



**Universidad
Europea Valencia**

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA
LA SALUD EN MUJERES CON
ENDOMETRIOSIS**

Presentado por: Dña. Lucía Fernández Lacave

Tutora: Dña. Laura Beatriz Serralta García

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mostrarle mi agradecimiento a mi tutora de TFG Laura Serralta, por haberme orientado y guiado de la mejor manera posible, por mostrar siempre su confianza conmigo y por haber estado dispuesta a ayudarme en mi realización del TFG. Sé que sin su ayuda no hubiese sido capaz de avanzar tanto con mi propuesta de trabajo.

En segundo lugar, a mi familia, por haber estado tan orgullosos de mí en todo momento y apoyarme en cada paso y decisión que he decidido tomar. Gracias por haber tenido tanta paciencia en todo el proceso durante estos meses, por haberme dado la oportunidad de poder estudiar esta carrera que tanto me apasiona y por darme siempre lo mejor de vosotros mismos para que pueda seguir creciendo tanto personal como profesionalmente.

También me gustaría agradecerlo a las mujeres que han estado dispuestas a realizar la encuesta para poder hacer mi estudio. Porque me han dado mucha fuerza con sus mensajes de ánimo y me han agradecido en todo momento que visibilice este tema, del cual no mucha gente es consciente. Han conseguido con esos mensajes darme un empujón cuando las cosas se torcían un poco.

Agradecerles a mis amigas, por escucharme durante tantas horas las dudas que me iban surgiendo, sobre todo a las de la universidad por apoyarnos las unas a las otras, por estar ahí cuando necesitábamos un desahogo y por acabar juntas la etapa que también empezamos juntas. Y también a mi compañera y amiga de prácticas Lucía, porque ha sido mi apoyo diario y también mi fuerza para poder seguir juntas.

En sí, gracias a todo el mundo que ha conseguido aportar su granito de arena para darme fuerzas en cualquier momento, sé que sin cada uno de ellos no hubiese sido todo tan fácil. Espero y deseo que el programa propuesto en el TFG sirva realmente de ayuda para las mujeres con endometriosis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS	6
2. RESUMEN	7
2.1 ABSTRACT	8
3. INTRODUCCIÓN	9
3.1 Etiopatogenia	9
3.2 Epidemiología	10
3.2.1 Incidencia	10
Figura 1: epidemiología de la endometriosis. Fuente: Eisenberg et al. 2018.	11
3.2.2 Prevalencia	11
3.3 Factores de riesgo	11
3.4 Síntomas	12
Figura 2. Mecanismos relacionados con la infertilidad en mujeres con endometriosis. Fuente: Nesbitt-Hawes and Ledger (2015).	13
3.4.1 Dolor en la endometriosis	14
Figura 3. Factores implicados en el dolor en pacientes con endometriosis. Fuente: Morotti et al. (2017).	14
3.5 Tratamiento de la endometriosis	15
Tabla 1: tratamiento hormonal para la endometriosis. Tabla de elaboración propia (SNS 2013).	16
Tabla 2: tratamiento analgésico para la endometriosis. Tabla de elaboración propia (SNS 2013)	17
3.5.1 Tratamiento de la infertilidad	18
3.6 Diagnóstico	19
3.6.1 Diagnóstico por pruebas de imagen	19
3.6.2 Diagnóstico por visualización de lesiones en cirugía	19
3.6.3 Diagnóstico histológico	19
3.7 Clasificación	20
<i>Tabla 3: clasificación por estadios (Modificada de "American Society for Reproductive Medicine classification of Endometriosis: 1996.")</i>	20

3.8 Calidad de vida	20
Tabla 4: escalas de medición de la endometriosis. Tabla de elaboración propia.	21
4. ESTUDIO DEL PROYECTO	21
4.1 Matriz DAFO	21
Tabla 5: análisis del proyecto (DAFO). Tabla de elaboración propia	22
5. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	22
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
7. OBJETIVOS	24
8. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN/PROGRAMA Y SESIONES	24
8.1 Población diana	25
8.2 Tipo de intervención y número de participantes en el proyecto	25
Gráfico 1: “¿A qué edad fuiste diagnosticada de endometriosis?”. Gráfico de elaboración propia	25
8.3 Desarrollo y contenido de la intervención	26
Gráfico 2: “¿Consideras que la población está bien informada acerca de la enfermedad y de los síntomas que conlleva?”. Gráfico de elaboración propia	26
Gráfico 3:” ¿Consideras que la población está bien informada acerca de la enfermedad y de los síntomas que conlleva?”. Gráfico de elaboración propia	27
Gráfico 4: “En caso de tener pareja, ¿has notado una disminución del apetito sexual?”. Gráfico de elaboración personal	28
Gráfico 5: “¿Cómo te ha afectado el dolor en tu vida diaria?”. Gráfico de elaboración propia.	29
Gráfico 6: “¿Cómo te ha afectado la enfermedad en tu entorno familiar?”. Gráfico de elaboración propia	30
Gráfico 7:” Si has sido sometido a cirugía, ¿fue complicado el postoperatorio?”. Gráfico de elaboración propia	31
Gráfico 9: “En caso de producirte infertilidad, ¿de qué manera te ha afectado esta consecuencia en tu ámbito personal”. Gráfico de elaboración personal	33
8.4 Recursos	33
Tabla 6: recursos materiales. Tabla de elaboración propia	34
Tabla 7: recursos humanos y naturales. Tabla de elaboración propia	34

9. CRONOGRAMA	34
Tabla 8: cronograma de las sesiones. Tabla de elaboración propia	35
10. EVALUACIÓN	36
Tabla 9: indicadores de evaluación del programa. Tabla de elaboración propia.	36
11. CONCLUSIÓN	37
12. BIBLIOGRAFÍA	38
13. ANEXOS	40
ANEXO 1: Escala analógica visual (valoración de la intensidad del dolor)	40
ANEXO 2: Clasificación ASRM 1996	40
<i>Imagen 2: clasificación ASRM 1996. Imagen de: Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. Fert Steril 1997; 67 (5):817-821</i>	40
ANEXO 3: Sistema de puntuación de Enzian para mujeres con endometriosis profunda.	41
ANEXO 4: Aprobación CI	42
<i>Imagen 4: aprobación CI. Captura de imagen del correo con destinatario ci@universidadeuropea.es</i>	42
ANEXO 5: Encuesta de endometriosis	42
ANEXO 5: Encuesta sobre la medición de habilidades y actitudes conseguidas por las participantes.	43
<i>Tabla 10: encuesta sobre la medición de habilidades y actitudes. Tabla de elaboración propia</i>	44
ANEXO 6: Cuestionario de satisfacción sobre la organización y las situaciones de mejora del programa.	44
<i>Tabla 11: cuestionario de satisfacción. Tabla de elaboración propia.</i>	44
ANEXO 7: Cuestionario de evaluación del programa de formación.	44
<i>Tabla 12: cuestionario de evaluación del programa. Tabla de elaboración propia.</i>	45

1. LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS

AHC: Anticonceptivos Hormonales Combinados

AP: Atención Primaria

ASRM: American Society for Reproductive Medicine

DIE: Endometriosis Profunda

DIU-LNG: Dispositivo Intrauterino de Levonogestrel

FIV: Fertilización In Vitro

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

IIU: Inseminación Intrauterina

OMA: Endometriosis Ovárica

OMS: Organización Mundial de la Salud

TRA: Técnica de Reproducción Asistida

RM: Resonancia Magnética

SUP: Endometriosis Peritoneal Superficial

NIH: Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano de los Estados Unidos

2. RESUMEN

La endometriosis afecta al 10 % de las mujeres en edad fértil y se define como la presencia de tejido endometrial fuera del útero que responde a los estrógenos. Sangra también al producirse la menstruación, provocando cicatrices, reacción inflamatoria, adherencias de órganos y distorsión de la anatomía pélvica. Los síntomas son: infertilidad, dolor pélvico intenso, masas pélvicas e infiltraciones profundas. Actualmente no existe tratamiento causal sino sintomático, consistente en terapia hormonal, analgésicos y cirugía, que va dirigido a aliviar el dolor intenso, a prevenir el avance de la enfermedad y a tratar la infertilidad.

El papel de la enfermería es múltiple y de gran importancia en estos casos. Ejemplos de ello son la educación de la salud que es llevada a cabo primordialmente por las enfermeras en atención primaria (AP), la realización de diferentes pruebas diagnósticas y la explicación en los procesos pre-, intra- y post - operatorios junto con el cuidado psico-social en estas pacientes. Por todo ello, la enfermería debe de estar preparada en el abordaje de este tipo de situaciones sobre todo en las mujeres, pero también en la de sus parejas y en las del entorno que les rodea.

Esta enfermedad, aparte de la sintomatología clínica tan fuerte que tiene, achaca mucho al estado psicológico de la mujer tanto por el manejo del dolor como por los mecanismos de afrontamiento. Por todo ello, en este proyecto de educación para la salud (EpS) se realizará un programa para mejorar la calidad de vida de estas mujeres sin olvidarnos del apoyo psicológico. No obstante, se abordará el proceso que sufren las mujeres con endometriosis y las secuelas que presentan en los diferentes ámbitos de la vida: físicas, sexuales, mentales, sociales y familiares.

Palabras clave: infertilidad, enfermería, endometriosis, programa, apoyo psicológico

2.1 ABSTRACT

Endometriosis affects 10% of women of childbearing age and is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterus that responds to estrogen. Bleeds also when it occurs during menstruation, causing scarring, inflammatory reaction, organ adhesions, and distortion of the pelvic anatomy. The symptoms are infertility, intense pelvic pain, pelvic masses and deep infiltrations. Currently, there is no causal treatment, but a symptomatic one, consisting of hormonal therapy, analgesics, and surgery, which is aimed at relieving intense pain, preventing the progression of the disease, and treating infertility.

The role of nursing is multiple and of great importance in these cases. Examples of this are health education that is carried out primarily by nurses in primary care (PC), the performance of different diagnostic tests and the explanation in the pre-, intra-, and post- operative processes together with the care psychosocial in these patients. For all these reasons, nursing must be prepared to deal with this type of situation, especially in women, but also in their partners and in the environment that surrounds them.

This disease, apart from the strong clinical symptoms that it has, attributes a lot to the psychological state of the woman, both for pain management and for coping mechanisms. For all these reasons, in this health education project (EpS) a program will be carried out to improve the quality of life of these women without forgetting psychological support. However, the process suffered by women with endometriosis and the consequences that they present in different areas of life: physical, sexual, mental, social, and family will be addressed.

Key words: infertility, nursing, endometriosis, program, psychological support

3. INTRODUCCIÓN

La endometriosis fue descrita por primera vez por Von Rokitansky en 1860 (Ramos et al. 2006). Se define en la actualidad como una enfermedad ginecológica crónica, benigna y estrógeno dependiente, pero no provocada por dichas hormonas (Chapron et al. 2019). Consiste en la implantación y crecimiento benigno de tejido similar al endometrio (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina principalmente en la zona pélvica en mujeres en edad reproductiva (Vercellini et al. 1996).

Al ser una enfermedad estrógeno dependiente, los síntomas tienen un carácter cíclico dependiendo hormonalmente de la menstruación o siendo estos más intensos durante el periodo menstrual, mejorando en la gestación y tras la menopausia. No obstante, se han visto casos en niñas premenárquicas y después de la menopausia (Zondervan et al. 2018).

Tiene una presentación heterogénea ya que tiene tres fenotipos bien reconocidos (Chapron et al. 2019):

- Endometriosis peritoneal superficial (SUP): es la manera de presentación menos grave ya que las lesiones las encontramos en el peritoneo.
- Endometriosis ovárica (OMA): masas de quistes dentro del ovario que surgen por el crecimiento del tejido del endometrio ectópico.
- Endometriosis profunda (DIE): es la manera de presentación más grave, pues el tejido endometrial se infiltra a > 5 mm.

En orden decreciente, los sitios más frecuentes donde suele presentarse son los ovarios, los fondos de saco anterior y posterior, los ligamentos anchos, redondos y útero sacros, las trompas de Falopio y el apéndice, siendo menos comunes en la vagina, tabique recto vaginal, íleon, canales inguinales o cuello uterino (Guidice 2010; Vercellini et al. 2014). Suele acompañarse a menudo de cicatrización (fibrosis), adherencias y aumento de monocitos y macrófagos en el líquido peritoneal (Chapron et al. 2019). Por tanto, es una enfermedad muy compleja cuya característica principal es la presencia de dolor pélvico crónico (Bulun et al. 2019).

3.1 Etiopatogenia

Aunque la endometriosis fue descrita por primera vez hace más de 150 años, sigue siendo desconocida la causa por la cual se desarrolla. Por ello, las teorías más importantes al respecto son (Patel et al. 2018):

Teoría de la implantación o menstruación retrógrada (Teoría de Sampson): hay un flujo retrógrado de sangre menstrual que no sigue su curso natural, pues va desde las trompas de Falopio hasta la cavidad pélvica, produciendo fragmentos de endometrio que se implantan en otras localizaciones y da lugar a la endometriosis. Esta teoría es la más aceptada, aunque sigue sin explicar las lesiones en las localizaciones atípicas o la endometriosis en mujeres premenárquicas.

Teoría celómica o metaplasia celómica (Teoría de Meyer): transformación metaplásica de un epitelio en otro cercano o con algún tipo de parentesco como respuesta a estímulos externos. El epitelio celómico es el precursor en la fase embrionaria del peritoneo y el endometrio. Esta teoría, al contrario de la anterior, sí que explica la aparición de la endometriosis en cualquier localización.

Teoría de la inducción (Levander and Normann): es una ampliación de la teoría celómica que dice que el favorecimiento del desarrollo de la endometriosis puede darse por alteraciones bioquímicas y factores inmunológicos.

Teoría de los restos embrionarios o Müllerianosis: migración anómala por los conductos Müllerianos de células embrionarias primitivas de tejido endometriósico. Estos conductos son los precursores del aparato genital femenino, por lo que, al tener estimulación de los estrógenos en la pubertad, desarrollan implantes.

Teoría de diseminación vascular o linfática (Teoría de Halban): plantea que hay fragmentos en el endometrio que pueden ser transportados por vasos sanguíneos o por el sistema linfático hacia otros lugares del organismo. Todo ello, le ofrece una explicación al desarrollo de la endometriosis en algunos órganos como el pulmón.

Teoría de las células progenitoras de la médula ósea: esta teoría es la más actual y sigue en el proceso de investigación, pero por el momento, propone que las células madres de la sangre que provienen de la médula ósea, pueden diferenciarse en tejido endometrial en diferentes localizaciones.

Teoría de la actividad inmunitaria alterada: refiere que el funcionamiento de la inmunidad (humoral y celular) se altera en pacientes con endometriosis, produciendo trastornos en la eliminación del tejido del endometrio y favoreciendo el incremento de la invasión y adhesión de las células endometriales ectópicas.

Todas estas teorías comparten la existencia de diferentes agentes que favorecen la adhesión, crecimiento, supervivencia, invasión y formación de vasos sanguíneos del tejido del endometrio.

3.2 Epidemiología

3.2.1 Incidencia

Aunque la endometriosis es una lesión frecuente, la prevalencia general se desconoce por lo que los datos son estimados y no reales. Por ello, es necesario la observación de las lesiones directas (laparoscopia o cirugía) para llegar a un diagnóstico concreto y no solo las pruebas histológicas, pruebas de imagen o diagnósticos realizados por la sintomatología que presenta la mujer con endometriosis.

Se estima que afecta a un 10% de mujeres en edad fértil y al 30 – 50% de mujeres premenopáusicas que presentan síntomas (Mao et al. 2010; Nnoaham et al. 2011). La

prevalencia varía de la población general a mujeres con síntomas más específicos como pueden ser: dolor pélvico crónico (70%) (Andres et al. 2019), infertilidad (50%) (Burghaus et al. 2019) y dismenorrea (30-50%) (Nnoham et al. 2011). Está estimado que hay alrededor de 176 millones de mujeres afectadas a nivel mundial.

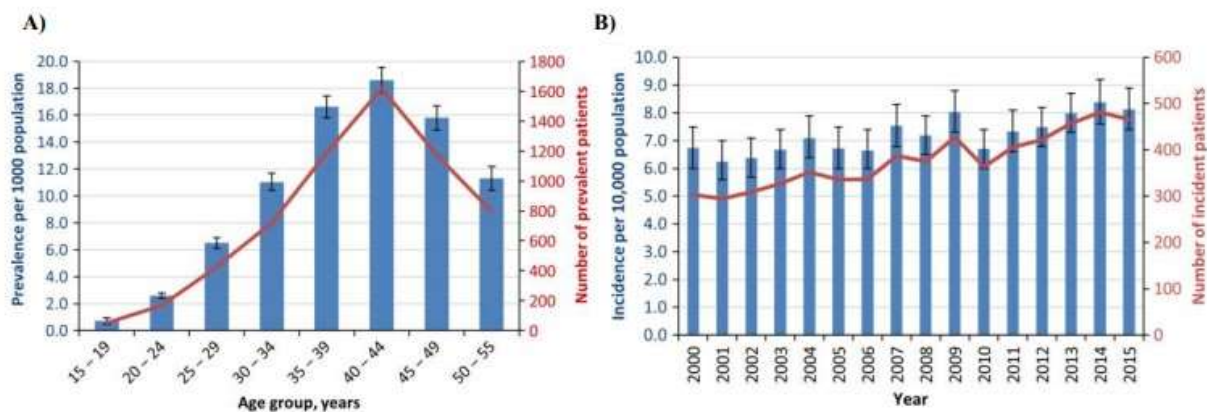


Figura 1: epidemiología de la endometriosis. Fuente: Eisenberg et al. 2018.

Se observa en la gráfica una prevalencia entre el 1% y el 5% con un pico notable en mujeres entre 40 y 44 años, seguido de mujeres entre 35 y 39 años.

En la gráfica B, podemos observar que la incidencia nos muestra una tasa entre 5 y 10 de cada 10.000 mujeres diagnosticadas al año de endometriosis. (Eisenberg et al. 2018).

3.2.2 Prevalencia

La prevalencia es muy variable, pero está mejor estudiada en mujeres sometidas a laparoscopia. Se destaca (SNS 2013):

- Mujeres sometidas a laparoscopia por infertilidad: según un trabajo llevado a cabo por Matorras y Cobos 2010), se estima que va desde el 2.1 % hasta el 77.1%, con una media del 26.13%.
- Mujeres sometidas a laparoscopia por dolor pélvico: según el mismo trabajo mencionado anteriormente, hay una prevalencia del 2.15 % hasta el 83.6% con una media del 26.13%.
- Mujeres sometidas a esterilización tubárica por laparoscopia: los mismos trabajos, obtienen datos con una prevalencia entre el 1.4% y el 50%, con una media del 5.68%.

3.3 Factores de riesgo

Se conocen algunos factores de riesgo de la endometriosis. Los más destacados son (SNS 2013; Aznaurova et al. 2014):

- Edad: mayor riesgo en mujeres en edad reproductiva seguido en mujeres posmenopáusicas.

- Estilo de vida: falta de ejercicio, consumo de alcohol y tabaco, cafeína, mal control de la dieta no solo por el sobrepeso sino por la eliminación de sustancias nocivas para el cuerpo. El consumo de alimentos naturales disminuye el dolor y la inflamación.
- Factores ambientales: como las toxinas y las dioxinas que son contaminantes ambientales que se encuentran en todo el mundo. Todavía no hay ninguna teoría definitiva para la relación entre las toxinas y la endometriosis, aunque sí que existe una evidencia al respecto.
- Autoinmunidad: la endometriosis es una enfermedad inflamatoria en la que actúa el sistema inmunológico. Muchos de los déficits inmunitarios que son características principales de las enfermedades autoinmunes, los recoge la enfermedad de la endometriosis.
- Marcadores genéticos: por ciertos genes implicados en la supervivencia de células del endometrio.
- Factores relacionados con la reproducción y la menstruación: menarquia temprana, menopausia tardía, mayor duración y cantidad de la menstruación y reducción del número de hijos o embarazos tardíos.

La endometriosis podemos vincularla con otras patologías (Parazzini et al. 2016):

- Enfermedades gastrointestinales: relación de la endometriosis con los síntomas gastrointestinales y el síndrome del colon irritable.
- Enfermedades autoinmunes: relación de la endometriosis con la artritis reumatoide y la psoriasis.
- Enfermedades cardiovasculares: relación de la endometriosis con el infarto agudo de miocardio (IAM) y la enfermedad coronaria puesto que hay tratamientos como la terapia hormonal, la histerectomía o la ooforectomía que incentivan la enfermedad cardiovascular.

En el año 2016, Parazzini y sus colaboradores, intentan estudiar otros factores de riesgo de la endometriosis más complejos como puede ser el estatus socioeconómico, el uso de anticonceptivos orales combinados, el peso, la distribución de grasa corporal periférica, el consumo de alcohol y cafeína y los rasgos pigmentarios.

3.4 Síntomas

La endometriosis no tiene síntomas específicos, pueden alternar desde mujeres asintomáticas, mujeres con tan solo un síntoma o mujeres con varios de ellos. Al ser una enfermedad estrógeno dependiente, los síntomas tienen mayor intensidad durante la menstruación y mejoran en la menopausia y en la gestación. El 15 – 30% de las mujeres con endometriosis no presentan síntomas (SNS 2013).

Los síntomas más comunes de la endometriosis son (González 2018):

- Dismenorrea o dismenorrea progresiva y dolor pélvico: son las más frecuentes. El dolor pélvico aparece entre el 50 – 90% de los casos de mujeres con endometriosis. Es muy probable que aparezca durante el periodo de menstruación pues la inflamación que se produce causa este dolor.
- Hemorragia uterina disfuncional: spotting premenstrual por la disfunción ovulatoria que se asocia con la endometriosis. Ejemplos de ellos son la anovulación, folículo luteinizado no roto, insuficiencia y cuerpo lúteo.
- Dispareunia: dolor durante o tras las relaciones sexuales. Aparece entre el 40 – 70% de las mujeres.
- Disquecia (10 – 25%) y disuria (10 – 15%): dolor al defecar u orinar. Suele darse por lesiones endometriósicas en recto – sigma, vejiga, uréteres o intestino delgado.
- Esterilidad e infertilidad: se dice que afecta la infertilidad hasta un 30-40% de las mujeres con endometriosis. Si estas pacientes también presentan dolor pélvico crónico, la prevalencia podría aumentar hasta un 71 – 87%.

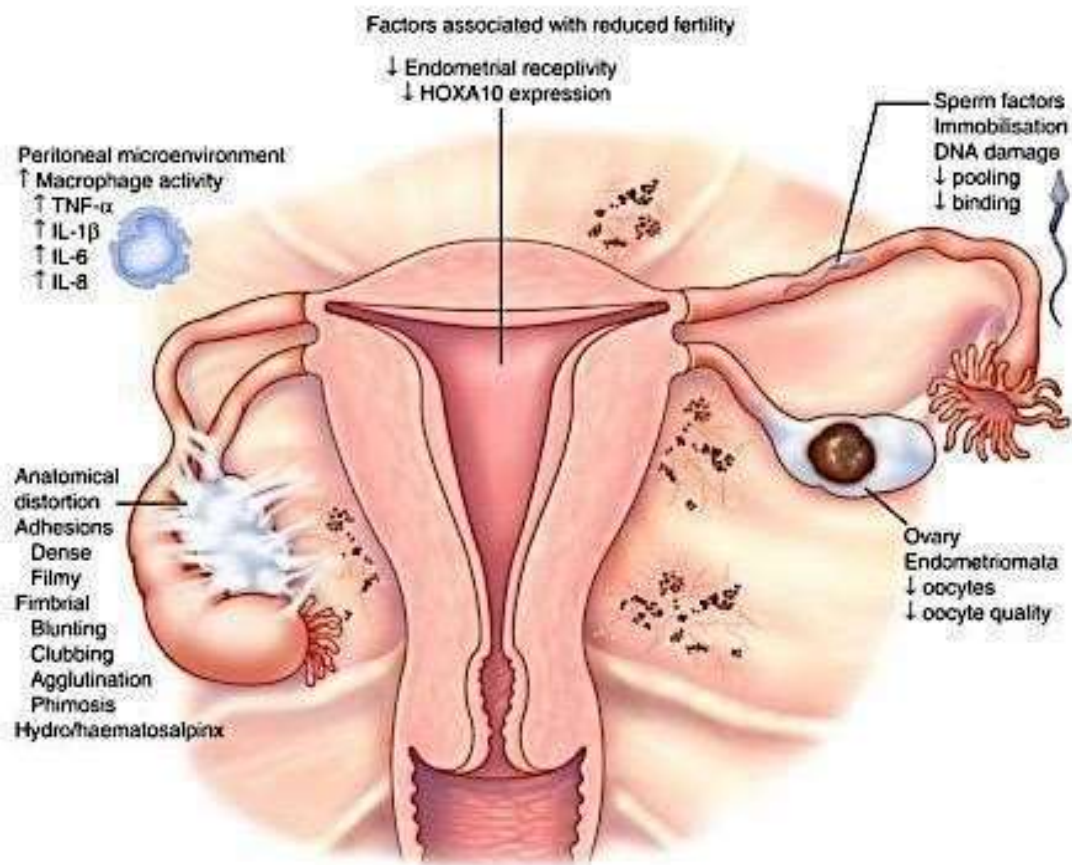


Figura 2. Mecanismos relacionados con la infertilidad en mujeres con endometriosis. Fuente: Nesbitt-Hawes and Ledger (2015).

Algunos de los síntomas más inespecíficos que podemos observar son: infecciones frecuentes, dolor de cabeza, dolores articulares y musculares, fatiga crónica, cansancio o incluso y según algunos estudios, fibromialgia. Otros síntomas son la ansiedad y la depresión que afecta las relaciones de pareja y familiares como causa en la demora del diagnóstico y la dificultad de encontrar el tratamiento correcto.

3.4.1 Dolor en la endometriosis

El dolor es la característica más frecuente que nos encontramos en las mujeres con endometriosis, sobre todo el dolor crónico pélvico, caracterizado por una duración superior a 6 meses y el cual cause la incapacidad funcional de la mujer o la necesidad de tener que introducir algún tratamiento médico o quirúrgico. La prevalencia del dolor crónico es del 3,8% en mujeres entre los 15 y los 73 años. Para el correcto tratamiento del dolor hay que tener en cuenta la localización del dolor, la intensidad (se mide mediante la escala EVA), duración e historia previa de cirugía. (SNS 2013).

La inflamación, la infiltración nerviosa y las adherencias son los tres mecanismos principales en la aparición del dolor. Este dolor implica a todos los tipos de dolor (nociceptivo, neuropático e inflamatorio) desde el punto de vista fisiopatológico. (SNS 2013).

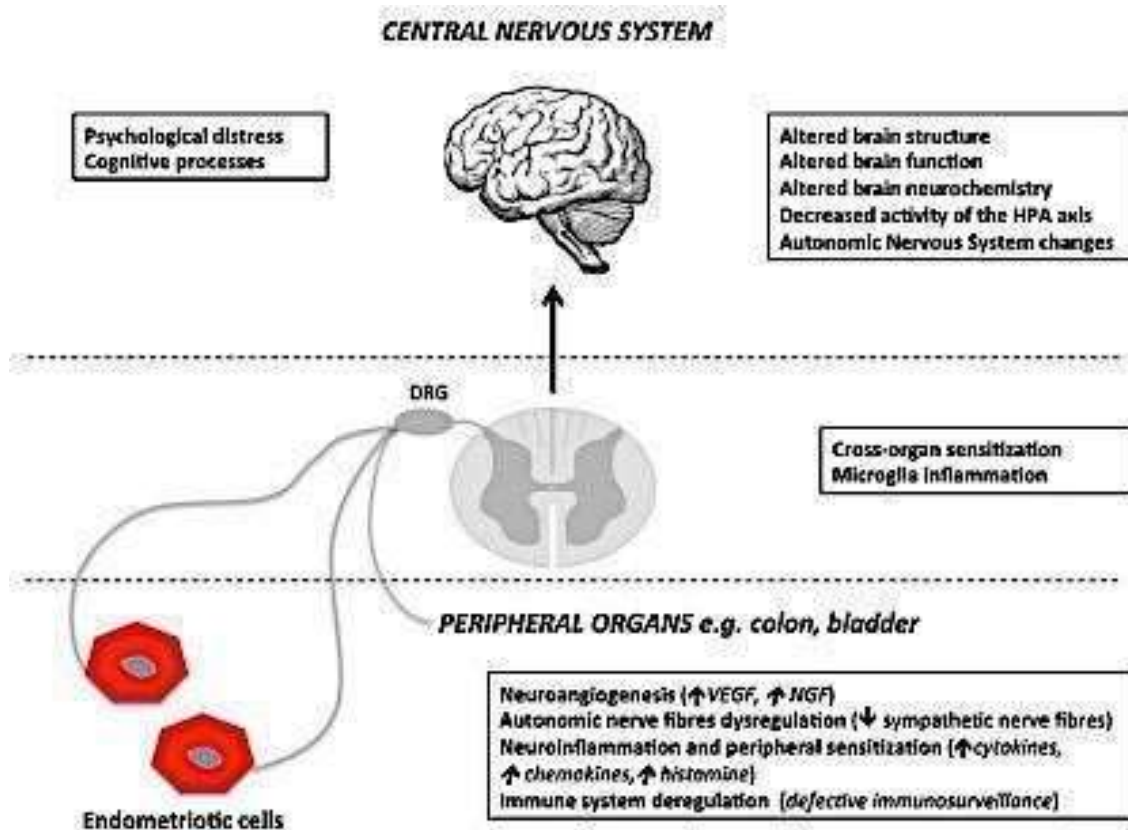


Figura 3. Factores implicados en el dolor en pacientes con endometriosis. Fuente: Morotti et al. (2017).

3.5 Tratamiento de la endometriosis

Actualmente, el tratamiento para la endometriosis no está del todo definido, por lo que no se pueden lograr los cuatro objetivos básicos terapéuticos: restaurar la fertilidad, suprimir los síntomas (dolor pélvico), evitar la progresión de la enfermedad y eliminar la endometriosis visible. El tratamiento debe de ser individualizado y optar por el que sea menos invasivo y tenga mayor eficacia para la mujer reduciendo los riesgos al mínimo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida (SNS 2013).

El Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano de los Estados Unidos (NIH) aclara que el tratamiento también dependerá de algunos factores como son la edad, gravedad de la enfermedad y de los síntomas, calidad de la reserva ovárica, antecedentes de tratamientos previos de fertilidad y el deseo de tener hijos.

El proceso de la enfermedad se lleva a cabo desde diferentes niveles asistenciales; primero será Atención Primaria (AP) quien ponga la sospecha clínica y se encargue de la detección de la enfermedad, después y teniendo en cuenta la gravedad, se pueden tomar dos caminos. Si la enfermedad se presenta de manera leve, será el ginecólogo quien realice el diagnóstico y el manejo de la enfermedad, pero en los casos en los que se trate de una endometriosis severa, son las unidades especializadas quienes se encarguen del manejo de la enfermedad.

Por todo ello, el tratamiento de la endometriosis se puede dividir en (SNS 2013):

- A) Tratamiento hormonal
- B) Tratamiento analgésico
- C) Tratamiento quirúrgico

TRATAMIENTO HORMONAL

Este tratamiento tiene la finalidad la supresión ovárica y la atrofia de las lesiones endometriósicas. Aunque suele ser poco eficaz, reduce el dolor en un plazo de 3 a 6 meses (hay que esperar este tiempo para ver si el tratamiento resulta efectivo o no).

A continuación, se observará en la siguiente tabla los tratamientos hormonales más utilizados:

PROGESTÁGENOS	Con dos vías de acción: suprimir la función ovárica o efecto directo sobre los implantes. La dosis más utilizada son 10 mg de acetato de hidroxiprogesterona durante 3 a 6 meses. De elección cuando no se puede utilizar los estrógenos o los AHC no funcionan por su mecanismo de acción.
----------------------	--

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC)	Su mecanismo de acción es la amenorrea, por lo que sirve para controlar el sangrado. No obstante, la sintomatología suele volver a los 6 meses.
DANAZOL Y GESTRINONA	Suprimen la secreción de gonadotropinas, inhiben la síntesis de esteroides produciendo un ambiente bajo de estrógenos y elevado de andrógenos. Se utilizan poco por la cantidad de efectos adversos y contraindicaciones.
DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE LEVONOGESTREL (DIU-LNG)	Muy eficaz para la reducción del dolor en la endometriosis. Al igual que los progestágenos, son de elección cuando no se puede utilizar los estrógenos o los AHC no funcionan por su mecanismo de acción.
ANÁLOGOS DE HORMONAS LIBERADORAS DE GONADOTROPINA	Con un máximo de duración de 6 meses por los efectos adversos. Para evitar los síntomas del hipoestrogenismo, se utiliza la terapia “addback” que son estrógenos y/o progesterona a la vez que los análogos.
OTROS	Fármacos como tamoxifeno, agonistas dopaminérgicos, inhibidores de la aromatasas. Aunque estos fármacos sigan en estudio para el tratamiento de la endometriosis, tienen buen pronóstico.

Tabla 1: tratamiento hormonal para la endometriosis. Tabla de elaboración propia (SNS 2013).

TRATAMIENTO ANALGÉSICO

El tratamiento analgésico tiene que ser de manera escalonada y multidisciplinar, sobre todo en los casos en los que el dolor es más complicado de tratar. En algunos casos, hace falta recurrir a apoyo psicológico y fisioterapéutico.

Según el mecanismo de acción, los dividimos en:

ANALGÉSICOS O ANTIINFLAMATORIOS	Ibuprofeno, paracetamol, metamizol, trometamol, etc.
ANTIHIPERÁLGICOS	Gabapentina, amitriptilina, duloxetina, pregabalina, etc.
OPIOIDES Y DERIVADOS	Morfina, tramadol, codeína, fentanilo, metadona, etc.
TRATAMIENTOS INTERVENCIONISTAS	Bloqueos nerviosos y neuromodulación
NEUROPELVIOLOGÍA	Abordaje del dolor pélvico crónico

Tabla 2: tratamiento analgésico para la endometriosis. Tabla de elaboración propia (SNS 2013)

El ibuprofeno es el de mayor elección seguido del paracetamol. La codeína junto con el paracetamol puede ser de gran ayuda sobre todo si no se toleran los AINES. Si esta medicación deja de resultar efectiva, se suele derivar a los pacientes a Unidades de dolor especializadas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Dentro de la cirugía, se ha evolucionado mucho, desde la laparotomía hasta la laparoscopia que es la vía principal de abordaje. Este tratamiento depende de la sintomatología de la paciente con la finalidad de que sea lo menos agresivo posible.

La laparoscopia, como se ha mencionado anteriormente es la mejor opción de tratamiento ya que se puede diagnosticar la enfermedad, ofrece mejores resultados a corto y largo plazo, se ven mejor las lesiones, hay menor riesgo de estancia hospitalaria y se produce una mejor recuperación.

Podemos diferenciar tres tipos de tratamiento quirúrgico:

- Tratamiento quirúrgico de la endometriosis ovárica (endometriomas) >4mm: los objetivos son eliminar el endometrio ectópico, descartar malignidad, reducir el trauma ovárico y la producción o reproducción postoperatoria de adherencias. Las técnicas de elección son: la técnica escisional de cistectomía (extirpación completa del quiste), la apertura y ablación o la coagulación de la pared del quiste. Varios estudios han demostrado que la primera técnica (técnica escisional de cistectomía) da mejores resultados que la segunda técnica mencionada ya que hay mejores resultados de tasas de embarazo espontáneo, control del dolor y tasas de recurrencia.
- Tratamiento quirúrgico de la endometriosis peritoneal >5mm: consiste en la ablación de las lesiones del endometrio y de la laparoscopia del nervio útero – sacro con el objetivo de reducir el dolor a los seis meses. No existe evidencia sobre esta técnica.
- Tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda: una vez establecido el diagnóstico de la endometriosis profunda y la necesidad del tratamiento, se deben cumplir unos requisitos para poder ofrecerlo: dolor, alteración anatómica o afectación a órganos viscerales. Esta técnica debe realizarse por equipos multidisciplinares que conozcan bien la endometriosis profunda y es de vital importancia informar a la mujer sobre los riesgos y las complicaciones.

Aparte de los 3 tratamientos explicados anteriormente, hay otras terapias sin evidencias científicas que pueden ser de gran utilidad para el manejo del dolor y de la calidad de vida, algunas de ellas son: técnicas de relajación, ejercicio, dietas, fisioterapia, acupuntura etc.

3.5.1 Tratamiento de la infertilidad

Hay pacientes en las que el problema a tratar es la infertilidad y no el dolor, por ello estos tratamientos se basan en mantener la función ovárica, aunque suele ser una dificultad para el tratamiento del dolor.

Se dividen dos tipos de tratamiento (SNS 2013):

- A) Medicación pre y post operatoria
- B) Reproducción asistida

MEDICACIÓN PRE Y POST OPERATORIA

En cuanto a la medicación preoperatoria, el tratamiento hormonal no tiene efecto en las tasas de embarazo, pero puede reducir la severidad de la endometriosis, la inflamación y la vascularización. Al no existir evidencia, el empleo de la medicación no parece estar justificado ya que los beneficios no compensan los costes y la morbilidad.

En cuanto a la medicación postoperatoria, el tratamiento hormonal no mejora las tasas de embarazo. Un estudio randomizado decía que la combinación de laparoscopia con el tratamiento de pentoxifilina mejoraba las tasas de embarazo, pero un estudio reciente lo rechazaba.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Podemos distinguir varios tratamientos:

- Inseminación intrauterina: aunque no haya estudios de la eficacia de la inseminación intrauterina (IIU) en los estadios avanzados, se dice que el tratamiento con IIU en endometriosis mínima – leve mejora la fertilidad.
- Fertilización in Vitro (FIV): es el tratamiento de elección de la endometriosis si la mujer presenta afectación de la función ovárica, si otros tratamientos han fallado o si hay factor masculino asociado.
- Microinyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI): consiste en la extracción de los óvulos de la mujer y los espermatozoides del hombre a partir de una muestra de semen (eyaculado) que posteriormente serán utilizados para la fecundación de los ovocitos.

Estos tratamientos no aumentan las tasas de recurrencia ni ayudan a la progresión de la enfermedad. Las tasas de embarazo en mujeres sometidas a la FIV van entre el 12% y el 47%.

3.6 Diagnóstico

La endometriosis es una enfermedad complicada de diagnosticar por los numerosos síntomas que presentan. No obstante, el diagnóstico de sospecha no debe depender de la clínica de la paciente. Se estima un retraso diagnóstico con una media de 9.3 años.

El diagnóstico de mayor certeza es la cirugía con biopsia para poder estudiar anatómicamente las lesiones. Cuando hay una alta sospecha de endometriosis, es de vital ayuda realizar una anamnesis (paso fundamental para conseguir el diagnóstico), una exploración física y otra exploración complementaria.

Los primeros síntomas de alerta para el diagnóstico son el dolor pélvico, la disquecia, la dismenorrea o el dolor al cambiar de posición.

3.6.1 Diagnóstico por pruebas de imagen

Ecografía: no sirve para el diagnóstico de la endometriosis peritoneal, pero se utiliza para descartar el endometrioma ovárico y para el diagnóstico de adenomiosis o existencia de afectación rectal y visceral.

Resonancia Magnética (RM): no sirve para un diagnóstico definitivo, pero ayuda a la localización de lesiones profundas.

Otras pruebas de imagen:

- Cistoscopia o Uro – TC: si hay disuria o hematuria.
- Colonoscopia o rectoscopia: si hay disquecia.
- Analítica de sangre: para los marcadores Ca-125 y Ca 19.9.

3.6.2 Diagnóstico por visualización de lesiones en cirugía

Se realiza la laparoscopia que es la técnica de elección y el método más efectivo en el diagnóstico de la endometriosis junto con la biopsia en la cirugía. Las lesiones más significativas son las lesiones profundas, lesiones pigmentadas de color pardo superficiales, lesiones rojas, vesículas claras, cicatrices blanquecinas y quistes de chocolate.

Aparte de ser la técnica más utilizada, presenta una serie de desventajas:

- Las lesiones no tienen por qué ser la causa de los síntomas.
- Si no hay lesiones no implica que no exista la enfermedad.
- Implica un riesgo quirúrgico.
- Supone un gasto económico.

3.6.3 Diagnóstico histológico

Si la histología es positiva, se confirma el diagnóstico, pero si la histología es negativa no quiere decir que no exista la enfermedad. Cuando hay endometrioma o enfermedad infiltrativa

profunda, es necesario que la histología esté confirmada para poder eliminar otras enfermedades.

Actualmente, no se le somete a cirugía a una mujer solo para confirmar el diagnóstico, por ello, los tratamientos se instauran de manera empírica.

3.7 Clasificación

La clasificación de la endometriosis se ha modificado varias veces. Actualmente, la más utilizada es la de la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) en 1996. Esta clasificación tiene una puntuación en base a la localización, la profundidad de las lesiones, el tamaño y las características de las adherencias.

Estadio I	Mínima	1 – 5 puntos	Implantes aislados sin adherencias
Estadio II	Leve	6 – 15 puntos	Implantes superficiales < 5 cm
Estadio III	Moderada	16 – 40 puntos	Implantes múltiples superficiales o invasivos
Estadio IV	Severa	Más de 40 puntos	Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen endometriomas ováricos

Tabla 3: clasificación por estadios (Modificada de “American Society for Reproductive Medicine classification of Endometriosis: 1996.”)

Aunque sea la clasificación utilizada actualmente, presenta varios inconvenientes:

- Refiere a una intervención quirúrgica con baja tasa de reproducibilidad.
- Diferencias entre el diagnóstico histológico y el estadio que se diagnostica en la laparoscopia.
- No hay relación entre el estadio quirúrgico y los síntomas.

3.8 Calidad de vida

La endometriosis es una enfermedad que afecta mucho en la calidad de vida de las mujeres, por ello la OMS la define como: “La calidad de vida es la repercusión que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y con respecto a sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones”.

Aparte, es muy significativa por los síntomas y por los tratamientos a los que tienen que someterse pudiendo repercutir de manera notable en la esfera mental, familiar, social, laboral y sexual. Muchos especialistas recomiendan usar diferentes escalas para la enfermedad ya que sirven para evaluar la eficacia terapéutica y el afrontamiento de la mujer en estas situaciones.

Estos cuestionarios están validados solo en mujeres con endometriosis y tienen validez para conocer la evolución de la calidad de vida con el tratamiento. No están validados en España. Se dividen en genéricas y específicas (Jones et al. 2001; Jones et al. 2004).

ESCALA	NÚMERO DE PREGUNTAS	MEDICIÓN
SF - 36	36	Evolución de la calidad de vida en las mujeres con endometriosis
SF - 12	12	Esferas sobre la salud física y mental
EHP – 30	30	Consecuencias del dolor, movilidad, actividad habitual y ansiedad entre otras
EHP - 5	5	Simplificación de la escala anterior

Tabla 4: escalas de medición de la endometriosis. Tabla de elaboración propia.

Existen otras escalas muy importantes en mujeres con endometriosis, las dos más destacadas son:

- Escalas para la evaluación del dolor: escala analógica visual
- Escalas para la evaluación de la fertilidad: Fertility Quality of Life tool (FertiQoL)

4. ESTUDIO DEL PROYECTO

4.1 Matriz DAFO

En la siguiente matriz, se exponen los puntos fuertes y los puntos débiles del proyecto tanto a nivel interno como a nivel externo.

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de seleccionar a los profesionales con un perfil correcto y con una formación en el ámbito. - Desinformación y desconocimiento lo que genera despreocupación por los pacientes. - Poca comunicación entre el personal sanitario. - Pocos recursos materiales para las diferentes realizaciones de pruebas. - Escasez de profesionales con ganas de trabajar en la especialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento por parte de los pacientes, lo que genera poca credibilidad en los procesos enfermeros - Poca información sobre la salud menstrual y la endometriosis ya que no hay Plan Nacional de la Endometriosis - Pocos talleres relacionados con la enfermedad - Desmotivación de las personas allegadas por los pocos recursos e información - Déficit de ayuda psicológica que repercute en el proceso
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Participación en la organización con una buena disposición. - Buena comunicación entre los profesionales implementando el trabajo en equipo. - Explicación de las diferentes técnicas y procedimientos a los pacientes mediante los conocimientos sobre la especialidad. - Buen trato a los pacientes y a su entorno. - Adaptaciones a los cambios y flexibilidad en los horarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que guste la propuesta y el trabajo realizado por los profesionales y tenga un efecto multiplicador. - Mayor conocimiento de las mujeres con endometriosis para que puedan afrontarlo con mayor seguridad e información. - Participación de sus familias y personas más cercanas, para que tengan la información correspondiente al respecto y sea más fácil el entendimiento. - Buena atención sanitaria para todos. - Mayor estudio e investigación acerca de la enfermedad.

Tabla 5: análisis del proyecto (DAFO). Tabla de elaboración propia

5. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Como hemos dicho anteriormente, la endometriosis es una enfermedad que afecta mucho en la calidad de vida de las mujeres, por lo que el personal enfermero tiene un cargo muy importante.

Una paciente con endometriosis presenta dolor crónico pélvico por lo que nos encontramos ante una alteración en la adaptación de tolerancia al estrés que proporciona el décimo patrón de Marjory Gordon, debido a que está caracterizado por una duración superior a 6 meses y que causa la incapacidad funcional de la mujer o la necesidad de tener que introducir algún tratamiento médico o quirúrgico. Por ello, se debe realizar una buena valoración enfermera a través de los siguientes diagnósticos (NNNConsult, 2015):

- NANDA: dolor crónico (00133) r/c incapacidad física y psicosocial crónica m/p dolor, cambios en el patrón de sueño e irritabilidad.
- NANDA: afrontamiento ineficaz (00069) r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p incapacidad para el afrontamiento.
- NANDA: aflicción crónica (00137) r/c enfermedad crónica física y/o crisis en el manejo de la enfermedad m/p sentimientos negativos: confusión, temor, impotencia, desesperanza.

En la clasificación de resultados esperados de enfermería, se puede encontrar:

- NOC: controlar el nivel de dolor.
- NOC: reducir el nivel de estrés.
- NOC: ayudar en el afrontamiento de problemas.
- NOC: mejorar el estado de salud.

Y, por último, como intervención de enfermería, se destaca principalmente:

- NIC: utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Puede la cirugía mejorar la fertilidad en las mujeres con endometriosis superficial mínima o leve? (Duffy et al. 2014; Jin et al. 2014; Dunselman et al. 2014)

Sí. Dos estudios publicados en 2014 llegaron a la conclusión que la destrucción de las lesiones en el endometrio mediante la laparoscopia aumentaba el índice de recién nacidos vivos y de embarazos no buscados, es decir, mejoraba la fertilidad.

El ensayo más importante de estos 2 estudios fue el realizado en Canadá en el que la probabilidad acumulada de 36 semanas de tener un embarazo y la tasa de fecundidad aumentó en un 17.7% y un 2.4% respectivamente.

A pesar del éxito obtenido con la laparoscopia, no hay estudios que comparen las diferentes cirugías con la infertilidad. Algunos autores refieren que se pueden tener en cuenta

otros factores como la edad y los costos para emplear otra técnica alternativa al tratamiento quirúrgico como puede ser la reproducción asistida.

¿Se les puede ofrecer a las pacientes con sospecha diagnóstica de endometriosis e infertilidad técnicas de reproducción asistida (TRA) como alternativa a la cirugía? (Tanbo et al. 2017)

Por ejemplo, la fertilización in vitro (FIV) podría ser una opción en mujeres con endometriosis superficial mínima o leve o la inseminación intrauterina (IIU), pero esta última presenta diversos efectos adversos por lo que no está muy recomendada

7. OBJETIVOS

Objetivo general: elaborar un programa de educación para la salud (EpS) fundamentado en la evidencia que aborde los aspectos bio-psico-sociales en mujeres con endometriosis basándose en las recomendaciones actualizadas procedentes de las guías prácticas y clínicas de calidad.

Objetivos específicos:

- Garantizar la atención integral e individualizada de mujeres con endometriosis.
- Educar en el autocuidado y promoción de la salud para mejorar la calidad de vida.
- Conocer el manejo del dolor.
- Recomendación sobre la necesidad de acudir a grupos de apoyo y orientación psicológica para afrontar el duelo y para solucionar los problemas de salud sexual.
- Ser cómplices de sus miedos.

8. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN/PROGRAMA Y SESIONES

En cuanto a la metodología del proyecto se ha realizado un estudio poblacional de naturaleza civil el cual se ha basado en una encuesta (Anexo 4) realizada a 687 mujeres que padecen de endometriosis a nivel nacional.

Una vez se obtengan los resultados se creará el programa de educación para la salud en el cual las mujeres con endometriosis de la Comunidad Valenciana tendrán una serie de actividades programadas para que estas puedan juntarse con otras mujeres que se encuentran en su misma situación y puedan aprender mutuamente las unas de las otras y de sus experiencias. Se realizarán 8 actividades distintas durante toda la semana. La duración completa del proyecto es de 1 mes más los 2 meses previos de preparación a esas actividades. Se pretende conseguir, que con este programa sirva de cara a un futuro y se pueda quedar

implementado para ayudar a todas las mujeres que lo necesiten y para que poco a poco se les de más voz y más reconocimiento a la enfermedad.

8.1 Población diana

Mujeres con endometriosis de todas las edades a nivel nacional.

8.2 Tipo de intervención y número de participantes en el proyecto

El estudio realizado es de naturaleza civil, puesto que la muestra obtenida de mujeres con endometriosis está buscada a través de diferentes redes sociales (Twitter, Instagram, correo electrónico...).

El número total de participantes en el proyecto es de 687 mujeres con endometriosis. Con la muestra tan grande conseguida, se han querido adaptar las diferentes actividades a los resultados obtenidos de manera que se acerque lo máximo posible a la realidad.

Según la encuesta realizada estos son los rangos de edades en las que las pacientes fueron diagnosticadas de endometriosis. El mayor porcentaje de mujeres está entre los 22 y los 38 años, entre estas edades el pico más alto es entre los 28 y los 33 años. Siendo muy pocas las mujeres diagnosticadas de endometriosis entre los 10 y los 14 años y entre los 41 y los 60 años.

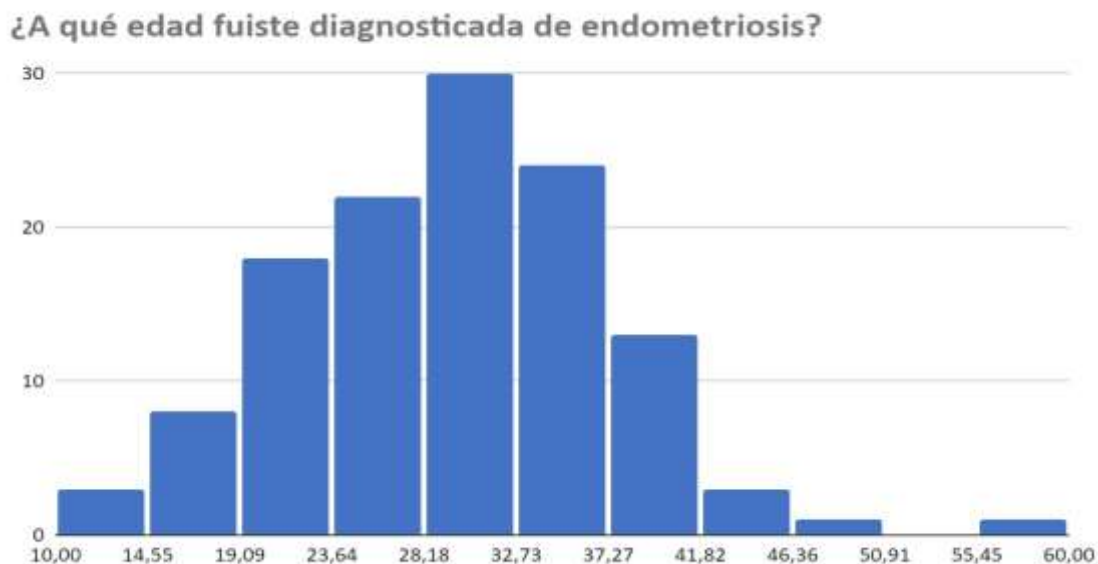


Gráfico 1: "¿A qué edad fuiste diagnosticada de endometriosis?". Gráfico de elaboración propia

En la encuesta, hay dos preguntas de respuestas cortas:

- “Si el dolor ha sido incapacitante, ¿qué opciones de tratamiento analgésico y no analgésico has utilizado?”.
- “En caso de que hubiese otro síntoma que ha afectado en tu vida diaria, ¿cuál es?”.

Ambas preguntas no están incluidas en la encuesta ya que sirvieron para poder observar de manera generalizada otros problemas que pudiesen preocuparles a las mujeres con endometriosis.

8.3 Desarrollo y contenido de la intervención

ACTIVIDAD 1:

Título: **realizar infografías.**

- Motivo de la actividad: en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se observa cómo el 99,6% de las mujeres refieren que la población no está bien informada acerca de la enfermedad y de los síntomas que conlleva. Tan solo un 0,4% considera que la población está bien informada. Por ello, el objetivo de la actividad es dar a conocer la enfermedad de la endometriosis y que la población tome consciencia de ello a través de carteles informativos.

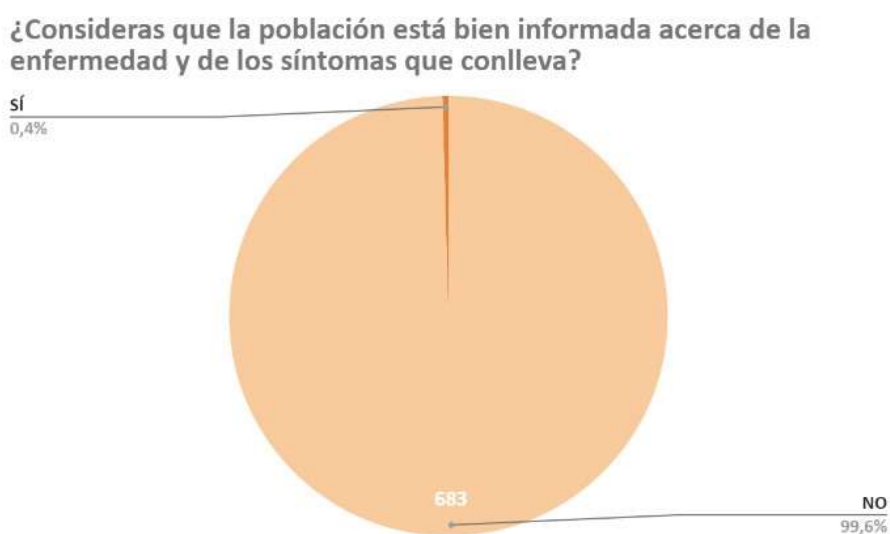


Gráfico 2: “¿Consideras que la población está bien informada acerca de la enfermedad y de los síntomas que conlleva?”. Gráfico de elaboración propia

- Técnica propuesta: reuniones entre ellas para hacer carteles informativos.
- Materiales necesarios: bolígrafos, rotuladores, folios en blanco, tijeras, cartulinas, subrayadores, plastificadores, ordenadores, impresoras, celo, pegamento, sillas, mesas y un aula para poder hacerlas.

- Tiempo estimado: el tiempo será aproximadamente de 120 min cada taller una vez a la semana. En total en un mes la actividad se completará con 2 horas a la semana y 8 horas será el total para finalizar la actividad indicada.
- Desarrollo de la actividad: las mujeres harán las infografías a su manera, con un estilo libre, explicando lo que ellas necesitan que es más importante. Como se ha explicado anteriormente, estas infografías serán repartidas al acabar las charlas o de su misma manera, podrán ser colgadas por diferentes lugares.

ACTIVIDAD 2:

Título: **charlas en institutos y universidades.**

- Motivo de la actividad: en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se observa cómo el 99,6% de las mujeres refieren que la población no está bien informada acerca de la enfermedad y de los síntomas que conlleva. Tan solo un 0,4% considera que la población está bien informada. Por ello, el objetivo de la actividad es también dar visibilidad a la endometriosis y normalizar la actividad. Esta actividad está muy hilada a la anterior, ya que hay mucho trabajo para conseguir una mayor concienciación de la población en general.

¿Consideras que la población está bien informada acerca de la enfermedad y de los síntomas que conlleva?

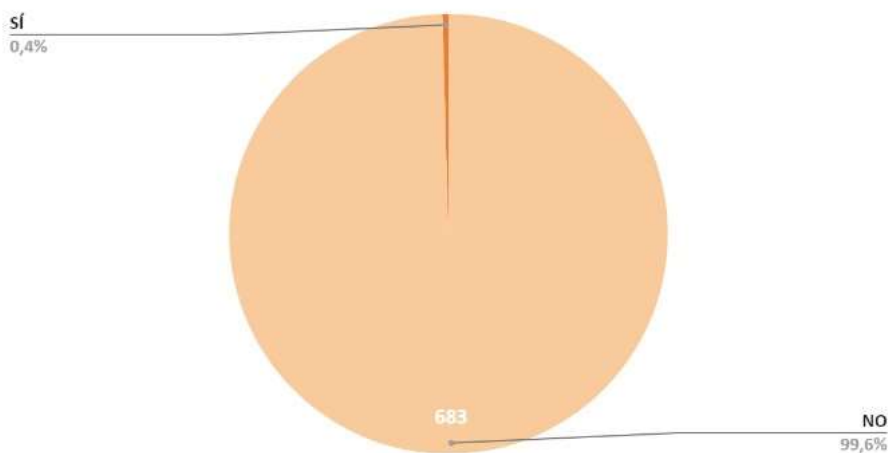


Gráfico 3: "¿Consideras que la población está bien informada acerca de la enfermedad y de los síntomas que conlleva?". Gráfico de elaboración propia

- Técnica propuesta: charlas con diferentes núcleos de población.
- Materiales necesarios: proyector, ordenador, micrófono, silla, mesa y las aulas que cada centro nos preste para poder realizar la charla.
- Tiempo estimado: el tiempo será aproximadamente de 60 min cada charla y será 2 veces a la semana. En total en un mes la actividad se completará con 2 horas a la semana y 8 horas será el total para finalizar la actividad indicada.

- Desarrollo de la actividad: las mujeres irán a diferentes lugares como centros educativos a impartir charlas para que la población sea consciente de la enfermedad. Al finalizarla, se repartirán infografías que ellas mismas habrán realizado anteriormente (Actividad 1).

ACTIVIDAD 3:

Título: **charla sexóloga.**

- Motivo de la actividad: en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se observa cómo el 76,1% de las mujeres han notado una disminución del apetito sexual y un 9,3% lo han notado de vez en cuando. No obstante, aunque el 14,6% de las mujeres no les haya afectado, no podemos olvidar a las que sí. Por ello, el objetivo de la actividad es mejorar el apetito sexual y la lívido o en caso de tener pareja, técnicas para mejorar la relación en este ámbito.

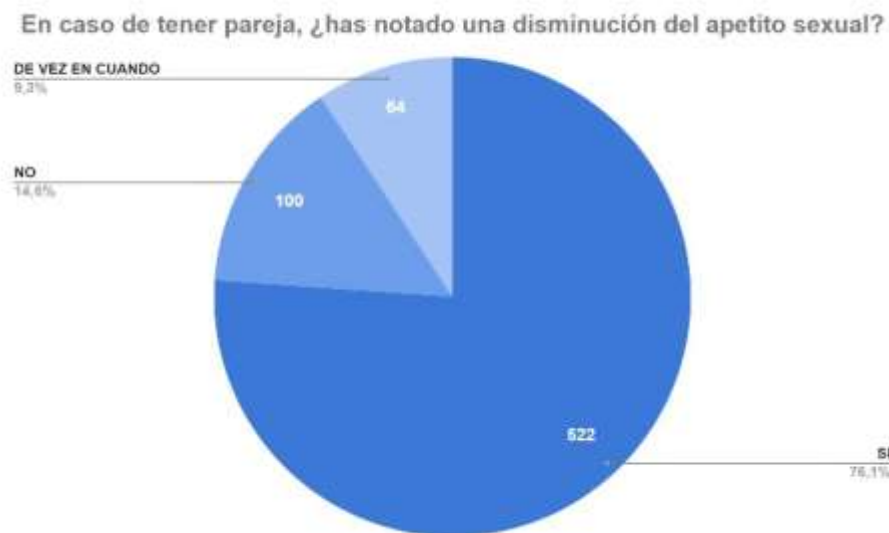


Gráfico 4: "En caso de tener pareja, ¿has notado una disminución del apetito sexual?". Gráfico de elaboración personal

- Técnica propuesta: charla de la sexóloga con las mujeres afectadas y con sus parejas en casa de ser necesario.
- Materiales necesarios: un lugar cálido, una webcam con una silla para las pacientes y un ordenador con un proyector para que la sexóloga pueda dar su charla.
- Tiempo estimado: el tiempo será aproximadamente de 60 min cada terapia una vez a la semana. En total en un mes la actividad se completará con una hora a la semana y 4 horas será el total para finalizar la actividad indicada.
- Desarrollo de la actividad: esta actividad se desarrollará para que las mujeres puedan exponer sus dudas relacionadas con el ámbito sexual y se puedan explicar diferentes técnicas o tratamientos para poder mejorar de manera individual. La charla podrá realizarse de manera online por si alguien no puede acceder.

ACTIVIDAD 4:

Título: **clases de yoga.**

- Motivo de la actividad: en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se observa cómo al 45,2% de las mujeres les ha afectado mucho la enfermedad, seguido del 41,1% que les ha afectado muchísimo. A tan solo el 0,7% de las mujeres no les ha afectado nada y a un 12,9% poco o un poco. Por ello el objetivo de la actividad es reducir el nivel de dolor mediante diferentes ejercicios mejorando así también la relajación.

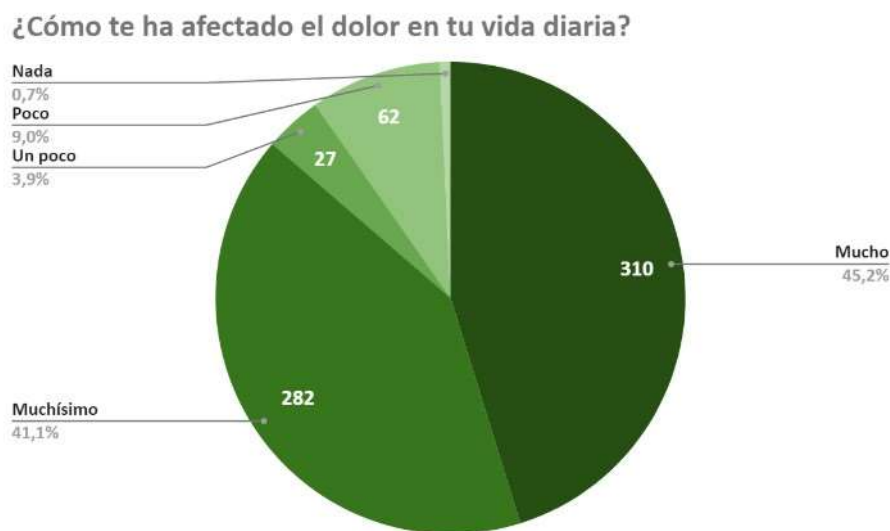


Gráfico 5: "¿Cómo te ha afectado el dolor en tu vida diaria?". Gráfico de elaboración propia.

- Técnica propuesta: realizar yoga y ejercicios de relajación y estiramiento.
- Materiales necesarios: una esterilla por cada mujer que asista, un móvil con un altavoz, un cojín y botellas de agua
- Tiempo estimado: el tiempo será aproximadamente de 60 min cada clase dos veces en semana. En total en un mes la actividad se completará con 2 horas a la semana y 8 horas será el total para finalizar la actividad indicada.
- Desarrollo de la actividad: se realizará al aire libre, más concretamente en el cauce del río Turia. La clase comenzará con ejercicios de relajación (incluyendo una canción que será el mantra), después se pasará al yoga y para finalizar se harán unos estiramientos. Al final cada una podrá explicar cómo se siente después de haber ido a clase.

ACTIVIDAD 5:

Título: **talleres de reunión con el entorno más cercano.**

- Motivo de la actividad: en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se observa cómo al 47,8% de las mujeres les ha afectado mucho en su entorno familiar seguido de un 32,9% que sólo les ha afectado un poco. Es un porcentaje muy pequeño (19,2%) al que no le ha afectado nada. Por ello, el objetivo de la actividad es mejorar la

relación entre ellos y el aumento de comprensión acerca de la enfermedad y de los síntomas y consecuencias tan duras que se puedan producir.

¿Cómo te ha afectado la enfermedad en tu entorno familiar?

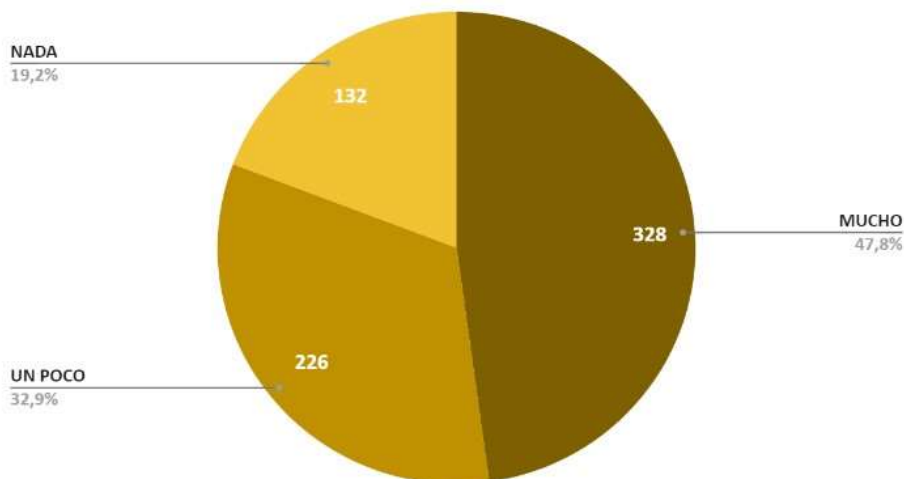


Gráfico 6: "¿Cómo te ha afectado la enfermedad en tu entorno familiar?". Gráfico de elaboración propia

- Técnica propuesta: charlas y explicación de los sentimientos de las mujeres con endometriosis a sus familiares más cercanos.
- Materiales necesarios: en un aula con privacidad se necesitarán sillas, mesas y un micrófono por si alguien quiere hablar en voz alta para explicar cómo se siente delante de los demás.
- Tiempo estimado: el tiempo será aproximadamente de 60 min cada clase una vez a la semana. En total en un mes la actividad se completará con una hora a la semana y 4 horas será el total para finalizar la actividad indicada.
- Desarrollo de la actividad: se desarrollará en un aula donde se pueda tener intimidad a la hora de charlar entre ellos. En este taller, el psicólogo ayudará a que se entiendan ambas personas y se pueda llegar a una comprensión y mejorar las relaciones en caso de que sea necesario. Ellas a su vez podrán exponer sus diferentes dudas acerca del tema y de las inseguridades que pueden tener. La charla podrá realizarse de manera online por si alguien no puede acceder (tanto el entorno como la mujer afectada).

ACTIVIDAD 6:

Título: **técnicas de cura de heridas y dudas de ámbito sanitario.**

- Motivo de la actividad: en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se observa cómo a la mayoría de ellas (64%) no les ha sido complicado el postoperatorio, pero hay un porcentaje bastante elevado de ellas (36%) a las que sí les ha sido complicado. Por ello, el objetivo de la actividad es que las mujeres conozcan los materiales necesarios para la realización de sus curas y el mayor conocimiento acerca

de los tratamientos o síntomas que pueden padecer.

Si has sido sometida a cirugía, ¿fue complicado el postoperatorio?

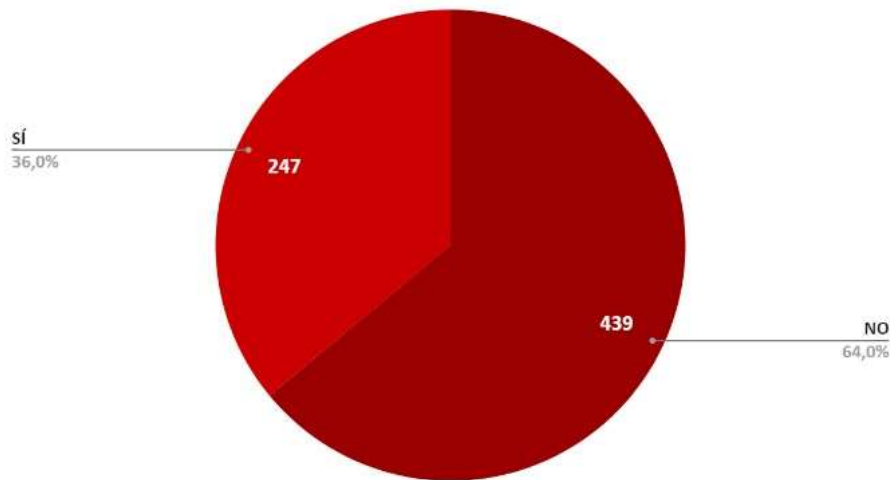


Gráfico 7: " Si has sido sometido a cirugía, ¿fue complicado el postoperatorio?". Gráfico de elaboración propia

- Técnica propuesta: cura de herida como consecuencia de la cirugía por endometriosis y posibles dudas acerca de la enfermedad.
- Materiales necesarios: clorhexidina, gasas estériles, apósitos pequeños y medianos, paño estéril o no estéril, guantes, ordenador, proyector, webcam, camilla
- Tiempo estimado: el tiempo será aproximadamente de 60 min cada taller una vez a la semana. En total en un mes la actividad se completará con una hora a la semana y 4 horas será el total para finalizar la actividad indicada.
- Desarrollo de la actividad: será una enfermera la que les explique la técnica de la cura de la herida por si alguna vez tienen que curarlo ellas mismas. En este taller, las mujeres podrán exponer sus dudas a las enfermeras en cuanto a la cura de la herida. La charla podrá realizarse de manera online por si alguien no puede acceder.

ACTIVIDAD 7:

Título: **ejercicio físico.**

- Motivo de la actividad: en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se observa cómo el 73,3% de las mujeres tienen una vida activa independientemente de la enfermedad, pero para el 26,7% de ellas que no la tienen, sería conveniente esta actividad para no caer en la rutina de no realizar ejercicio físico. Por ello, el objetivo de la actividad es mantener activas a las mujeres y que no se olviden de la importancia del ejercicio físico.

¿Tienes una vida activa independientemente de la padecer la enfermedad?

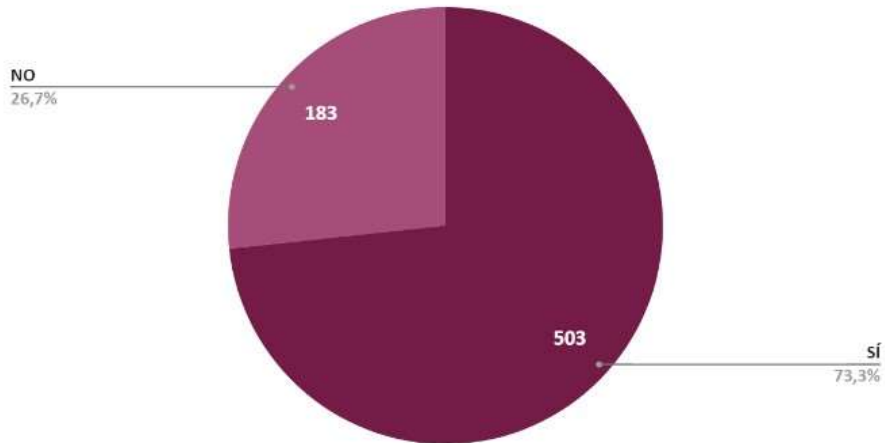


Gráfico 8: "¿Tienes una vida activa independientemente de padecer la enfermedad?". Gráfico de elaboración propia.

- Técnica propuesta: realizar ejercicio físico acorde a sus capacidades.
- Materiales necesarios: una esterilla por cada mujer que asista, una goma elástica, pesas (pequeñas), un móvil con un altavoz y botellas de agua
- Tiempo estimado: el tiempo será aproximadamente de 90 min cada clase dos veces en semana. En total en un mes se completará con 3 horas a la semana y 12 horas será el total para finalizar la actividad indicada.
- Desarrollo de la actividad: consta de un profesor/a de gimnasia que les imparta las clases. Primero, andarán durante 30 minutos y luego se harán los ejercicios. En cada una de ellas se ejercitará todo el cuerpo, pero sabiendo que, si alguna mujer le cuesta o no puede realizar ese ejercicio, adaptarlo de manera individual.

ACTIVIDAD 8:

Título: **grupos de apoyo.**

- Motivo de la actividad: en base a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, se observa cómo al 75,7% de las mujeres les ha afectado de manera negativa la enfermedad en su ámbito personal seguido del 17,3% que les ha sido regular la enfermedad en su ámbito personal. Tan solo a un 7% no les ha afectado. Por ello, el objetivo de esta actividad es que se sientan comprendidas por otras mujeres que estén en su misma situación y reduzcan su nivel de estrés o ansiedad que la enfermedad les pueda estar produciendo.

En caso de producirte infertilidad, ¿de qué manera te ha afectado esta consecuencia en tu ámbito personal?

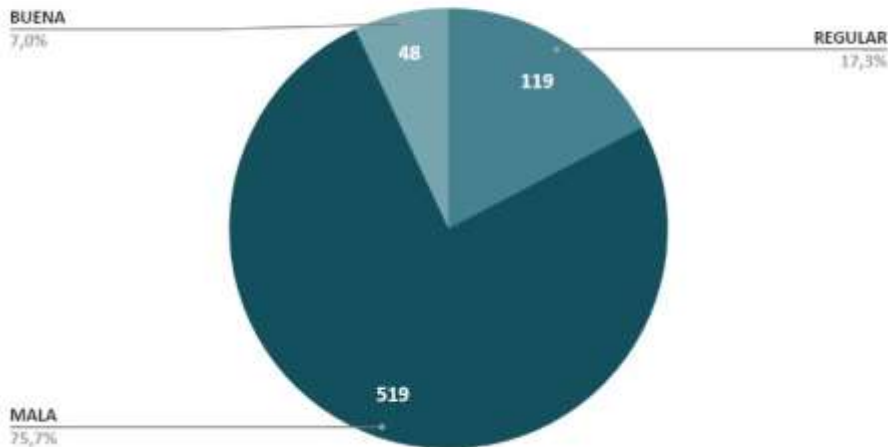


Gráfico 9: "En caso de producirte infertilidad, ¿de qué manera te ha afectado esta consecuencia en tu ámbito personal". Gráfico de elaboración personal

- Técnica propuesta: terapias mediante grupos de apoyo.
- Materiales necesarios: se necesitarán sillas, un espacio acogedor, ordenador, proyector y webcam.
- Tiempo estimado: el tiempo será aproximadamente de 90 min cada charla y se harán 2 clases a la semana. En total en un mes la actividad se completará con 3 horas a la semana y 12 horas será el total para finalizar la actividad indicada.
- Desarrollo de la actividad: consistirá en que las mujeres se sienten en las sillas en círculo y expongan cómo se sienten y cómo están afrontando la situación para que se sientan identificadas las unas con las otras y comprendidas. La charla podrá realizarse de manera online por si alguien no puede acceder.

8.4 Recursos

RECURSOS MATERIALES			
Material aulario	Material manualidades	Material ejercicio	Material enfermero
Sillas	Folios en blanco	Esterilla	Camilla
Mesas	Bolígrafos	Cojines	Clorhexidina
Ordenador/ Impresora	Rotuladores	Botellas de agua	Gasas estériles
Proyector	Tijeras	Goma elástica	Apósitos pequeños medianos y grandes
Webcam	Cartulinas	Pesas pequeñas	Paño estéril
Altavoz	Subrayadores		Empapador
Micrófono	Plastificadores		Guantes
Móvil	Celo/ Pegamento		

Tabla 6: recursos materiales. Tabla de elaboración propia

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS NATURALES
Personas coordinadoras del programa Mujeres con endometriosis Sexólogos Profesor/a de yoga Dietista Enfermero/a Entrenador personal	Aulas para los grupos de apoyo, curas e infografías Salas para realizar las charlas informativas Parques y lugares de la ciudad al aire libre

Tabla 7: recursos humanos y naturales. Tabla de elaboración propia

9. CRONOGRAMA

Antes de planificar estas actividades, durante los dos meses previos, los profesionales valoran cuáles son las necesidades primordiales de este colectivo. Para ello se han sacado los resultados obtenidos en el estudio para poder observar sus necesidades.

Las actividades se desarrollarán de lunes a viernes, y para todo aquel que lo necesite, se dispondrá de manera online de todas las charlas y de los grupos de apoyo. No obstante, si alguna mujer quiere y así lo desea, podrá comunicarse de manera individual con el profesional de cada actividad para cualquier cambio o explicación extra. Las charlas se impartirán en un aula cedida por el Instituto Valenciano de Infertilidad.

Este programa realiza las actividades tanto por las mañanas como por las tardes para que les sea más fácil la asistencia a cada una de ellas, pues si trabajas por la mañana, que puedas acudir a las actividades por la tarde y de manera inversa lo mismo. No obstante, las mujeres que deseen realizar las actividades en los ambos turnos (mañana y tarde) está completamente aceptado.

Durante los talleres se realizan las evaluaciones a las mujeres sobre su conducta, siendo corroborado por los profesionales que imparten estas actividades.

Con este proyecto se pretende conseguir reforzar las necesidades expuestas por las mujeres con endometriosis, alcanzando unas bases de autonomía y de confianza en ellas mismas y en el entorno que les rodea.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
INFOGRAFÍAS 9:30 – 10:30	GRUPO APOYO 10:00 – 11:30	CHARLA CENTROS EDUCATIVOS 10:00 – 11:00	YOGA 10:00 – 11:00	EJERCICIO 10:00 – 11:30
CHARLA SEXÓLOGA 17:00 – 18:00	YOGA 17:00 – 18:00	REUNIONES CON EL ENTORNO 13:00 – 14:00	GRUPO APOYO 18:00 – 19:30	ACTIVIDAD ENFERMERA 13:00 – 14:00
INFOGRAFÍAS 20:00 – 21:00		EJERCICIO 18:00 – 19:30		CHARLA CENTROS EDUCATIVOS 17:00 – 18:00

Tabla 8: cronograma de las sesiones. Tabla de elaboración propia

10. EVALUACIÓN

En cuanto a la evaluación, se obtendrán una serie de datos correspondientes a los indicadores y los subapartados reflejados en la siguiente tabla.

INDICADORES DE ESTRUCTURA	INDICADORES DE PROCESO	INDICADORES DE RESULTADOS
El horario, la duración y el número de sesiones me han parecido coherentes y adecuadas.	Total, de mujeres con endometriosis que asisten a todas las sesiones/ Total de mujeres con endometriosis incluidas en el proyecto.	Encuesta que incluya la medición de habilidades y actitudes conseguidas por las participantes al recibir la información (Anexo 5).
Los escenarios y aulas donde se han desarrollado las actividades han cubierto las expectativas en cuanto a la confortabilidad y comodidad.	Total, de sesiones previstas en el programa/ total de sesiones realizadas.	Cuestionario de satisfacción donde se recoja la opinión de los participantes respecto a la organización del programa y qué situaciones de mejora se proponen (Anexo 6).
Los contenidos y recursos prácticos han sido adecuados.	Total, de sesiones completadas en su totalidad/ total de sesiones incompletas.	Cuestionario elaborado para evaluar este programa de formación (Anexo 7).

Tabla 9: indicadores de evaluación del programa. Tabla de elaboración propia.

11. CONCLUSIÓN

Este proyecto de educación para la salud en mujeres con endometriosis de la Comunidad Valenciana, busca mejorar la calidad de vida realizando diferentes actividades para cubrir las necesidades de las mujeres en la esfera mental, social y sexual. La atención enfermera basada en la evidencia es muy útil para proporcionar los mejores cuidados mediante un programa que es evaluable y permite mejorar las sesiones y actividades propuestas.

Por otro lado, se ha querido dar visibilidad a la enfermedad y a las consecuencias que conlleva. Mucha gente no tiene apenas información acerca de la endometriosis, y es de vital importancia, puesto que es un colectivo de mujeres que necesitan mucho apoyo y comprensión no solo por las consecuencias físicas sino también por las psicológicas.

Como diría Marta Díaz en el podcast Ellas Opinan: “Una no sabe lo fuerte que es hasta que llega la adversidad. En mi caso llegó con el diagnóstico de endometriosis profunda y adenomiosis. Desde entonces, yo lucho para darle visibilidad”. Por ello, la finalidad de este trabajo también es conseguir darle visibilidad a esta enfermedad la cual está tan poco estudiada e investigada.

Proyectos de este tipo son de vital importancia en cualquier ámbito de la vida, para ayudar a este tipo de población ya que muchas veces pueden sufrir todas las consecuencias en silencio y las personas allegadas a ellas también. No se puede olvidar nadie, de lo importante que es el trabajo de todos los profesionales involucrados en el programa ya que sin ellos esto no podría salir para adelante, y por las que luchando se consiguen muchos beneficios tanto para las personas a las que se les ayuda como para ellas mismas.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos, Y., Belzusarri, O., & Pacheco, J. (2006). Endometriosis y fecundidad. *Horizonte Médico*, 6 (1), 10 -16. doi: <http://doi.org/10.24265/horizmed>.
2. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanism, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019; 15: 666 – 82.
3. Vercellini P et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril*. 1996; 65 (2): 299 – 304.
4. T. Zondervan, Christian M. Becker, Keaori Koga y colaboradores *Nature Reviews Disease Primers* volume 4, Article number: 9 (2018)
5. Guidice LC. 2010. Clinical practice. Endometriosis. *The New England journal of medicine* 362:2389-2398
6. Vercellini P, Viganò P, Somigliana F, Fedele L, 2014. Endometriosis: Pathogenesis and treatment. *Nature reviewa Endocrinology* 10:261-275
7. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. 2019. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature reviews Endocrinology* 15:666-682
8. Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, et al 2019. Endometriosis. *Endocrine reviewa* 40:1048-1079
9. Patel BG, Lenk EE, Lebovic DI, Shu Y, Yu J, Taylor RN. Pathogenesis of endometriosis: interaction between Endocrine and Inflammatory pathways. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018; 50:50-60. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.006
10. Mao, A.J. and Anastasi, J.K. (2010), Diagnosis and management of endometriosis: The role of the advanced practice nurse in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22: 109-116.
11. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, Jenkinson C, Kennedy SH, Zondervan KT; World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011
12. Burghaus S, Hildebrandt T, Fahlbusch C, Heusinger K, Antoniadis S, Lermann J, et al. Standards Used by a Clinical and Scientific Endometriosis Center for the Diagnosis and Therapy of Patients with Endometriosis. *Geburtsh und Frauenheilk*. 2019.
13. Andres MP, Mendes RFP, Hernandez C, Araújo SEA, Podgaec S. Hormone treatment as first line therapy is safe and relieves pelvic pain in women with bowel endometriosis. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019
14. Eisenberg VH, Weil C, Chodick G, Shalev V. 2018. Epidemiology of endometriosis: A large population – based database study from healthcare provider with 2 million members. *BJOG: an international journal of obstetric ang gynaecology*

15. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de publicaciones; c2013
16. Aznaurova, Y., Zhumataev, M., Roberts, T., Aliper, A., & Zhavoronkov, A. (2014). Molecular aspects of development and regulation of endometriosis. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 12 (50)
17. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016
18. González Medina, E. P. (2018). Endometriosis: concepto, tratamientos y cuidados de Enfermería.
19. Nesbitt-Hawes EM, Ledger W. 2015. Endometriosis and infertility. In: *Reproductive surgery in assisted conception*, (Metwally M, Li T-C, eds). London: Springer London, 29 – 35.
20. Mechanisms of pain in endometriosis Morotti, Matteo et al 2017. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 209, 8 - 13
21. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fert Steril* 1997; 67 (5):817-821
22. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 258-64
23. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Development of the Short Form Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-5. *Qual life Res* 2004; 13:695-704 ESCALAS
24. NNNConsult (universidadeuropea.es)
25. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4:CD011031
26. Jin X, Ruiz Beguerie J. Laparoscopic surgery for subfertility related to endometriosis: a metaanalysis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2014; 53:303-8
27. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De BieB, et al. ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014; 29:400–12
28. Tanbo T, Fedorcsak P. Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(6):659–667

13. ANEXOS

ANEXO 1: Escala analógica visual (valoración de la intensidad del dolor)

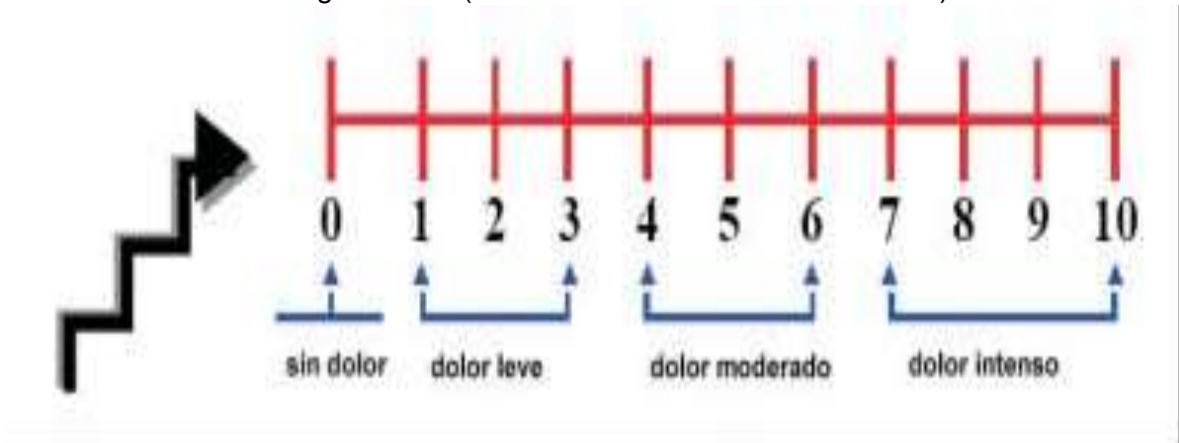


Imagen 1: escala EVA. Imagen de: [ENDOMETRIOSIS \(sanidad.gob.es\)](http://ENDOMETRIOSIS(sanidad.gob.es))

ANEXO 2: Clasificación ASRM 1996

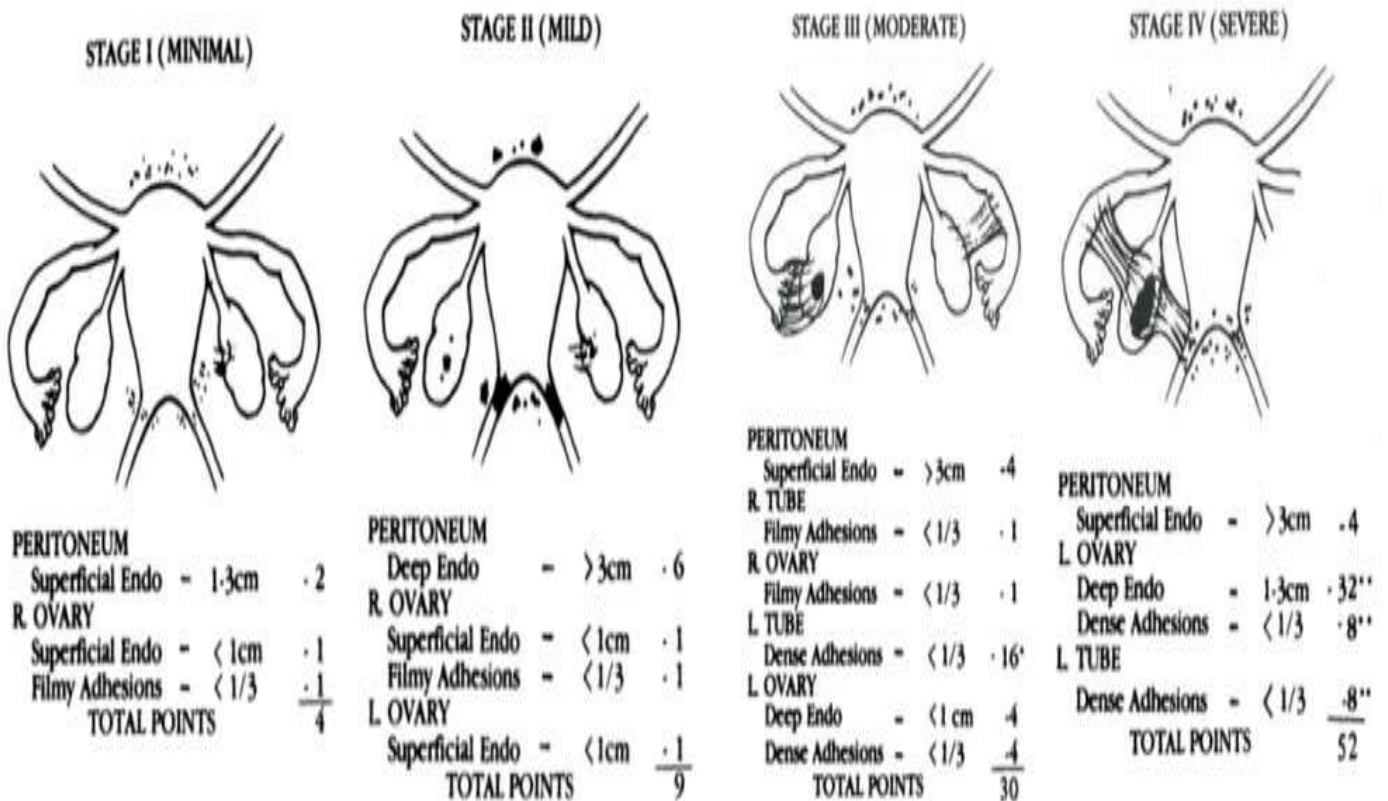


Imagen 2: clasificación ASRM 1996. Imagen de: Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. Fert Steril 1997; 67 (5):817-821

ANEXO 3: Sistema de puntuación de Enzian para mujeres con endometriosis profunda.

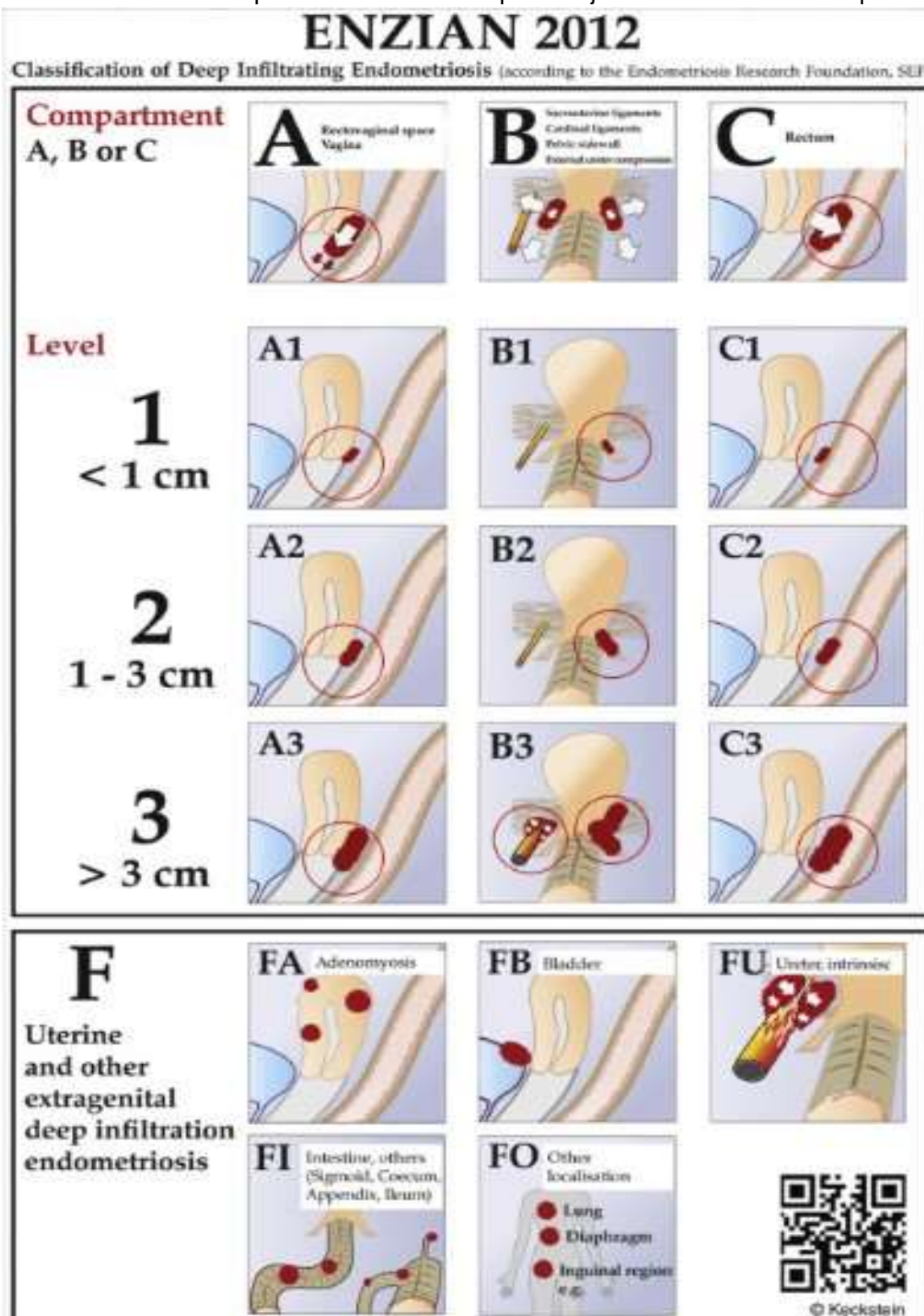


Imagen 3: sistema de puntuación Enzian para mujeres con endometriosis profunda. Imagen de: www.endometriosesef.de/dateien/ENZIAN_2013_web.pdf

ANEXO 4: Aprobación CI



Comisión de Investigación de la Universidad Europea

Villaviciosa de Odón, 26 de abril de 2023

Estimada investigadora,

La Comisión de Investigación de la Universidad Europea de Madrid, considerando la documentación e información remitida con fecha 28 de marzo de 2023, notifica que el Proyecto de Investigación ha quedado registrado con los siguientes datos:

- **Título:** "Programa de Educación para la salud en mujeres con endometriosis"

- **Responsable:** Laura Serralta García

- **Fecha de registro:** 24/04/2023

- **Código de registro:** 23.228

Atentamente,

Fdo.: Lola Pujol

Secretaria de la Comisión de Investigación de la Universidad Europea

Imagen 4: aprobación CI. Captura de imagen del correo con destinatario ci@universidadeuropea.es

ANEXO 5: Encuesta de endometriosis

1. Edad
2. ¿Está diagnosticada de endometriosis?

En caso de que la respuesta anterior sea un sí, responda a las siguientes preguntas:

1. ¿A qué edad fuiste diagnosticada de endometriosis?
2. ¿Cómo te ha afectado la enfermedad en tu entorno familiar?

3. En caso de tener pareja, ¿has notado una disminución del apetito sexual?
4. ¿Cómo te ha afectado el dolor en tu vida diaria?
5. Si el dolor ha sido incapacitante, ¿qué opciones de tratamiento analgésico y no analgésico has utilizado?
6. En caso de producirte infertilidad, ¿te ha afectado esta consecuencia en tu ámbito personal?
7. En caso de que hubiese otro síntoma que ha afectado en tu vida diaria, ¿cuál es?
8. En caso de haber sido sometida a cirugía, ¿fue complicado recuperarse del post operatorio?
9. ¿Tienes una vida activa independientemente de padecer la enfermedad?
10. ¿Consideras que la población está bien informada acerca de la enfermedad y de los síntomas que conlleva?

ANEXO 5: Encuesta sobre la medición de habilidades y actitudes conseguidas por las participantes.

Realiza el cuestionario puntuando los siguientes ítems siendo el 1 en desacuerdo y el 10 en completo acuerdo.

¿La sesión de apoyo te ha dado la confianza suficiente para poder expresarte de manera libre?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Crees que la manera de llevar a cabo las charlas ha ayudado a concienciar a gente joven sobre la magnitud de esta enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que los temas llevados a cabo en la charla con la sexóloga han sido útiles para aplicarlos en tu vida diaria?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Crees que la realización de infografías es útil para la concienciación de la enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que el yoga es una actividad física útil para realizar padeciendo esta enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que aprender la dieta es necesario para convivir con esta enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Te ha ayudado el ejercicio físico a llevar de mejor manera la enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Has aprendido a realizar las técnicas necesarias de curas en caso de una operación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que esta serie de actividades es adecuada para personas que padecen esta enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que este programa ayuda a la convivencia con la enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabla 10: encuesta sobre la medición de habilidades y actitudes. Tabla de elaboración propia

ANEXO 6: Cuestionario de satisfacción sobre la organización y las situaciones de mejora del programa.

Realiza el cuestionario puntuando los siguientes ítems siendo el 1 en desacuerdo y el 10 en completo acuerdo.

Están bien organizadas las sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hay flexibilidad de horarios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Está bien distribuido el tiempo de cada actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las actividades son amenas y se disfrutan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los profesionales muestran interés por nosotras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He recibido un trato profesional por parte de los organizadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
He recibido un trato humano por parte de los organizadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Considero que se han utilizado los instrumentos adecuados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabla 11: cuestionario de satisfacción. Tabla de elaboración propia.

ANEXO 7: Cuestionario de evaluación del programa de formación.

Realiza el cuestionario puntuando los siguientes ítems siendo el 1 en desacuerdo y el 10 en completo acuerdo.

La duración de las sesiones es correcta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las sesiones realizadas son dinámicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los contenidos aprendidos en las diferentes sesiones prácticas le ayudarán en su vida diaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Las actividades realizadas están adaptadas a las diferentes necesidades de manera individualizada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Son cómodas las salas en dónde se realizan las diferentes actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Los materiales empleados en las actividades son de calidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El programa abarca todas las esferas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

El programa propuesto es realista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Recomiendo el programa propuesto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me encuentro satisfecho con el programa de manera generalizada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabla 12: cuestionario de evaluación del programa. *Tabla de elaboración propia.*