilización e implantación. Estas relaciones aún son motivo de debate [5].

No existe consenso sobre el tratamiento más efectivo para los estadios I y II, mientras algunos expertos optan por un enfoque médico, otros prefieren la intervención quirúrgica. Así, el único tratamiento farmacológico utilizado se centra en mitigar el dolor a través de AINES (Antiinflamatorios no esteroideos), Anticonceptivos orales, progestágenos, agonistas de GnRH y otros [5].

Además, el tratamiento de la EM no garantiza la cura o remisión completa de los síntomas relacionados, sino que se centra en ayudar a mejorar la CdV de las pacientes [4].

Según un estudio de cohorte en Varsovia [7], casi la mitad de las personas que padecen esta enfermedad experimentan dolores tan intensos que requieren atención en urgencias. Además, más del 50% señaló que el dolor pélvico había limitado su actividad física, sexual y laboral durante los últimos tres meses. Sin embargo, la enfermedad continúa siendo insuficientemente atendida y supervisada.

El propósito de este trabajo fue analizar hasta qué punto estos síntomas afectan a la calidad de vida de las pacientes con endometriosis en comparación con las mujeres sin la enfermedad, así como explorar las posibles causas, como pueden ser el retraso en el diagnóstico, el dolor pélvico crónico (DPC) y el escaso tratamiento.

1.2. Clasificación de la endometriosis

Actualmente, existen diferentes formas de clasificar la endometriosis. Los sistemas de clasificación más comunes son:

1. Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (rASRM),
2. ENZIAN,
3. El índice de fertilidad de la endometriosis (EFI),
4. La estadificación de la endometriosis de la Asociación de Laparoscopistas Ginecológicos (AAGL) [10].

Respecto al sistema de clasificación rASRM revisada, suele ser la más utilizada y divide la enfermedad en cuatro estadios según el tamaño, la profundidad, la gravedad, la ubicación y el número de lesiones. Dentro del primer estadio (enfermedad mínima), puede haber algunos nódulos o implantes superficiales, el segundo (endometriosis leve) consta de un mayor número de nódulos, además de ser más profundos [5,10].

Por otra parte, en el estadio III (enfermedad moderada) se apreciarán multitud de nódulos profundos, pequeños endometriomas y algunas adherencias, y en el cuarto y último estadio

(endometriosis grave) aparecerán adherencias más densas con fijación al peritoneo, tejido periovárico y peritubárico [5,10].

En esta clasificación se observan las siguientes puntuaciones:

- Estadio 1 (mínimo) de 1 a 5 puntos.
- Estadio 2 (leve) de 6 a 15 puntos.
- Estadio 3 (moderado) de 16 a 40 puntos.
- Estado 4 (grave) más de 40 puntos [10].

Por otra parte, si una paciente presentara una obliteración completa del fondo del saco posterior (que indica que la parte posterior del útero; el fondo de saco de Douglas, está completamente bloqueada o cerrada porque los tejidos se han pegado entre sí), según este sistema, obtendría una puntuación de 40 por la que, al ser la máxima, se plantearía la existencia de una endometriosis grave sin tener en cuenta otras lesiones [10].

Como observamos en la siguiente imagen, este sistema puntúa las lesiones endometriósicas ováricas profundas y graves (de más de 3 centímetros) con 20 puntos, mientras que puntúa con 16 puntos las adherencias densas en ovarios y dentro de las trompas de Falopio [10].

Tabla 1. Clasificación rASRM.

ENDOMETRIOSIS			<1 cm	1-3 cm	>3 cm
PERITONEUM	SUPERFICIAL		1	2	4
	DEEP		2	4	6
OVARY	R	SUPERFICIAL	1	2	4
		DEEP	4	16	20
	L	SUPERFICIAL	1	2	4
		DEEP	4	16	20
POSTERIOR CUL-DE-SAC OBLITERATION			PARTIAL		COMPLETE
			4		40
ADHESIONS			<1/3 ENCLOSURE	1/3 – 2/3 ENCLOSURE	>2/3 ENCLOSURE
OVARY	R	FILMY	1	2	4
		DENSE	4	8	16
	L	FILMY	1	2	4
		DENSE	4	8	16
TUBE	R	FILMY	1	2	4
		DENSE	4*	8*	16
	L	FILMY	1	2	4
		DENSE	4*	8*	16

*if the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16

*if the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16

Tomado de: Pašalić E. et al. [10]

Respecto al segundo sistema, la puntuación ENZIAN, fue un intento de compensar los fallos de la rASRM y se presentó en 2005 en Austria. La diferencia con esta otra puntuación es la inclusión y el enfoque en la endometriosis infiltrante profunda ya que este sistema describe la localización de las lesiones endometriósicas profundas; las infiltraciones que crecen hacia dentro de los órganos y alteran sus funciones [10].

Tabla 2. Clasificación ENZIAN.

P Peritoneum • Sum of all diameters	O Ovary • Sum of all diameters left right	T Tubal ovarian condition • Adhesions • Motility • Patency test left right	A Rectovaginal space Vagina Retrocervical area • Largest diameter	B Sacrouterine ligg. Cardinal ligaments Pelvic sidewall left right	C Rectum • Largest diameter	F Adenomyosis
P1 $\Sigma < 3$ cm 	O1 $\Sigma < 3$ cm 	T1 Pelvic sidewall 	A1 < 1 cm 	B1 < 1 cm 	C1 < 1 cm 	F Bladder 
P2 $\Sigma 3-7$ cm 	O2 $\Sigma 3-7$ cm 	T2 Pelvic sidewall, uterus 	A2 $1-3$ cm 	B2 $1-3$ cm 	C2 $1-3$ cm 	F Intestinum 
P3 $\Sigma > 7$ cm 	O3 $\Sigma > 7$ cm 	T3 Pelvic sidewall, uterus, bowel, USI 	A3 > 3 cm 	B3 > 3 cm 	C3 > 3 cm 	F Ureter 
P_	O_/_ m ovary is missing x unknown/not visible	T_/_ m tube is missing x unknown/not visible + or - patency test	A_	B_/_	C_	F() • Diaphragm • Lung • Nerve • (Location)

Tomado de: Pašalić E. et al. [10]

La puntuación ENZIAN se divide en grupos o compartimentos.

1. Compartimento P (peritoneo)

- P1: infiltración de menos de 3 cm.
- P2: infiltración de 3 a 7 cm.
- P3: infiltración de más de 7 cm.

2. Compartimento O (ovario); con la misma clasificación que el primer compartimento.

3. Compartimento T (trompas de Falopio y ovarios)

- T1: infiltración en la pared pélvica lateral.
- T2: infiltración en la pared y en el útero.
- T3: infiltración en las anteriores áreas, además de en el intestino y en los ligamentos uterosacros.

4. Compartimento A (recto vaginal)

- A1: menos de 1 cm.
- A2: entre 1 y 3 cm.
- A3: Más de 3 cm.

5. Compartimento B (ligamentos sacro uterinos, pared pélvica lateral y ligamentos cardinales); con la misma clasificación que el compartimento A.

6. Compartimento C (recto); con la misma clasificación que los compartimentos A y B.
7. Compartimento F.
 - FA: dentro de la pared muscular del útero.
 - FB: infiltración en vejiga.
 - FI: infiltración en intestino.
 - FU: infiltración en uréter.

En caso de ovarios y trompas faltantes o invisibles, se anotan como *m* o *x*, respectivamente [10].

1.3. Epidemiología

La endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas más frecuentes y afecta, globalmente, entre el 7-15% de las mujeres en edad fértil y hasta al 50% de aquellas que padecen dolor pélvico y/o problemas de infertilidad, además es considerada una causa de aborto espontáneo. Dichos datos son solo estimaciones, ya que, como se ha mencionado anteriormente, esta enfermedad puede cursar sin síntomas, lo que hace imposible conocer el número exacto de pacientes que padecen de EM [1, 2, 4 y 8].

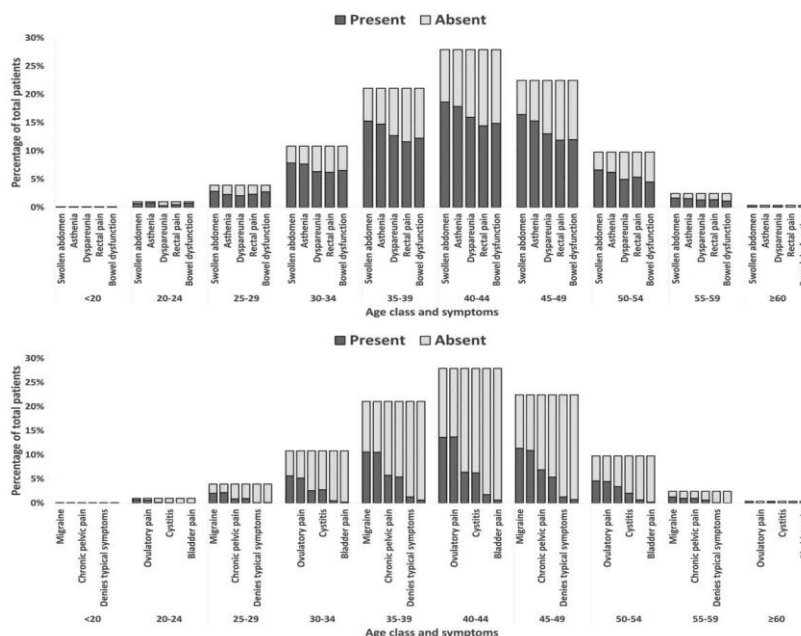


Figura 1. Gráfica de síntomas por edad. Tomado de: Signorile PG. et al. [3]

En los gráficos anteriores, se observó una clara tendencia de la aparición de los síntomas a partir de una edad concreta. En los primeros años de vida reproductiva, no se registró casi

ninguna incidencia, sino que, es a partir de los 25 años cuando se comienza a manifestar. Estos síntomas continúan aumentando a medida que aumenta la edad y tienen un pico máximo en el intervalo de 40 a 44 años. Después descienden de forma constante hasta los 60 años [3].

Esta tendencia tan clara puede estar relacionada con la actividad hormonal de los estrógenos y podría ser una de las razones del retraso en el diagnóstico en mujeres jóvenes. También se podría determinar que la razón de esta incidencia es que en mujeres jóvenes la endometriosis todavía está en etapas iniciales y en mujeres de 50 años, la enfermedad ya debería estar diagnosticada y tratados los síntomas [3].

1.4. Diagnóstico

A pesar de su prevalencia, este trastorno está infradiagnosticado y subnotificado debido a la falta de información sobre esta enfermedad, lo que afecta a diversos factores psicológicos. En condiciones normales, el diagnóstico de EM se retrasa de 4 a 11 años [11] o, incluso, de 8 a 12 años [3] desde que aparecen los primeros síntomas hasta que hay un diagnóstico definitivo.

Este retraso puede deberse a la inespecificidad de la mayoría de los síntomas y a que, actualmente, no existen pruebas diagnósticas no invasivas, que puedan garantizar un diagnóstico. Además, a pesar de que hay información sobre los síntomas de la enfermedad, no hay muchos estudios en grandes cohortes de mujeres que analicen estos síntomas y su evolución a lo largo de la vida. Actualmente, el diagnóstico de endometriosis solo puede garantizarse con el examen histológico de implantes ectópicos y estos se obtienen a través de cirugía o de procedimientos laparoscópicos invasivos [3].

En un estudio transversal [6] que se llevó a cabo en 16 centros de 10 países distintos, que constaba de 1.418 mujeres pre menopáusicas (745 pacientes con endometriosis asintomática y 587 mujeres con síntomas) se observó el retraso en el diagnóstico de la endometriosis y estos fueron los resultados:

El retraso fue de 6.7 años en mujeres con la enfermedad y de 5.9 en pacientes de control que presentaban síntomas. Las razones de este retraso se debieron, principalmente, a la demora en la derivación del médico de atención primaria al ginecólogo/a y, según dicho estudio, las mujeres entrevistadas informaron de una media de siete visitas con el médico anteriores a la derivación correspondiente. También se explica que el retraso fue más pronunciado en mujeres con un IMC más alto y más síntomas pélvicos [6].

El retraso del diagnóstico en endometriosis también varió entre los distintos centros; en

Guangzhou (China), por ejemplo, se comprobó un retraso de 3,3 años, a diferencia del centro en Siena (Italia), que demostraba una demora de 10.7 años [6].

Se pudo comprobar en dicho estudio que el retraso era más prolongado en centros con atención sanitaria financiada por el estado (8.3 años) en comparación con centros autofinanciados o financiados por seguros (5.5 años) [6].

A partir de un análisis longitudinal realizado en Berlín [12] se evidenció que la salud mental y física de las personas con EM se ven afectadas negativamente si el retraso en el diagnóstico es más tardío. También demuestra que este retraso es de gran importancia para la salud física en los casos en los que el diagnóstico se realizó a través de una cirugía. Esto es debido a que el tratamiento se suele iniciar después de confirmarse el diagnóstico y, en ciertos tipos de EM, solo es posible diagnosticarlo con cirugía. Sin embargo, los tratamientos hormonales para tratar los síntomas se podrían proporcionar ante un diagnóstico sospechoso basado en una anamnesis exhaustiva de los signos de dolor.

La importancia de un inicio temprano del tratamiento reside en que, en las etapas tempranas de la enfermedad, se muestra una mayor actividad metabólica y las pacientes son más receptivas al tratamiento hormonal que los estadios más avanzados [12].

1.5. Complicaciones

1.5.1 Síntomas

Una de las características más complicadas de esta enfermedad y la que causa más estrés a las pacientes son los síntomas dolorosos.

A través de un estudio retrospectivo a 4083 mujeres con endometriosis en Italia [3], se extrajeron los siguientes datos:

Tabla 3. Prevalencia de síntomas de EM.

Síntomas	Presente (%)	Ausente (%)
Abdomen hinchado	65%	35%
Astenia	62%	38%
Dispareunia	56%	44%
Dolor rectal	52%	48%
Disfunciones intestinales	52%	48%
Migraña	47%	53%
Dolor en la ovulación	46%	54%

Dolor pélvico crónico	26%	74%
Cistitis	22%	78%
Negación de síntomas típicos	6%	94%
Dolor en vejiga	4%	96%

Elaboración propia. Fuente: datos tomados y extraídos de: Signorile PG. et al. [3]

Se utilizó el término abdomen hinchado para referirse a diversos trastornos intestinales como dismenorrea y dolor abdominal; “astenia” hace referencia a todos los síntomas propios de la fatiga y por disfunciones intestinales se entiende estreñimiento o diarrea [3].

Como se puede observar, según este estudio, los síntomas más representativos de la enfermedad para esta muestra de mujeres, presentes en más de la mitad de las encuestadas, fueron: dolor abdominal, astenia y dispareunia, junto con dolor rectal y disfunciones intestinales. Esto concuerda con el resto de estudios [11, 13, 14 y 15], que señalan el dolor como una de las principales complicaciones de la enfermedad. También se muestra bastante común la migraña y el dolor en la ovulación, aunque no lleguen a estar presentes en la mayoría de las mujeres [3].

Signorile et al. [3] también demostraron que una dieta específica y una suplementación alimentaria pueden reducir la intensidad de los síntomas y la inflamación.

Por último, los síntomas menos reportados por estas pacientes fueron: dolor pélvico crónico, cistitis y dolor en la vejiga [3]. Respecto al dolor pélvico, este estudio contrasta con otros [1, 2, 4, 8, 16] en los que se señala este síntoma como uno de los más frecuentes y preocupantes para estas mujeres.

Que la astenia se encuentre entre los síntomas más frecuentes [3] refuerza otros estudios [16] que muestran que la fatiga es un síntoma predominante en la endometriosis, ya que afecta entre el 51% y 87% de las mujeres con esta enfermedad y está relacionada con la depresión, el insomnio, el estrés y una menor calidad de vida relacionada con la salud.

Al contrario que la infertilidad, los síntomas físicos como el dolor, no se relacionan con el estadio de la endometriosis, lo que quiere decir que se pueden presentar síntomas desde el inicio de la enfermedad [7].

Según un estudio de cohorte en Varsovia casi el 40% de las mujeres con endometriosis encuestadas afirmaron haber visitado el servicio de Urgencias al menos una vez en el pasado debido a dolores menstruales intensos. Además, más del 50% señaló que el dolor pélvico había limitado su actividad física, sexual y laboral durante los últimos tres meses [7].

Según un estudio a base de encuestas realizado en Berlín [12], la salud mental de las encuestadas era mayor si la intensidad y duración del dolor pélvico eran menores y la satisfacción con el tratamiento ginecológico era mayor.

1.5.2 Impacto psicológico de la endometriosis

1.5.2.1 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor del 6% de las mujeres a nivel mundial padecen ansiedad. Sin embargo, este porcentaje aumenta significativamente, situándose entre el 10% y el 87,5%, en el caso de mujeres con endometriosis [1]. Esta amplia variabilidad puede deberse a los escasos estudios que existen actualmente y a que algunos estudios se centraron en mujeres con dolor pélvico crónico u otros síntomas limitantes asociados a la endometriosis, mientras que otros se enfocaron en pacientes con endometriosis e infertilidad.

En un estudio de revisión sistemática [1], se recogen y explican dos artículos de especial interés que relacionan la endometriosis con la ansiedad. Uno de los artículos que se menciona evaluó el estado psicológico, a través de cuestionarios, de más de 1000 pacientes con EM, divididas de la siguiente manera: dolor diario, dolor cíclico y sin dolor. A partir de este estudio se encontró que la ansiedad, se relacionaban con el grado de dolor, ya que los resultados fueron los siguientes: un 68.4% de las mujeres que sentían dolor diario presentaban también ansiedad, frente a un 57.5% de mujeres con dolor cíclico y un 29.6% de mujeres que no sentían dolor alguno.

Zippl et al. [1] recogieron un segundo estudio, en concordancia con el anterior, en el que se evaluó la relación de factores psicosociales con la gravedad e intensidad del dolor; también se incluyó un estudio sobre la CdV de mujeres con endometriosis. En esta investigación se concluyó que la ansiedad y el catastrofismo están asociados a un mayor dolor y que la ansiedad, a su vez, se relaciona con una peor CdV.

También se ha demostrado que la endometriosis acompañada de dolor pélvico incrementa de manera más notable la incidencia de síntomas depresivos en comparación con la endometriosis sin dolor. Esto indica que el dolor podría tener un impacto más determinante en la aparición de síntomas depresivos que la enfermedad en sí misma [7].

1.5.2.2. CALIDAD DE VIDA GENERAL

La evaluación de la calidad de vida se utiliza para elegir el tratamiento y atención adecuado para el paciente, conociendo su estado de salud y su bienestar físico, social y mental. La OMS define la calidad de vida como la percepción de cada individuo de su posición en la vida en el contexto cultural y los sistemas de valores con los que convive en relación a sus objetivos, aspiraciones, normas e inquietudes. Los indicadores de CdV engloban la capacidad del individuo de cumplir sus roles sociales, la disposición de adaptarse, el bienestar mental y la actividad en grupos sociales [8].

La percepción de la CdV es subjetiva y personal y está influenciada por diversos factores, tanto propios de la paciente como externos a ella. En la actualidad, se considera que evaluar la calidad de vida es un aspecto clave en la atención médica, ya que no se enfoca únicamente en tratar una enfermedad específica, sino en los síntomas que experimenta la paciente y cómo estos afectan su vida diaria. La aceptación de la enfermedad juega un papel crucial en la evaluación de la calidad de vida. La capacidad de adaptarse a la enfermedad, o la falta de esta, impacta tanto en la CdV como en el nivel de satisfacción general de los pacientes [8].

Respecto a la CVRS (calidad de vida relacionada con la salud), según un estudio en 10 centros de 16 países distintos [6], se pudo observar como las mujeres afectadas por la endometriosis que no sufrían síntomas graves, tuvieron una puntuación bastante menor que las pacientes sintomáticas en áreas como función física y social, dolor físico, salud mental, percepción de la salud y vitalidad.

La CVRS fue superior en las mujeres que tenían un empleo remunerado o trabajaban de forma independiente y en aquellas que no reportaron dolor pélvico. Por el contrario, fue menor en las mujeres que experimentaban dolor pélvico más intenso. También se encontró que los retrasos más largos en el diagnóstico estaban vinculados con una disminución en la CVRS de las mujeres afectadas [6].

Según un estudio transversal en Brasil, con 106 mujeres encuestadas, no se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida de las mujeres relacionada con los estadios de la enfermedad [4].

Según un estudio transversal realizado en Polonia a 306 mujeres [8], la puntuación media en la Escala de Aceptación de la Enfermedad (AIS) fue de 24,64; sabiendo que la máxima puntuación (se siente capaz de vivir con la enfermedad) es 40 y la mínima (percibe muchas limitaciones) 8. En este caso, las mujeres con endometriosis se encontrarían en el rango de aceptación moderada (19-29)

Por otro lado, la puntuación media en la Escala de Dolor de Laitinen fue de 5.83; el rango de esta escala engloba un rango de 0 a 16 puntos, siendo esta última puntuación la que indica

un dolor intenso. Las mujeres con endometriosis se encontrarían en el rango de dolor moderado (de 5 a 8 puntos) [8].

En este estudio, Bieñ et al. [8] revelaron que las puntuaciones inferiores de calidad de vida en el campo físico se asociaron con la intensidad del dolor, el impacto de la enfermedad en la relación de pareja, la aceptación de la enfermedad, y el nivel educativo (siendo mejores las puntuaciones con niveles educativos más altos). En cuanto al dominio psicológico, las puntuaciones más bajas de calidad de vida se correlacionaron con la aceptación de la enfermedad, el índice de masa corporal (siendo menores en la obesidad), la intensidad del dolor en los períodos menstruales y la dispareunia.

En un estudio a base de encuestas en Berlín [12] se sugirió que resaltar aspectos como la autoeficacia, la satisfacción sexual y la satisfacción con el tratamiento, además de tratar los síntomas físicos incapacitantes, podrían mejorar la salud general del individuo y mantenerse a largo plazo. Además, este estudio reivindicó la necesidad de prestar ayuda a la atención ginecológica de personas socialmente y económicamente desfavorecidas.

1.5.3 Impacto social de la endometriosis

1.5.3.1. RELACIONES INTERPERSONALES

El manejo de una enfermedad crónica tan compleja como es la endometriosis, es un proceso que no solo incluye a la paciente, sino también a su pareja, que debe prestar su tiempo para, por ejemplo, asistir a citas médicas, discutir opciones de tratamiento, o asumir más tareas domésticas como el cuidado de los niños o de la casa. También debe encargarse de la revisión de planes a futuro a causa de la infertilidad además de lidiar con cierta carga emocional de la propia enfermedad [17].

En otros contextos, afrontar y asumir una enfermedad crónica es un proceso transaccional que se conoce como afrontamiento diádico; en este, dos personas se influyen mutuamente al enfrentarse a un estresor mutuo [17]. Un componente importante de este afrontamiento diádico puede ser comunicar el estrés propio con la pareja. Así, un afrontamiento diádico positivo, podría implicar:

Tabla 4. Tipos de afrontamiento diádico.

Afrontamiento diádico de apoyo	La pareja escucha, comprende, se informa y da consejos con el fin de ayudar al otro a lidiar con el estresor.
Afrontamiento diádico delegado	La pareja se encarga de las tareas diarias de la paciente para reducir la carga de trabajo y, por lo tanto, el estrés.
Afrontamiento diádico común	La pareja habla y se relaja junto a la paciente, para afrontar el proceso estresante juntos.
Afrontamiento diádico negativo	Un miembro de la pareja se molesta por el estrés del otro, demuestra una falta de compromiso y motivación o incluso hostilidad al tratar de consolar.

Elaboración propia. Fuente: datos tomados y extraídos de Facchin F. et al. [17]

Las enfermedades crónicas se relacionan con un afrontamiento diádico negativo. Un mayor afrontamiento diádico positivo, suele relacionarse con mejores resultados psicológicos y relacionales en pacientes con cáncer, demencia, diabetes y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) [17].

Una de las manifestaciones o síntomas de esta enfermedad que más preocupan a las pacientes es la dispareunia, que se refiere al dolor en la zona genital o dentro de la pelvis durante las relaciones sexuales. Esta suele estar relacionada con lesiones endometriales ubicadas en la cavidad pélvica posterior, las cuales forman nódulos duros que, al entrar en contacto con una fuerza externa durante el acto sexual, pueden generar dolor [18].

En la endometriosis, la dispareunia o dolor al mantener relaciones sexuales, se presenta como un síntoma frecuente, se estima que aproximadamente la mitad de las mujeres con endometriosis la padecen [14]. Además, el dolor asociado al coito puede incrementar el riesgo de desarrollar otros tipos de disfunción sexual, como alteraciones en el deseo, lubricación, excitación y orgasmo [13, 19].

Se ha demostrado que las mujeres con endometriosis presentan más del doble de disfunciones sexuales en comparación con aquellas sin el trastorno. Estas dificultades pueden afectar a todas las fases de la respuesta sexual, incluyendo el deseo, la excitación y la satisfacción u orgasmo [18, 19].

Las investigaciones han demostrado una disminución tanto en la frecuencia como en la calidad de la actividad sexual en mujeres con dispareunia, a menudo acompañada de sentimientos de culpa y una percepción reducida de la feminidad, lo que agrava las dificultades para establecer relaciones íntimas [14, 19].

La dispareunia puede clasificarse en superficial, caracterizada por dolor en o alrededor de la entrada vaginal, y dispareunia profunda, que implica dolor en la vagina y la pelvis durante o después del coito [8] que puede ser provocado por la presión mecánica sobre las lesiones endometriósicas o por la tracción de lesiones cicatrizadas [13].

También puede existir un tercer tipo de dispareunia; la dispareunia concomitante, que se refiere a la coexistencia de diferentes tipos de dolor durante las relaciones sexuales. Esto puede incluir la presencia simultánea de dispareunia superficial y profunda [14].

Establecer una distinción clara entre la dispareunia profunda y superficial puede ayudar a los médicos a proporcionar tratamientos personalizados y combinados, incluyendo fisioterapia del suelo pélvico junto con terapias médicas y quirúrgicas [14].

Se realizó un estudio de cohorte transversal que incluyó a un total de 334 pacientes con EM: 238 en el centro de Bolonia y 96 en el centro de Madrid. Del total, el 75,7% de las mujeres reportaron dispareunia, de las cuales 21 (6,3%) presentaron dispareunia superficial aislada, 87 (26,0%) dispareunia profunda aislada y la mayoría; 145 mujeres de 334, (43,4%) dispareunia concomitante [14].

El grupo con dispareunia concomitante mostró una mayor prevalencia de dismenorrea moderada-severa, disquecia, disuria y dolor pélvico crónico [14].

Además, las mujeres con dispareunia concomitante reportaron una peor función sexual, reflejada en menor satisfacción y mayores niveles de dolor. Asimismo, las puntuaciones relacionadas con la excitación fueron más bajas en las pacientes con dispareunia (ya fuera concomitante o aislada) en comparación con aquellas sin dispareunia [14].

En este estudio, Del Forno et al. [14], concluyeron que todas las pacientes reportaron una disminución en su calidad de vida, principalmente las mujeres con dispareunia concomitante. Estas mujeres presentaron puntuaciones más bajas en todos los dominios del SF-36: función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, salud mental, funcionamiento del rol físico, funcionamiento del rol social y funcionamiento social. Se encontró una correlación significativa entre la gravedad de los síntomas y la reducción de la calidad de vida para las mujeres con dispareunia concomitante. Por otra parte, la dispareunia superficial tuvo un impacto notable en la salud general, mientras que la dispareunia profunda afectó principalmente la vitalidad y la salud

mental. Esto resalta el grave efecto del dolor en la calidad de vida y la importancia de evaluar su gravedad.

En un estudio en Bangladesh, que se realizó a 380 mujeres, de las cuales, 190 mujeres (50%) se les diagnosticó con endometriosis, se realizó una comparativa con 190 pacientes sin EM (grupo de control). Cabe destacar que la presencia de dispareunia se evaluó únicamente entre las mujeres casadas, debido a que las relaciones sexuales prematrimoniales son culturalmente inaceptables y motivo de incomodidad para las participantes. De este estudio se pudo comprobar lo siguiente: en el grupo de casos, 73 mujeres casadas (47,4%) reportaron haber experimentado dispareunia, en comparación con solo 16 mujeres casadas (8,6%) en el grupo de control. Las pacientes con endometriosis presentaron una probabilidad 9,5 veces mayor de desarrollar dispareunia [20].

En un estudio transversal realizado en 2016 a 220 mujeres infértiles con diagnóstico de EM en Teherán [13], se concluyó que factores como la calidad del sueño, la intensidad del dolor pélvico y la dispareunia, así como la actividad física, la ansiedad, el estadio de EM y la depresión influyen significativamente en la función sexual de estas pacientes.

En un estudio de 2017 [19], en el que se entrevistó a 96 mujeres con EM en Italia, se encontraron datos significativamente altos en dispareunia y distrés sexual en pacientes con la enfermedad (66% y 76% respectivamente). También se concluyó que las ideas negativas o pesimistas podían predecir el distrés sexual, así, este distrés no siempre era consecuencia de la dispareunia o el dolor crónico. Sin embargo, se deben tener en cuenta las limitaciones del estudio anterior, debidas al tamaño de la muestra.

En concordancia con otros estudios, se realizó una encuesta online a través de páginas web de organizaciones de endometriosis y grupos de apoyo a 2060 mujeres con EM. En este estudio, Privitera et al. [18] informaron acerca de diversos datos de interés, que se explicarán a continuación.

El 20,4% de las encuestadas informaron de dispareunia grave, el 35.5% de dispareunia moderada y el 34.4% leve. Tan solo el 9.6% del total de mujeres encuestadas no informó de dispareunia [18].

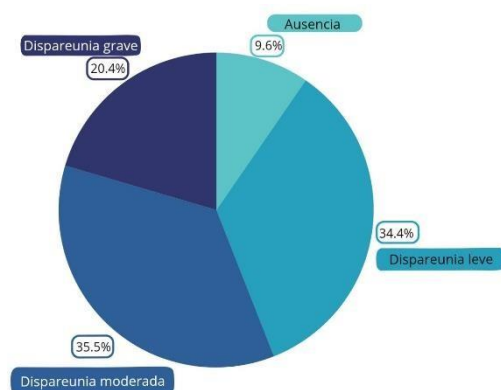


Figura 2. Gráfico circular de la prevalencia de los tipos de dispareunia. Elaboración propia. Fuente: datos tomados y extraídos de Privitera G et al. [18]

Además, el 80.3% de las participantes afirmaba que sus síntomas de endometriosis habían supuesto un impacto negativo en su vida sexual, y el 67.5% expresó que evitaba las relaciones sexuales a causa de esta enfermedad [18].

Todos estos resultados, pueden estar respaldados por modelos conceptuales como el Modelo de Evitación del Miedo (FAM) [18], que sugiere que las experiencias previas de dolor y el recuerdo de estas, pueden derivar en la evitación de situaciones o sentimientos placenteros, a veces incluso, después de que se consiga eliminar el dolor o reducirlo.

1.5.3.2. DISCRIMINACIÓN LABORAL

A continuación, se abordará el aspecto de la discriminación laboral en las mujeres con endometriosis.

En el siguiente gráfico, Soliman et al. [16] compararon la productividad laboral de mujeres con endometriosis (morado), pacientes con la enfermedad y, al menos, un síntoma grave (naranja) y mujeres con la enfermedad sin ningún síntoma reseñable (azul) [16].

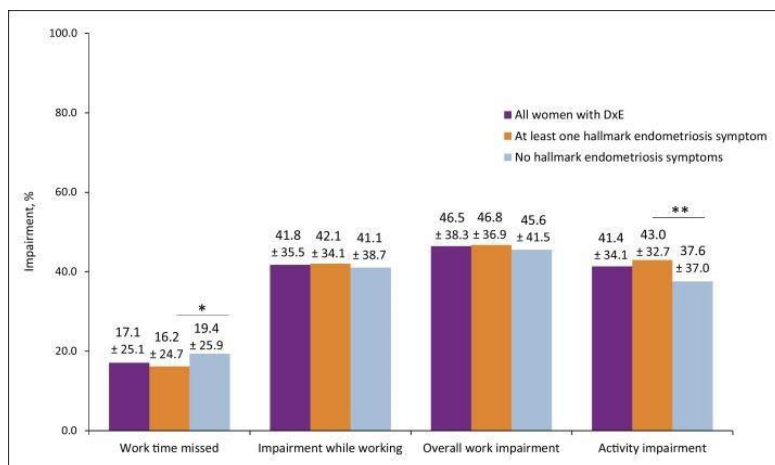


Figura 3. Productividad laboral en mujeres con EM, con síntomas y sin síntomas. Tomado de Soliman AM et al. [16]

De este gráfico se puede extraer la siguiente información:

Respecto “Tiempo de trabajo perdido” vemos que las mujeres con al menos un síntoma característico (naranja) tuvieron un porcentaje ligeramente menor (16.2%) de tiempo perdido en comparación con las mujeres sin síntomas característicos (19.4%) y las mujeres diagnosticadas con endometriosis en general (17.1%) [16].

En la segunda área; “Deterioro mientras trabaja” todos los grupos mostraron un porcentaje similar (alrededor del 41%), sin diferencias significativas. Algo parecido ocurrió en el apartado “Deterioro laboral total”, en el que todos los grupos tuvieron un impacto cercano al 46%, sin diferencias significativas [16].

Respecto a la última categoría; “Deterioro en actividades diarias”, las mujeres con, al menos, un síntoma característico demostraron un mayor deterioro en sus actividades diarias (43.0%), seguido por mujeres diagnosticadas con endometriosis (41.4%) y aquellas sin síntomas característicos (37.6%) [16].

Según un estudio en Bangladesh, que realizó una comparativa entre 190 mujeres con EM y 190 mujeres sin este diagnóstico, es importante señalar que 53 pacientes con endometriosis reportaron dolores de cabeza, de los cuales 27 (14,2%) fueron confirmados como migrañas. En el grupo de control, 32 pacientes (18,9%) mencionaron dolores de cabeza, pero solo 5 (2,6%) presentaron migrañas. Según este estudio, las pacientes con endometriosis tienen 6,13 veces más probabilidades de padecer migrañas y el doble de probabilidades de sufrir dolores de cabeza en comparación con mujeres sin endometriosis [20]. Respecto a la migraña, debemos tener en cuenta que las pacientes con EM suelen ser tratadas con terapias hormonales, que muchas veces causan dolores de cabeza, esto hace todavía más difícil el manejo de este tipo de enfermedad que, además, convive en muchos casos con una comorbilidad como la migraña [20].

En un estudio a base de encuestas [15] a 193 mujeres Puertorriqueñas diagnosticadas quirúrgicamente de EM, se observaron los siguientes datos:

Un 70% de las encuestadas concluyeron que su estado de salud general era “bueno”. Un 61% informó de la limitación en las actividades diarias moderadas a causa de los síntomas de la enfermedad, frente a un 73% en el área de actividades diarias extremas. La mayoría de las pacientes afirmaron que las actividades laborales se vieron afectadas a causa de su salud física [15].

Tabla 5. Datos del cuestionario sobre logros laborales y limitaciones.

Pregunta	Sí (%)	No(%)
¿Logró menos de lo que quería, a causa de problemas de salud física?	63.5%	36.5%
¿Estaba limitada en el tipo de trabajo o en otras actividades a causa de su salud física?	66.2%	33.8%
¿Logró menos de lo que quería, a causa de su salud emocional?	62.7%	37.3%
¿Estaba limitada en el tipo de trabajo o en otras actividades a causa de su salud emocional?	45.4%	54.6%

Elaboración propia. Fuente: datos extraídos y adaptados de Fourquet J. et al. [15]

Según este estudio, realizado por Fourquet et al. [15], se puede observar en la anterior tabla que la mayoría de mujeres con endometriosis pensó que, por sus problemas de salud física, lograron menos de lo que querían (63.5%) y estaban limitadas laboralmente y en otras actividades, (66.2%). Estas pacientes también expresaron que, por su salud emocional, lograron menos de lo que querían (62.7%) y un 45.4% (menos de la mitad) confesaron que se sentían limitadas laboralmente a causa de su salud emocional.

La mayoría de mujeres informaron de repercusiones en su bienestar general en el último mes por los síntomas relacionados con EM. El 18% de las encuestadas afirmaron sentirse tranquilas y en paz a menudo y el 27% expresó tener poca energía, mientras el 35% se sintió desanimada y deprimida y un 38% sintió obstáculos en su vida social [15].

También cabe destacar los siguientes datos:

Tabla 6. Dolor y estado emocional y psíquico en mujeres con EM.

Síntoma	Nunca (%)	Rara vez (%)	A veces (%)	A menudo (%)	Siempre (%)
El dolor interfiere con mi trabajo	8.9%	12.1%	36.3%	27.4%	15.3%
Dificultad para caminar a causa del dolor	14.6%	15.3%	28.7%	25.5%	15.9%
El dolor controla mi vida	17.2%	15.9%	26.1%	20.4%	20.4%
Tengo cambios de humor	2.5%	7%	22.3%	37.6%	30.6%
Percibo que nadie entiende mis sentimientos.	7.6%	5.1%	26.8%	29.3%	31.2%
Percibo cambios en mi apariencia física.	14.6%	12.7%	24.2%	23.6%	24.8%

Elaboración propia. Fuente: datos extraídos y adaptados de: Fourquet J. et al. [15]

A la pregunta de “¿El dolor interfiere en su vida laboral?”, la mayoría de las mujeres contestaron afirmativamente, 36.3% contestaron a veces y 27,4% a menudo, mientras un 15.3% contestaron siempre. Por el contrario, el 8.9% de las mujeres afirmaron que nunca les ocurría y un 12.1% contestaron que rara vez pasaba [15].

Respecto a si sentían dificultades a la hora de caminar debido al dolor, estas fueron las respuestas: un 14.6% afirmaron que nunca, un 15.3% dijeron que rara vez les ocurría y la mayoría contestaron que a veces (28.7%) y a menudo (25.5%), mientras que un 15.9% dijeron siempre [15].

Sobre si el dolor controlaba su vida, un 17.2% contestaron “nunca”, un 15.9% “rara vez”, un 26.1% “a veces”, un 20.4% “a menudo” y este mismo porcentaje contestó “siempre” [15].

A la pregunta “¿Tiene cambios de humor?”, la mayoría de las mujeres contestaron afirmativamente; 22.3% contestaron a veces y 37.6% a menudo, mientras un 30.6% afirmaron que siempre le ocurría. Por el contrario, el 2.5% de las mujeres contestaron “nunca” y un 7% contestaron que rara vez pasaba [15].

A la afirmación “Percibo que nadie me entiende.”, un 7.6% contestaron que nunca les había ocurrido, un 5.1% que rara vez, un 26.8% confesaron que lo habían pensado a veces, un 29.3% que a menudo y un 31.2% confirmaron que les ocurría siempre [15].

Por último, según Fourquet et al. [15], un 24.2% de las encuestadas percibió, a veces, cambios en su apariencia física, frente al 23.6% que los percibió a menudo y un 24.8% que contestó “siempre”. Por el contrario, un 14.6% contestó que nunca los había percibido y un 12.7% afirmó que rara vez lo sintió.

En todos los apartados se puede observar que las encuestadas contestaron afirmativamente las preguntas y un menor porcentaje de ellas contestaron nunca o rara vez [15].

En este mismo estudio [15], a la pregunta “¿Cuántas horas has perdido en el trabajo a causa de la endometriosis?” 101 mujeres afirmaron haber faltado la semana anterior por su problema de salud, ya que los síntomas empeoraron (la pérdida media de tiempo de trabajo fueron 7.41 horas)

Tabla 7. Afectación en la productividad laboral y/o en las actividades de la vida diaria de mujeres con EM.

Impacto de los síntomas de EM	No afectado (%)	Afectación leve (%)	Moderadamente afectado (%)	Extremadamente afectado (%)
Pérdida de productividad.	9.8%	21.6%	25.5%	43.1%
Actividades de la vida diaria	7.9%	9.9%	29.6%	52.6%

Elaboración propia. Fuente: datos extraídos y adaptados de: Fourquet J. et al. [15]

En este mismo estudio, Fourquet et al. [15] recogieron datos sobre la pérdida de productividad; un 9.8% de las mujeres con endometriosis no vieron afectada esta área, un 21.8% afirmaron notar una leve afectación y un 25.5% una afección moderada. Por último, casi la mitad de las encuestadas (43.1%) afirmaron que su productividad se vio extremadamente afectada.

Por otra parte, respecto a las actividades de la vida diaria (ADVD), un 7.9% no las vieron afectadas o modificadas, un 9.9% informaron notar que habían sido afectadas levemente, un 29.9% dijeron que estas actividades se habían visto afectadas moderadamente y más de la mitad (52.6%) opinaron que sus ADVD habían sufrido un cambio extremo [15].

Teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos observar que las pacientes sintieron que su productividad laboral estaba moderadamente afectada y las actividades de la vida diaria extremadamente afectadas. De media, estas mujeres perdieron 1 día de tiempo de trabajo a la

semana; esto puede perjudicar gravemente a sus funciones en el trabajo, sus relaciones laborales e, incluso, su crecimiento profesional [15].

Fourquet et al. concluyeron que el dolor crónico asociado con la endometriosis puede reducir la productividad laboral de las mujeres que padecen esta enfermedad. Un desafío adicional radica en que muchos empleadores suelen pasar por alto los síntomas que afectan a las trabajadoras [15].

1.5.4 Tratamiento de la endometriosis.

No hay consenso sobre el origen histológico de la endometriosis, pero, dos de las posibles etiologías de esta enfermedad son: la menstruación retrógrada y la metaplasia celómica, que han sido explicadas con anterioridad [3].

Sin embargo, Signorile et al. [3] encontraron pruebas de que la raíz de esta enfermedad podría ser algo muy distinto: el desarrollo ineficaz del sistema genital mientras aún están gestándose. Es decir, puede ocurrir un evento en esta edad temprana que produzca que algunas mujeres sean más propensas a desarrollar endometriosis cuando crecen.

Esto puede respaldarse con el hecho de que hay más casos de EM en mujeres que tienen malformaciones uterinas. Además, cuando se analizaron los tejidos de la EM con análisis genómico y perfiles de expresión genética, se descubrió que algunos genes esenciales para el desarrollo embrionario estaban activados de forma distinta que en mujeres sanas. Esto confirmó que, como no estaba relacionado con el ciclo menstrual ni con las hormonas, la EM no es solo un problema hormonal, sino que debe haber un defecto en la programación genética desde el inicio [3].

Todo lo anterior podría cambiar la forma en la que entendemos y tratamos la endometriosis. De hecho, recientemente se ha descubierto que las píldoras anticonceptivas podrían generar un efecto protector respecto al dolor ovulatorio, el dolor pélvico y la disfunción intestinal; aunque su uso está desaconsejado en el caso del dolor pélvico crónico y el dolor rectal [3].

El tratamiento de la endometriosis se centra únicamente en tratar los síntomas de esta enfermedad, sobre todo, el dolor. Por ello, sabiendo que los estrógenos aceleran el crecimiento de la EM, el tratamiento de esta enfermedad se centra en la alteración hormonal del ciclo menstrual; así, cancelando la función de los ovarios y alterando el crecimiento del endometrio, también evitamos el crecimiento de los focos endometriósicos, que son los que generan dolor. Es por ello que los tratamientos existentes ayudan a controlar tanto el dolor pélvico como la dismenorrea y la dispareunia [5].

Los tratamientos disponibles actualmente son los siguientes:

1. Antiinflamatorios no esteroideos o AINES (como ibuprofeno o naproxeno). Son la primera elección para tratar la dismenorrea y el dolor pélvico, ya que los implantes endometriósicos producen más prostaglandinas de lo normal y estas sustancias provocan inflamación y dolor. Los AINES, al reducir la producción de prostaglandinas, disminuyen sus efectos.
2. Anticonceptivos orales (ACO): se utilizan frecuentemente, pero hay pocos estudios sobre estos. Se requiere más investigación al respecto.
3. Danazol: es un medicamento que inhibe la producción de estrógenos en los ovarios, impidiendo así, el crecimiento de tejido endometriósico. Se usa para tratar el dolor pélvico y la menorragia (menstruación muy abundante) pero está en desuso debido a los efectos adversos que provoca (alteraciones de peso, voz más grave, problemas hepáticos etc.)
4. Progestágenos y antiprogestágenos. Son anticonceptivos de progesterona, en este campo existen dos tipos principales de implantes; etonogestrel, que inhibe la ovulación y consta de un solo implante y levonogestrel que dura más tiempo, pero puede permitir la ovulación.
5. Agonistas GnRH. La GnRH es una hormona que libera estrógenos en los ovarios; así, gracias a los agonistas de GnRH se provoca una caída drástica de estrógenos y esto frena el crecimiento de tejido endometriósico. El mayor problema de este tratamiento es que ha demostrado producir una disminución de densidad ósea.
6. Inhibidores de aromatasa. La aromatasa es una enzima que convierte los andrógenos en estrógenos, así, los agonistas de esta enzima reducen la producción de estrógenos, mejorando el dolor y reduciendo las lesiones. Se usa en casos graves o resistentes a otros tratamientos. Se suelen combinar con progestágenos o anticonceptivos para evitar efectos secundarios menopáusicos [5].

Nexplanon® (o Implanon NXT®) es un implante anticonceptivo que forma parte del tratamiento con progesterona. Este contiene ENG (etonogestrel) y nos brinda una forma distinta de administrar progestágenos. Se administra de forma subdérmica y su mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación durante 3 años, generando así, su acción anticonceptiva. Uno de los efectos secundarios positivos de esta manera de administrar el progestágeno es que mejora la dismenorrea a largo plazo [21].

Respecto este tratamiento, se realizó un estudio observacional retrospectivo multicéntrico en 2014 en distintas ciudades de Italia en el que se incluyó 25 a mujeres que habían solicitado un tratamiento de anticoncepción con el implante ENG y a las que se les había detectado al menos un endometrioma junto con síntomas de dolor [21].

Tabla 8. Comparación de síntomas antes y después del tratamiento.

Síntomas	Base	6 meses	12 meses
Dismenorrea	6.07	4.94	4.50
Dispareunia	1.61	1.03	1.04
Disquecia	0.63	0.58	0.58
Disuria	0.0	0.0	0.0

Elaboración propia. Fuente: datos extraídos y adaptados de: Sasone A. et al. [21]

Como se puede observar en la tabla anterior, hay una disminución notable en los aspectos de dismenorrea y dispareunia; dos de los síntomas más complicados y molestos de la enfermedad, en ellos se demuestra como el implante de etonogestrel, mejoró los síntomas a los 6 meses, y en el caso de la dismenorrea, todavía disminuyó más al año de la implantación. También notamos una ligera disminución en la frecuencia de la disquecia (dificultad para evacuar). Por otro lado, la disuria (dificultad al orinar) se mantuvo nula durante todo el proceso [21].

A continuación, se recogen los datos del estudio realizado por Sansone et al. [21], centrándose en el área psicológica y psicosocial. Las puntuaciones hacen referencia al SF-36.

Tabla 9. Comparación del estado psicológico antes y después del tratamiento.

Dominio	Base	6 meses	12 meses
Funcionamiento físico	100.00	97.50	97.00
Funcionamiento del rol físico	100.00	100.00	100.00
Presión arterial	80.00	100.00	100.00
Salud general	58.50	56.00	57.50
Vitalidad	57.50	57.50	59.00
Funcionamiento social	93.50	93.50	94.50
Funcionamiento de rol emocional	100.00	100.00	100.00
Salud mental	65.00	67.00	68.00

Elaboración propia. Fuente: datos extraídos y adaptados de: Sasone A. et al. [21]

Se puede observar una mejora significativa en los siguientes aspectos: vitalidad y funcionamiento social (al cabo de los 12 meses) y salud mental, que comenzó a aumentar a los 6 meses y continuó mejorando hasta 12 meses después de la aplicación [21].

El funcionamiento de rol físico y el funcionamiento de rol emocional permaneció intacto durante todo el proceso. Sin embargo, hay dos áreas en las que resalta la disminución de las puntuaciones; funcionamiento físico y salud general. En la segunda, a pesar de que disminuyó a los 6 meses, volvió a mejorar al año de la administración, aunque la puntuación es menor que la inicial [21].

Por último, se explicará la siguiente tabla, que recoge la puntuación FSFI (índice de la función sexual femenina), respecto a la vida sexual de las pacientes escogidas en el estudio de Sansone et al. [21].

Tabla 10. Comparación de función sexual antes y después del tratamiento.

Dominio	Base	6 meses	12 meses
Deseo	3.90	4.50	4.60
Excitación	4.05	4.20	4.30
Lubricación	4.5	4.50	4.65
Orgasmo	3.60	4.20	4.40
Satisfacción	3.80	4.20	4.40
Dolor	4.00	4.40	4.40
FSFI	24.00	25.35	26.25

Elaboración propia. Fuente: datos extraídos y adaptados de: Sasone A. et al. [21]

En esta área, se observa una clara tendencia a la mejora en todos los apartados de la encuesta. Todos han sido mejor puntuados tanto a los 6 meses de comenzar el tratamiento, como a los 12 meses [21].

Cabe destacar que también se comprobó el tamaño de los endometriomas y no se vio ningún cambio significativo: 26.19 mm inicialmente, 26.07 mm a los 6 meses y 26.05 mm a los 12 meses [21].

Respecto a los efectos adversos, surgieron en los primeros 3 meses y fueron los siguientes: aumento de peso en 2 pacientes y sofocos en una paciente. También fue reportado un patrón desfavorable del perfil menstrual en 3 mujeres, 2 de las cuales tuvieron que abandonar el tratamiento y, en consecuencia, el estudio [21].

Las progestinas han sido el tratamiento de elección para el dolor pélvico en mujeres con endometriosis durante más de 50 años. Se ha podido comprobar que eliminan o, al menos, reducen el dolor en el 90% de las pacientes. Por ejemplo, se confirmó que el NETA (acetato de noretistrona) reduce eficazmente el dolor pélvico crónico (DPC). También hay evidencia de la eficacia del acetato de medroxiprogesterona y del acetato de leuprolida en la reducción de síntomas característicos de la endometriosis como dismenorrea, dolor pélvico, dispareunia y

sensibilidad pélvica tras 6 meses de tratamiento. También se ha demostrado como el dienogest (DNG) puede minimizar el dolor pélvico. Por otro lado, el efecto que proporciona el dispositivo intrauterino liberador de levonogestrel (DIU-LNG) es similar al de los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) ya que ambos reducen la dismenorrea, el dolor pélvico y la dispareunia profunda [3].

Respecto al manejo quirúrgico de la EM, este pretende eliminar los focos endometriósicos y restaurar la anatomía normal. El acceso a través de laparotomía o laparoscopia no ha mostrado diferencias en la eficacia, pero el costo y el tiempo de cirugía en la laparoscopia es menor. Hay distintas cirugías a las que se pueden someter las pacientes con EM y son las siguientes:

- Cirugía conservadora: preserva útero y ovarios y se utiliza cuando la mujer quiere conservar la fertilidad o no desea una cirugía radical. Se realiza a través de una laparoscopia: en la que queman los endometriomas (ablación) o eliminan las lesiones de raíz (escisión).
- Cirugía radical: solo se utiliza en casos extremos, cuando la paciente no puede tolerar el dolor y no responde a ningún otro tratamiento. Se puede realizar una histerectomía (extirpación de útero) o una ooforectomía (extirpación de ovarios)
- Cirugía para EM profunda: este procedimiento se utiliza si la enfermedad afecta a recto, colon, vejiga o uréteres [5].

A pesar de realizar una cirugía, la enfermedad puede volver, por ello se recomienda el tratamiento hormonal después [5].

1.6. Justificación del tema.

La endometriosis es una enfermedad ginecológica que afecta a millones de mujeres en todo el mundo, a pesar de ello sigue estando infradiagnosticada y muy poco estudiada. La EM, es más habitual de lo que uno puede llegar a pensar, ya que no sabemos cuántas personas la sufren; esto se debe a que una gran parte de estas mujeres, ya sean asintomáticas o no, todavía no han sido diagnosticadas.

Uno de los aspectos que más preocupa sobre la endometriosis es su impacto en diferentes áreas en la vida de las mujeres afectadas, incluyendo, tanto el área física, como la mental y la sexual. A pesar de ello, la mayoría de los estudios actuales se centran en el tratamiento del dolor, que, a pesar de ser uno de los parámetros más molestos de la enfermedad, no es el único.

Este estudio se justifica por que analiza 4 aspectos clave de la vida de estas mujeres, en algunas ocasiones, en comparación con mujeres sanas. Estos aspectos son los siguientes:

1. Impacto en el área psicológica y la ansiedad:

- Como se ha comprobado, la EM no solo afecta al área física, sino también a la mental. Las pacientes que sufren esta enfermedad suelen experimentar niveles más elevados de depresión, ansiedad y estrés.
- El retraso en el diagnóstico y la ausencia de un tratamiento definitivo promueven que muchas mujeres se sientan solas o poco acompañadas.
- Además, convivir diariamente con dolor genera en estas mujeres un desgaste emocional que afecta tanto a sus relaciones personales como a su rendimiento en diferentes ámbitos.

2. Impacto en el ámbito laboral:

- Muchas mujeres que sufren esta enfermedad enfrentan dificultades a la hora de mantener un trabajo, debido sobre todo, a episodios de dolor incapacitante que derivan en ausencias laborales frecuentes.
- También influye la falta de información y comprensión por parte de empleadores y compañeros de trabajo ya que la endometriosis continúa siendo una enfermedad poco reconocida en el ámbito laboral.
- La incertidumbre sobre su estado de salud y su futuro laboral, con una posible pérdida del empleo, genera ansiedad y estrés.

3. Problemas en la vida de pareja y sexual:

- La dispareunia es un síntoma recurrente en estas pacientes y puede derivar en evitar el contacto íntimo con la pareja y, así, generar problemas en la relación.
- Muchas de estas pacientes sienten culpa y frustración, lo que genera más ansiedad y repercute en su bienestar emocional.
- Además, la falta de información también es un problema en este ámbito, ya que la pareja puede no llegar a entender la enfermedad y, así, aumentar la sensación de abandono de la paciente.

4. Limitaciones del tratamiento:

- En la actualidad, no existe un tratamiento que cure definitivamente la endometriosis y las opciones terapéuticas se centran únicamente en controlar el dolor.

- La mayoría de los tratamientos hormonales existentes tienen efectos secundarios complicados como aumento de peso, disminución de la libido o cambios en el estado de ánimo.
- Por último, los procedimientos quirúrgicos como la laparoscopia no suponen una solución definitiva, ya que esta enfermedad puede volver a manifestarse con el tiempo.

A pesar de lo importantes que son estos factores, la prevalencia de la enfermedad no se equipara a la cantidad de información sobre esta. La gran mayoría de los estudios previos han sido realizados en cohortes de pacientes muy pequeñas y esto dificulta la obtención de resultados concluyentes que puedan ser generalizables.

Esta investigación trata de llenar este vacío de conocimiento, ya que podría aportar información útil para profesionales de la salud y ayudar a visibilizar esta enfermedad al resto de la población. La intención es informar de la endometriosis y dar a conocer sus síntomas, ya que muchas pacientes pueden llegar a pensar que alguno de estos síntomas, como la dismenorrea, no son patológicos y no deberían acudir a un profesional. También puede ser útil para informar de la falta de tratamiento y líneas de investigación; es necesario invertir para seguir indagando sobre la enfermedad, realizar más estudios y encontrar un tratamiento definitivo, o más eficaz que el actual.

En definitiva, el presente trabajo se justifica, no solo por la necesidad de visibilizar y profundizar en el impacto psicológico y social de la endometriosis, sino también por su contribución a un enfoque más sostenible en salud y sociedad. Desde la perspectiva de la dimensión social, este TFG destaca cómo la endometriosis afecta a la autoestima de las mujeres, a sus relaciones interpersonales y, además, a su atención y plena participación en aspectos de la vida diaria. Por otra parte, respecto a la dimensión económica, se estudia y analiza el absentismo, la pérdida de productividad laboral y los costes relacionados con el retraso en el diagnóstico y la falta de tratamientos eficaces.

Esta revisión bibliográfica se alinea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y el ODS 5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas”, establecidos por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas [23].

Así, es esencial ofrecer datos basados en evidencia científica para tratar de mejorar la calidad de vida de estas pacientes y promover cambios necesarios en la forma en la que la medicina y la sociedad abordan la endometriosis. Apoyar estas estrategias permite avanzar hacia un modelo de salud más justo, inclusivo y sostenible en el tiempo.

2. Objetivos

Objetivo general: Analizar, mediante una revisión bibliográfica, el impacto psicológico y social de la endometriosis en las mujeres afectadas por esta enfermedad, explorando cómo los síntomas afectan su salud mental, calidad de vida y relaciones interpersonales, para destacar la importancia de un enfoque integral en el manejo de esta patología.

Objetivos específicos:

1. Identificar las principales consecuencias psicológicas de la endometriosis, como la ansiedad, la depresión y los trastornos emocionales relacionados con el dolor pélvico crónico y otros síntomas.
2. Explorar el impacto de los síntomas de la endometriosis, especialmente la dispareunia, en las relaciones interpersonales como las dinámicas de pareja y la vida sexual.
3. Revisar la literatura sobre la calidad de vida de las pacientes con endometriosis, analizando cómo la enfermedad afecta su desempeño laboral y social.

3. Material y método

3.1 Material

Para la realización de este estudio de revisión bibliográfica, se utilizaron los siguientes materiales:

1. Ordenador personal con conexión a internet y acceso a bases de datos científicas.
2. Bases de datos como Pubmed, ScienceDirect y Scopus utilizadas para la búsqueda de artículos relevantes para la investigación.
3. Procesador de textos de Microsoft Word para elaborar el documento.
4. Normas de citación Vancouver para referenciar correctamente las fuentes bibliográficas.

3.2 Diseño del estudio

Se realizó una revisión bibliográfica para analizar la incidencia de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad en pacientes con un diagnóstico de endometriosis, así como evaluar las relaciones interpersonales y la calidad de vida de dichas pacientes.

Se decidió elegir este tipo de estudio por que el objetivo es encontrar las evidencias actuales sobre este trastorno y cómo afecta a la calidad de vida de las pacientes en comparación con mujeres que no sufren los síntomas graves o dolorosos de la enfermedad.

3.3 Pregunta PICO

Para el proceso de selección de los artículos en los que se ha basado este trabajo, se ha llevado a cabo una pregunta PICO, para así, poder dirigir la búsqueda de información y que el resultado sea más adecuado y concreto.

La pregunta PICO escogida es: ¿La presencia de síntomas de endometriosis (I) en mujeres diagnosticadas con esta enfermedad (P), provoca que, en comparación con las mujeres sin endometriosis o sin síntomas graves (C), tengan una menor calidad de vida (O)?

La estructura PICO se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 11. Estructura PICO.

P (Población)	Mujeres diagnosticadas con endometriosis.
I (Intervención)	Presencia de síntomas de endometriosis.
C (Comparación)	Mujeres sin endometriosis o sin síntomas graves.
O (Resultados, outcomes)	Menor calidad de vida.

Elaboración propia.

3.4 Criterios de selección

3.4.1 Criterios de inclusión

- Mujeres diagnosticadas con endometriosis, con edad comprendida entre 19 y 65 años (independientemente de las pruebas diagnósticas realizadas),
- Estudios que evaluaran la presencia de síntomas tanto de ansiedad como de depresión,
- Comparativas de la calidad de vida entre mujeres con y sin EM,
- Comparativas de la vida sexual de las mujeres con y sin endometriosis,
- Estudios sobre la calidad de vida de estas mujeres, de forma más general.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Estudios en animales,
- Estudios longitudinales con una muestra escasa de mujeres entrevistadas (menos de 90 pacientes),
- Artículos con fecha anterior a 2008,
- Artículos de pago, incompletos o duplicados.

3.5 Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura a través de PubMed, Science direct y Scopus.

La búsqueda de literatura relevante comenzó en noviembre de 2024. La estrategia de búsqueda se basó en la siguiente ecuación de búsqueda: "Endometriosis" AND "Psychological impact" OR "Psychological effects" OR "Mental health" OR "Depressi*" OR "Anxi*" OR "Quality of life" AND "Sexual health" OR "Sexual dysfunction" OR "dyspareunia" OR "painful intercourse"

3.6 Términos MESH

Tabla 12. Términos MeSH y DeCS.

MeSH	DeCS	Definición
<i>Endometriosis</i>	Endometriosis	Patología en la que el tejido endometrial, que suele recubrir el útero, se desarrolla fuera.
<i>Mental Health</i>	Salud Mental	Estado de bienestar emocional en el que el individuo puede afrontar el estrés de manera efectiva, trabajar y contribuir a la sociedad.
<i>Anxiety Disorders</i>	Trastornos de Ansiedad	Trastornos caracterizados por preocupación excesiva, tensión o miedo que interfiere en la vida diaria.
<i>Depressive Disorder</i>	Trastorno de Depresión	Trastorno caracterizado por tristeza constante, pérdida de interés y otros síntomas que interfieren en el funcionamiento diario.
<i>Health-Related, Quality of life</i>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud	Dimensión específica de la calidad de vida relacionada con la salud física y mental.
<i>Infertility</i>	Infertilidad	Incapacidad de un ser vivo para reproducirse por medios naturales.
<i>Sexual Health</i>	Salud Sexual	Estado de bienestar emocional, físico y social en relación a la sexualidad.
<i>Dyspareunia</i>	Dispareunia	Dolor persistente o recurrente al mantener relaciones sexuales.
<i>Sexual Dysfunction, Physiological</i>	Disfunción Sexual Psicológica	Problemas en la función sexual causados por factores psicológicos, con dolor o alteraciones hormonales.

Elaboración propia. Fuente: Datos extraídos y adaptados de Medline (National Library of Medicine, Consultado en 2025)

3.7 Selección

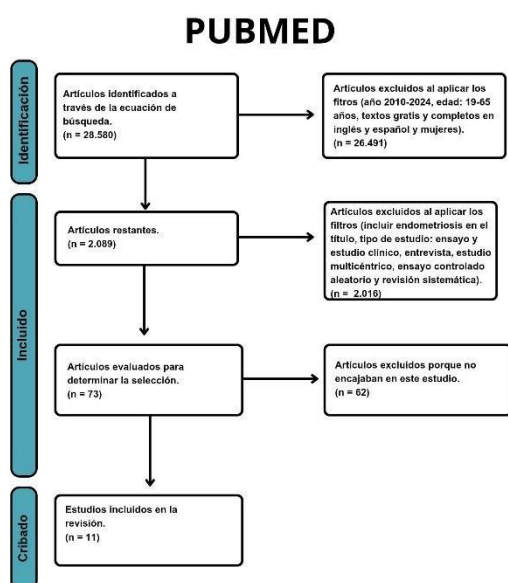


Figura 4. Selección en Pubmed. Elaboración propia.

Se realizó una búsqueda en la base de datos PUBMED, con la siguiente ecuación de búsqueda “Endometriosis” AND “Psychological impact” OR “Psychological effects” OR “Mental health” OR “Depressi*” OR “Anxi*” OR “Quality of life” AND “Sexual health” OR “Sexual dysfunction” OR “dyspareunia” OR “painful intercourse” y se encontraron 28.580 artículos. Para reducir el resultado, se aplicaron los filtros de:

- Año 2008-2024
- Mujeres
- Edad 19-65 años
- Textos gratis y completos
- Idioma inglés y español

Después de dicha reducción se excluyeron 26.491 artículos; quedando 2.089.

Para reducir aún más la muestra se aplicaron los siguientes filtros:

- Incluir endometriosis en el título.
- Tipo de estudio: ensayo clínico, estudio clínico, entrevista, estudio multicéntrico, ensayo controlado aleatorio y revisión sistemática.

A través de aplicaron estos filtros se excluyeron un total de 2.016 artículos, por lo cual se redujo el resultado a 73 artículos.

De estos se excluyeron 62 tras ser revisados y evaluados, por las siguientes razones:

- No se centraban en el tema principal
- No encajaban en este estudio
- Muestra de pacientes demasiado escasa

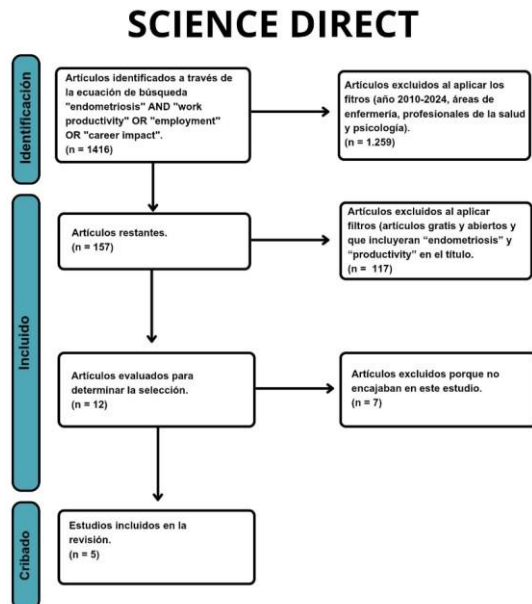


Figura 5. Selección en Science Direct. Elaboración propia.

También se realizó una búsqueda en la base de datos de SCIENCE DIRECT con la siguiente ecuación de búsqueda "Endometriosis" AND "work productivity" OR "employment" OR "career impact" y se encontraron 1.416 artículos. Para reducir el resultado, se aplicaron los filtros de:

- Año 2010-2024
 - Áreas temáticas: enfermería, psicología y profesiones de la salud
- A través de aplicar estos filtros, se excluyeron 1.259 artículos; quedando 157.

Para reducir aún más la muestra, se aplicaron los siguientes filtros:

- Acceso abierto y gratuito
- Que incluyeran "endometriosis" y "productivity" en el título

Después de dicha reducción se excluyeron 117 artículos, quedando 12.

De estos, se excluyeron 7, tras ser revisados y evaluados, por las siguientes razones:

- No se centraban en el tema principal. - No encajaban en este estudio.
- Muestra de pacientes demasiado escasa (menos de 90 participantes)

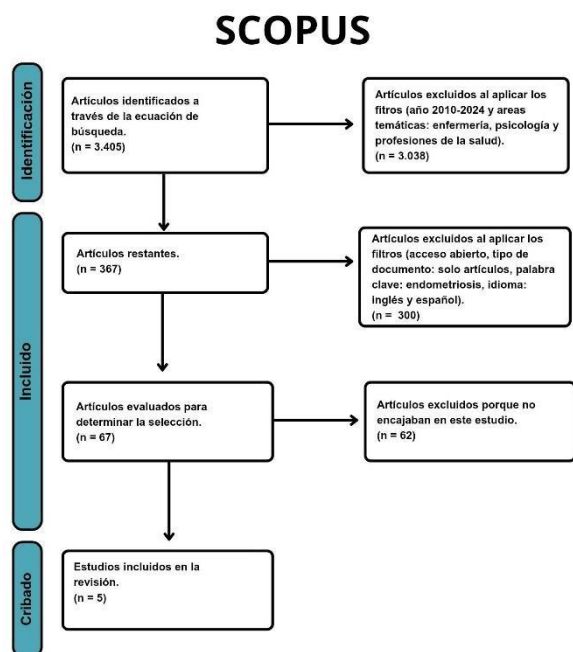


Figura 6. Selección en Scopus. Elaboración propia.

Para finalizar, se realizó una búsqueda en la base de datos de SCOPUS con la siguiente ecuación de búsqueda “Endometriosis” AND “Psychological impact” OR “Psychological effects” OR “Mental health” OR “Depressi*” OR “Anxi*” OR “Quality of life” AND “Sexual health” OR “Sexual dysfunction” OR “dyspareunia” OR “painful intercourse” y se encontraron 3.405 artículos. Para reducir el resultado, se aplicaron los filtros de:

- Año 2010-2024
- Áreas temáticas: enfermería, psicología y profesiones de la salud

A través de aplicar estos filtros, se excluyeron 3.038 artículos; quedando 367.

Para reducir aún más la muestra, se aplicaron los siguientes filtros:

- Acceso abierto
- Idioma: inglés o español
- Tipo de documento: solo artículos

Después de dicha reducción se excluyeron 300 artículos, quedando 67.

De estos, se excluyeron 62, tras ser revisados y evaluados, por las siguientes razones:

- No se centraban en el tema principal.
- No encajaban en este estudio.
- Muestra de pacientes demasiado escasa (menos de 90 participantes)

3.8 Análisis y extracción de datos

Temas clave analizados:

- Impacto psicológico: prevalencia de ansiedad, depresión, estrés o trastornos emocionales diversos.
- Calidad de vida: bienestar general percibido, capacidad de realizar actividades de la vida diaria e impacto en el ámbito profesional.
- Relaciones interpersonales: impacto en la vida social, familiar y sexual.

4. Resultados

Artículo y autores	Tipo de estudio	Año de publicación	Muestra	Resultados	Conclusiones
1 Endometriosis mennd health disordend identification treatme as part of a multimor E, Zippl AL, Reiser Seeber B.	Revisión sistemática.	2024.		A pesar de que no se concretó un subgrupo con un riesgo significativamente alto de problemas relacionados con la salud mental entre las encuestadas, las que sufren de dolor crónico demostraron ser las más afectadas.	Los cuestionarios breves de detección de ansiedad y depresión podrían utilizarse para saber que mujeres deberían ser derivadas a un especialista, con el objetivo de recibir atención psicológica adicional. En esta patología crónica, es esencial un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado; se espera que estas medidas sean una solución preventiva para el desarrollo de problemas psicológicos. Por todo ello, se recomienda un enfoque individualizado y multidisciplinario para mujeres con endometriosis y comorbilidades psicológicas.

2 The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. Szyplowska M, Tarkowski R, Kułak K.	Revisión sistemática.	2023.		Este estudio demuestra que la EM se relaciona con síntomas depresivo y ansiedad, además de con una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).	Hay que tener en cuenta que existen diversos factores que alteran la salud mental, es por ello que la relación entre la enfermedad y la salud psicológica es complicada.
3 Endometriosis: A Retrospective Analysis of Clinical Data from a Cohort of 4,083 Patients, With Focus on Symptoms Signorile PG, Cassano M, Viceconte R, Marcattilj V, Baldi A.	Evaluación retrospectiva.	2022.	4083 con EM.	El presente estudio identificó el dolor pélvico, la dispareunia, la astenia y los trastornos intestinales como los síntomas principales de la endometriosis. En este estudio se observó una mayor incidencia de los síntomas entre las edades de 25 y 44 y en mujeres activas laboralmente. Además, se encontró una relación entre el dolor crónico y la presencia de ansiedad, depresión y una baja calidad de vida.	Este estudio destacó la necesidad de un enfoque integral que tenga en cuenta el bienestar emocional de las pacientes además de los síntomas físicos. Además, subrayó la importancia de reducir el retraso en el diagnóstico. Concluyó que una evaluación más completa y rigurosa podría mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

4 Clinical aspects and the quality of life among women with endometriosis and infertility: a crosssectional study. De Farias Rodrigues MP, Vilarino FL, De Souza Barbeiro Munhoz A, Da Silva Paiva L, De Alcantara Sousa LV, Zaia V, et al.	Estudio transversal.	2020.	106 mujeres, divididas en dos grupos de endometriosis (26 mujeres con grado I/II y 80 mujeres con grado II/IV).	Este estudio demostró que los síntomas de la endometriosis interfieren en la calidad de vida de estas mujeres, al contrario que el estadio de la enfermedad, que no interfiere.	La percepción de las mujeres afectadas por la endometriosis y la infertilidad son aspectos que deben tenerse en consideración en la atención médica, ya que la pérdida de CdV no depende del estadio de la enfermedad sino de cómo se sienten las afectadas.
--	----------------------	-------	---	---	--

5 Tratamiento de la endometriosis I y II: Revisión de la literatura. Díaz-Yamal Ivonne Jeannette, SanabriaGaitán Alef Tsade.	Revisión de la literatura	2008.			A la hora de tratar el dolor en la endometriosis, el manejo médico y quirúrgico son efectivos. Los tratamientos para el dolor no tienen diferencias entre sí y su elección está condicionada por la edad, el deseo de fertilidad de las pacientes y los efectos secundarios del mismo. A pesar de ello se resalta la necesidad de más estudios acerca de ello. La cirugía ha demostrado generar una mejoría en las pacientes, pero no hay estudios que comparen este tratamiento con el tratamiento médico. Por otra parte, el dispositivo intrauterino de levonogestrel demuestra una mejoría del dolor posterior a la cirugía.
--	----------------------------------	--------------	--	--	---

6 Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, D'Hooghe T, De Cicco Nardone F, De Cicco Nardone C, et al.	Estudio transversal multicéntrico con reclutamiento prospectivo.	2011.	1.418 mujeres premenopáusicas.	Este estudio afirmó y comprobó que el problema de la endometriosis afecta a las mujeres de forma global. También afirmó lo que otros estudios; el retraso en el diagnóstico es uno de los factores que más afectan a las mujeres con esta enfermedad.	Se reclamó una mejora en la concienciación e información sobre la EM en atención primaria, para así, poder optar a un diagnóstico más temprano, a reducir el sufrimiento de estas mujeres y, a su vez, a conducir a una mayor productividad laboral. Se explicó que, en un futuro, se deberían investigar los mecanismos subyacentes al dolor en esta enfermedad e investigar estrategias para controlar los síntomas y así poder mejorar el pronóstico de estas mujeres.
7 The Impact of Endometriosis on the Quality of Life and the Incidence of Depression—A Cohort Study.	Estudio de cohorte.	2020.	246 mujeres con EM.	Este estudio afirmó que el dolor de la EM está relacionado con la prevalencia de la depresión; así, en una gran parte de las mujeres con esta enfermedad, observaremos una reducción	Se necesitan más estudios en los que se investiguen la fisiopatología entre la depresión y la infertilidad con la endometriosis.

Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M, Pietrzak B.				de la actividad física y sexual debido a los síntomas. A pesar de ello, la gravedad de la endometriosis no está relacionada con los diferentes tipos de dolor, es por ello que los síntomas de la enfermedad no nos indican el estadio de esta. Por otro lado, la fase de la enfermedad si se relaciona con la prevalencia de la infertilidad, y esta, no se correlaciona con la depresión.	
--	--	--	--	--	--

8 Quality of life in women with endometriosis: a crosssectional survey. Bień A, Rzońca E, Zarajczyk M, Wilkosz K, Wdowiak A, IwanowiczPalus G.	Encuesta transversal.	2020.	309 mujeres diagnosticadas con endometriosis.	Este estudio demostró que las mujeres con EM valoran más su CdV que su salud percibida. Los factores que afectan la CdV percibida son: la intensidad del dolor, el IMC, la aceptación de la enfermedad, la dispareunia, la afectación de la enfermedad con respecto a su pareja, la edad, el coste del y tratamiento, el patrimonio familiar, el dolor menstrual y la educación.	Se resaltó la necesidad de concienciar a toda la sociedad sobre esta enfermedad difundiendo información sobre los síntomas y su impacto en la vida de estas mujeres. Así, se podría facilitar el proceso del diagnóstico y tratamiento tempranos. Asimismo, para poder proporcionar a estas mujeres una atención completa, también se deberían abordar los problemas sociales, emocionales y sexuales que derivan de la enfermedad para poder mejorar la calidad de vida y el bienestar de las mujeres afectadas.
9 A Systematic Review of the Psychosocial	Revisión de la literatura.	2024.		Este estudio afirmó que existe una disminución en la calidad	Se expresó la necesidad de estudios más individualizados

Impact of Endometriosis before and after Treatment. Rempert AN, Rempert TH, Liu A, Hernández A, Blanck J, Segars J, et al.				de vida de las mujeres con diagnóstico de endometriosis sintomática. Además, esta patología afecta a otras áreas de la salud como la función sexual, la salud mental, el dolor físico, la fatiga y la infertilidad.	para poder abarcar todos los objetivos y circunstancias individuales del tratamiento. Así, se reclamó la necesidad de mejorar la atención a las pacientes mediante la evaluación de los factores psicosocial individuales.
10 Endometriosis: Classification, pathophysiology, and treatment options. Pašalić E, Tambuwala MM, Hromić-Jahjefendić A.	Revisión de la literatura.	2023		La EM debilita la salud de las mujeres y afecta al rendimiento académico y laboral, a la vida social y sexual y al estado de ánimo de las pacientes. A pesar de haber sido descrita por primera vez hace más de un siglo, la etiología de la endometriosis no está clara. Es por ello que existe un obstáculo a la hora de comprender los mecanismos de esta enfermedad y es esto lo que interfiere con la calidad de los tratamientos actuales. No existe una cura para la endometriosis, sin embargo, las opciones de tratamiento son las siguientes:	Se resaltó la necesidad de identificar las biomoléculas que puedan actuar como marcadores de diagnóstico, triaje o como objetivos farmacológicos en el tratamiento de la enfermedad. También existen problemas a la hora del diagnóstico, ya que las lesiones endometriósicas descubiertas son difíciles de categorizar en relación con la localización, la extensión y los síntomas que presente la paciente. A pesar de que existen diferentes sistemas de clasificación, todos tienen diferente utilidad y

				cirugía laparoscópica, electroterapia, y terapia hormonal combinada, acupuntura y el uso de AINES para los síntomas. El diagnóstico suele ser tardío y esto es debido a que la única manera de diagnosticarlo de forma fiable es a través de una laparoscopia; un procedimiento invasivo en el que se visualizan los quistes endometriósicos y, si fuera necesario y posible, se realiza una escisión de estos.	aplicabilidad. Se expresa la necesidad de un sistema de clasificación unificado que introduzca un lenguaje común con el objetivo de estadificar la presentación clínica de la enfermedad en pacientes con diferentes progresiones. Esta clasificación permitiría un enfoque estándar para los tratamientos quirúrgicos, además de mejorar la evaluación de las tasas de embarazo de las pacientes que deseen recuperar o mantener su fertilidad después del tratamiento. Hasta que se consiga realizar esta
--	--	--	--	--	--

					clasificación, se debe utilizar una combinación de los 4 tipos de clasificación para conocer la morfología precisa de cada paciente.
11 Endometriosis and stigmatization: literature review. Tragantzopoulou P.	Revisión de la literatura.	2024.		Esta revisión destacó la prevalencia del estigma en la endometriosis, que afectó a diversos aspectos de la vida de estas pacientes. Las reacciones negativas, las críticas y el cuestionamiento de la gravedad de los síntomas provocaron un deterioro en la salud mental y generaron obstáculos en la vida diaria de estas mujeres.	Existe una necesidad de investigar las causas y la fisiopatología de la endometriosis, ya que, aunque hay diversos estudios sobre las experiencias de las pacientes y el impacto social que implica, no existe tanta información sobre la endometriosis como enfermedad. Estudiar la etiología de esta es esencial para poder desarrollar mejores tratamientos y medidas de prevención y esto, a su vez, podría mejorar notoriamente la

					estigmatización antes mencionada. Además, en este estudio se explicó que la sensibilización ante los síntomas de EM debe comenzar en escuelas para así extenderse a familiares y parejas de las mujeres afectadas. Es por ello que se deben desarrollar una serie de políticas en los sistemas de apoyo y de empleo, con el fin de mejorar y aumentar el apoyo a estas mujeres y tratar de evitar la idea de que su enfermedad las limita a la hora de tener una vida plena.
--	--	--	--	--	---

12 Physical and psychosocial factors are crucial for maintaining physical and mental health in endometriosis: a longitudinal analysis. Netzl J, Gusy B, Voigt B, Sehouli J, Mechsner S.	Análisis longitudinal que constó de 2 encuestas separadas por 3 meses.	2024.	En la primera encuesta la muestra fue de 723 mujeres y en la segunda, de 216.	En este estudio se confirmó que el dolor pélvico es un elemento clave en el bienestar de las personas que sufren de EM. También explicó que acortar el retraso en el diagnóstico continúa siendo uno de los principales objetivos. Además, los resultados demostraron la importancia de los factores psicosociales tanto para la salud mental como para la física y se resaltó la necesidad del tratamiento de la salud mental en este trastorno. Indicaron que, al tratar factores psicológicos como el SOC, la autoeficacia, la satisfacción sexual y la satisfacción con el tratamiento, además de tratar los síntomas de dolor, se mejoraría la salud general.	Tanto la investigación como la atención de la endometriosis deben tener una perspectiva biopsicosocial interdisciplinaria para poder enfrentar los desafíos y consecuencias de esta enfermedad.
---	---	--------------	--	---	--

13 Influential factors on sexual function in infertile women with endometriosis: a path analysis. Youseflu S, Sadatmahalleh SJ, Khomami MB, Nasiri M.	Estudio transversal.	2020.	220 mujeres infértiles con endometriosis confirmada por laparoscopia.	Este estudio se centró en como la endometriosis afecta al área física y mental de las mujeres que la sufren, también explicó que una de las principales razones o causas de la disfunción sexual eran parámetros como la ansiedad, la calidad de sueño, la depresión, el dolor pélvico y la dispareunia. Además, según los resultados, a estos parámetros podríamos sumar otros como el estadio de la enfermedad, la actividad física, el IMC y el nivel educativo.	Este estudio expone la necesidad de abordar la enfermedad también desde una perspectiva psicoterapéutica y psicosexual, y no solo centrarse en realizar una laparoscopia con el tratamiento médico correspondiente.
--	----------------------	-------	---	---	---

14 Painful sexual intercourse, quality of life and sexual function in patients with endometriosis: not just deep dyspareunia. Del Forno S, Raspollini A, Doglioli M, Andreotti A, Spagnolo E, Lenzi J, et al.	Estudio de cohorte transversal.	2024.	334 mujeres con EM con distintos tipos de dispareunia.	Los resultados en este estudio marcaron la dispareunia como un síntoma común en la EM. Sin embargo, como novedad, este estudio recogió mujeres que habían sufrido tanto dispareunia profunda como superficial y se comprobó que la dispareunia profunda era más común. Por otro lado, se comprobó que las personas con dispareunia concomitante presentaron una peor calidad de vida (CdV) y función sexual en comparación con los otros tipos de dispareunia.	Todo esto señaló la necesidad de un enfoque integral para diagnosticar y tratar ambos tipos de dispareunia y, así, mejorar el bienestar general de estas mujeres.
15 Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. Fourquet J, Báez L, Figueroa M, Iriarte RI, Flores I.	Estudio cuantitativo transversal.	2011.	193 mujeres con endometriosis.	Los síntomas de la endometriosis (infertilidad y dolor pélvico) afectan de forma negativa al estado de salud (tanto física como mental), a la CdV relacionada con la salud y a la productividad laboral.	

16 Impact of Endometriosis on Fatigue and Productivity Impairment in a CrossSectional Survey of Canadian Women. Soliman AM, Ra hal Y, Robert C, Defoy I, Nisbet P, Leyland N, et al.	Encuesta transversal.	2020.	2004 mujeres con diagnóstico de endometriosis y 26.528 mujeres sin diagnóstico de endometriosis.	En este estudio se observó que las mujeres Canadienses con endometriosis que participaron mostraron un nivel de fatiga significativamente más alto que las mujeres sanas. Esta carga se relacionó con la gravedad de los síntomas de la enfermedad y es fue grave en mujeres con edades comprendidas entre 30 y 39 años. Las mujeres con este diagnóstico también experimentaron problemas en su productividad laboral.	
--	------------------------------	--------------	---	--	--

17 Quality of intimate relationships, dyadic coping, and psychological health in women with endometriosis: Results from an online survey. Facchin F, Buggio L, Vercellini P, Frassinetti A, Beltrami S, Saita E.	Encuesta online, estudio transversal.	2021.	316 mujeres con endometriosis, que informaron haber estado en una relación íntima durante al menos un año.	Según este estudio, un mayor impacto negativo en las relaciones íntimas se asoció con una peor salud psicológica, un peor afrontamiento diádico y una menor satisfacción en la relación. Las mujeres con EM que afirmaron que su pareja estaba debidamente informada sobre su enfermedad y se interesaban por su salud además de acompañar a estas mujeres a las citas médicas, demostraron una mayor satisfacción en la relación y un mejor afrontamiento diádico. También se relacionó el dolor pélvico más severo (sobre todo dispareunia) con un mayor impacto negativo en las relaciones sexuales.	La endometriosis puede tener un impacto negativo en las relaciones íntimas y esto se asoció a una peor salud mental. Para las mujeres con EM, el apoyo de su pareja es esencial y se debería incluir la participación de ambos miembros de la pareja en el tratamiento multidisciplinario.
---	---------------------------------------	-------	--	---	--

18 Endometriosis Symptomatology, Dyspareunia, and Sexual Distress Are Related to Avoidance of Sex and Negative Impacts on the Sex Lives of Women with Endometriosis. Privitera G, O'Brien K, Misajon R, Lin CY.	Encuesta a través de redes sociales.	2023.	2060 mujeres con EM, Australia (n = 1478), Europa (n = 182) y Nueva Zelanda (n = 172)	Este estudio, a pesar de sus limitaciones, recogió el alcance de los problemas sexuales en mujeres con endometriosis. También reclamó la necesidad de mejores servicios médicos y asesoramiento con el fin de reducir el impacto negativo de la enfermedad y poder controlar la dispareunia y el estrés sexual, aunque esta solución sea aliviando el dolor a corto plazo. La dispareunia afectó tanto al bienestar físico y mental de estas pacientes, como a sus relaciones íntimas y familiares.	Se requiere más investigación dentro de esta área, ya que es muy poco estudiada, por lo tanto, se resaltó la necesidad de más estudios que traten de comprender el dolor de la endometriosis dentro de la pareja y la familia. Además, es primordial investigar sobre tratamientos que nos ayuden a reducir el dolor y permitan a estas mujeres tener y disfrutar del sexo.
19 Negative metacognitive beliefs predict sexual distress over and above pain in	Estudio transversal, encuesta online en italiano.	2018.	96 mujeres con EM.	Este estudio indicó ser el pionero en evaluar las creencias meta cognitivas en mujeres con EM y su relación	Las mujeres que no presentaban ni dispareunia ni dolor crónico deberían seguir siendo consideradas e incluidas en las

women with endometriosis. Zarbo C, Brugnera A, Compare A, Secomandi R, Candeloro I, Malandrino C, et al.				con el estrés sexual. En este estudio se pudo concluir que la salud sexual de estas mujeres no solo depende de la ausencia de dolor durante la relación sexual.	terapias y tratamientos para mejorar su salud sexual. Así, los tratamientos no deberían limitarse a mejorar la función sexual, sino incluir también un enfoque psicológico y cognitivo.
20 Migraine among women with endometriosis: a hospital-based casecontrol study in Bangladesh. Sultana S, Chowdhury TA, Chowdhury TS, Mahmud N, Sultana R, Mahtab NT, et al.	Estudio de casos y controles no aleatorizado.	2024.	190 pacientes con endometriosis número igual a los controles endometriosis.	En esta investigación se recogieron datos acerca de la relación entre la endometriosis y la migraña. Al coexistir dos afecciones como la endometriosis, con sus síntomas característicos, y la migraña, la CdV, el bienestar y el rendimiento laboral de las pacientes se vieron afectadas. Si bien no existe un tratamiento efectivo para estos trastornos, el dolor y los síntomas relacionados podrían reducirse con un diagnóstico y tratamiento tempranos y adecuados.	Por ello, se expresa la necesidad de que inmunólogos, biólogos moleculares y profesionales clínicos relevantes colaboren para mejorar las consultas sobre migraña en mujeres con EM. Además, se resaltó la necesidad de aumentar las investigaciones con estudios moleculares, proteómicos y metabólicos para identificar posibles terapias para aliviar los trastornos autoinmunes relacionados con la migraña y la endometriosis.

21 Effects of etonogestrel implant on quality of life, sexual function, and pelvic pain in women suffering from endometriosis: results from a multicenter, prospective, observational study. Sansone A, De Rosa N, Giampaolino P, Guida M, Laganà AS, Di Carlo C.	Estudio observacional prospectivo multicéntrico.	2018.	25 mujeres que solicitaron un tratamiento de endometriosis con anticonceptivos.	Según este estudio, los implantes de etonogestrel redujeron el dolor pélvico y mejoraron la función sexual y la CdV en pacientes con quistes ováricos sospechosos de ser de origen endometriósico.	
---	---	--------------	--	---	--

5. Discusión

La endometriosis es una afección ginecológica crónica que afecta gravemente a las mujeres que la padecen. No supone solo más dificultades físicas, sino que consta de un fenómeno complejo que influye en la esfera emocional, social, laboral y relacional de las pacientes. En comparación con las mujeres sin endometriosis, las afectadas recalcaron sufrir de una mayor interferencia en sus actividades de la vida diaria a causa de los síntomas dolorosos o molestos, una mayor carga psicológica, problemas en el trabajo y dificultades a la hora de mantener una relación afectiva con otra persona [2, 11, 13].

Objetivo 1: Identificar las principales consecuencias psicológicas de la endometriosis, como la ansiedad, la depresión y los trastornos emocionales relacionados con el dolor pélvico crónico y otros síntomas.

Uno de los factores clave en esta enfermedad es el dolor pélvico crónico (CPP), que vemos presente en la mayoría de los casos. Este dolor persistente se ha relacionado directamente con síntomas depresivos y ansiedad. Al cronificarse, el dolor puede interferir en el sueño, la fatiga, el estado de ánimo y contribuye a generar malestar. Por ello, este dolor no es solo físico; se convierte en un factor central que determina como las pacientes se relacionan con su cuerpo, su entorno y sus emociones [2, 7].

La literatura [1, 2, 7, 11] demostró una prevalencia alta en aspectos como ansiedad, depresión y disfunciones sexuales en mujeres con esta enfermedad, además, se observó una creciente problemática con los trastornos alimentarios. En estos estudios se coincidió en que la causa de estos trastornos psicológicos no es en sí la enfermedad, sino los síntomas que provoca, sobre todo el dolor pélvico crónico. Este dolor, tiene un papel fundamental en el desarrollo de estos problemas mentales ya mencionados, ya que afecta a la vida diaria de las pacientes y provoca fatiga, disminución de la actividad física y disfunciones sexuales. También hay que destacar como afecta a la salud mental la mala calidad del sueño y el retraso en el diagnóstico.

Por otra parte, en el estudio realizado por Warzecha et al. [7] se comprobó que el dolor se relaciona con una imagen corporal negativa, por ello, estas mujeres suelen percibir su cuerpo como una fuente de sufrimiento lo que puede conducir a una insatisfacción corporal, una desconexión emocional con su propio físico y una baja autoestima.

Es por ello que varios estudios señalaron la correlación entre el dolor y el estado psicológico: el dolor aumenta el malestar emocional y este malestar a su vez, puede agravar la

percepción del dolor. Así, se crea un círculo vicioso del que se complica salir sin apoyo psicológico adecuado [1, 2, 7, 11].

A su vez, se demostró que las mujeres con EM presentan más pensamientos negativos y dificultades para gestionar el estrés. El dolor crónico se relacionó con una alta sensibilidad emocional y con unas estrategias de afrontamiento menos efectivas como puede ser la evitación. Así, estas mujeres tienen más vulnerabilidad a la hora de sufrir un trastorno psicológico [12].

Desde una perspectiva neurobiológica, se realizaron descubrimientos interesantes en este campo, destacando las alteraciones neurológicas en el procesamiento del dolor en mujeres con esta enfermedad y DPC. Se descubrieron casos de hiperalgesia espinal, disfunciones en el suelo pélvico y una mayor conectividad en regiones cerebrales que están vinculadas con el dolor. Estos cambios no se dan en mujeres con EM asintomáticas, es por ello que se refuerza la idea de que el dolor crónico es la causa de los trastornos psicológicos relacionados con endometriosis. Si añadimos los estudios genéticos que demostraron la relación entre estos trastornos y el dolor crónico, se demuestra la necesidad de un enfoque biopsicosocial en la atención a estas pacientes [1, 2, 3].

Por otra parte, otro de los síntomas dolorosos es la dispareunia; esta puede provocar inseguridad en la pareja, rechazo del contacto físico, deterioro de la autoestima y disminución del deseo sexual. Por todo ello, muchas mujeres sienten culpa al no poder tener una vida sexual “normal” y esto puede afectar de forma negativa a sus vínculos afectivos [2].

Otra de las consecuencias del dolor continuo es que puede generar en las mujeres que lo sufren que cambien su comportamiento, de manera que limitan las salidas, evitan planes por miedo al dolor, reducen el contacto con amistades etc. Esto provoca un aislamiento social que puede agravar la ansiedad y la salud mental gravemente [16].

Objetivo 2: Explorar el impacto de los síntomas de la endometriosis, especialmente la dispareunia, en las relaciones interpersonales como las dinámicas de pareja y la vida sexual.

Los datos analizados en este trabajo reivindicaron el gran impacto de la endometriosis sobre la función sexual y la calidad de vida de las mujeres afectadas. Estos estudios revisados [13, 14, 18 y 19] explicaron que esta enfermedad no puede ni debe entenderse desde una sola perspectiva, sino que consta de una suma de factores físicos, psicológicos y relacionales que crean un cuadro clínico complejo y extenso.

La evidencia señaló la dispareunia como uno de los elementos centrales, junto al dolor pélvico, que genera un deterioro en la función sexual de estas pacientes. A pesar de ello, su influencia no es lineal ni uniforme; mientras algunos estudios mostraron las correlaciones entre la intensidad del dolor y las puntuaciones en el FSFI (índice de función sexual femenina), otros no detectaron diferencias destacables entre mujeres con y sin endometriosis. Esta contradicción puede deberse a que el dolor actúe como desencadenante, no como único determinante de las dificultades sexuales, es por ello que se señaló la diferencia entre dispareunia profunda y superficial, ya que cada una de ellas requiere un tratamiento y un abordaje específico [13, 14].

Más allá del dolor físico, cabe tener en cuenta y resaltar los componentes psicológicos, que son clave para comprender la disfunción sexual en la endometriosis. Por ello, uno de los datos más reveladores se encuentra en un estudio realizado por Pivitera et al. [18] en el que entrevistaron a 2060 mujeres con EM. Los resultados fueron que dos tercios de las mujeres afectadas por la dispareunia desarrollaron conductas de evitación sexual y experimentaron un gran malestar psicológico. Estos factores se relacionan con el Modelo de Evitación el Miedo, que explica como la anticipación y los pensamientos sobre el dolor pueden provocar un círculo vicioso de ansiedad, hipervigilancia y prohibición de la actividad sexual, incluso aunque no se experimente el dolor en sí. También se debe tener en cuenta que es frecuente que el distrés sexual persista después del tratamiento de los síntomas físicos [19].

En esta misma línea de pensamiento, se demostró cómo el distrés sexual se correlaciona más con los pensamientos catastróficos y las estrategias de afrontamiento desadaptativas que con la intensidad del dolor propiamente. Esto sugiere que, con tratamientos como la terapia metacognitiva, se podrían romper los patrones de evitación y rumiación que tanto afectan a la disfunción sexual [19].

A pesar de todo ello, también se debe tener en cuenta las limitaciones de los estudios analizados; ya que la gran mayoría usaron muestras de conveniencia que se suelen reclutar en contextos clínicos especializados y esto podría provocar que la gravedad de los síntomas se sobreestime. Así, la escasez de estudios longitudinales centrados en este tema dificulta generar relaciones claras y veraces. Sin embargo, estas limitaciones no invalidan los hallazgos mencionados, sino que subrayan la necesidad de futuras investigaciones que consten de diseños más amplios que tengan en cuenta la diversidad de manifestaciones de la endometriosis.

Objetivo 3: Revisar la literatura sobre la calidad de vida de las pacientes con endometriosis, analizando cómo la enfermedad afecta su desempeño laboral y social.

Los estudios analizados [4, 6, 8, 15, 16], mostraron como la endometriosis afectaba de manera significativa a la CdV y a la productividad laboral de las mujeres afectadas. Los síntomas ya mencionados de esta enfermedad interfieren en las actividades diarias generando fatiga,

cambios de humor y un deterioro notable en aspectos como la salud mental, las relaciones sociales y el funcionamiento físico. Estos datos son respaldados por investigaciones como la realizada por De Farias Rodrigues et al. [4], en la que usaron el cuestionario SF-36 en el que mujeres con EM mostraron puntuaciones bajas en salud general, vitalidad y dolor corporal; datos similares a los de pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer.

El retraso en el diagnóstico promedio es de 6.7 años y está directamente relacionado con factores como la atención primaria insuficiente, el alto IMC y el estigma social asociado a los síntomas menstruales. Ese retraso provocó y empeoró el impacto en la CdV y en la productividad laboral. Además, Nnhoaham et al. [6] revelaron, a través de entrevistas a 1418 mujeres con endometriosis en todo el mundo, que esta enfermedad generaba unos costos económicos destacables con pérdidas que varían desde 208 dólares en Nigeria hasta \$23,712 en Italia, por mujer empleada.

Además, millones de mujeres se vieron obligadas a reducir sus jornadas laborales, pedir bajas o abandonar su puesto de trabajo a causa de la intensidad y/o frecuencia del dolor que sufrían. Esto generó una gran pérdida de autonomía económica y puede agravar los síntomas depresivos al sentirse limitadas y abandonadas en su desarrollo profesional [11].

Gracias al estudio de Fourquet et al. [15], se comprobó que, en una muestra de 193 mujeres Puertorriqueñas con endometriosis, más de la mitad afirmaron experimentar alteraciones emocionales severas (como depresión) y pérdidas de 1 día laboral a la semana a causa de los síntomas de la enfermedad. Comparando estas mujeres con pacientes de artritis reumatoide, las primeras mostraron más presentismo; esto refleja la presión que ejerce la sociedad a estas mujeres para mantener la productividad a pesar de sufrir dolor. Complementariamente, casi la mitad de las mujeres canadienses con endometriosis [16], presentaron fatiga y estas identificaron este síntoma como un factor preocupante en relación con el deterioro laboral y las actividades diarias. Por ello se debe implementar en el tratamiento estrategias para manejar la fatiga

Las investigaciones anteriores presentaron una serie de limitaciones que son: el uso de muestras de conveniencia, el diagnóstico auto informado (a veces sin confirmación histológica) y diseños transversales que impiden conocer la causalidad de muchas dificultades. Además, la alta diversidad en los instrumentos de evaluación dificulta la comparación entre poblaciones de una manera efectiva y segura. En futuros estudios se deben priorizar diseños longitudinales que exploren la CdV y la productividad después del tratamiento médico y psicológico, así como investigar las comorbilidades no ginecológicas como la fatiga y el dolor crónico.

6. Conclusiones

La endometriosis es una patología compleja, crónica y poco comprendida y su impacto trasciende con creces los límites de la salud física. En el transcurso de este trabajo se ha podido comprobar que sus consecuencias afectan gravemente y de manera multidimensional la calidad de vida de quienes la padecen. Las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad no solo experimentan dolor físico constante, sino también un conjunto de obstáculos que abarcan el área psicológica, social, sexual y laboral.

Respecto al ámbito psicológico, se ha demostrado una alta prevalencia de trastornos como depresión y ansiedad, especialmente en mujeres que conviven con dolor pélvico crónico. Desde esta perspectiva, el retraso en el diagnóstico de EM, que puede suponer una espera de más de 10 años, añade una carga emocional significativa, provocando en muchas mujeres la sensación de incompreensión, frustración y abandono. En esta situación, si las pacientes no tienen al alcance herramientas profesionales para afrontar esta enfermedad de forma integral, se agravan y aumentan los trastornos psicológicos.

Desde la perspectiva relacional y sexual, la dispareunia es uno de los síntomas más preocupantes, ya que no solo afecta a la función sexual sino también a la autoestima, a la percepción de la propia feminidad y a la calidad de las relaciones de pareja. Además, la escasa información y la falta de preparación del entorno para lidiar con esta enfermedad intensifican la sensación de aislamiento que ya experimentan muchas mujeres con EM.

Por último, en el ámbito social y laboral, el impacto de la endometriosis es igualmente alarmante. A lo largo de este trabajo se ha recogido información sobre el ausentismo, una significativa pérdida de productividad laboral, y, en algunas ocasiones, la discriminación implícita. Estas condiciones pueden generar sentimientos de inseguridad económica, pueden limitar el desarrollo profesional y aumentar o generar frustración personal. Además, el estigma y la invisibilización del dolor menstrual y la normalización de algunos de los síntomas de la enfermedad, pueden dificultar aún más el reconocimiento de la endometriosis en estos ámbitos.

7. Fortalezas y limitaciones

El presente trabajo aporta una visión integral a cerca de un problema que se ha abordado frecuentemente desde una perspectiva médica. La principal fortaleza de este estudio radica en la inclusión de factores psicológicos, sociales y laborales, que suelen ser ignorados en los estudios clínicos. Esto permite conocer la endometriosis desde la afectación a la calidad de vida y al bienestar emocional, y no solo centrándose en las manifestaciones físicas.

Además, este trabajo destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinar a la hora de manejar la enfermedad, una perspectiva poco frecuente en la literatura tradicional. El análisis de la relación del dolor, la ansiedad y la depresión supone un aporte más que relevante, ya que resalta el papel del sufrimiento emocional en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad. Por último, se identifican y destacan los vacíos en la investigación que podrían orientar futuras líneas de estudio.

A pesar de ello, aunque esta revisión proporciona una visión global del impacto de la endometriosis, presenta varias limitaciones que deben destacarse. En primer lugar, los hallazgos dependen de la calidad metodológica de los estudios previos; así, muchas de las investigaciones incluidas disponen de tamaños muestrales reducidos o están limitadas por contextos culturales, dificultando así, la generalización de los resultados.

En segundo lugar, existe una heterogeneidad en los instrumentos diagnósticos utilizados para evaluar la EM y sus consecuencias y es por ello que se complica la comparación entre estudios. Además, faltan estudios longitudinales en los que se observe la evolución de síntomas psicológicos a lo largo del tiempo.

Por último, la literatura continúa siendo escasa respecto a enfoques multidisciplinarios e intervenciones específicas orientadas a mejorar la salud de estas mujeres.

8. Plan de acción

Es imprescindible y urgente que, tanto el ámbito médico como el social, comience a visibilizar y validar el sufrimiento de estas mujeres, promoviendo un cambio en la manera de diagnosticar, tratar y acompañar esta enfermedad.

Valorando las evidencias recogidas en esta revisión, se propone el siguiente plan de acción, enfocado tanto en mejorar la detección temprana como el acompañamiento psicológico y social de las mujeres con EM.

1. Promover estudios de mayor alcance y calidad, con muestras representativas que aborden el impacto psicológico, social y laboral de la endometriosis.
2. Impulsar la formación específica del personal sanitario, en relación con los síntomas no físicos de la enfermedad.
3. Crear programas de intervención multidisciplinar en el que se incluya atención primaria, ginecológica, psicológica, fisioterapéutica y asesoramiento laboral y legal.
4. Diseñar campañas de sensibilización social en entornos educativos y laborales y en medios de comunicación, orientadas a visibilizar la enfermedad y reducir el estigma.
5. Implementar políticas claras y específicas con el fin de reducir el tiempo de diagnóstico, facilitar adaptaciones laborales si se requieren y garantizar el acceso a terapias no farmacológicas.

En definitiva, la endometriosis no debe seguir siendo ignorada, requiere una atención sanitaria más equitativa, políticas de salud más inclusivas y una sociedad más informada y empática. Solo así se podrá mejorar la calidad de vida de estas mujeres y garantizar que su dolor deje de ser silenciado e ignorado.

9. Bibliografía

1. Zippl AL, Reiser E, Seeber B. Endometriosis and mental health disorders: identification and treatment as part of a multimodal approach. *Fertility And Sterility* [Internet]. Marzo 2024 [Noviembre de 2024]; 121(3):370-378. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.12.033>
2. Szyplowska M, Tarkowski R, Kułak K. The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. *Frontiers In Public Health* [Internet]. 2023 [Noviembre de 2024];11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1230303>
3. Signorile PG, Cassano M, Viceconte R, Marcattilj V, Baldi A. Endometriosis: A Retrospective Analysis of Clinical Data from a Cohort of 4,083 Patients, With Focus on Symptoms. *In Vivo* [Internet]. Marzo de 2022 [Noviembre de 2024]; 36(2):874-883. Disponible en: <https://iv.iarjournals.org/content/36/2/874>
4. Pessoa de Farias Rodrigues M, Lima Vilarino F, De Souza Barbeiro Munhoz A, Da Silva Paiva L, De Alcantara Sousa LV, Zaia V, et al. Clinical aspects and the quality of life among women with endometriosis and infertility: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* [Internet]. 2020 [Noviembre de 2024]; 20(1): 124. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00987-7>
5. Díaz-Yamal IJ, Sanabria-Gaitán AT. Tratamiento de la endometriosis I y II: Revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. Septiembre de 2008 [Noviembre de 2024]; 59(3): 223-230. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342008000300007&lng=en
6. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, D'Hooghe T, De Cicco Nardone F, De Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility And Sterility* [Internet]. 2011 [Noviembre de 2024]; 96(2):366-373. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>
7. Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M, Pietrzak B. The Impact of Endometriosis on the Quality of Life and the Incidence of Depression—A Cohort Study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* [Internet]. 2020 [Noviembre de 2024]; 17(10):3641. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3641>

8. Bień A, Rzońca E, Zarajczyk M, Wilkosz K, Wdowiak A, Iwanowicz-Palus G. Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Quality Of Life Research* [Internet]. 2020[Noviembre de 2024]; 29:2669-2677. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02515-4>
9. Rempert AN, Rempert TH, Liu A, Hernández A, Blanck J, Segars J, et al. A Systematic Review of the Psychosocial Impact of Endometriosis before and after Treatment. *Reproductive Sciences* [Internet]. Marzo de 2024[Noviembre de 2024]; 31(7):1828-1860. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s43032-024-01515-w>
10. Pašalić E, Tambuwala MM, Hromić-Jahjefendić A. Endometriosis: Classification, pathophysiology, and treatment options. *Pathology-Research and Practice* [Internet]. 2023[Noviembre de 2024]; 251. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prp.2023.154847>
11. Tragantzopoulou P. Endometriosis and stigmatization: A literature review. *Journal Of Endometriosis And Pelvic Pain Disorders* [Internet]. Mayo 2024[Noviembre de 2024]; 16(2):117-122. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/22840265241248488>
12. Netzl J, Gusy B, Voigt B, Sehouli J, Mechsner S. Physical and psychosocial factors are crucial for maintaining physical and mental health in endometriosis: a longitudinal analysis. *Psychology And Health* [Internet]. Enero 2024[Noviembre de 2024]; 1-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08870446.2024.2302486>
13. Youseflu S, Jahanian Sadatmahalleh S, Bahri Khomami M, Nasiri M. Influential factors on sexual function in infertile women with endometriosis: a path analysis. *BMC Womens Health* [Internet]. 2020[Noviembre de 2024]; 20(1):92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370796/>
14. Del Forno S, Raspollini A, Doglioli M, Andreotti A, Spagnolo E, Lenzi J, et al. Painful sexual intercourse, quality of life and sexual function in patients with endometriosis: not just deep dyspareunia. *Archives Of Gynecology And Obstetrics* [Internet]. Julio de 2024[Noviembre de 2024]; 310:2091-2100. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07643-7>
15. Fourquet J, Báez L, Figueroa M, Iriarte RI, Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertility And Sterility* [Internet]. 2011[Noviembre de 2024]; 96(1):107-112. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095>
16. Soliman AM, Rahal Y, Robert C, Defoy I, Nisbet P, Leyland N, et al. Impact of Endometriosis on Fatigue and Productivity Impairment in a Cross-Sectional Survey of Canadian Women. *Journal*

Of Obstetrics And Gynaecology Canada [Internet]. 2020[Noviembre de 2024]; 43(1):10-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.022>

17. Facchin F, Buggio L, Vercellini P, Frassinetti A, Beltrami S, Saita E. Quality of intimate relationships, dyadic coping, and psychological health in women with endometriosis: Results from an online survey. Journal Of Psychosomatic Research [Internet]. 2021[Noviembre de 2024]; 146. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110502>

18. Privitera G, O'Brien K, Misajon R, Lin CY. Endometriosis Symptomatology, Dyspareunia, and Sexual Distress Are Related to Avoidance of Sex and Negative Impacts on the Sex Lives of Women with Endometriosis. International Journal Of Environmental Research And Public Health [Internet]. 2023[Noviembre de 2024]; 20(4):3362. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043362>

19 Zarbo C, Brugnera A, Compare A, Secomandi R, Candeloro I, Malandrino C, et al. Negative metacognitive beliefs predict sexual distress over and above pain in women with endometriosis. Archives Of Womens Mental Health [Internet]. 2018[Noviembre de 2024]; 22(5):575-582. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0928-9>

20. Sultana S, Chowdhury TA, Chowdhury TS, Mahmud N, Sultana R, Mahtab NT, et al. Migraine among women with endometriosis: a hospital-based case-control study in Bangladesh. AJOG Global Reports [Internet]. Marzo de 2024[Noviembre de 2024]; 4(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2024.100344>

21. Sansone A, De Rosa N, Giampaolino P, Guida M, Laganà AS, Di Carlo C. Effects of etonogestrel implant on quality of life, sexual function, and pelvic pain in women suffering from endometriosis: results from a multicenter, prospective, observational study. Archives Of Gynecology And Obstetrics [Internet]. 2018[Noviembre de 2024]; 298(4):731-736. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4851-0>

22. MedlinePlus – Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 2 de febrero de 2025]. Recuperado a partir de: <https://medlineplus.gov/spanish/>

23. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Internet]. [citado el 19 de mayo de 2025]. Recuperado a partir de: <https://sdgs.un.org/2030agenda>