



Impacto psicológico, dolor y adherencia al tratamiento farmacológico en Endometriosis

Alumna:

Alba María Hernández Tejero

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2017/2018

Resumen

Objetivo: analizar la adherencia al tratamiento farmacológico y el dolor provocado por la Endometriosis en pacientes con esta enfermedad, además de investigar como está relacionada con su salud psicológica. Método: participaron 126 mujeres diagnosticadas de Endometriosis en las que se presentaron las pruebas SCL-90-R, el Cuestionario de Creencias Personales en Salud y una Escala Analógica Visual del dolor. Resultados: se encontraron diferencias significativas entre la adherencia al tratamiento hormonal frente al analgésico/antiinflamatorio ($t(107.7)=5.76$; $p<0.01$); pero no se encontraron diferencias significativas en síntomas psicológicos y dolor según el estadio de la enfermedad, salvo en el caso de la ansiedad ($F(2, 74)=3.606$; $p<0.05$). Conclusiones: se ha evidenciado una peor adherencia al tratamiento analgésico/antiinflamatorio frente al hormonal en el que pueden estar influenciando otros factores; y se afirma que los síntomas psicológicos y el dolor son independientes del estadio o gravedad de la Endometriosis salvo en el caso de la ansiedad, lo que se propone una mayor y precoz atención psicológica para esta enfermedad en el Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: Endometriosis, adherencia al tratamiento, síntomas psicológicos, dolor

Abstract

Objective: to analyze the adherence to the pharmacological treatment and the pain caused by Endometriosis in patients with this disease, besides investigating how it is related to their psychological health. Method: 126 women diagnosed with Endometriosis participated in which the SCL-90-R test, the "Cuestionario de Creencias Personales en Salud" and a Visual Analog Scale of pain were presented. Results: significant differences were found between the adherence to the hormonal treatment versus the analgesic / anti-inflammatory ($t(107.7)=5.76$, $p<0.01$); but no significant differences were found in psychological symptoms and pain according to the stage of the disease, except

in the case of anxiety ($F(2, 74)=3.606, p<0.05$). Conclusions: it has been shown a worse adherence to analgesic/anti-inflammatory treatment compared to hormonal treatment in which other factors may be influencing; and it is affirmed that the psychological symptoms and pain are independent of the stage or severity of Endometriosis except in the case of anxiety, which proposes a greater and precocious psychological attention for this disease in the National System of Health.

Key words: Endometriosis, adherence to treatment, psychological symptoms, pain

Introducción

Según el Sistema Nacional de Salud (SNS, 2013) la endometriosis se define como la implantación y crecimiento del endometrio o tejido endometrial fuera del útero, siendo las localizaciones más frecuentes el peritoneo pélvico o los ovarios, aunque también puede encontrarse en el sistema gastrointestinal o urinario; y que puede variar desde pequeñas y diversas lesiones, hasta grandes y extensos endometriomas y adherencias a lo largo de toda la anatomía pélvica. Este tejido está influido por las hormonas durante el ciclo menstrual, por lo que se produce sangrado y su desprendimiento durante la menstruación.

Se trata de una enfermedad crónica que afecta entre el 10-20% de la población femenina en edad fértil de cualquier edad, etnia y grupo social. Las manifestaciones clínicas son muy variadas: desde ser completamente asintomática (se estima que son entre el 15-30% de las mujeres diagnosticadas), hasta formas más severas con dolores intensos y con alta probabilidad de infertilidad, lo que puede ser muy invalidante para las pacientes que la sufren y afectando a su calidad de vida. Generalmente los síntomas que

la acompañan son dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico, además de dolor abdominal o dolor al orinar o defecar que se acentúan durante la menstruación. Aunque se trate de una enfermedad crónica que afecta a una gran cantidad de mujeres, no existe acuerdo en cuanto a su causa. Una de las teorías más apoyadas ha sido la de la menstruación retrógrada (Sampson, 1927), que plantea que existen diversos factores que permiten que el endometrio llegue a la cavidad peritoneal mediante la menstruación y que a partir de ahí se expanda y prolifere produciendo los síntomas de la enfermedad. Otras explicaciones posibles han sido descritas en la teoría de los restos embrionales (Longo, 1979), la teoría de la metástasis linfática y vascular (Ueki, 1991), o la teoría de lesión y reparación del tejido (TIAR, Leyendecker et al, 2009), entre otras.

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 debido a la creencia generalizada en las mujeres de que es normal el dolor durante la menstruación. Por esta razón, pueden pasar hasta 8 años desde los primeros síntomas hasta el establecimiento del diagnóstico que se realiza mediante Resonancia Magnética (RM) o la Tomografía Axial Computarizada (TAC); aunque el diagnóstico definitivo se realiza a través del procedimiento de laparoscopia.

En cuanto a la clasificación de la endometriosis, la más utilizada a día de hoy es la propuesta por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine, 1996), que la divide con respecto a la localización, tamaño y densidad de las lesiones observadas mediante laparoscopia:

- **Estadio I (Mínima):** implantes aislados y sin adherencias.
- **Estadio II (Leve):** implantes superficiales menores de 5cm. Adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo u ovarios.
- **Estadio III (Moderada):** implantes múltiples superficiales o invasivos. Adherencias alrededor de las trompas o periováricas, que pueden ser evidentes.

- **Estadio IV (Severa):** implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos.

Cabe destacar que esta clasificación no identifica el estadio por el tipo o severidad de los síntomas; ya que en muchas ocasiones la severidad del dolor que experimentan las pacientes es independiente del estadio de la enfermedad en que se encuentran (Vercellini et al, 2007) y también se evidencia problemas de infertilidad en los estadios más leves debido a procesos inflamatorios (Fernández y Albornoz, 2010; American Society for Reproductive Medicine, 2013).

Con respecto a las formas de dolor más comunes en la endometriosis se destaca la dismenorrea, la dispareunia y el dolor pélvico crónico. Estos tres tipos de dolor se manifiestan mediante los mecanismos de inflamación, infiltración nerviosa o las propias adherencias del endometrio que aparecen desde pacientes sin grandes lesiones hasta pacientes que han sido intervenidas quirúrgicamente. Sin embargo, la percepción del dolor también puede variar en función de diversas variables psicológicas. Por ejemplo, Bylinka y Oniszczenko (2016) encontraron altas correlaciones negativas entre el rasgo de personalidad de resistencia y la intensidad del dolor y entre las creencias internas sobre el control del dolor y la intensidad de éste.

Por otro lado, el tratamiento pautado para la endometriosis es efectivo para frenar de manera transitoria la progresión de la enfermedad y para el tratamiento del dolor consecuente con esta. Aunque, actualmente no se dispone de un tratamiento que suprima los síntomas, restaure la fertilidad o elimine las lesiones. Según el SNS (2013), se puede dividir el tratamiento de la siguiente forma:

- **Tratamiento hormonal:** todos sus tipos son igualmente eficaces (reducen el dolor aproximadamente a los 6 meses) aunque difieren en sus efectos secundarios:

-*Progestágenos:* como el acetato de medroxyprogesterona, la dihidrogesterona, o la noretisterona.

-*Anticonceptivos hormonales combinados*

-*Danazol y Gestrinona*: inhiben la síntesis de esteroides e interactúan con los receptores endometriales de progesterona y andrógenos.

-*Análogos de hormonas liberadoras de gonadotropinas*.

-*Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel (DIU_LNG)*.

- **Tratamiento analgésico**: según las necesidades de las pacientes, se debe utilizar el apoyo psicológico o fisioterapéutico para el tratamiento del dolor; pero en el caso de los fármacos, los más usados son:

-*Analgésicos/Antiinflamatorios*: paracetamol, ibuprofeno, metamizol.

-*Antihiperalgésicos*: amitriptilina, duloxetina, pregabalina.

-*Opioides*: morfina, fentalino, metadona.

- **Tratamiento quirúrgico**: se utiliza para tratar todos los tipos de endometriosis (ovárica, peritoneal, profunda) siendo el método más efectivo en la actualidad la laparoscopia, ya que ofrece mejores resultados a largo plazo y mejora la fertilidad posterior de las pacientes.

Calidad de vida e impacto psicológico en la endometriosis

La calidad de vida de las pacientes con endometriosis se ve afectada en múltiples ámbitos que van desde el impacto psicológico, la vida sexual y la vida familiar, social y laboral, debido tanto a los propios síntomas de la enfermedad como por el impacto de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Mielke et al (2017) observaron que las mujeres con endometriosis tenían una peor calidad de vida relacionada con la salud, más síntomas de ansiedad, catastrofismo, y eran hipervigilantes con respecto al dolor, independientemente de la severidad del dolor en comparación con un grupo control.

En otros estudios, se ha evidenciado que las mujeres con endometriosis informan de más angustia psicológica, menos sentimientos de feminidad, alteración de la imagen corporal, inutilidad, sentimientos de pérdida de control y alexitimia (Cheong et al, 2008; Lagana et al, 2015; Pope et al, 2015; Chen et al,

2016); e incluso en una revisión se ha encontrado cierta relación entre diversos factores de ésta con el trastorno bipolar (Dinsdale y Crespi, 2017).

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). Por otro lado, se ha evidenciado que los síntomas depresivos y los altos niveles de rasgo y estado de ansiedad correlacionaron positivamente con la severidad del dolor en mujeres con endometriosis (Sepulcri y Amaral, 2009). Sin embargo, una revisión previa de la American Society for Reproductive Medicine (1997) puso de manifiesto que el estadio de la enfermedad no corresponde necesariamente con la gravedad de estos síntomas. Tampoco se han encontrado correlaciones entre gravedad del dolor y depresión o ansiedad, pero sí con el deterioro psicosocial (Eriksen et al, 2008); por lo que no parece existir consenso actualmente con respecto a este tema.

En otras áreas de la vida, se encontró que el 15% de las mujeres con endometriosis explicaban tener serios problemas en sus relaciones de pareja y el 7.7% de ellas sufrieron una ruptura debido a los síntomas de la enfermedad durante un periodo de 15 años (Fagervold et al 2009). Desde el punto de vista social, entre el 16 y el 21% de las mujeres experimentaron dificultades con la movilidad, el autocuidado y las actividades diarias (Fourquet et al, 2011; Simoens et al, 2012). Así mismo, se encontró que afectaba a las calificaciones y que abandonaban los estudios antes de finalizarlos (Huntington y Gilmour, 2005; Gilmour et al, 2008); mientras que se ha evidenciado que es una pequeña minoría la que ve afectado sus estudios (Fagervold et al, 2009).

Adherencia al tratamiento en la endometriosis

Según la OMS (2001), la adherencia al tratamiento es “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Este es

un proceso complejo en el que influyen diversos factores, como son el ambiente del paciente, los propios atributos de este, y las características de su enfermedad y su tratamiento. Según Pelechano (2008), entre los posibles factores que pueden perturbar el cumplimiento de las prescripciones encontramos:

- **Por parte del prestador de asistencia sanitaria:**

- No comprueba si el paciente comprende la prescripción.*

- Las prescripciones son vagas, malas y/o alejadas de la experiencia del paciente.*

- **Por parte de las prescripciones:**

- Complejidad:* a mayor complejidad, peor cumplimiento.

- Variabilidad:* a mayor variabilidad de un día a otro, menos cumplimiento.

- Efectos secundarios:* a más efectos secundarios, peor cumplimiento.

- Relación médico/paciente:* a menor calidad, menor cumplimiento.

- Tipo de enfermedad:* las asintomáticas y las crónicas se cumplen en menor medida que las agudas.

- Ingeniería de fármacos:* a mayor simplicidad y eficacia temporal, mayor cumplimiento.

- **Por parte del paciente:**

- Comprensión verbal deficiente:* a peor comprensión, menos cumplimiento.

- Olvidos*

- El “enfermo sabio”:* cuando sospecha que los efectos de los fármacos son peores que la propia enfermedad.

- Características de personalidad:* reactancia psicológica, contracontrol, etc.

- Presencia de otros trastornos:* a más complejidad de síntomas, menor cumplimiento

- Apoyo social:* a peor apoyo social, menos cumplimiento.

A pesar de la gran cantidad de evidencia que existe con respecto a la adherencia al tratamiento en multitud de enfermedades crónicas, actualmente apenas existen estudios que analicen este concepto en torno a la endometriosis. La mayoría se centran en la comparación de la eficacia del tratamiento farmacológico, concretamente, en el tratamiento hormonal, analizando sus efectos secundarios y la mejoría de los síntomas a largo plazo, y obviando otros posibles factores por parte de la propia paciente que pudieran estar influyendo.

Cabe destacar que se ha analizado la adherencia y la persistencia al acetato de leuprolida (un agonista de la hormona liberadora de gonadotropinas), y se observó que éstas mejoraban si se utilizaba a su vez una terapia “Add-back” (uso de estrógenos o progesterona) para tratar los síntomas secundarios de pérdida de masa ósea, propios de los análogos de las hormonas liberadoras de gonadotropinas; lo que produjo una menor necesidad de intervención quirúrgica posterior (Soliman et al, 2016). En otro estudio en el que se comparaba el mismo fármaco en pacientes que tenían pautado a su vez algún tratamiento “Add-back”, se observó que tenían una mayor persistencia y cumplimiento significativamente más alto que las que no tenían ningún tipo de tratamiento “Add-back” (Fuldeore et al, 2010).

Objetivo e hipótesis

El objetivo de este trabajo fue analizar la adherencia al tratamiento farmacológico en las pacientes con endometriosis; además de observar cómo ésta se relaciona con su salud psicológica y su calidad de vida.

Teniendo en cuenta las investigaciones de Vercellini et al. (2007) y de la American Society for Reproductive Medicine (1997), las hipótesis de este trabajo han sido las siguientes:

- Existe menor adherencia al tratamiento de la endometriosis con el uso de fármacos analgésicos/antiinflamatorios que con fármacos hormonales.
- No existen diferencias en percepción del dolor con respecto al estadio o gravedad de la endometriosis
- No existen diferencias en síntomas psicológicos con respecto al estadio o gravedad de la endometriosis.

Método

Participantes

Se contó con la colaboración de 126 mujeres diagnosticadas de endometriosis con edades comprendidas entre los 25 y los 52 años (36.42, 5.57). De todas ellas, el 64.3% tenían estudios universitarios, un 27% estudios secundarios, y un 8.7% estudios primarios.

En cuanto al estadio de endometriosis en el que se encontraban, el 38.9% no lo conocían, el 0.8% en el estadio I, el 4% en el estadio II, el 8.7% en el estadio III, y finalmente el 47.6% se encontraban en el estadio IV de la enfermedad.

Instrumentos

Los instrumentos que se han utilizado para esta investigación han sido los siguientes:

- **SCL-90-R (Symptom Checklist-90, Derogatis, 1994):** consiste en un inventario de 90 ítems en una escala tipo Likert de cinco puntos (donde 0="No he tenido molestia en absoluto", hasta 4="He tenido esa molestia mucho o extremadamente"), cuyo objetivo es evaluar posibles síntomas psicológicos y psicopatológicos del evaluado en las últimas semanas. Las nueve dimensiones o síntomas son: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad,

ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Existe otra dimensión denominada “Miscelánea” en el que se incluyen siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones previas, pero que también tienen relevancia clínica.

- **Cuestionario de creencias personales en salud (De las Cuevas y Peñate, 2017):** Este cuestionario está dividido en tres partes: la primera consta de 23 ítems en una escala tipo Likert de seis puntos (donde 1=“Totalmente en desacuerdo”, hasta 6=“Totalmente de acuerdo”) que evalúa las dimensiones de locus de control (interno, del doctor y del azar), reactancia psicológica, y actitudes hacia la medicación (farmafilia y farmafobia) de la enfermedad a la que se hace referencia. La segunda parte corresponde a una escala de “Opiniones sobre este medicamento” que se tiene pautado, en un formato de 10 ítems con una escala tipo Likert de cinco puntos (en el cual 1=“Totalmente en desacuerdo”, hasta 5=“Totalmente de acuerdo”), y en la que se analizan las creencias sobre los fármacos (divididos en los factores de necesidad y preocupación). Y la tercera parte se trata de la escala “Sidorkiewicz adherence tool” (De las Cuevas, Motuca, Baptista, y de Leon, 2018). Esta evalúa “Su experiencia con este medicamento” y la adherencia existente hacia este, donde a mayor puntuación existe peor adherencia hacia el fármaco en cuestión. Se trata de 5 ítems, de los cuales los dos primeros tienen un formato de respuesta dicotómico (Sí/No), mientras que los restantes en un formato de respuesta de tres opciones.
- **Escala analógica visual del dolor (Visual Analog Scale):** se trata de una escala visual (Figura 1) que va desde 0 (“Nada de dolor”) hasta 10 (“El dolor más insoportable que se pueda imaginar”) para cuantificar la intensidad del dolor que sufren los pacientes en diversas patologías entre las que se encuentra este componente.

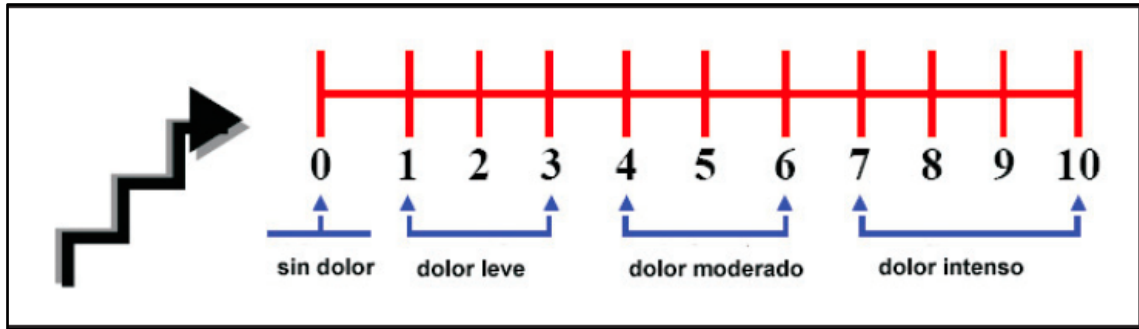


Figura 1. Escala Analógica Visual del dolor

Procedimiento

Primeramente se pasaron los instrumentos utilizados y el consentimiento informado para la participación en la investigación a un formato informatizado mediante los cuestionarios de Google, para que así fuese más cómodo para la recogida de datos y para poder llegar a una mayor población diana. Posteriormente se contactó con la Asociación de Afectadas de Endometriosis (ADAEC), que se trata de una asociación sin ánimo de lucro fundada en 2006 con el objetivo de informar y sensibilizar a la sociedad sobre la endometriosis, ofrecer ayuda e información a las pacientes, y funcionar como grupo de presión ante las administraciones públicas para exigir los recursos necesarios para la prevención, detección temprana y tratamiento de la enfermedad. Se llevó a cabo tanto a nivel estatal como a nivel de Canarias para que ayudasen en la difusión del estudio mediante RRSS como a través de las mujeres diagnosticadas que se encuentran dentro de la asociación. En el caso del Cuestionario de Creencias Personales en Salud (De las Cuevas y Peñate, 2017), se pidió a las participantes que volvieran a contestar una segunda vez la segunda y tercera parte del cuestionario en el caso de que tomaran un tratamiento distinto (hormonal o analgésico/antiinflamatorio) al que habían contestado previamente. Una vez recogidos los diversos datos, se pasaron a una plantilla de Excel para su posterior análisis mediante el programa informático SPSS.

Análisis de datos

Para verificar las hipótesis de este trabajo se han llevado a cabo diversos análisis de correlación de Pearson, además de contrastes de medias independientes para el análisis de la adherencia al tratamiento farmacológico, y de ANOVAs unifactoriales para los síntomas psicológicos y la percepción del dolor según el estadio de la enfermedad, considerando en todos ellos resultados estadísticamente significativos siendo $p < 0.05$.

Resultados

En cuanto a los datos sociodemográficos que se han analizado en esta muestra, se pueden destacar:

- El estado civil (Figura 2): el 46.83% de las mujeres estaban solteras; el 50% casadas, el 2.38% separadas, y solo un 0.8% en estado de viudedad.
- El tiempo que lleva diagnosticada con la enfermedad: que abarca desde 1 mes hasta 25 años (6.89, 6.19).
- La discapacidad o incapacidad reconocida a causa de la Endometriosis: el 89.68% de la muestra no la tenía reconocida.

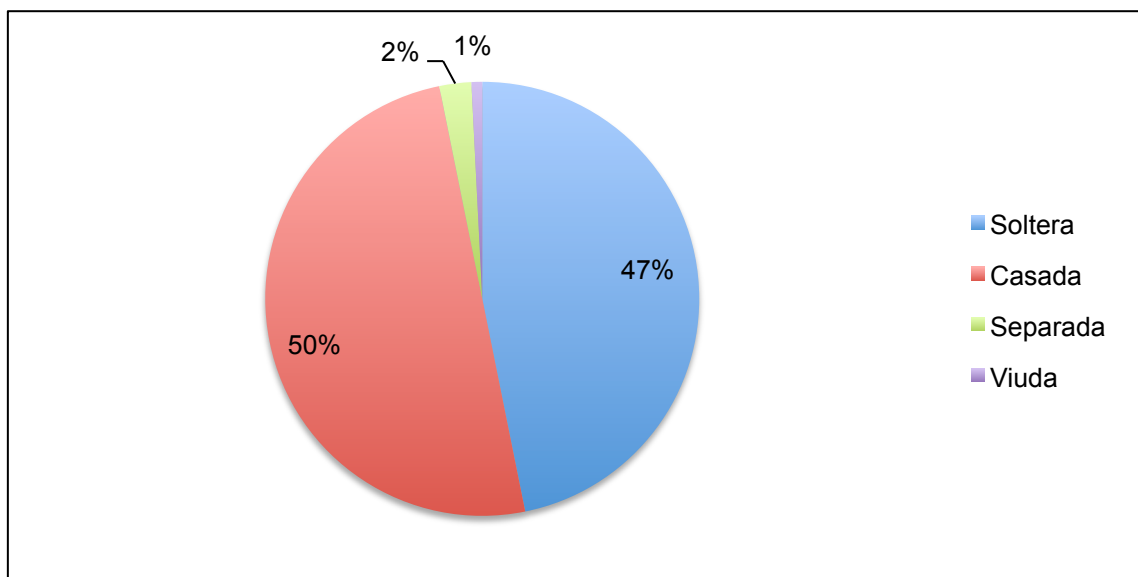


Figura 2. Estado civil de la muestra analizada

También se analizó por otro lado el tipo de tratamiento que tenían pautado diferenciando entre el hormonal, con analgésicos/antiinflamatorios, u otros, entre los que se recogían psicofármacos, remedios naturales, fisioterapia, etc (Figura 3). Se observó que el tratamiento que más aparecía era un combinado entre el hormonal y con analgésicos/antiinflamatorios (50%), seguido de solo el hormonal (22.22%), solo analgésico/antiinflamatorio (16.67%), un combinado de los tres tipos (5.55%), referido solo a otros (3.97%), y un combinado entre el analgésico/antiinflamatorio con otros (1.59%).

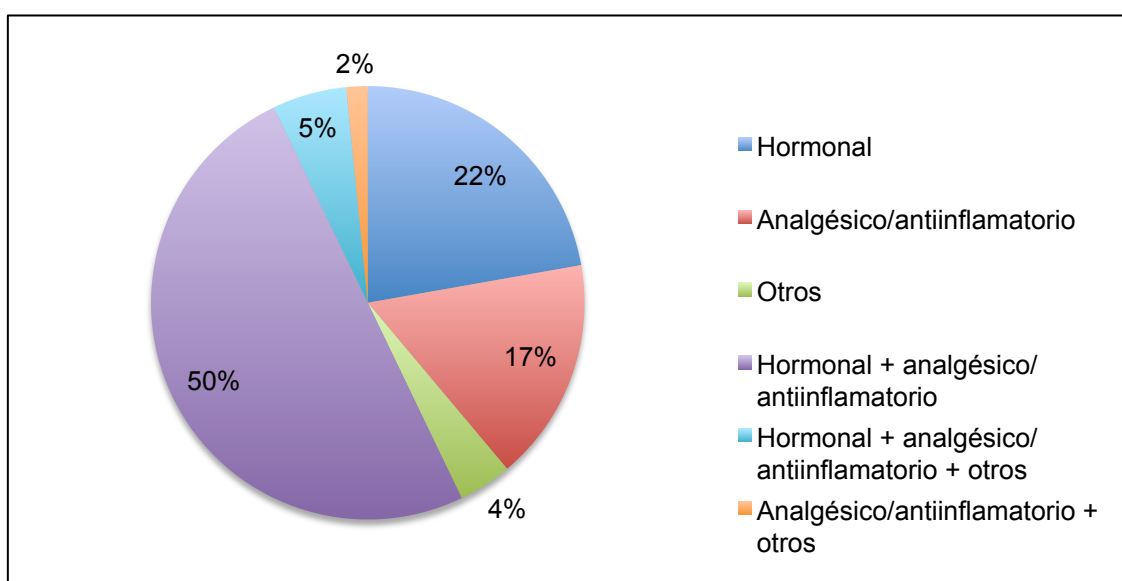


Figura 3. Tratamiento pautado para la endometriosis

También se analizó si aquellas mujeres que tenían pautado el tratamiento hormonal, tanto de manera combinada como sola, tenían algún tipo de financiación por parte del Estado para costearlo, del cual se observó que solo el 17,46% de la muestra sí tenía algún tipo de ayuda.

Por otro lado, se realizó el análisis de la correlación de Pearson entre diversos componentes del Cuestionario de Creencias personales en salud y algunos datos sociodemográficos, entre los que habría que destacar la edad y estadio de endometriosis ($r = .313^{**}$); el nivel de estudios completados con farmacia ($r = .228^*$), locus control doctor ($r = .26^{**}$) y nivel de adherencia ($r = -.261^*$); farmacia con locus control interno ($r = .412^{**}$), locus control doctor ($r = .435^{**}$), y con locus

control azar ($r = .213^*$); farmafobia con locus control interno ($r = .216^*$), locus control azar ($r = .289^{**}$), reactancia ($r = .423^{**}$), y preocupación ($r = .437^{**}$); locus control interno con locus control doctor ($r = .314^{**}$) y reactancia ($r = .29^{**}$); y necesidad con preocupación ($r = .345^{**}$) y con nivel de adherencia ($r = .253^*$).

Se realizó un contraste t de medias independientes entre los grupos de alta y baja adherencia al tratamiento con respecto a diferentes datos sociodemográficos y componentes del cuestionario de Creencias personales en salud; de los cuales solo apareció como significativo con respecto al nivel de estudios de las pacientes con Endometriosis ($t(52) = 2.38$; $p < 0.05$).

Por otro lado, también se llevó a cabo otro contraste t de medias independientes entre los dos tipos de tratamientos farmacológicos recogidos (hormonal y con analgésicos/antiinflamatorios) para comparar sus puntuaciones en la variable de adherencia al tratamiento. Se encontraron diferencias significativas (Figura 4) mostrando una mayor adherencia en el grupo de tratamiento hormonal ($t(107.7) = 5.76$; $p < 0.01$).

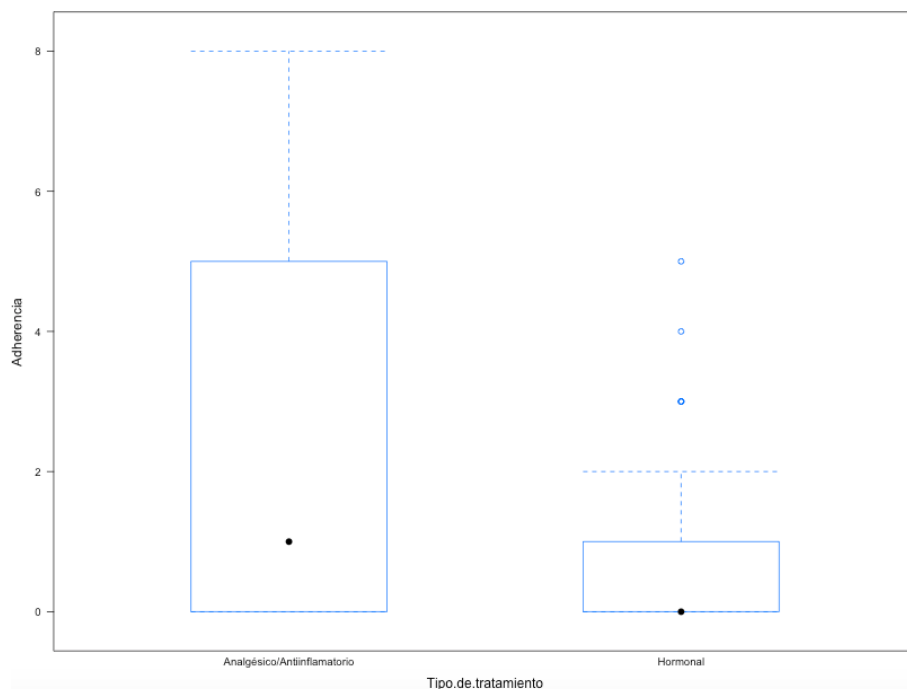


Figura 4. Diagrama de cajas contraste t entre tipos de tratamiento farmacológico

Así mismo, se realizó un ANOVA unifactorial para comparar las distintas dimensiones del cuestionario SCL-90-R y de la Escala Analógica Visual para el dolor según el estadio de la enfermedad. Para ello, se eliminaron aquellas participantes que no conocían el estadio en que se encontraban, se agruparon aquellas que se encontraban en los estadios I y II, denominando al grupo como “Bajo”, y se mantuvo los estadios III y IV como “Medio” y “Alto”, respectivamente. Del mismo modo, se baremaron aquellas puntuaciones del SCL-90-R con los baremos de la población femenina general española (González de Rivera et al, 2002) de aquellas participantes de la muestra que sí conocían el estadio en el que se encontraban (Tabla 1).

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas baremadas de las dimensiones SCL-90-R

	Media	Desviación Típica
Somatización	2.34	1.67
Obsesión-Compulsión	1.66	1.89
Sensib. Interpersonal	1.97	1.91
Depresión	1.63	1.64
Ansiedad	1.57	1.96
Hostilidad	1.00	1.62
Ansiedad Fóbica	1.96	2.71
Ideación Paranoide	.88	1.78
Psicoticismo	2.17	2.68

En el caso de los síntomas psicológicos (Tabla 2), no aparecieron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones, salvo en el caso de la ansiedad $F(2, 74)=3.606$; $p<0.05$ (Figura 5).

Tabla 2. ANOVA síntomas psicológicos y estadio de endometriosis

		Suma cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Somatización	Entre grupos	2.67	2	1.34	1.303	.278
	Dentro de grupos	75.88	74	1.03		
	Total	78.55	76			
Obs-Compul.	Entre grupos	1.61	2	.81	.743	.479
	Dentro de grupos	80.36	74	1.09		
	Total	81.97	76			
Sensib. Inter.	Entre grupos	.75	2	.38	.461	.632
	Dentro de grupos	60.37	74	.82		
	Total	61.13	76			
Depresión	Entre grupos	2.06	2	1.03	1.038	.359
	Dentro de grupos	73.60	74	.995		
	Total	75.66	76			
Ansiedad	Entre grupos	7.532	2	3.765	3.606	.032*
	Dentro de grupos	77.265	74	1.044		
	Total	84.795	76			
Hostilidad	Entre grupos	1.845	2	.923	1.051	.355
	Dentro de grupos	64.983	74	.878		
	Total	66.828	76			
Ans. Fóbica	Entre grupos	6.506	2	3.253	2.627	.079
	Dentro de grupos	91.631	74	1.238		
	Total	98.137	76			
I. Paranoide	Entre grupos	1.068	2	.534	.594	.555
	Dentro de grupos	66.515	74	.899		
	Total	98.583	76			
Psicoticismo	Entre grupos	1.678	2	.839	1.143	.325
	Dentro de grupos	54.343	74	.734		
	Total	56.021	76			

Nota: $p < 0.05^*$

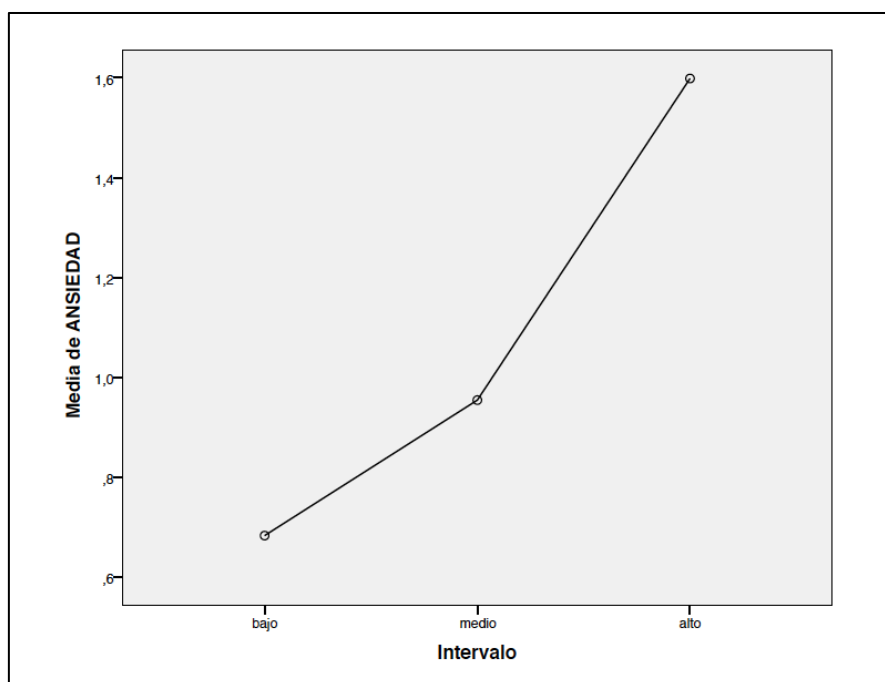


Figura 5. Medias de la dimensión Ansiedad en los tres niveles de Endometriosis

Del mismo modo, al analizar el ANOVA del nivel de dolor que sufren las pacientes en los tres estadios de Endometriosis agrupados, tampoco aparecen diferencias significativas: $F(2, 74)=.321$; $p>0.05$ (Tabla 3).

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas del dolor en los tres estadios agrupados

	N	Media	Desviación Típica
Bajo	6	6.50	1.87
Medio	11	6.18	2.23
Alto	60	6.89	2.50
Total	77	6.69	2.41

Conclusiones y Discusión

El objetivo de este estudio ha sido analizar cómo se manifiesta la adherencia al tratamiento en mujeres con endometriosis, además de cómo ésta afecta a la calidad de vida de dichas mujeres; hipotetizando que existirían diferencias en la adherencia al tratamiento según el tipo de fármaco, pero no en cuanto a los síntomas y dolor que padecen con respecto al estadio de la enfermedad.

En el caso de las diferencias en adherencia al tratamiento, se puede afirmar que existe una peor adherencia en el caso de los fármacos analgésicos o antiinflamatorios que en los de tratamiento hormonal. Como no existen trabajos previos que hayan analizado estas dimensiones, no se pueden realizar comparaciones con otros datos para establecer si se han obtenido o no los mismos en este trabajo que en el de otros autores. Sin embargo, se puede explicar esta diferencia debido a que el tratamiento hormonal se consume con el objetivo de mejorar los síntomas más generales de la Endometriosis (regulación hormonal de la menstruación, prevenir la dismenorrea y el dolor al defecar durante esta, etc); mientras que el uso de los analgésicos o antiinflamatorios se usa para disminuir el dolor provocado por la inflamación de

las adherencias y endometriomas en aquellos lugares en los que aparecen (llegando a contactar con los propios nervios u otros órganos), por lo que es más probable que estos últimos solo se utilicen cuando la persona experimenta dolor, y no de una forma constante y en todas las horas dictadas por el facultativo. Aunque también esto puede estar relacionado con distintos factores ya nombrados por Pelechano (2008), como el caso de los efectos secundarios del fármaco, la propia ingeniería de estos, o diversos factores propios de la paciente, como las características de personalidad o la presencia de otros trastornos (en este estudio también se ha encontrado relación entre la creencia de necesidad de la medicación con la adherencia al tratamiento; y una relación negativa entre el nivel de estudios de las mujeres y la adherencia).

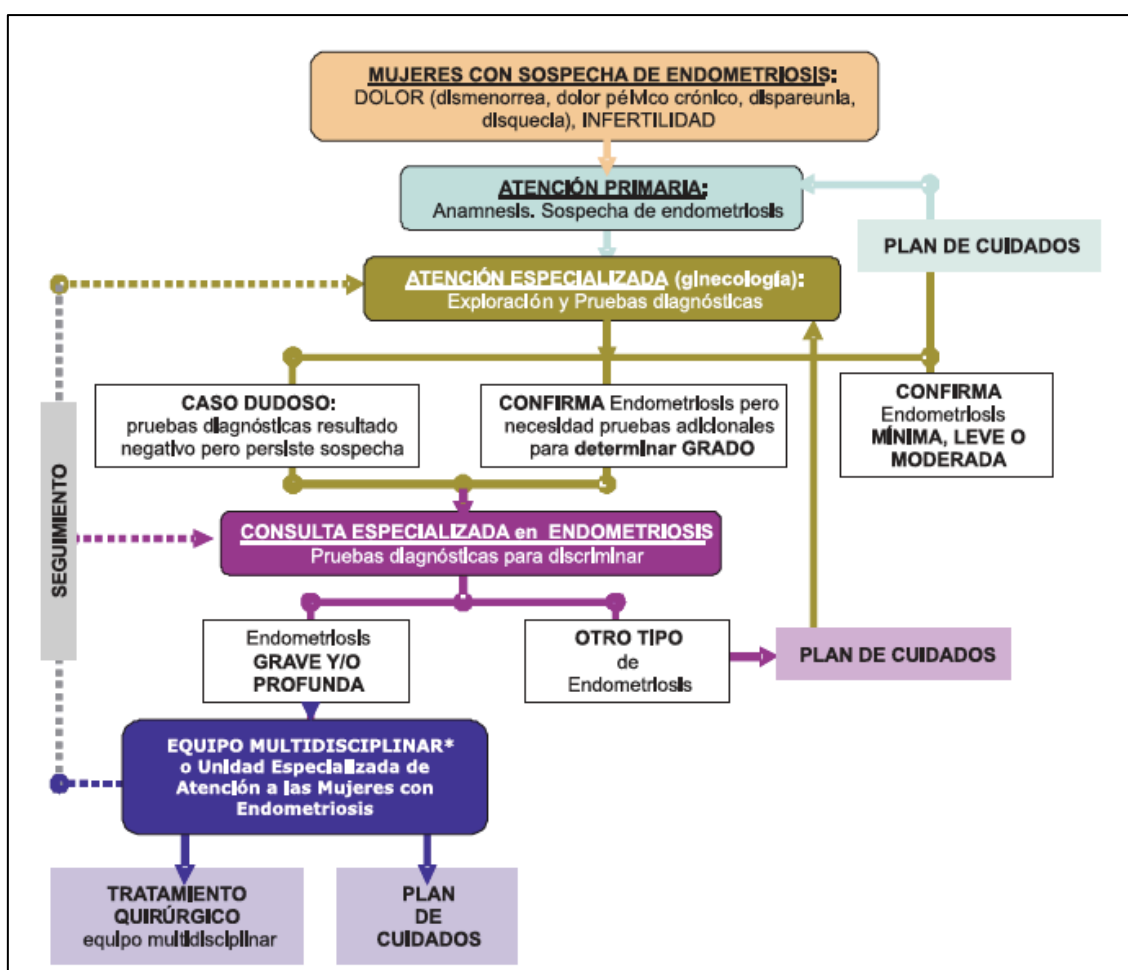
En el caso del análisis del dolor, se ha evidenciado también que es independiente del estadio de Endometriosis en el que se encuentra la paciente, llegando a aparecer prácticamente la misma valoración del dolor en los tres estadios agrupados, lo que concuerda con los resultados recogidos por Vercellini et al. (2007), en el que tampoco encontraron una asociación consistente entre el estadio de la enfermedad y la severidad de los síntomas del dolor pélvico; por lo que no influye solo el tamaño de las lesiones provocadas por la enfermedad, sino también otros posibles factores como los encontrados en el estudio de Bylinka y Oniszczenko (2016).

Y por otro lado, también se ha encontrado que los síntomas psicológicos son independientes del estadio de la enfermedad, salvo en el caso de la ansiedad en donde sí existe mayor severidad de este síntoma en relación con el empeoramiento de la enfermedad; por lo que los resultados sí concuerdan en parte con los de Sepulcri y Amaral (2009), por un lado, y con los de la American Society for Reproductive Medicine (1997), por otro.

Sin embargo, cabe destacar que el que solamente exista relación entre el estadio y la ansiedad pueda ser debido a que ésta última esté relacionada más directamente con el estrés que se sufre debido a la enfermedad que el resto de síntomas, referido con la mayor incapacidad, el mayor uso de los servicios

sanitarios, la probabilidad mayor de que haya sido intervenida quirúrgicamente a causa de la enfermedad, etc.

Finalmente, estos datos obtenidos, sobre todos los referidos a los síntomas psicológicos y el dolor, se quieren respaldar con el objetivo de administrar una mayor y precoz asistencia psicológica por parte del Sistema Nacional del Salud para ayudar a las pacientes con Endometriosis a afrontar la enfermedad, ya que actualmente solo se cuentan con equipos multidisciplinarios entre los que se encuentra la figura del psicólogo clínico en el caso del diagnóstico del estadio IV o severo (Figura 6), y que, con estos datos, donde se evidencia que el dolor y los síntomas psicológicos son independientes de este, se pretenda aportar asistencia desde los primeros momentos de la enfermedad y en aquellos estadios menos graves.



(*) Tal como se señala en el documento, la evidencia científica disponible en este momento, señala que para los casos de endometriosis grave y/o profunda es necesaria la atención multidisciplinar de la paciente, dada las características complejas de este tipo de endometriosis y del tratamiento y seguimiento médico-quirúrgico que pueda exigir. No obstante, puede existir alguna CCAA que para este tipo de atención cuente con una Unidad Especializada de atención a las mujeres con Endometriosis, por la experiencia adquirida.

Figura 6. Algoritmo de atención de la endometriosis en el SNS

Nota: recuperado de:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>

Para ello, también se encuentra evidencia de diversos procedimientos que han ayudado a mejorar los síntomas y la calidad de vida de las pacientes con Endometriosis, como es el caso del Mindfulness (Hansen, Kesmodel, Kold y Forman, 2017) el uso del yoga para reducir el dolor y la medicación de tipo psiquiátrica (Vasconcelos Gonçalves et al, 2017), el uso del biofeedback térmico para la disminución del dolor (Hawkings y Hart, 2003); e incluso se ha evidenciado que aquellas mujeres que utilizan estrategias de afrontamiento positivas padecen menos síntomas depresivos, estrés y dolor pélvico que aquellas que utilizan estrategias negativas (Donatti et al, 2017), por lo que el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y de inoculación del estrés podría tener consecuencias beneficiosas para este tipo de pacientes.

Teniendo en cuenta diversas limitaciones que se encuentran en este trabajo, como el hecho de que se haya tenido que eliminar muestra, que un alto porcentaje de ésta no conociese el estadio de endometriosis en el que se encuentran, o que no haya un reparto equitativo entre los distintos estadios de las mujeres que sí lo conocían, se puede afirmar que se han cumplido de manera general las hipótesis planteadas al inicio de la investigación. Así mismo, se propone el seguir desarrollando estudios en estas líneas que ayuden a aportar un mayor conocimiento y a esclarecer diversas cuestiones con respecto a la evidencia psicológica relacionada con la Endometriosis.

Referencias

Aerts, L., Grangier, L., Streuli, I., Dälenbach, P., Wenger, J.M., Pluchino, N. (2018). Psychosocial impact of endometriosis: from co-morbidity to intervention. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*.

American Society for Reproductive Medicine (2013). *Endometriosis: Guía para pacientes*. Recuperado de: <https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/newsandpublications/booklets/act-sheets/spanish-fact-sheets-and-infobooklets/endometriosis-spanish.pdf>

Bylinka, J., Oniszczenko, W. (2016). Temperament, Beliefs about pain control, and Pain intensity in Endometriosis Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23 (4), 410-419.

Chen, L.C., Hsu, J.W., Huang, K.L., Bai, M., Su, T.P., Li, C.T., et al. (2016) Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: a longitudinal follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 282-285.

Cheong Y, Tay P, Luk F, Gan HC, Li TC, Cooke I. (2008). Laparoscopic surgery for endometriosis: how often do we need to re-operate? *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 28, 82-85.

Dinsdale, N.T., Crespi, B.J. (2017). Revisiting the wandering womb: Oxytocin in endometriosis and bipolar disorder. *Hormones and Behavior*, 96, 69-83.

Donatti, L., Ramos, D. G., Andres, M. P., Passman, L. J., Podgaec, S. (2017). Patients with endometriosis using positive coping strategies have less depression, stress and pelvic pain. *Einstein*, 15 (1), 65-70.

Eriksen, H.L.F., Gunnarsen, K.F., Sorensen, J.A., Munk, T., Nielsen, T., Knudsen, U.B. (2008). Psychological aspects of endometriosis: differences between patients with or without pain on four psychological variables. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 139, 100–105.

Fagervold, B., Jenssen, M., Hummelshoj, L., Moen, M. (2009). Life after a diagnosis with endometriosis: a 15 years follow-up study. *Acta Obstetric Gynecology Scan*, 8, 914-919.

Fernández, E., Albornoz, J. (2010). Endometriosis e infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21 (3), 403-408.

Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R.I., Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertil Steril*, 1, 107-112.

Fuldeore, M.J., Marx, S.E., Chwalisz, K., Smeeding, J.E., Brook, R.A. (2010). Add-back therapy use and it's impact on LA persistence in patients with endometriosis. *Current medical research and opinion*, 26 (3), 729-736.

Gilmour, J., Huntington, A., Wilson, H. (2008) The impact of endometriosis on work and social participation. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 443-448.

González de Rivera, J. L. (adap.) (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas. Manual adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.

Gupta, S., Harlev, A., Agarwal, A., Pandithurai, E. (2015). Theories on Endometriosis. En S. Gupta (coord), *Endometriosis: a comprehensive update* (pp. 17-23). Switzerland: Springer.

Hansen, K. E., Kesmodel, U. S., Kold, M., Forman, A. (2017). Long-term effects of mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis: A six-year follow-up on a pilot study. *Nordic Psychology*, 69 (2), 100-109.

Hawkings, R. S., Hart, A. D., (2003). The use of thermal biofeedback in the treatment of pain associated with endometriosis: preliminary findings. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 28 (4), 279-289.

Huntington, A., Gilmour, J. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *Journal of Clinic Nursery*, 9, 1124-1132.

Lagana, A.S., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M.R., Bruno, A., Zoccali, R.A., et al. (2015) Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 194, 30-33.

Leyendecker, G., Wildt, L., & Mall, G. (2009). The pathophysiology of endometriosis and adenomyosis: Tissue injury and repair. *Archives of Gynaecology and Obstetrics*, 280 (4), 529–538.

Longo, L. D. (1979). Classic pages in obstetrics and gynecology. Aberrant portions of the mullerian duct found in an ovary: William Wood Russell Johns Hopkins Hospital. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 134 (2), 225–226.

Low, W. Y., Edelmann, R. J., & Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 111–116.

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

Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid: Klinik.

Pope, C.J., Sharma, V., Sharma, S., Mazmanian, D. (2015). A systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 37, 1006-1015.

Revised American Society for Reproductive Medicine. (1997). Classification of endometriosis. *Fertil Steril*, 67 (5), 817-821.

Sampson, J. A. (1927). Metastatic or embolic endometriosis, due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the venous circulation. *The American Journal of Pathology*, 3 (2): 93–110.

Sepulcri, R. P., & Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology Research and Reproductive Biology*, 142, 53–56.

Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., et al. (2012). The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*, 5, 1292-1299.

Sistema Nacional de Salud (2013). Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Recuperado de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>

Soliman, A.M., Bonafede, M., Farr, A.M., Castelli-Haley, J., Winkel, C. (2016). Analysis of adherence, persistence, and surgery among endometriosis patients treated with Leuprolide Acetate plus Norethndrone Acetate Add-back therapy. *Journal of managed care and speciality pharmacy*, 22 (5), 573-587.

Ueki, M. (1991). Histologic study of endometriosis and examination of lymphatic drainage in and from the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165 (1), 201–209.

Van Aken, M. A. W., Oosterman, J.M., Van Rijn, C.M., et al (2017). Pain cognition versus pain intensity in patients with endometriosis: toward personalized treatment. *Fertility and Sterility*, 108 (4), 679-686.

Vasconcelos Gonçalves, A., Makuch, M. Y., Setubal, M. S., Filice Barros, N., Bahamondes, L. (2016). A qualitative study on the practice of yoga for women with pain-associated endometriosis. *The journal of alternative and complementary medicine*, 22 (12), 977-982.

Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. (2007). Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Human Reproduction*, 22 (1), 266-71.