



**Facultad de Humanidades**

**Licenciatura en Psicología**

**TRABAJO FINAL DE CARRERA**

**Abordaje Psicoterapéutico de la Endometriosis en mujeres en  
edad fértil**

**Tutora: León, Verónica**

**Alumna: Gulias, Sabrina Soledad**

**Matrícula: 21273**

**ID: 147239**

**Febrero, 2023**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sabrina Gulias', written in a cursive style.

# ÍNDICE

TITULO.....	3
RESUMEN.....	3
Palabras Claves.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Presentación del tema.....	4
Problema de investigación.....	5
Preguntas de investigación.....	5
Relevancia de la temática.....	5
Objetivos.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Alcances y límites.....	7
Antecedentes.....	8
Estado del arte.....	9
Marco Teórico.....	10
Desarrollo metodológico.....	12
Procedimiento.....	12
Índice Comentado.....	12
CAPITULO 1: ENDOMETRIOSIS Y SUS IMPLICANCIAS PSICOFÍSICAS.....	14
1.1 Definición.....	14
1.2 Etiopatogenia y clasificación.....	14
1.3 Sintomatología.....	15
1.4 Diagnóstico.....	16
1.5 Tratamiento.....	16
1.6 Impacto psíquico, social y familiar.....	17

CAPITULO 2: PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL .....	19
2.1 Psicoterapia .....	19
2.2 Orígenes del modelo Cognitivo - Conductual .....	20
2.3 Psicoterapia en el manejo de enfermedades crónicas .....	22
CAPITULO 3: IMPACTO PSÍQUICO Y ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DE LA ENDOMETRIOSIS.....	24
3.1 Impacto Psíquico: causas e implicancias.....	24
3.2 Estrés y endometriosis.....	28
3.3 Abordaje psicoterapéutico de la endometriosis .....	29
3.4 Métodos alternativos y complementarios a la psicoterapia desde la psicoeducación y la interdisciplina .....	31
CONCLUSIONES .....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	35

## Titulo

“Abordaje Psicoterapéutico de la Endometriosis en mujeres en edad fértil”

## Resumen

La endometriosis es una enfermedad crónica benigna, que padecen alrededor de 176 millones de mujeres en edad fértil en el mundo (Barañao, 2015). Es considerada la causa más común de dolor pélvico crónico femenino. Su sintomatología asociada al dolor crónico, su diagnóstico tardío y la infertilidad a la cual se encuentra asociada, son factores que afectan de manera negativa la salud psíquica de quienes la padecen, repercutiendo en su calidad de vida y en sus relaciones familiares, de pareja y laborales.

Si bien actualmente existe tratamiento médico para la enfermedad, la misma suele reincidir, y el manejo del dolor no siempre resulta efectivo, lo que se traduce en un desgaste físico, mental y social para estas mujeres. En otras palabras, a pesar del impacto psíquico que representa la endometriosis, su abordaje terapéutico aún sigue siendo escaso.

El siguiente trabajo, a modo de revisión bibliográfica, pretende investigar sobre las distintas repercusiones que origina la patología en el psiquismo de las mujeres que padecen esta enfermedad, proponiendo como objetivo analizar la importancia de la asistencia psicoterapéutica en mujeres en edad fértil que presentan endometriosis, a fin de generar un abordaje cognitivo, psicoeducativo e interdisciplinario que pueda acompañar a estas mujeres a transitar la enfermedad de la mejor forma posible, contribuyendo a que logren desarrollar mecanismos de afrontamiento y adaptación que favorezcan su bienestar físico y emocional.

### **Palabras Claves:**

Endometriosis, Dolor crónico, Calidad de vida, Impacto psíquico, Psicoeducación

# Introducción

## **Presentación del tema**

La endometriosis es una enfermedad ginecológica benigna que puede afectar a toda mujer en edad reproductiva. Según la Sociedad Argentina de Endometriosis (SAE, 2022), se estima que entre un 6 y un 10% de la población femenina, con una edad promedio de 28 años al momento del diagnóstico, padece endometriosis.

Hasta la fecha no se conoce la causa de esta enfermedad, pudiendo categorizarla como una enfermedad de tipo multifactorial. Sus manifestaciones clínicas son muy variadas: puede ser completamente asintomática (lo que se estima que ocurre entre el 15-30% de las mujeres diagnosticadas), hasta adoptar formas más severas con dolores intensos y con alta probabilidad de infertilidad, lo que puede repercutir en el estado anímico de las pacientes que la sufren, afectando su calidad de vida.

Actualmente el diagnóstico es muy difícil de establecer, debido a la misma variabilidad de la enfermedad, el complejo diagnóstico diferencial con otras enfermedades similares, o la creencia generalizada en las mujeres de que es normal el dolor durante la menstruación. Según la SAE (2022), esta subestimación, en muchas oportunidades, silencia los síntomas de la endometriosis y retrasa su diagnóstico incluso hasta por 10 años. Al ser una enfermedad crónica y progresiva, el tratamiento puede ser prolongado y su mayor adhesión puede ayudar a obtener mejores resultados terapéuticos.

La escasa visibilidad de la enfermedad, su sintomatología asociada al dolor y la dificultad en el diagnóstico precoz de la misma, contribuyen a que las mujeres que padecen dicha patología puedan presentar alteraciones emocionales que afectan su calidad de vida. Por otra parte, existen limitaciones en el sistema de salud tanto a nivel médico como a nivel de las entidades prestadoras de servicios, sub diagnosticando la enfermedad debido a que no existe a la fecha una regulación legislativa que contemple a la endometriosis de manera biopsicosocial.

La “Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud Español” (2013), advierte que las publicaciones que aportan información sobre las características psicológicas de las mujeres con endometriosis son escasas e incluso presentan resultados contradictorios entre ellas. Asimismo, se sabe que los niveles de ansiedad y depresión son mayores en pacientes que presentan alguna patología asociada al dolor crónico (Banks y Kerns, 1996). En este sentido, los factores psicológicos podrían influir en la percepción de dolor que presentan las mujeres con endometriosis, encontrándose mayor predisposición a padecer de trastornos asociados a la depresión y la ansiedad (Sepulcri y Amaral, 2009).

Por ello, sería importante poder realizar un acompañamiento psicoterapéutico basado principalmente en la psicoeducación, a fin de proporcionar las herramientas necesarias para el afrontamiento y padecimiento de dicha enfermedad, la cual puede comprometer la vida social, familiar, laboral y personal de las mujeres afectadas.

### **Problema de investigación**

Si bien la terapéutica de la endometriosis intenta avanzar considerablemente en el ámbito científico, haciendo foco solo en lo que respecta a la enfermedad y su tratamiento terapéutico, desde la psicología ha sido un tema con escaso abordaje donde se han dejado de lado variables amplias y fundamentales como lo son la contención psicológica y el apoyo social, familiar y laboral.

A su vez, el sistema sanitario no brinda la atención primaria en salud correspondiente a la enfermedad, invisibilizando a la misma. Esto ocasiona problemáticas como el retraso en el diagnóstico o la falta de información sobre la enfermedad, lo que repercute en la calidad de vida de las mujeres que presentan endometriosis.

Frente a esto, se hace necesario poder contar con un seguimiento y acompañamiento interdisciplinario a lo largo de la enfermedad que pueda facilitar la adherencia al tratamiento y el éxito del mismo.

### **Preguntas de investigación**

¿Cómo podría abordarse la enfermedad de manera interdisciplinaria?

¿Cómo repercute psicológicamente la endometriosis en las mujeres en edad fértil?

¿Cuáles son los beneficios de contar con asistencia psicológica en la endometriosis?

¿Cuál es la intervención terapéutica más efectiva para lograrlo?

### **Relevancia de la temática**

La endometriosis es una enfermedad que afecta a 1 de cada 10 mujeres en edad fértil, lo que representa aproximadamente 176 millones de mujeres en el mundo (Rogers et al., 2008, p. 336).

La relevancia de la temática planteada radica en varios ejes a considerar. En primer lugar, la falta de información acerca de la endometriosis a nivel social; la escasa visibilización que hay sobre ella y la normalización del dolor en las primeras menstruaciones, son entre otras, algunas de las causas de su diagnóstico tardío.

Asimismo, las mujeres que padecen esta enfermedad han de presentar sentimientos de ambivalencia que las llevan a sentir frustración, incomprensión, aislamiento social y laboral, producto del desconocimiento de su diagnóstico, y por otro lado, las enfrentan al desafío de tener que transitar una enfermedad crónica que puede ser altamente incapacitante si no reciben el tratamiento adecuado (Zondervan, Becker y Koga, 2018).

Por otra parte, una vez establecido el diagnóstico, la endometriosis suele quedar reducida al estudio de los factores físicos por parte del personal de salud, abordándose el tema de manera exclusivamente orgánica e ignorándose quizás los aspectos psíquicos y emocionales que afectan a estas mujeres. Es así como generalmente la enfermedad suele ser detectada tardíamente, muchas veces por los equipos de fertilización asistida, adonde acuden las mujeres derivadas por sus médicos debido a la infertilidad que puede producir en algunos casos.

Si bien los centros de fertilidad suelen contar con un equipo de psicólogos y psicólogas para el abordaje de ciertas patologías relacionadas con la imposibilidad de concebir, la endometriosis, si no es tratada en uno de estos centros, suele quedar excluida del acompañamiento psicoterapéutico. Por este motivo es relevante no solo poder justificar el abordaje psicoterapéutico e interdisciplinario de esta temática para el acompañamiento de las personas que presentan el diagnóstico, sino también para el entorno social, familiar y laboral, que acompaña a la misma y que muchas veces se encuentra condicionado por el desconocimiento y los mitos que circulan sobre la enfermedad.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Analizar la importancia de la asistencia psicoterapéutica en mujeres en edad fértil que presentan endometriosis.

### **Objetivos Específicos**

- Indagar sobre los beneficios que puede otorgar la psicoeducación en mujeres diagnosticadas con endometriosis.
- Evaluar métodos alternativos y complementarios a la psicoterapia desde la interdisciplina, que puedan contribuir a una mejor calidad de vida en mujeres con endometriosis.

## **Alcances y límites**

El presente trabajo de investigación aborda la intervención psicológica desde la perspectiva de la psicología de la salud, tomando como modelo terapéutico de referencia al Modelo Cognitivo Conductual. El rol del psicólogo se trabajará primordialmente desde la interdisciplina. Se tendrán en cuenta factores psicológicos, psicosociales, psicopatológicos, calidad de vida, estilo, estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento.

Si bien la psicología de la salud opera en distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, en este trabajo consideraremos a la misma desde la atención secundaria y terciaria de la salud, que hacen referencia a la reducción de incidencias, complicaciones, recuperación, rehabilitación y reinserción del paciente respectivamente (Gómez Rojas, 2007; Martín Alfonso, 2003).

La población elegida son mujeres en edad fértil, cuya edad se encuentre comprendida entre los 15 y 49 años (según definición de la Organización Mundial de la Salud), que presenten sintomatología compatible con endometriosis, con diagnóstico tardío de la misma y que no necesariamente deseen buscar un embarazo. No será posible generalizar lo desarrollado a otro grupo etario que no sea el especificado. Si bien se considerará el impacto psicológico que produce el diagnóstico en mujeres que se encuentran bajo planificación familiar, el abordaje de la investigación también hará énfasis en la sintomatología asociada al dolor y en la calidad de vida de estas mujeres, independientemente de la infertilidad a la que se encuentra asociada.

Asimismo, esta investigación permite abrir nuevos interrogantes relacionados a cuestiones de género que invitan a plantearse si el diagnóstico tardío y el silenciamiento que hay sobre la enfermedad, se encuentra teñido por el hecho de que quienes padecen endometriosis son mujeres. Si bien estas cuestiones escapan al presente trabajo, contribuyen a la reflexión y a la toma de conciencia frente al sufrimiento que causa esta patología en la población femenina.

## Antecedentes

Si bien los orígenes de la endometriosis no son del todo exactos, se presume que la enfermedad, asociada al dolor pélvico, infertilidad y desordenes menstruales se remonta en sus orígenes a la antigüedad. A causa de las distintas nominaciones y mitos a su alrededor, y partiendo de las descripciones históricas, es imposible poder discernir cuándo realmente se trataba de endometriosis y cuándo de otras enfermedades ginecológicas.

Fue conocida en sus inicios como “estrangulamiento del útero” o “asfixia de la matriz”, término popularizado por los textos hipocráticos y otras fuentes grecorromanas que describían al útero bajo la premisa de no considerarlo un órgano regular, sino más bien un análogo a un animal vivo hambriento de maternidad. De esta teoría surgió uno de los dogmas más perdurables de la medicina antigua: la idea de que si una mujer no cumplía con todos los roles socialmente proscritos del matrimonio y la maternidad, su útero se vería afectado. A partir de este presunto estado antinatural, se creía que el útero se transformaría en “errante” contribuyendo así a la aparición de todo tipo de enfermedades en las mujeres (Nezhat, 2012, p.3). En la edad media, las mujeres que presentaban dolores menstruales intensos y sangrados excesivos, eran condenadas por brujería por la Inquisición, considerándose las endemoniadas.

Fue recién en el año 1690 cuando se realizó la primera descripción inequívoca de un caso de endometriosis, gracias a que el médico alemán Daniel Shroen describió minuciosamente a la misma como una enfermedad de la mujer que llevaba a la formación de úlceras en el útero. Sin embargo, estos hallazgos no prosperaron por los servicios sanitarios, y durante los siglos siguientes, la “histeria” es quien adquirió mayor preponderancia como diagnóstico médico, cuyos síntomas como dolor abdominal, espasmos musculares y dolor de cabeza, recibían distintos tipos de tratamientos conocidos como masajes pélvicos. Finalmente, fue el patólogo alemán Friedrich von Recklinghausen quien por primera vez dio nombre a la endometriosis, aunque la palabra "endometriosis" fue dada a conocer por John Sampson, quien en 1940 estableció la teoría de la menstruación retrógrada.

Si bien se han podido localizar antecedentes referidos a la enfermedad, sus comienzos y sintomatología en el campo de la medicina, la información pertinente al terreno psicoterapéutico es escasa, debido a que no se han hallado registros sobre un acompañamiento psicológico durante dicha enfermedad, evidenciándose un desamparo en lo que respecta en la salud psíquica de estas mujeres, subestimadas y diagnosticadas con histeria, ante la presencia de dolor agudo e intenso durante sus menstruaciones.

Se ha observado que las mujeres con esta enfermedad presentan un mayor nivel de psicoticismo, ansiedad e introversión con respecto a otras mujeres que sufren dolor causado por otros factores (Low, Edelman y Sutton, 1993).

No obstante, es importante destacar que, si bien no se encontraron registros que respalden un acompañamiento psicológico, el tratamiento de esta enfermedad ya sea farmacológico o quirúrgico, mejora no sólo el dolor sino también el funcionamiento físico y psicológico, la vitalidad y la salud en general (Gao et al., 2006), lo que demuestra la importancia que conlleva la correcta adhesión al tratamiento como uno de los pilares fundamentales para el bienestar psíquico de estas mujeres. Y que podría ponerse en práctica mediante un adecuado tratamiento psicoeducativo.

### **Estado del arte**

La endometriosis es la causa más común de dolor pélvico crónico femenino. A pesar del tratamiento médico, muchas mujeres no logran controlar el dolor, con la consecuencia de restricciones más o menos graves en la vida laboral, social, familiar, de pareja y sexual (Quintero, Vinaccia y Quiceno, 2017, p. 447).

En la actualidad, los tratamientos terapéuticos de los que se dispone para tratar la enfermedad, son la cirugía laparoscópica y los tratamientos hormonales. A su vez, los mismos se deben adaptar a cada caso en particular. En el caso de los hormonales dependerá de las acciones y los objetivos necesarios, ya que en el proceso de su eficacia ciertos factores son influyentes como el metabolismo, la capacidad de respuesta a la progesterona y la síntesis de estrógenos (Mettler et al., 2017), mientras que en el caso de los tratamientos quirúrgicos, es importante resaltar que si bien pueden eliminar focos endometriósicos y adherencias, no eliminan el riesgo de persistencia y recurrencia de la enfermedad.

En América Latina hay escasa información sobre las relaciones de la endometriosis con factores psicológicos y sociales que se encuentran enmarcados dentro de esta enfermedad. (Quintero et al., 2017, p. 447). Desde el punto de vista social, se ha comprobado que entre el 16 y el 21% de las mujeres experimentan dificultades con la movilidad, el autocuidado y las actividades diarias (Fourquet et al., 2011; Simoens et al., 2013). La ansiedad y la depresión han sido los trastornos más estudiados desde el punto de vista psíquico siendo los que más comorbilidad presentan con la enfermedad. Ambas condiciones parecerían estar influenciadas por el nivel de dolor que se presenta en la patología, lo cual afectaría la salud mental de las mismas (Sepulcri y Amaral, 2009).

Asimismo, el malestar emocional provocado por la alteración en la calidad de vida de estas mujeres, se constituye en uno de los razonamientos más importantes para justificar el proceso de acompañamiento psicoterapéutico durante la enfermedad (Quintero, Vinaccia y Quiceno, 2017, p. 448).

## Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud OMS (1992) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Se trata de un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida, y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

El campo adecuado para desarrollar las vicisitudes que presenta esta enfermedad, es el campo de la Psicología de la Salud. Esta surge como una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que la que plantea el tradicional modelo biomédico, el cual explica la enfermedad sólo como un fenómeno fisiopatológico considerando los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento (Oblitas, 2008).

El auge creciente de la Psicología de la Salud como opción profesional, y el desarrollo conceptual, metódico y metodológico alcanzado por la psicología aplicada a los problemas que plantean la atención a las personas con enfermedades crónicas y/o dolor, explican que cada vez sean más numerosos y fructíferos los intentos por introducir en la práctica sanitaria los métodos psicológicos en ámbitos como los servicios especializados de medicina y cirugía, clínicas del dolor, cuidados paliativos, atención primaria, hospitales, entre otros (Carbonell, 2016, p. 5).

Es importante destacar que, dentro de las temáticas que aborda la psicología de la salud, el dolor crónico se encuentra presente en muchas enfermedades conformando un cuadro biopsicosocial singular que requiere un abordaje específico (Gupta, 2014). Las recomendaciones de expertos en guías clínicas coinciden en un abordaje multimodal, es decir, que comprenda el manejo clínico efectivo a nivel fisiológico, sistémico, relacional, comportamental y psicológico (Astin, 2004).

La endometriosis es una enfermedad crónica, y como tal, las creencias que se generan en torno a ella confrontan un impacto emocional por el vínculo con los pensamientos catastróficos que se van presentando durante el desarrollo de la enfermedad. La información que está en juego es amenazante y compleja, poniendo en crisis los principios básicos acerca del sí mismo, particularmente los que sostienen un sentimiento de autovaloración, predictibilidad y control del mundo (Gómez, 2013).

Según Moix y Casado (2011), la terapia cognitivo conductual es una de las más eficaces para el tratamiento del dolor en pacientes crónicos: “Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la

incapacidad y de los estados de ánimo negativos” (p. 44).

La terapia cognitivo conductual (TCC) apunta a producir cambios en las cogniciones, entendida una cognición como una unidad mental que le sirve al ser humano para captar y organizar la realidad. Esto significa que se trabaja con signos que traducen el universo de las representaciones para abordar las creencias y los deseos, es decir, los estados mentales que sostienen la experiencia de sufrimiento (Gómez, 2013).

En lo que refiere a la metodología, la TCC se trata de una terapia breve con un enfoque activo y directivo, asumido en gran parte por el terapeuta, lo cual la distingue de otros procesos terapéuticos. Se centra en el trabajo de los problemas y dificultades del aquí y ahora, y se basa en el supuesto teórico de que las conductas están determinados por el modo en el que el individuo estructura el mundo, por lo que sus cogniciones se basan en esquemas desarrollados a partir de experiencias anteriores

Según explica Fernández Álvarez (citado por Pavón, 2020), el foco en el presente no significa que el terapeuta siempre desconsidere las historias evolutivas, sino que con frecuencia puede ser de ayuda adentrarse en el modo en que se generaron las experiencias idiosincrásicas. Sin embargo, supone que la historia de la persona no suele ser el foco más importante del tratamiento.

Para la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP, 2015), la psicoterapia se define como todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.

Utilizar la psicoterapia cognitiva como parte del tratamiento de la endometriosis, permitiría establecer una alianza de trabajo junto a estas pacientes y el equipo interdisciplinario basándose en la identificación de metas para la producción de cambios a nivel psicológico de modo tal de poder establecer objetivos y efectuar un plan de tratamiento en función de sus recursos, que resulte favorable para la obtención de una mejor calidad de vida.

## Desarrollo metodológico

El tema de investigación propuesto ha estado motivado desde sus inicios por el escaso abordaje e información que hay sobre la endometriosis en la actualidad referida al campo Psi. Si bien la enfermedad es abordada desde la medicina, quien se actualiza en nuevos tratamientos e investigaciones para la misma, poco se ha dicho sobre la influencia de dicha patología en la vida psíquica de aquellas mujeres que la padecen, dejando de lado un aspecto fundamental como es la salud psíquica de quienes deben atravesar una enfermedad de diagnóstico incierto, muchas veces tardío, asociada al dolor y a la infertilidad como es el caso de la endometriosis.

### **Procedimiento**

El procedimiento llevado a cabo en esta investigación es una revisión bibliográfica sobre el abordaje terapéutico en mujeres en edad fértil con endometriosis, la cual se realizó recurriendo a libros y Manuales Diagnósticos de Medicina especializados en la temática, de Psicología y de Psiquiatría, en los que se abordaron distintos autores especializados en psicoterapia cognitivo conductual y enfermedades crónicas.

A lo largo del trabajo también se consultaron diferentes bases de datos como: Redalyc, Scielo, y Dialnet, de las cuales se extrajeron artículos científicos y publicaciones en revistas de psicología. La búsqueda se realizó utilizando palabras claves como: “endometriosis”, “aspectos psicológicos en pacientes con endometriosis”, “calidad de vida en endometriosis”, “enfermedades crónicas”.

Otras fuentes bibliográficas de interés han sido diversas páginas web, como la de la OMS, CIE, APA y Sociedad Argentina de Endometriosis, además de blogs de validez comprobada referidos a la temática.

El enfoque de la presente investigación es de carácter exploratorio.

### **Índice Comentado**

El presente trabajo se encuentra conformado por tres capítulos y una conclusión final.

## Capítulo 1: Endometriosis y sus implicancias Psicofísicas

En este capítulo se definirá a la endometriosis, haciendo una breve reseña anatómica sobre su localización, órganos afectados y tratamiento médico, como así también el impacto

psíquico, físico y social que genera dicha enfermedad.

## Capítulo 2: Psicoterapia cognitivo conductual

El siguiente capítulo estará dedicado a describir la psicoterapia, partiendo de una breve reseña histórica sobre la TCC, para luego centrarnos en su definición, fundamentos, los distintos niveles de prevención en los que opera, y su utilización en pacientes que presentan enfermedades crónicas.

## Capítulo 3: Abordaje psicoterapéutico de la endometriosis. Métodos alternativos y complementarios a la psicoterapia desde la psicoeducación y la interdisciplina.

En este capítulo se abordará el impacto psíquico de la endometriosis y la importancia de un abordaje terapéutico; también se realizará una exploración de diversos enfoques alternativos a la psicoterapia y al tratamiento médico, que puedan complementar los mismos desde la interdisciplina, como es el caso del Mindfulness y la meditación, con el fin de contribuir a una mejora en la calidad de vida de las pacientes.

# Capítulo 1: Endometriosis y sus implicancias psicofísicas

## 1.1 Definición

El útero es un órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina entre la vejiga y el recto. Su función principal es la de recibir al huevo o cigoto para su implantación y nutrición. El tejido que tapiza el interior del útero se denomina endometrio. En condiciones normales, sólo debe encontrarse dentro del útero, pero cuando dicho tejido se ubica por fuera de la cavidad uterina se denomina **endometriosis**.

En la mayoría de los casos, este tejido alterado se ubica en los órganos genitales femeninos (útero, ovarios, ligamentos y órganos vecinos en la pelvis), pero también se ha detectado endometriosis en otros tejidos y órganos como cicatrices de cesáreas, pulmones, nariz, cerebro, entre otros (Sociedad Argentina de Endometriosis, 2022).

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica benigna. Según la definición de la OMS (2008), las enfermedades crónicas suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento.

La mayoría de las enfermedades físicas crónicas comparten cinco importantes características biológicas (Leventhal et al., 2004):

- 1) son sistémicas, es decir, afectan múltiples sistemas corporales y una amplia variedad de funciones físicas y sociales
- 2) son problemas de por vida, esto es, se desarrollan a lo largo de muchos años, aunque la mayoría se hace visible clínicamente en una edad tardía
- 3) pueden ser controladas, pero no se curan
- 4) muchas, aunque no todas, tienen un carácter insidioso, esto es, afectan gradualmente una amplia gama de actividades vitales
- 5) muchas se caracterizan por ser relativamente silenciosas, alternando fases tónicas con episodios severos y complicaciones dramáticas.

## 1.2 Etiopatogenia y clasificación

Si bien la patogenia de la enfermedad aún es incierta, se han formulado varias hipótesis acerca de su etiología, muchas de las cuales escapan al presente trabajo de investigación, siendo la más aceptada para explicar la diseminación de las células endometriales, la teoría de la menstruación retrógrada o teoría de la implantación, en la cual la sangre menstrual (que contiene células endometriales) fluye hacia atrás a través de las trompas de Falopio hasta alcanzar la cavidad pélvica en lugar de salir del cuerpo a través del cuello uterino y la vagina. Como resultado, pueden depositarse células similares a las del endometrio fuera del útero,

donde pueden implantarse y crecer (OMS, 2018).

Actualmente la clasificación más aceptada a nivel mundial según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), es la propuesta por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), la cual clasifica a la endometriosis en:

- *Endometriosis grado 1 (mínima)*: Aparecen implantes aislados y sin adherencias.
- *Endometriosis grado 2 (leve)*: Durante la misma las placas de endometriosis son superficiales y menores de 5 cm. Puede haber adherencias a la superficie del peritoneo y al ovario, pero sin afectar a otros órganos.
- *Endometriosis grado 3 (moderada)*: Existen múltiples nódulos endometriales y gran parte de ellos son invasivos. Además, pueden haber adherencias en las trompas o el ovario también.
- *Endometriosis grado 4 (severa)*: Las placas endometriales son múltiples, superficiales y profundas. Forman grandes quistes de tejido endometrial en el ovario que se llenan de sangre (llamados quistes de chocolate).

Cabe mencionar que, si bien hay distintos tipos y grados de endometriosis, los mismos no son directamente proporcionales a la sintomatología, no existiendo una correlación directa del grado de invalidez de los síntomas con la severidad de la enfermedad, siendo el dolor algo subjetivo y relativo en cada paciente. Por ende, para comprender el padecimiento de cada persona, es fundamental considerar el significado personal de los síntomas y las consecuencias de la enfermedad (Gómez, 2013).

### **1.3 Sintomatología**

Si bien hay mujeres que son asintomáticas, generalmente los síntomas que acompañan a esta enfermedad son el dolor pélvico, la dismenorrea (dolor intenso durante la menstruación), la dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), además del dolor incapacitante y la obstrucción intestinal (Quiñones et al., 2015, p. 3.).

Otros síntomas asociados y que pueden combinarse entre sí, son los siguientes: dolor al defecar, dolor al orinar, cansancio, depresión o ansiedad, náuseas, y distensión abdominal (OMS, 2018).

Rivera Gutiérrez y González (2021) tomaron en consideración las investigaciones desarrolladas por Soliman et al. (2017), las cuales demostraron que estos síntomas tienen un impacto muy importante en la calidad de vida de estas personas, incrementando la severidad del dolor y del resto de síntomas, y por consiguiente, de la enfermedad como tal.

Aunque el dolor puede ser uno de sus síntomas principales, siendo muchas veces el responsable de generar desbalances y alteraciones en la salud psíquica de las mujeres con

endometriosis, es importante señalar que otro de los síntomas asociados y de gran impacto emocional es la infertilidad a la que se encuentra relacionada. Según menciona la American Society for Reproductive Medicine (2013) en su sitio web informativo para pacientes:

De un 30% a un 50% de las mujeres con endometriosis pueden experimentar infertilidad. La endometriosis puede influir en la fertilidad de varias maneras: distorsiona la anatomía de la pelvis, produce adherencias, deja cicatrices en las trompas de Falopio, causa inflamación en las estructuras de la pelvis, altera el funcionamiento del sistema inmunológico, cambia el entorno hormonal de los óvulos, perjudica la implantación del embarazo y altera la calidad del óvulo. Por este motivo, muchas de las mujeres que padecen endometriosis y se encuentran en vías de planificación familiar, deben recurrir en ocasiones a centros de reproducción asistida para someterse a distintas técnicas de fertilización.(s.p.)

A pesar de que la endometriosis puede manifestarse con muchos síntomas molestos e incapacitantes, en ocasiones puede ser asintomática, efectuándose el diagnóstico secundariamente a una cirugía exploratoria por otras causas, a una revisión ginecológica de rutina o algún estudio por esterilidad (Pimentel González y Correal Muñoz, 2015).

#### **1.4 Diagnóstico**

Según menciona la Sociedad Argentina de Endometriosis (2022), hasta la fecha no existe un análisis o estudio no invasivo que permita confirmar la enfermedad. La existencia de la misma se puede llegar a sospechar con un interrogatorio específico, un examen físico y estudios complementarios como la ecografía ginecológica o la resonancia magnética de la pelvis.

La evolución extraordinaria en las técnicas de imagen, ha permitido que hoy en día sea la ecografía transvaginal la herramienta diagnóstica de primera elección cuando hay sospecha de endometriosis (Carrillo Torres, Martínez Zamora y Carmona Herrera, 2021).

Sin embargo en casos en donde la sospecha no puede confirmarse por imágenes, el diagnóstico de certeza lo confirma la visualización directa y una biopsia del tejido afectado a través de una cirugía mínimamente invasiva, como lo es la videolaparoscopia exploratoria.

#### **1.5 Tratamiento**

Respecto del tratamiento, la Sociedad Argentina de Endometriosis (2022) indica que, si bien la endometriosis es una enfermedad que no tiene cura, es posible tratarla y alcanzar una mejoría del dolor en el 90% de los casos, dependiendo de cómo haya sido abordada diagnóstica y terapéuticamente. A causa de su pronóstico incierto, quienes la padecen deben aprender a vivir con los síntomas y con los efectos secundarios de los procedimientos médicos (Strauss, 1999).

Actualmente existen dos formas de tratamiento de la endometriosis, los cuales no garantizan la ausencia definitiva de dolor ni la remisión total de la enfermedad: el tratamiento farmacológico, conformado por fármacos analgésicos antiinflamatorios acompañados de medicamentos anovulatorios como los anticonceptivos orales destinados a reducir el dolor, y el tratamiento quirúrgico con cirugías que podrán ser conservadoras o definitivas con el fin de eliminar la mayor cantidad de focos endometriósicos.

La elección del tratamiento dependerá en gran medida del motivo por el cual haya consultado la paciente (dolor, infertilidad, etc.), como así también de otros factores como su edad y deseo gestacional (actual o futuro), evidenciándose la necesidad de abordar a la enfermedad de forma individualizada y estudiando caso por caso, de forma interdisciplinaria.

Es destacable mencionar, a los fines de esta tesina, que en los tratamientos propuestos el abordaje psicoterapéutico aún es escaso, siendo que la recidiva y la sintomatología de la enfermedad concluyen siendo factores que afectan la calidad de vida de estas pacientes (Facchin et al., 2015, p.135), repercutiendo en su salud psíquica.

### **1.6 Impacto psíquico, social y familiar**

La endometriosis es una es una patología que implica un importante deterioro en la vida de algunas pacientes, con un retraso en el diagnóstico que en muchas ocasiones puede superar los 10 años. Este retraso está vinculado a la normalización del dolor menstrual y al desconocimiento que hay sobre la enfermedad, lo cual predispone a diagnósticos erróneos por parte del equipo sanitario (Hudelist, Fritzer y Thomas, 2012).

De igual manera, la OMS (2018) destaca que, en muchos países, el público en general y la mayoría de los proveedores de atención de salud de primera línea no son conscientes de que sufrir un dolor pélvico angustiante que altere la vida de la paciente no es normal, y ello conlleva a una normalización y estigmatización de los síntomas y a un retraso significativo en el diagnóstico.

Sin embargo, es sumamente importante recalcar que no solo se ve afectada la dinámica entre paciente y equipo de salud; la esfera Social, laboral, Familiar y conyugal también se ven perturbadas. Desde lo social-laboral, muchas de estas pacientes se encuentran perjudicadas en sus ámbitos de trabajo debido a las repetidas ausencias laborales, producto del dolor incapacitante, de las numerosas visitas a los centros de salud, y en ocasiones, de las licencias quirúrgicas por las que deben de atravesar. La presencia de dolor pélvico crónico afecta la habilidad personal de desarrollar determinadas tareas sociales, como la relación con otras personas, altera la autopercepción de salud, y de forma global, el sentimiento de bienestar (Sistema Nacional de Salud Español, 2013).

En lo que respecta a la esfera familiar-conyugal, si bien la endometriosis es una enfermedad que afecta a las mujeres, también repercute en la relación de pareja, tensando las relaciones íntimas. Ameratunga et al. (2017) realizaron una serie de investigaciones para determinar cómo la endometriosis afecta la calidad de vida de las parejas en mujeres que padecen esta enfermedad y cómo repercute en sus relaciones, concluyendo que un gran porcentaje de las parejas presentaban sentimientos negativos sobre el diagnóstico de endometriosis, ocasionado por la falta de información (por parte del equipo médico) sobre el impacto que podría causar en sus vínculos, reportando un efecto significativo en su vida sexual, finanzas y relaciones.

Según mencionan Gutiérrez y González (2021), se realizó en el Reino Unido un estudio cualitativo transversal llamado ENDOPART, en el que se efectuaron entrevistas a distintas parejas, quienes indicaron que debido a esta enfermedad la frecuencia de las relaciones sexuales solía disminuir, siendo inexistente en algunos casos. En el estudio también se abordó la forma en que la enfermedad afecta muchos dominios de la vida marital además del sexual, como la planificación familiar, la vida laboral y los ingresos familiares (Culley et al., 2017).

De lo antedicho, es posible deducir la relevancia que presenta una vez más el acompañamiento por parte del personal de salud, y la necesidad de involucrar e informar a las parejas y al núcleo familiar de las pacientes con endometriosis en la toma de decisiones y posterior tratamiento.

## Capítulo 2: Psicoterapia cognitivo conductual

### 2.1 Psicoterapia

*“En la terapia el paciente aprende algo que no tiene precio: los límites de una relación. Uno aprende lo que puede conseguir de los demás, pero también algo quizás más importante: uno aprende lo que no puede conseguir de los otros. Cuando el paciente y el terapeuta se encuentran en un nivel humano, las ilusiones del primero sufren inevitablemente. El salvador definitivo es visto a plena luz del día después de todo como solo otra persona. Este es un momento de gran soledad, pero también de gran iluminación”. (Yalom, 1980)*

Respecto de la definición de la psicoterapia, Feixas y Miró (1993) destacan que el problema reside en la pluralidad de enfoques psicoterapéuticos que hay, lo que conlleva a que exista una amplia gama de definiciones de la psicoterapia, vinculadas a la conceptualización que hace del proceso y los objetivos terapéuticos un modelo determinado (p.14).

La mayoría de las definiciones de psicoterapia concuerdan en identificarla como un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que usa medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional (Freixas y Miró, 1993, p.16).

El proceso de la terapia no se diseña para cambiar a los pacientes sino para ayudar a que se cambien a sí mismos (Strupp y Butler, 1990), teniendo como objetivo mejorar su calidad de vida. Para que este cambio se produzca, es indispensable que se construya lo que la Psicoterapia denomina como Alianza Terapéutica (AT) y que consiste en el entendimiento, la compatibilidad y el encaje que se da entre cliente y terapeuta, con un componente no solo racional sino también emocional. Bordin (1979) definió la AT como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio, y mencionó que, para que la misma se construya, deben articularse tres componentes:

- El vínculo entre paciente y terapeuta que determinará el grado de contacto afectivo (rapport) entre estos.
- El acuerdo entre ambos, definiendo los objetivos (metas) de la psicoterapia.
- Los medios a través de los cuales se esperan alcanzar dichos objetivos.

En este punto, es relevante mencionar que la conformación de una sólida alianza terapéutica y el consecuente manejo de la misma, será un factor esencial para poder concretar el abordaje psicoterapéutico propuesto a aquellas mujeres portadoras de una enfermedad crónica, como lo es la endometriosis.

Tal como menciona Fernández Álvarez (2011), la AT es condición para la puesta en marcha de un tratamiento, pero también es el elemento que la sostiene a través de las inevitables

tensiones del mismo. Entre los factores claves para que se consolide dicha alianza, Etchevers et al. (2014) destacan los resultados hallados en un estudio con una población de psicólogos, en el cual se evaluaron varias características que favorecen la relación terapéutica, tales como: empatía y actitud de calidad, feedback, diálogo fluido, flexibilidad y adaptación a las necesidades del paciente, como también, compartir la cultura, la religión y experiencia profesional, deduciendo que tanto los factores internos como externos repercuten en la Relación Terapéutica.

Esta alianza va más allá de la comunicación y trata de que el terapeuta facilite las condiciones para que el paciente se involucre de manera activa en la intervención, utilizando el empirismo colaborativo, una estrategia relacional dentro de la cual el terapeuta intenta favorecer la participación del paciente incrementando la capacidad de autonomía y afrontamiento del mismo. Según Semerari (2002), el significado profundo del empirismo colaborativo consiste en regular la marcha de la terapia de forma tal que asegure que el paciente comparta la conceptualización del problema y considere sensatas y razonables las técnicas propuestas.

Por último, se debe destacar que una de las circunstancias que más ha contribuido a la expansión de la psicoterapia es el valor que tiene como intervención primaria en muchas situaciones críticas, tanto en el campo médico como en el terreno social. La psicoterapia como intervención asociada a la evolución de muchas enfermedades, tiene la capacidad de reducir la cantidad de prácticas (por ejemplo cirugías), el número de días de internación, la cantidad de medicamentos y de estudios complementarios (Fernández Álvarez, 2011, p. 30), dato que consideramos relevante a nuestros fines investigativos de incorporar a la psicoterapia como uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de mujeres que padecen endometriosis.

## **2.2 Orígenes del modelo Cognitivo - Conductual**

Saizar y Korman (2012) hacen referencia a que las terapias conductuales y los enfoques cognitivos surgen a partir de investigaciones en psicología básica, así como también con la crisis del psicoanálisis y frente al auge de los criterios de efectividad en los Estados Unidos.

El inicio de la TCC se remonta a principios del siglo XX, conocida como la primera ola o generación. Esta primera generación aparece en la década de los '50, desde los laboratorios de la conducta, y aborda técnicas basadas en el conocimiento empírico del condicionamiento clásico, operante y neo conductismo. La segunda generación aparece en los años '70 con la terapia cognitiva comportamental, incluyendo principios más flexibles, con tratamientos basados en la evidencia y utilizando como modelo teórico la metáfora del ordenador (procesamiento de información) como mecanismo psicológico interno.

Por último, la tercera ola surge en los '90, dándose a conocer recién en el año 2004. Esta se generó junto con las bases científicas de las anteriores generaciones, incorporando el

planteamiento contextual, los avances en la investigación de la conducta verbal, y centrándose en el análisis funcional para analizar la conducta clínica (Zych, Casal y Rodríguez, 2012).

Hayes (2004) lo explicita de esta manera:

La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de terapia cognitiva y comportamental y les permite avanzar en interrogantes, cuestiones y áreas abordadas con anterioridad principalmente por otras tradiciones, con la esperanza de mejorar tanto la comprensión como los resultados. (Hayes, 2004, p. 658)

Conforman esta tercer ola: la terapia de compromiso (Hayes, Strhsal y Wilson, 1999), la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia conductual integrada de pareja (Jacobson y Christensen, 1996), la terapia de activación conductual AC (Jacobson, 2002) y la Terapia cognitiva basada en Mindfulness MBTC (Segal, Teasdale y Williams, 2004).

Semerari (2002) menciona que, si bien en la actualidad hay más de 20 enfoques en terapia cognitiva unidas por el énfasis que conceden a las estructuras de significado y los procesos de elaboración de la información, estas difieren en cuestiones heterogéneas referidas a la teoría y la clínica que se ven expresadas en diferencias significativas a nivel del manejo terapéutico.

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes (Beck, 1995). Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Freixas y Miró (1993) resumen al enfoque específico de los modelos cognitivos explicando que la orientación empírica de esta terapia convierte el sistema cerrado de creencias del cliente en abierto, siendo el cuestionamiento el principal instrumento técnico, y la experimentación conductual la mejor forma de investigar la validez de sus supuestos específicos (Wishaar y Beck, 1987, p 73).

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación (Beck, 1995). Es decir que, ante una situación, los individuos no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional, perciben, clasifican, interpretan y asignan un significado a ese estímulo en función de los esquemas cognitivos. Al respecto, Fernández Álvarez (2011) destaca que:

Las personas tienen estructuras cognitivas denominadas esquemas aprendidos en experiencias tempranas y establecidos a lo largo del tiempo que permiten procesar la información e interpretarla. Cuando se activan esquemas disfuncionales dan lugar a

síntomas que pueden ser comportamientos (incluyendo respuestas fisiológicas), conductas motoras (escapar, lastimarse), pensamientos automáticos (no voy a poder) y emociones (miedo, ansiedad). Será el terapeuta quien seleccionará la mejor vía de entrada para la intervención, de manera que los cambios en uno de los elementos produzca cambios en los otros. (p.157)

El núcleo central de las intervenciones en la terapia cognitiva, se basará en el desarrollo de estrategias conducentes a la resignificación y a la reestructuración cognitiva (Gómez, 2010). Estas se llevarán a cabo mediante el uso de diversas técnicas. El autor explica que el modelo cognitivo se caracteriza por la amplitud de técnicas que aplica, las cuales toma de otros modelos, aplicándolas al cambio de cogniciones.

A continuación, se expone una breve descripción sobre algunas de las principales técnicas que utiliza la TCC, teniendo en consideración que solo se mencionarán las que se consideran más relevantes y apropiadas para la investigación.

- a) Diálogo socrático: es una técnica cognitiva que busca provocar una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado del terapeuta mediante preguntas sistemáticas que pongan en evidencia los errores lógicos en la forma de procesar la información (Partarrieu, 2011, p 180).
- b) Automonitoreo de pensamientos y sentimientos: mediante esta técnica el paciente puede identificar los pensamientos ansiosos inmediatos que llegan a su mente, así como la situación que los ha provocado.
- c) Reorientación de la atención: se intenta promover que el paciente pueda dirigir su atención hacia nuevos focos que lo distraigan
- d) Reatribución: se trata de una técnica de tipo cognitivo que trata de trabajar sobre la atribución de las causas de los pacientes y que se caracteriza por basarse en ayudar al paciente a valorar cuáles pueden ser la causas de una situación determinada con el fin de discutir y modificar sus creencias respecto a dicha causalidad, redirigiendo la atribución que realiza el paciente hacia una perspectiva más realista, objetiva y funcional.

### **2.3 Psicoterapia en el manejo de enfermedades crónicas**

Si bien el presente trabajo realiza el abordaje en pacientes con una enfermedad en particular: la endometriosis, es importante subrayar que gran parte del tratamiento psicoterapéutico que se propone, comparte muchos puntos en común con el manejo en general de la terapia en pacientes con enfermedades crónicas, puesto que el objetivo, independientemente de la enfermedad que se padezca, será poder trabajar junto al paciente para incorporar la enfermedad a la vida del mismo, mejorando y potenciando sus habilidades de afrontamiento, y

por consiguiente, mejorando su calidad de vida.

La presencia de una enfermedad crónica, presupone un cambio rotundo en la vida de una persona, creando muchas veces una discontinuidad en su historia personal que se manifiesta por una pérdida del sentido entre lo que se espera de la vida y lo que es con la enfermedad, vivenciándose como una amenaza en aspectos internos como su autonomía, su autoconcepto y en aspectos externos como en sus vínculos sociales, profesionales y relacionales.

Gómez (2010) menciona que el afrontamiento es el concepto general que describe las estrategias para lidiar con la amenaza, y que no existe un mecanismo de afrontamiento específico considerado como el mejor. Del mismo modo Kreitler (2003) explica que la cantidad y variedad de mecanismos de afrontamiento que una persona tiene a su disposición, constituye una mejor garantía para la adaptación que un mecanismo de afrontamiento específico.

Si bien no todos los pacientes que atraviesan una enfermedad crónica necesitan ayuda terapéutica, adaptándose con éxito a los nuevos cambios originados, es destacable mencionar dos aspectos: por un lado, que el diagnóstico de una enfermedad crónica resulta una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora (Grau, 2005) independientemente de los recursos con los que el paciente contara a posteriori; y en segundo lugar, que existe otro grupo de pacientes en donde todos estos factores (físicos, interpersonales, sociales, estilo de vida, etc.) pueden volverse disfuncionales cuando terminan sobrepasando la capacidad de procesamiento de estas personas, interfiriendo en su día a día y viéndose ejemplificado en dificultades para sobrellevar los distintos tratamientos médicos, no pudiendo encarar cambios en su estilo de vida, volviéndose una experiencia disfuncional y desesperanzada.

Dentro de este grupo de pacientes se encuentran las mujeres con endometriosis sintomáticas, en las cuales se parte de la desesperanza, dado que el desgaste y la desmotivación comienzan muchos antes de la confirmación del diagnóstico: durante la búsqueda del mismo.

## Capítulo 3: Impacto psíquico y abordaje psicoterapéutico de la endometriosis

### 3.1 Impacto Psíquico: causas e implicancias

Como hemos descrito con anterioridad, la endometriosis afecta la calidad de vida de quienes la padecen. A pesar de no ser una enfermedad que amenaza la vida, el dolor y el funcionamiento social y psicológico, son los factores que más la afectan.

Los trastornos que presentan mayor comorbilidad en la endometriosis y están influenciados en gran parte por el dolor, son la ansiedad y la depresión, y tienden a co-ocurrir de manera conjunta, encontrando niveles altos de ansiedad rasgo en las mujeres con esta enfermedad (Quiñones et al, 2015).

Sin embargo el dolor como síntoma inespecífico no es el único influyente: el diagnóstico tardío, el estigma asociado a la menstruación e infertilidad, y los sesgos de género en la práctica clínica, juegan un papel crucial en el impacto psíquico de estas mujeres. A continuación se detallan los mismos:

**Dolor:** Según la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. Las personas aprenden el concepto de dolor a través de las experiencias de vida. Aunque el dolor usualmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico (IASP, 2020).

Quintero, Vinaccia y Quinceno (2017) mencionan en su investigación que las personas que sufren de dolor y tienen como mecanismo de afrontamiento la evitación del dolor y bajo auto-direccionamiento, tienen mayor riesgo al sufrimiento psicológico y físico. La primera de ellas, debido a que se centran mayormente en las sensaciones de dolor, aumentando el miedo y la anticipación de incapacidad, lo que aumenta su nivel de preocupación. Lo segundo, se encuentra relacionado con la percepción de ellas mismas con baja capacidad para afrontar la enfermedad y sus síntomas. Lo anterior aumenta el pesimismo, hipervigilancia del dolor, miedo y desesperanza, que no solo influyen en la percepción de dolor sino también afectan la respuesta al tratamiento

Por su parte, Lorençatto et al. (2006) compararon la prevalencia de depresión entre un grupo de mujeres con diagnóstico de endometriosis y dolor pélvico crónico (DPC) y un grupo de mujeres con endometriosis pero sin dolor pélvico. Los resultados muestran que la depresión estuvo presente en el 86% de las mujeres con DPC, y en el 38% de las mujeres sin dolor, lo que demuestra que la depresión puede ser el resultado de la experiencia de dolor pélvico

crónico más que de la propia endometriosis.

Además, las mujeres que padecen endometriosis desarrollan un aislamiento social progresivo (evitación de la intimidad en la pareja, aislamiento de la familia y amigos) después del inicio del dolor pélvico crónico, asociado a la falta de comprensión de los síntomas y a la resignación que padecen ante los episodios recurrentes de dolor.

**Diagnóstico tardío:** Si bien hemos visto que no todas las mujeres que presentan endometriosis presentan dolor, un alto porcentaje de las mismas sí lo hacen, siendo el síntoma cardinal en esta patología. Dicho dolor suele ser en general de índole premenstrual o perimenstrual, iniciándose en el comienzo de la menstruación o unos días antes y persistiendo o intensificándose durante y después de la menstruación.

Entre las causas del diagnóstico tardío, Carrillo, Martínez y Carmona (2021) afirman que diagnosticar la endometriosis en base solo a los síntomas y a la exploración física resulta difícil debido a que la presentación es muy variable, existiendo un solapamiento con otras condiciones como el síndrome del intestino irritable, la enfermedad pélvica inflamatoria, u otras enfermedades digestivas o ginecológicas, lo que puede conllevar a un retraso entre 5 y 10 años en el diagnóstico definitivo con una media de 7.5 años. El retraso también puede deberse a que muchas mujeres minimizan la gravedad de sus síntomas producto de la normalización del dolor menstrual, y deciden consultar cuando se hacen presentes otros síntomas como la infertilidad asociada.

**Estigma:** Goffman (1963) define al estigma como una mancha, como un atributo o característica que se considera socialmente indeseable y que está conformado por dos grupos de personas: los que estigmatizan y los que son estigmatizados. Los estigmatizados son marginados, devaluados, despreciados e ignorados.

El estigma es un determinante social de la salud que tiene un impacto negativo en las personas que padecen enfermedades crónicas, y que se encuentra asociado a la exclusión social, a niveles de estrés y falencias en el equipo médico. Gupta et al. (2021) conceptualizan el estigma como el ejercicio del poder para etiquetar, estereotipar y causar simultáneamente separación, discriminación y pérdida de estatus en la vida de los demás.

Por su parte, Rivera Gutiérrez y González (2021) realizaron un estudio transversal con el fin de documentar las experiencias de estigma entre las mujeres latinas que viven con endometriosis, y los resultados arrojaron que el término changuería, el cual se utiliza en Puerto Rico en referencia a una persona que se queja sin razón aparente, era utilizado en múltiples contextos e interacciones en la vida de las participantes. Estas informaron que sus familiares, parejas y profesionales de la salud perciben el dolor durante la menstruación como algo que las mujeres

deberían poder manejar, produciendo una sensación de incapacidad para revelar la magnitud del sufrimiento, lo que sugiere que la estigmatización es una barrera siempre presente entre las mujeres que viven con endometriosis.

Por otra parte, es importante dedicarle algunos párrafos a los estereotipos que se generan en torno a la menstruación. Si bien en la actualidad la sociedad está en vías de deconstrucción, muchos países aún siguen considerando a la menstruación un tema tabú, algo de lo que no se está permitido hablar, volviéndose el dolor partícipe de este ocultamiento.

Pereira Artigues (2021) explica que el imaginario social relacionado con la menstruación sigue siendo negativo, lo que instaura la vergüenza y el silencio. Esto, junto a la todavía generalizada normalización social del dolor menstrual, supone las primeras barreras al diagnóstico temprano de posibles enfermedades como la endometriosis (Al Adib, 2020). Por consiguiente, si no se atiende la sintomatología difícilmente se pueda llegar a concretar el diagnóstico de endometriosis.

**Sesgos de género en la práctica clínica:** Según la OMS, el género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. “En medicina clínica hablamos de sesgo de género cuando se aborda una situación clínica de forma inadecuadamente diferente o similar, de acuerdo con la evidencia científica disponible, en función del género” (Tasa Vinyals, Mora Giral y Raich Escursell, 2015, p.17).

Según Tasa Vinyals et al. (2015), este sesgo de género se lleva a cabo por medio de dos mecanismos: el primero, abordando exactamente igual la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, siendo en general el varón el tomado como normativo e invisibilizando la idiosincrasia del cuerpo femenino. Y el segundo mecanismo, asumiendo diferencias entre sexos donde realmente no las hay, invirtiendo más en investigación, diagnóstico y tratamiento de un sexo respecto a otro ante una misma situación de necesidad.

Pereira Artigues (2021) señala que la desigualdad de género en salud hace referencia a aquellas diferencias que se consideran innecesarias, evitables y además injustas, y no a todas las diferencias que se producen entre hombres y mujeres en el ámbito de salud. Al Adib (2020), por su parte, menciona que, cuando una mujer se queja de algún dolor, no se le da la misma importancia que a un hombre: si una mujer se queja de dolor de ovarios lo primero que se hace es quitarle importancia o asociarlo a algo psicossomático infradiagnosticando su dolencia.

La misma autora sugiere que lo que distingue a las enfermedades sobrediagnosticadas de las infradiagnosticadas es que las últimas dependen fundamentalmente de la parte clínica relacionada a la anamnesis y la exploración física, y no tanto de las pruebas complementarias como la ecografía o la resonancia magnética (Al Adib, 2020), encontrándose dentro de este grupo la endometriosis. Será entonces la anamnesis un pilar fundamental para el establecimiento de un correcto diagnóstico.

Tal como menciona Al Adib (2020), lo que sucede con las pacientes que presentan endometriosis es que se infradiagnostica por saltarse la parte clínica del asunto: no hay anamnesis porque no se les escucha a las mujeres cuando se quejan (p. 45). Y a su vez, cuando se les realiza estudios complementarios como ecografías simples, muchas veces la observación de endometriomas es nula, por ejemplo en casos de endometriosis profunda, por lo que el drama de estas pacientes es que, después de no ser escuchadas y de una ecografía donde se ven útero y ovarios normales, se les dice «está todo bien, no tienes ninguna patología ginecológica», entonces se van a casa y siguen con su calvario (p. 46).

Por lo que, si no se puede sospechar la enfermedad, difícilmente se pueda establecer un diagnóstico. Atravesar el diagnóstico de endometriosis y poder convivir con la enfermedad, requiere como toda enfermedad crónica de un proceso de adecuación e integración física, psíquica y social.

Fennel (2003) describe 4 fases previas por las que pasan los enfermos crónicos hasta llegar a la adaptación de la enfermedad. Estas etapas suelen ser consecutivas y muchas veces reiniciarse durante el proceso, las mismas están conformada por:

- *Crisis:* Es la fase en la que irrumpe la enfermedad, desencadenando un estado agudo en el que el paciente se moviliza en busca de ayuda médica, emocional o espiritual. Esta fase apunta al manejo de los síntomas, el dolor y las sensaciones que provoca vivir con la enfermedad.
- *Estabilización:* Durante esta fase la persona se mantiene familiarizada con la enfermedad y la manifestación de los síntomas llegan a una meseta. En ocasiones los pacientes intentan mantener un nivel de actividad similar al que tenían antes de que apareciera, lo que puede dar lugar a una sobrecarga e incluso agravar la situación, aumentando la sensación de fracaso y malestar. La tarea central en esta fase será lograr un equilibrio entre el grado de actividad y las posibilidades actuales, reestructurando los patrones de vida.
- *Resolución:* A medida que se avanza en la convivencia con la enfermedad el paciente comprende su dolencia y comienza aceptar que la imagen de sí mismo anterior a la enfermedad ya no volverá. En esta fase la tarea será trabajar en la aceptación de esta nueva imagen de sí mismo y desarrollar una nueva filosofía de vida.

- *Integración:* En esta fase las personas logran integrar aspectos de su autoimagen previa a la enfermedad. La tarea será reincorporarse al trabajo, a su red social e integrar esta nueva información y dolencia dentro de un nuevo marco existencial, logrando el mayor grado de bienestar posible.

En las pacientes que presentan endometriosis, estas fases se encuentran distorsionadas, no pudiendo concretarse del modo esperable, y gran parte de esta responsabilidad la presentan las variables mencionadas párrafos anteriores como lo son el diagnóstico tardío y al estigma asociado a la menstruación unido a mitos y creencias sobre la misma divulgados socialmente. Si a esto le sumamos los sesgos de género que se producen en el ámbito sanitario, a través de la psicologización de las enfermedades físicas y los infradiagnósticos asociados a los mismos, no es difícil deducir que el impacto en la salud psíquica de las mujeres que presentan endometriosis es de suma relevancia, por lo que el acompañamiento psicoterapéutico de las mismas sería de suma utilidad para poder ayudar a las pacientes a conseguir la adaptación y aceptación de su enfermedad crónica, a través de distintos objetivos y técnicas de intervención.

### **3.2 Estrés y endometriosis**

Tal como hemos mencionado en párrafos anteriores, uno de los estresores con los que se encuentran las mujeres que padecen de endometriosis y que causa un gran impacto psíquico, es su diagnóstico tardío y la incertidumbre que se genera en torno a la enfermedad. Al Adib (2020) explica que “el miedo producido por la incertidumbre genera estrés, y este puede retroalimentar a la propia enfermedad. El estrés mantenido en el tiempo enferma porque activa el eje HHA (hipotálamo-hipofiso-adrenal) y este eje aumenta el cortisol, el cual produce cambios a nivel inmunológico, cardiovascular y metabólico. Por lo tanto, si el estrés se mantiene mucho tiempo, se altera la producción de cortisol, lo que a largo plazo podría favorecer la aparición de enfermedades inmunológicas, cardiovasculares y/o metabólicas.

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria en la que hay una disfunción inmunológica, por lo tanto si el estrés mantenido altera el sistema inmunológico, es lógico entender que también podría empeorar la endometriosis. Al respecto, Al Adib (2020) destaca que, en su práctica clínica observa con frecuencia en las mujeres con endometriosis que, cuando tienen una racha especialmente más dolorosa de lo habitual, están teniendo una etapa de más estrés.

Luisi et al. (2015) investigaron acerca de la forma en que el estrés en la endometriosis genera un desequilibrio neuroendocrino que contribuye a la progresión de la enfermedad. Del mismo modo, Torres-Reveron et al. (2018) demostraron en un ensayo animal que el estrés aumenta el tamaño y la gravedad de las lesiones, así como los parámetros inflamatorios. La diafonía entre estrés-inflamación-dolor a través de la actividad del eje HPA indica que el alivio del estrés debería aliviar la inflamación y, a su vez, disminuir las respuestas dolorosas.

Luego de analizar dos variables elementales de esta tesina, como lo son la Endometriosis y el impacto psíquico que conlleva dicha enfermedad en las mujeres, nos queda articular sobre su abordaje psicoterapéutico y sobre las distintas técnicas

### **3.3 Abordaje psicoterapéutico de la endometriosis**

El abordaje psicoterapéutico de la endometriosis tiene como objetivo poder ayudar a las pacientes a comprender su enfermedad, acompañándolas en el camino de la adaptación y aceptación de su enfermedad, evaluando las áreas de su vida que se encuentran comprometidas, proporcionando soporte emocional y acompañamiento en las tomas de decisiones.

En casos de endometriosis sintomáticas, con presencia de dolor, será clave poder establecer un marco de información sobre los mecanismos del dolor y manejo de este a través de un pilar fundamental como lo es la psicoeducación. Según la definición presentada por Gómez (2013), la psicoeducación para la salud es diseñada para proveer al paciente de información y habilidades que le permitan un óptimo uso de los recursos y servicios médicos y minimizar al mismo tiempo dificultades evitables. También incluye habilidades para obtener y evaluar la información médica, asistencia para clarificar errores de percepción o desinformación y sugerencias para mejorar la comunicación médico-paciente.

Tomando en consideración la psicoterapia cognitiva conductual, Biurrun (1999) menciona que el enfoque terapéutico cognitivo-conductual, tiene como principal objetivo enseñar a los pacientes la relación del dolor con las variables cognitivas, afectivas y fisiológicas, para ayudarlos a reconceptualizar su habilidad para controlar el dolor y cambiar la manera en cómo lo enfrenten.

Es fundamental el establecimiento de la alianza terapéutica y la creación de un clima empático, con escucha activa, atención incondicional y apoyo psicoemocional en todo momento. Para esto, es imprescindible que la paciente que presenta endometriosis nunca se sienta juzgada y aprenda a expresarse asertivamente, manteniendo en todo momento una seguridad emocional. A su vez, se utilizará la sesión inicial para la administración de pruebas psicológicas.

La Guía de atención a las mujeres con endometriosis propuesta por el Sistema Nacional de Salud Español (2013) recomienda el uso de escalas de depresión, ansiedad y calidad de vida como herramientas que permiten conocer la efectividad de los tratamientos médicos y quirúrgicos. La Psicóloga Soledad Chamorro presentó en la VII Reunión de Grupo de Interés de la Sociedad Española de Fertilidad (2019) la elaboración de un manual sobre el protocolo de intervención psicológica en pacientes con endometriosis, donde se propone:

- El manejo de la atención y la relación de los procesos atencionales con la percepción del dolor, entrenando al paciente a focalizar y redireccionar la atención hacia estímulos

externos, propioceptivos o hacia imágenes mentales específicas.

- La utilización de la reestructuración cognitiva, con el fin de trabajar las distorsiones cognitivas que alteran la interpretación de la realidad a través del uso de ejemplos de personas que viven con dolor crónico, para ilustrar las interpretaciones subjetivas e irracionales.
- Identificación y entrenamiento de solución de problemas, con el objetivo de que la paciente desarrolle una actitud de autoaceptación y compromiso, pudiendo adquirir las herramientas para sortear los problemas que se le presentan en el camino, y a través de la toma de decisiones, poder generar soluciones que luego serán ejecutadas y verificadas.
- Manejo de emociones y asertividad: que la paciente pueda identificar sus emociones y estados emocionales, y pueda tener la habilidad de expresar sus deseos de una manera abierta, franca y directa respetando los pensamientos y creencias ajenas. La identificación y el entrenamiento de respuestas asertivas suele ser de utilidad en terapia grupales en donde muchas veces se utilizan técnicas de role playing.
- Planificación y organización del tiempo, utilización de estrategias específicas.
- Utilización y puesta en marcha de actividades reforzantes.
- También es importante que las pacientes realicen actividad física, mantengan una correcta higiene postural y un adecuado descanso como pautas para disminuir el dolor. Se ha comprobado que el ejercicio posee un efecto antidepresivo, por lo cual es de mucha utilidad en los casos en que el paciente manifieste síntomas de depresión.
- El entrenamiento en técnicas que puedan llegar a ser beneficiosas para el paciente y el manejo del dolor, como lo son la respiración y la relajación.

Por su parte, Flores Villavicencio et al. (2004) detallan que la terapia cognitivo-conductual pretende identificar y corregir las actitudes, creencias y expectativas erróneas del paciente, intentando que el mismo identifique los factores que aumentan o disminuyen su dolor, apoyándose en una serie de técnicas como por ejemplo el biofeedback, donde se utiliza un equipamiento electrónico para medir ciertas funciones fisiológicas que normalmente pasan desapercibidas, devolviendo esa información al paciente y enseñándole cómo ir modificando las respuestas mediante técnicas de relajación, entre otras.

Los mismos autores explican que, si bien las técnicas de relajación no van a curar la enfermedad, sí pueden ser útiles para reducir la intensidad y frecuencia de algunos síntomas del dolor. Las más utilizadas son la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz y el autocontrol de la respiración. Estas permiten disminuir la ansiedad, la tensión, favorecen el sueño y por consiguiente, permiten lograr numerosos beneficios psicósomáticos como la vasodilatación, la relajación muscular y la inmunocompetencia,

además de eliminar o atenuar los síntomas del dolor y sus efectos. También evitan la cronificación del dolor agudo, aumentan el nivel de actividad física, facilitan la rápida reincorporación a las actividades habituales, mejoran la adaptación del paciente a la enfermedad, y principalmente, disminuyen el consumo de fármacos (Truyols Taberner et al., 2008).

Retomando el protocolo de intervención, luego de cada sesión se evaluará la evolución del paciente y la adquisición de nuevas competencias, como lo son las habilidades de afrontamiento, la autoestima, la confianza, la esperanza y la autopercepción de su calidad de vida. Para finalizar, en la última sesión será importante realizar una medida post-tratamiento de los cuestionarios utilizados, como así también poder obtener un feedback de las sesiones y los resultados de las mismas.

Por último, es importante destacar que, si bien en este apartado nos enfocamos en el tratamiento psicoterapéutico de las pacientes con endometriosis, el mismo deberá estar acompañado de un enfoque integrador que abarque el cuidado de los aspectos físicos, emocionales y sociales. Gutiérrez y González (2021) sugieren al respecto que:

Todas las mujeres con endometriosis deben ser abordadas de manera integral, en donde se involucre un equipo multidisciplinario, ya que mediante el mismo se lograrán alcanzar metas terapéuticas con mayor éxito. Dicho equipo deberá estar conformado por médicos ginecólogos, nutricionistas y psicólogos entre otros.

### **3.4 Métodos alternativos y complementarios a la psicoterapia desde la psicoeducación y la interdisciplina**

Hemos destacado en párrafos anteriores la manera en que el estrés repercute en la endometriosis y la importancia de aplicar técnicas de relajación y respiración para disminuir los niveles de ansiedad que manifiestan las pacientes. Además de las técnicas utilizadas en terapia cognitivo conductual, existen otros métodos alternativos y complementarios a la psicoterapia.

En relación a los mismos, según cita Gómez (2013), en los últimos años ha surgido un gran interés por el estudio y la aplicación de terapias basadas en la atención plena o Mindfulness en pacientes con enfermedades físicas crónicas. El procedimiento se basa en la necesidad de prestar atención a las interacciones de mente, cuerpo y conducta en los esfuerzos para comprender y tratar la enfermedad. Reúne un conjunto de técnicas dirigidas a la toma de conciencia sin juzgar la experiencia (meditación), tanto interna como externa y centrada en el presente.

Según menciona Gómez (2013), mindfulness aumenta el reconocimiento de los sucesos mentales presentes, una actitud de aceptación de la propia experiencia e introduce un espacio

entre la percepción y la respuesta que favorece la reflexión. En el campo de las enfermedades físicas es especialmente útil para la reducción del estrés al combatir la lucha con los propios sentimientos (p.6).

Técnicas como el mindfulness pueden ser muy beneficiosas en enfermedades como la endometriosis debido a que disminuyen la inflamación y el dolor. Un estudio realizado por la investigadora y bioquímica Perla Kaliman (Diario UACH, 2016) en conjunto con el experto en meditación Richard Davidson, demostró que la práctica de meditación provocó una disminución significativa de la expresión de genes que son la base del mecanismo de acción de los fármacos más utilizados para tratamientos antiinflamatorios y analgésicos.

Por otra parte, en una revisión sistemática con metaanálisis de estudios sobre la eficacia de la Terapia basada en mindfulness (TBM) frente a un grupo control activo, Goyal et al. (2014), expusieron que mindfulness disminuye los síntomas de depresión, ansiedad y dolor, al igual que lo hacía la TCC (Terapia Cognitivo Conductual), otras terapias cognitivas o los fármacos.

Además de mindfulness, el Yoga es un método complementario útil para el manejo del dolor crónico que parece tener el potencial de aliviar el dolor. Gonçalves, Barros y Bahamondes (2017), realizaron un ensayo en la universidad de Campinas, Brasil, con dos grupos de mujeres: un grupo de intervención que practicaba yoga y un grupo de control de mujeres que no practicaban yoga, las mismas asistieron a sesiones de yoga programadas por 90 min dos veces por semana durante 8 semanas. Además se aplicó un cuestionario llamado Endometriosis Health Profile (EHP) 30 para evaluar la calidad de vida de las mujeres al ingreso y 2 meses después de completar el programa. El resultado de dolor diario fue significativamente menor entre las mujeres que practicaban que las que no, concluyendo de este modo que la práctica de yoga se asoció una reducción en los niveles de dolor pélvico crónico y una mejora en la calidad de vida.

Por último, un estudio realizado por Ravins, Joseph y Tene (2022) sobre los efectos del yoga en pacientes con endometriosis, concluyó que se recomienda la práctica del mismo para reducir los niveles de dolor estrés y mejorar la calidad de vida.

## Conclusiones

A modo de concluir con la tesina planteada, haremos un recorrido por los diferentes capítulos de la misma. Hemos comenzado haciendo referencia a la definición de la endometriosis y sus consecuencias psicofísicas, en donde pudimos observar cómo la enfermedad no solo repercute físicamente, sino también en las esferas psíquica, social y familiar.

Por otra parte, hemos puntualizado en unos de sus síntomas que causa mayor incapacidad y afectación en su calidad de vida, como lo es el dolor pélvico, interfiriendo en sus actividades cotidianas, y siendo en muchas ocasiones subestimado por el equipo de salud, debido a la normalización y estigmatización de los dolores menstruales, siendo estos obstáculos una de las cuestiones más difíciles por los que atraviesan las mujeres que padecen de endometriosis: Tener que demostrar que su dolor es real, provoca un gran impacto a nivel psicológico y puede generar episodios de ansiedad y depresivos.

A pesar de que la medicina ha avanzado en distintas técnicas y tratamientos para el manejo de la enfermedad, la endometriosis es una enfermedad crónica y como tal no tiene cura. De los tratamientos que se proponen en la actualidad, ninguno incluye el acompañamiento psicoterapéutico de estas mujeres que pueden tardar un promedio de 10 años en conocer su diagnóstico. Por eso delimitamos la importancia de que estas pacientes puedan contar con el apoyo psicoterapéutico pertinente, a través de una de las terapias que más evidencia empírica ha de tener en el manejo de enfermedades crónicas como lo es la psicoterapia cognitiva conductual (TCC).

Si bien hemos mencionado a varios autores que han demostrado la eficacia de la TCC y creemos que puede ser de mucha utilidad para el acompañamiento de estas mujeres, es menester recalcar que, tal como lo indica el título de esta investigación, el objetivo central se basa en poder alojar, a través de un abordaje psicoterapéutico, a ese -sentir- de la paciente que presenta endometriosis, independientemente del marco teórico de elección. Es a través de la psicoterapia que podremos darle un lugar de escucha, de acompañamiento y a partir de ahí poder trazar de forma conjunta un recorrido focalizado en las necesidades que acontecen a estas mujeres.

Por supuesto que, para que esto suceda, será necesario el trabajo de forma multidisciplinaria, junto al equipo médico correspondiente, puesto que será a través del mismo que podrá valorarse de forma holística a las pacientes. Poder apelar en primera instancia a la transversalidad disciplinar, a la inclusión e integralidad serán pilares fundamentales para poder llevar a cabo un abordaje terapéutico que pueda animar a que estas a mujeres logren expresar y compartir los sentimientos e implicación psicológica que la enfermedad está teniendo en ellas, para así poder ofrecerles un abordaje biopsicosocial de forma individualizada.

Conocida como la enfermedad silenciosa por su dificultad diagnóstica y tardía, la endometriosis no se calla. Habla, habla a través del dolor, habla en cada relación sexual dolorosa, habla en la infertilidad a la que se encuentra asociada, habla en cada ausencia laboral, habla en la soledad de aquellas mujeres que sufren en silencio su incompreensión.

¿Será la enfermedad del silencio, o será que tal vez se silencia la enfermedad? Inmersos en una cultura que aún romantiza, minimiza y busca soslayar los periodos menstruales dolorosos, en donde el consumo de analgésicos de venta libre que prometen tratar todo tipo de dolencia está a la orden del día, manifestar incomodidad y dolor es considerado inverosímil.

Creemos fervientemente que aún queda mucho por investigar y hacer con la endometriosis, independientemente de las cuestiones de género. Cuestiones que escapan a esta investigación, pero que no dejan de ser esenciales para dar a conocer la enfermedad, como campañas de atención primaria de la salud que visibilicen la endometriosis y que no solo informen a las mujeres afectadas, sino también a la sociedad.

Sin embargo, nuestro mayor objetivo es que el foco de atención no esté solo puesto en el esqueleto que sostiene la enfermedad, sino en su comandante, la psiquis. Y que de esta manera la paciente encuentre en la psicoterapia un nexo a través del cual pueda sumergirse intrínseca y extrínsecamente, para que de este modo se pueda transitar la endometriosis de la mejor manera posible, sosteniendo, conteniendo y ayudando en la búsqueda y construcción de recursos “psi” para una mejor calidad de vida, pero por sobre todo, para que estas mujeres tengan su espacio de escucha y acompañamiento y que, entonces así, la enfermedad del silencio no las transforme en silenciosas.

## Referencias bibliográficas

- Al Adib Mendiri, M. (2019). *Entender la endometriosis*. Amazon Italia.
- American Society for Reproductive Medicine (2013). *Endometriosis: Guía para pacientes*. [https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/newsandpublications/bookletsfact\\_sheets/spanish-fact-sheets-and-infobooklets/endometriosis-spanish.pdf](https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/newsandpublications/bookletsfact_sheets/spanish-fact-sheets-and-infobooklets/endometriosis-spanish.pdf)
- Ameratunga, D., Flemming, T., Angstetra, D., Ng, S. K. y Sneddon, A. (2017). Exploring the impact of endometriosis on partners. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 43(6), 1048–1053. <https://doi.org/10.1111/jog.13325>
- Astin, J.A. (2004). Multimodal therapy programs for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 20(1), 27-32.
- Banks, S.M. y Kerns, R.D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis stress framework. *Psychol Bull*, 119, 95-110.
- Barañao, R. (2015). Pensando en Endometriosis. *Gráfica Latina, Revista de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica*, 1(4), 6-9.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Biurrun, J. (1999). Presentación de un Protocolo de Tratamiento Psicológico (Grupal Cognitivo-Conductual) en Pacientes con Dolor Crónico en Navarra. *Salud Pública y Administración Sanitaria*, 1-10.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260. <https://doi:10.1037/h0085885>
- Carbonell, M. (2016). La psicología en la atención a las personas con enfermedades crónicas: experiencias y retos. *Integración Académica*, 4(11). <https://www.integracion-academica.org/anteriores/20-volumen-4-numero-11-2016/125-la-psicologia-en-la-atencion-a-las-personas-con-enfermedades-cronicas-experiencias-y-retos>
- Cornejo, J., Barros, P. y Miranda, J.P. (2015). Enfoque Psicoterapéutico Integrativo Multidimensional e Intervenciones Mente-Cuerpo en el Manejo del Dolor Crónico: Un Paso más allá de la Terapia Cognitivo-Conductual. *Revista El Dolor*, 63, 26-31.
- Culley, L., Law, C., Hudson, N., Mitchell, H., Denny, E. y Raine-Fenning, N. (2017). A qualitative study of the impact of endometriosis on male partners. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(8), 1667–1673. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex221>
- Diario UACH (2016). *Dra. Perla Kaliman trató acerca del mindfulness como técnica para manejar el estrés*. <https://diario.uach.cl/dra-perla-kaliman-trat-acerca-del-mindfulness->

como-tecnica-para-manejar-el-estrés/

IASP (2020). *Nueva definición de dolor según la IASP*. <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>

Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Greif, J., Garay, C. y Korman, G. P. (2013). Relación terapéutica: estudio en población de estudiantes universitarios. *Anuario de investigaciones*, 20, 39-47.

Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(4), 135-141.

Fennell, P. A. (2003). *Managing Chronic Illness Using the Four-Phase Treatment Approach: A Mental Health Professional's Guide to Helping Chronically Ill People*. John Wiley & Sons.

Fernández Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.

Fernández Laveda, E.M, Fernández García, A. y Belda Antón, I. (2014). Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina. Cultura de los Cuidados. <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.08>

Fernández, C.; Roca, J.R. y Pérez, E. (2016). El imaginario social de la mujer venenosa. *Investigaciones feministas*, 7(2) 293-311. <https://www.researchgate.net/publication/311849668> El imaginario social de la mujer venenosa ciencia metafora y hermeneutica

FEAP (2015). *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas*. <https://www.feap.es/preguntas/usuarios-de-psicoterap>

Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.

Flores Villavicencio, M. E., González Rojas, I. P., Troyo Sanromán, R., Valle Barbosa, M. A., Muñoz de la Torre, A. y Vega López, M. G. (2004). Efectividad de las técnicas de relajación en la disminución del dolor crónico. *Investigación en Salud*, 6(2), 75-81.

Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R.I. y Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertil Steril*, 1, 107-112. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21621771/>

Gao, X., Yeh, Y., Outley, J., Simon, J., Botteman, M., Spalding, J. (2006). Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 22(9), 1987-1997.

Goffman, E. (1963). *Estigma: Notas sobre el manejo de una identidad estropeada*. Simon &

Schuster.

- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*, 3(1), 1-21.
- Gómez, B. (2013). Terapia cognitiva para trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas crónicas. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 9.
- Gómez Rojas, M. T. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia, Avances en la Disciplina*, 1(2), 159-179.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B. y Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 174(3), 357–368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
- Grau Rebollo, J. (2005). Los límites de lo etnográfico. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 41. <https://docer.com.ar/doc/nxn0es>
- Gupta, R. (2014). *Pain Management*. Springer Heidelberg.
- Gupta, J., Sims, O.T., Missmer, S.A. y Aninye, I.O. (2021). Estigma y endometriosis: una breve descripción y recomendaciones para mejorar el bienestar psicosocial y el retraso en el diagnóstico. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 18(15), 82-100.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Guilford.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. Guilford.
- Hudelist, G., Fritzer, N. y Thomas, A. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human Reproduction*, 27, 3412-3416.
- Jacobson, M.Z. (2002). *Atmospheric Pollution, History, Science, and Regulation*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Norton & Co.
- Joy, B. (2010). *Exploring the psychological effects of endometriosis: A quality study*. University of South Africa.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). Radical behavioral psychotherapy: two contemporary

- examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kreitler, S. (2003). Dynamics of Fear and Anxiety. En P. L. Gower (Ed.), *Psychology of Fear* (pp. 1-17). Nova Science Publishers.
- Laganà, A. S., Condemì, I., Retto, G., Muscatello, M. R., Bruno, A., Zoccali, R. A., Triolo, O. y Cedro, C. (2015). Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 194, 30–33. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.08.015>
- Laganà, A. S., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., Valenti, G., Sapia, F., Chiofalo, B., Rossetti, D., Ban Frangež, H., Vrtačnik Bokal, E. y Vitale, S. G. (2017). Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International journal of women's health*, 9, 323–330. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S119729>
- Lau, M. (2005). Terapia cognitiva basada en la conciencia plena: Integrando la Conciencia plena, la meditación y la terapia cognitiva para reducir el riesgo de recaída en la depresión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13, 7-15.
- León, V., Gómez, B. y Labourt, J. (2011). La alianza terapéutica. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Paisajes de la psicoterapia: Modelos, aplicaciones y procedimientos* (pp. 45-73). Polemos.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E.A. y Ozakinci, G. (2004). Living with chronic illness: a contextualized, self-regulation approach. En S. Sutton, A. Baum y M. Johnston, *The SAGE Handbook of Health Psychology* (pp.197-240). SAGE.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford.
- Lorençatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L. y Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 88–92. <https://doi.org/10.1080/00016340500456118>
- Low, Y.L., Edelman, R.J. y Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2), 111-116.
- Luisi, S., Pizzo, A., Pinzauti, S., Zupi, E., Centini, G., Lazzeri, L., Di Carlo, C. y Petraglia, F. (2015). Neuroendocrine and stress-related aspects of endometriosis. *Neuroendocrinology letters*, 36(1), 15–23.
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Cubana Salud Pública*, 29(3), 275-281.
- Mellado, B. H., Falcone, A. C., Poli-Neto, O. B., Silva, J. C., Nogueira, A. A. y Candido-Dos-Reis, F. J. (2016). Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain.

*International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 133(2), 199–201.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.08.024>

Mettler, L., Alkatout, Í., Meinhold-Heerlein, I. y Keckstein, J. (2018). Endometriosis: A concise practical guide to current diagnosis and treatment. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 19(3), 173–175.

Moix, J. y Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es&tlng=es)

Nezhat, C.R. y Nezhat, F.R. (1995). Uterine surgery. En *Ginecológic Laparoscopy Principles and Techniques*. (pp.205-253). McGraw Hill.

Obando Ramírez, L. y Parrado Corredor, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51- 61.

Oblitas, L.A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38.

Organización mundial de la salud (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (10ª Ed.). Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270&lang=es)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión (CIE-11)*. Ginebra.

Partarrieu, A. (2011). *Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Pimentel González, J. P. y Correal Muñoz, C. A. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Revista Salud Uninorte*, 31(2), 415-423.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522015000200020&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000200020&lng=en&tlng=es).

Pope, C.J., Sharma, V., Sharma, S., Mazmanian, D. (2015). A Systematic Review of the

- Association between Psychiatric Disturbances and Endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(11), 1006-1015.
- Quintero, M. F., Vinaccia, S. y Quiceno Japcy, M. (2017). Endometriosis: Aspectos Psicológicos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 447-452.
- Quiñones, M., Urrutia, R., Torres-Reverón, A., Vincent, K. y Flores, I. (2015). Anxiety, coping skills and hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis in patients with endometriosis. *Journal of Infertility and Reproductive Biology*, 3(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26900480/>
- Pavón, H. (2020). Héctor Fernández Álvarez: "Hoy se ven más trastornos, disfunciones y perturbaciones emocionales". Clarín, Revista Ñ. [https://www.clarin.com/revista-ene/ideas/hector-fernandez-alvarez-hoy-ven-trastornos-disfunciones-perturbaciones-emocionales-0\\_k1mlkHyQw.html](https://www.clarin.com/revista-ene/ideas/hector-fernandez-alvarez-hoy-ven-trastornos-disfunciones-perturbaciones-emocionales-0_k1mlkHyQw.html)
- Pope, C. J., Sharma, V., Sharma, S. y Mazmanian, D. (2015). A Systematic Review of the Association Between Psychiatric Disturbances and Endometriosis. *Journal of obstetrics and gynaecology du Canada*, 37(11), 1006–1015. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30050-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30050-0)
- Rivera Gutierrez, H. A. y González, F. I. (2021). Endometriosis: Una visión detrás del estigma. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 5(4), 25–33. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i3.308>
- Rogers, P.A., D' Hooghe, T.M. y Fazleabas, A. (2008). Prioridades para la investigación de la endometriosis: recomendaciones de un taller de consenso internacional. *Reproductive Sciences*, 16, 335–346.
- Saizar, M. y Korman, G. P. (2012). Interactions Between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina. *SAGE Open*, 2(3). <http://doi.org/10.1177/2158244012454438>
- Segal, Z.V., Williams, J.M., Teasdale, J.D. y Gemar, M. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1001-1017.
- Semerari, A. (2002). *Origen y Desarrollo Del Cognitivismo Clínico*. <https://es.scribd.com/document/324845242/1-2-1-Semerari-A-2002-Origen-y-desarrollo-del-cognitivismo-clinico-pdf>
- Sepulcri, R.P. y Do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 142(1), 53–56. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.09.003>
- Simoens, A. A, D'Hooghe, T.M., Dunselman, G.A., Dirksen, C.D., Hummelshoj, L., EndoCost

- W. y Simoens, S. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Human Reproduction*, 1-9. <https://doi:10.1093/humrep/det284>
- Sistema Nacional de Salud Español (2013). *Guía de atención a las mujeres con endometriosis*. [https://semg.es/images/stories/recursos/2014/documentos/Guia\\_Endometriosis.op.pdf](https://semg.es/images/stories/recursos/2014/documentos/Guia_Endometriosis.op.pdf)
- Sociedad Argentina de Endometriosis. (2022). <https://saendometriosis.com.ar/>
- Soliman, A., Coyne, K., Zaiser, E., Castelli-Haley, J. y Fuldeore, M. (2017). *The burden of endometriosis symptoms on health-related quality of life in women in the United States: a cross-sectional study*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28635533/>
- Tasa Vinyals, E., Mora Giral, M. y Raich Escursell, R.M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 113.
- Torres, A., Andrade, E. y García-Cáceres, R. (2018). *Syntonic divergence of plants and animal*. <https://es.scribd.com/document/422707580/Torres-Et-Al-2018>
- Truyols Taberner, M. M., Pérez Pareja, J., Medinas Amorós, M. M., Palmer Pol, A. y Sesé Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003&lng=es&tlng=es)
- Ulett, N. M. (2019). Actualización en los puntos clave de la endometriosis. *Revista Medica Sinergia*, 4(5), 35 - 43. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.19>
- Vitale, S., La Rosa, V.L., Chiara, A.M. y Lasaganá, A.S. (2016). Impact of endometriosis on quality of life and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1244185>
- Wishaar, T. y Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5-37.
- Zondervan, T., Becker, C. y Koga, K. (2018). Endometriosis. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1-9.
- Zych, I., Casal, G. B. y Rodríguez, S. G. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología*, 28(1), 11-18.