



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"DOLOR Y ALTERACIONES EMOCIONALES
EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
BEATRÍZ HERNÁNDEZ MACÍAS

DIRECTOR: DR. JOSÉ MÉNDEZ VENEGAS



MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JOSÉ MÉNDEZ VENEGAS:

No tengo palabras para expresar mi agradecimiento por haber compartido conmigo tus conocimientos, por transmitírmelos y ser mi guía durante mi carrera y en la culminación de ésta. Por ser mi Profesor y Amigo, por ayudarme a ser lo que ahora soy y sembrar en mí el hambre de saber más y ser mejor. Mi eterna admiración como ser humano

DR. DIONISIO PARRA ROLDÁN:

Le agradezco infinitamente por apoyarme y guiarme en la realización de ésta investigación. Por ser Amigo y estar conmigo durante estos casi 10 años. Gracias por demostrarme que se puede vivir casi sin dolor y por regresarme las ganas de seguir adelante.

PROF. MA. TERESA GUTIÉRREZ ALANÍS:

Gracias por todo tu apoyo, por tu paciencia, tus consejos, tu forma de ser, por tus palabras de aliento en momentos difíciles, por tu confianza, por impulsarme a concluir este trabajo. Por ser Tú.

PROF. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ:

Agradezco a la vida y a la Facultad de Psicología el haberte conocido. Por tu forma de ser como profesor y ser humano, la confianza que tuviste en mí, el apoyo y la motivación que me brindaste. Te lo dije una vez y lo repetiré siempre: Es un placer conocerte.

PROF. GABRIELA ROMERO GARCÍA:

Te agradezco inmensamente tu apoyo, tu guía, tus consejos, tus comentarios, tu sencillez y dedicación. Por motivarme a concluir esta etapa de mi vida, por escucharme, consolarme y por el interés y la disposición que siempre mostraste hacia mí.

PAPY:

Que tan Grande Eres que desde donde estas, estas siempre conmigo. Que Eres lo más importante y lo que más necesito en cada momento. Que me has ayudado y apoyado para cumplir tu deseo. Gracias por existir en mí, por todo lo vivido, por darme tu infinita enseñanza y por poder decir con orgullo: PAPÁ TE AMO, TE EXTRAÑO Y TE NECESITO.

MAMY:

Kamunyac no existe una palabra que exprese lo que siento por ti y por todo lo que has hecho por mí y conmigo. Es una bendición haber nacido de tu vientre. Agradezco tu Fortaleza, Inteligencia y tu Amor. Eres mi Orgullo, mi motor, mi Vida. Tu perseverancia, dedicación, principios y valores me formaron. Tu infinito amor hace cada día el mejor día para vivir. Eres mi Muñequita Linda, la que toda la vida me ha dado su vida. Gracias mamá: ¡Lo Logramos!

ESTA TESIS ES POR Y PARA USTEDES

PORQUE ME DIERON LA VIDA, EL AMOR Y

TODAS LAS HERRAMIENTAS PARA TRIUNFAR.

MI ÉXITO ES POR TI PAPÁ, POR TI MAMÁ.

HUGO Y ANGEL / ANGEL Y HUGO:

Que fortuna me dio el destino de ser su hermana y de que me amen tanto.

LOS AMO

ANGEL mi incalculable agradecimiento y reconocimiento por todas las noches de trabajo y desvelo que me dedicaste para la creación de este trabajo y por tu apoyo incondicional.

HUGO te agradezco todas las veces que a “tu manera” me impulsaste para lograr esta meta, porque se que mis logros son tuyos y porque siempre me haces la vida ligera con tu forma de ser.

Mi Angel Hugo hijo, Te amo.

A BERENICE GÁLVEZ por compartir tus conocimientos conmigo, por ayudarme y apoyarme siempre. Por caminar a mi lado en este proceso, por ser mí Amiga incondicional, por tus consejos académicos por ser Simplemente Tú.

Igualmente a Cinthia Alondra y a Tania por su tiempo, dedicación, disposición y apoyo. AR.

A todos los profesores que tuve en SUA que me guiaron en el camino infinito del conocimiento enriqueciendo mi vida.

A los médicos del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE y la consulta privada que me ayudaron y apoyaron para la realización de esta investigación.

A las mujeres que me brindaron su colaboración y su tiempo para realizar esta investigación: GRACIAS.

RESUMEN.....6
INTRODUCCIÓN.....8

CAPÍTULO I

DOLOR Y ALTERACIONES EMOCIONALES ASOCIADAS A ENDOMETRIOSIS

1.1. Marco Teórico.....12

1.1.1. Definición de dolor.....12

1.1.2. Vías del dolor.....13

1.1.3. Clasificación del dolor.....15

1.1.4. Dolor y sufrimiento.....19

1.1.5. Dolor pélvico crónico y endometriosis.....21

1.1.6. Dolor y alteraciones psicológicas.....22

1.2. Alteraciones emocionales asociadas con Endometriosis.....26

1.2.1. Enfermedades Crónicas Socialmente Invisibles (ECSI).....28

**1.2.2. Ansiedad y Depresión asociadas a Endometriosis, sus síntomas
y las reacciones secundarias y adversas de los tratamientos
farmacológicos.....32**

1.2.3. Definición de ansiedad.....32

1.2.3.1. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.....34

1.2.4. Definición de depresión.....37

1.2.4.1. Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.....39

1.2.4.2. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.....41

1.2.5. Trastorno sexual debido a una enfermedad médica (Dispareunia).....43

**1.2.6. Descripción de Reacciones secundarias y adversas de los
tratamientos farmacológicos.....44**

CAPÍTULO II
ENDOMETRIOSIS

2.1. Marco teórico.....47

2.1.1. Definición de Endometriosis.....47

2.2. Antecedentes.....47

2.3. Epidemiología.....48

2.4. Etiología.....49

2.5. Sintomatología y características clínicas de la Endometriosis.....51

2.6. Ubicaciones de Endometriosis.....52

2.7. Diagnóstico.....53

2.8. Tratamiento.....53

2.9. Clasificación de la endometriosis.....54

JUSTIFICACIÓN.....56

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1. Preguntas de investigación.....60

3.2. Hipótesis.....60

3.3. Objetivo general.....60

3.3.1. Objetivos específicos.....60

3.4. Variables.....61

3.4.1. Definición conceptual de variables.....61

3.4.2. Definición operacional de variables.....61

3.5. Sujetos.....62

3.6. Muestra.....62

3.6.1. Muestreo.....62

3.7. Tipo de estudio.....63

3.8. Diseño.....63

3.9. Instrumentos.....63

3.10. Material.....65

3.11 Procedimiento.....65

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Estadística descriptiva.....68

4.1.1. Características socio-demográficas.....68

4.1.1.1. Edad de las mujeres con Endometriosis.....68

4.1.1.2. Escolaridad.....69

4.1.1.3. Estado civil.....70

4.1.1.4 Gestaciones.....71

4.1.2. Características de Endometriosis de la muestra.....71

4.1.2.1. Diagnósticos previos.....71

4.1.2.2. Tiempo para el diagnóstico.....73

4.1.2.3. Diagnóstico de Endometriosis fortuito.....74

4.1.2.4. Síntomas físicos.....75

4.1.2.5. Otros síntomas físicos reportados.....77

4.1.2.6. Tratamientos farmacológicos utilizados en la muestra.....79

**4.1.2.7. Cirugías realizadas para diagnóstico y/o tratamiento
de la enfermedad.....80**

**4.2. Alteraciones Emocionales reportadas en el Protocolo de
aplicación “Dolor y Alteraciones Emocionales en mujeres con
Endometriosis.....81**

4.2.1. Alteraciones Emocionales.....	81
4.2.2. Depresión.....	82
4.2.3. Frecuencia de las subescalas del Inventario de Depresión de Beck....	83
4.2.4. Ansiedad.....	85
4.2.5. Escala Visual Análoga (EVA).....	86
4.3. Estadística Inferencial.....	88
4.3.1. Correlación producto - momento de Pearson.....	88
DISCUSIÓN.....	92
CONCLUSIONES.....	96
LIMITACIONES.....	101
SUGERENCIAS.....	103
REFERENCIAS.....	105
ANEXOS.....	110
• Tabla de Correlación de las Subescalas del Inventario de Depresión de Beck.....	110
• Protocolo de aplicación “Dolor y Alteraciones Emocionales en mujeres con Endometriosis”.....	114
• Carta de Consentimiento Informado.....	115
• Escala Visual Análoga (EVA).....	116
• Inventario de Ansiedad de Beck.....	117
• Inventario de Depresión de Beck.....	119
• Glosario de Términos.....	123
• Apéndice con comentarios de las pacientes durante la entrevista y evaluación.....	126

RESUMEN

La Endometriosis es una enfermedad crónica que presenta síntomas diversos que alteran la vida de las mujeres que la padecen en todos los aspectos: familiar, laboral, escolar, social, sexual, emocional, económica. Esta enfermedad para la mayoría de las pacientes va acompañada de dolor (Ballweg, 2004). El Dolor es una experiencia desagradable a nivel físico y emocional (Kanner y Ronald, 1998), y éste está presente de manera crónica también pues es uno de los síntomas inherentes a la enfermedad (Ballweg, 2004). Así mismo la Ansiedad y la Depresión conviven conjuntamente con la enfermedad, ya sea producto de la misma, de su cronicidad o de los tratamientos farmacológicos y/o cirugías y lo anterior parece afectar la percepción de los síntomas y la necesidad de atención médica (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal, 1998).

El objetivo del presente trabajo fue medir el Dolor y las Alteraciones Emocionales que se presentan en mujeres con Endometriosis. Para ello se realizó un estudio transversal, descriptivo, correlacional y no experimental, por lo que se reunió una muestra de 20 mujeres con diagnóstico de Endometriosis y se aplicó un Protocolo de Dolor y Alteraciones Emocionales en mujeres con Endometriosis, la Escala Visual Análoga – EVA (Bond, 1980), el Inventario de Depresión de Beck (1978), y el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Esto con el objetivo de medir la frecuencia e intensidad del dolor y las alteraciones emocionales en mujeres con Endometriosis, así como las relaciones presentes en las variables estudiadas.

Resultados: En el análisis con el coeficiente de correlación de Pearson no se encontró relación entre las Alteraciones Emocionales relativas a la Ansiedad e Intensidad del Dolor ($r = .386$, sig. $.093$). La correlación obtenida entre las Alteraciones Emocionales de la Depresión y las de la Ansiedad fue significativa ($r = .502$, sig. $.024$). Así mismo, existe una correlación significativa entre las Alteraciones Emocionales de la Depresión y las de la Ansiedad ($r = .877$, sig.

.000). La mayoría de las mujeres con Endometriosis (70%) manifiestan Dolor que va de Moderado a Severo.

Conclusiones: Los datos obtenidos nos permiten aceptar la hipótesis de la relación entre Intensidad del Dolor y las Alteraciones Emocionales de la Depresión. También se acepta la hipótesis entre Alteraciones Emocionales de Depresión y Ansiedad. Se rechaza la hipótesis de la relación entre Intensidad del Dolor y Alteraciones Emocionales de Ansiedad.

Palabras clave: Endometriosis, Dolor, Ansiedad, Depresión.

INTRODUCCIÓN

La Endometriosis es el desarrollo aberrante e invasor de tejido endometrial en los órganos pélvicos o extrapélvicos, comprendiendo al mismo útero. El desarrollo anormal del endometrio puede ser ectópico; es decir, fuera de la superficie de la cavidad uterina, o corresponder al endometrio mismo desarrollado anormalmente de manera difusa o tumoral (Álvarez, 1948).

Para Stovall, Summitt, Beckmann y Ling (1995), la Endometriosis es un trastorno en el que aparece tejido semejante al de la membrana mucosa uterina normal en forma aberrante en diversas localizaciones intrauterinas.

Puesto que la enfermedad, por lo general, se inicia en la pubertad y tiene un curso lento e insidioso, algunas pacientes cursan asintomáticas por periodos prolongados. Una característica particular de este padecimiento es la pobre correlación existente entre la severidad de la enfermedad y la de los síntomas. Así una paciente con Endometriosis moderada puede presentar síntomas muy severos en tanto que aquellas con enfermedad avanzada o severa pueden incluso, en ocasiones, cursar asintomáticas. Una posible explicación a este fenómeno es que los implantes iniciales de color claro o rojizo, son metabólicamente más activos que aquellas lesiones viejas de color ocre y con extensa fibrosis. Esta mayor actividad metabólica es probablemente la responsable por la presencia de infertilidad, alteraciones inmunológicas, dolor pélvico y urgencia urinaria entre otros. El dolor que se presenta hasta en 75% de las pacientes, progresa con la enfermedad, aún cuando no se correlaciona de manera directa con la severidad de ésta. Está referido corrientemente a los sitios comprometidos y es más intenso antes y durante el periodo menstrual o al

momento de la ovulación, si los ovarios se hallan comprometidos (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal, 1998).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain [IASP]) lo ha definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada con daños reales o potenciales a los tejidos, o descrita en términos de dichos daños” (Kanner, 1998). En el pasado, se pensaba que el dolor dependía sólo de la intensidad del estímulo y no de la estimulación de una vía particular con receptores específicos. El dolor se puede desencadenar por diversos estímulos (Cailliet, 1995).

La diferencia entre *dolor* y *sufrimiento* es que “El dolor es una sensación más que una reacción a dicha sensación. El *sufrimiento* es un concepto más global. Es un sentimiento negativo general que afecta la calidad de vida de la persona que lo padece. En el sufrimiento participan factores tanto físicos como psicológicos y el dolor puede ser tan sólo un pequeño componente” (Kanner, 1998).

El dolor podría ser el síntoma más común de la Endometriosis, pero su importancia no siempre ha sido reconocida, ni suele ser el síntoma que con mayor frecuencia conduce al diagnóstico. Para muchas mujeres con Endometriosis, la lucha por ser escuchadas y porque su dolor sea aceptado como real es casi tan nociva como la misma enfermedad (Ballweg, 2004).

Los síntomas de la Endometriosis, aunque característicos, son extremadamente variables y no están relacionados con el estadio de la enfermedad. Además, una variedad de factores, incluyendo la salud general, estados depresivos, ansiedad y actitudes psicológicas parecen afectar la percepción de los síntomas y la necesidad de atención médica (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal, 1998).

Aunado a estos las reacciones secundarias y adversas de los diferentes tratamientos producen también alteraciones emocionales, tales como: depresión, pérdida de la libido, cefalea, mareos, alteraciones neuromusculares, anorexia, insomnio, alopecia, nerviosismo, entre otros (DEF, 2003).

Lo anterior resalta la importancia de este estudio ya que solo se ha abordado esta enfermedad desde el aspecto médico tratando de establecer su etiología, diagnóstico y tratamiento. Dejando a un lado el aspecto emocional, en el cual el dolor, la constante sintomatología, las reacciones secundarias y adversas de los tratamientos y la cronicidad de esta enfermedad e infertilidad (en algunas pacientes) alteran la vida cotidiana de las mujeres que la padecen.

El propósito del presente estudio es lograr establecer la importancia de la relación entre los síntomas físicos y emocionales de esta enfermedad. Ya que la calidad de vida depende de la valoración y tratamiento integral de estas mujeres (orgánico y emocional). Ambos por la sintomatología alteran el desarrollo laboral, social y familiar. Y en el ámbito psicológico para poder desarrollar en un futuro estrategias de afrontamiento y aceptación de la enfermedad adecuadas a cada paciente, porque cada una de ellas presenta diferentes síntomas físicos y emocionales que repercuten de manera distinta en su desarrollo integral.

**CAPÍTULO I.
DOLOR Y ALTERACIONES EMOCIONALES
ASOCIADAS A ENDOMETRIOSIS**

CAPITULO I

DOLOR Y ALTERACIONES EMOCIONALES ASOCIADAS A ENDOMETRIOSIS

1.1. MARCO TEÓRICO DEL DOLOR.

1.1.1. Definición de Dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain [IASP]) lo ha definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada con daños reales o potenciales a los tejidos, o descrita en términos de dichos daños” (Kanner, 1998).

En la propia definición se incluye los términos "emocional" y "desagradable" como corresponde a una experiencia somatosensorial. No es necesario que haya un daño tisular "real" para aceptar que el individuo puede sentir dolor "real". Aceptamos que el dolor se produce en el cerebro, no en los tejidos donde el cerebro localiza la sensación (Castel, García y Tornero, 2006).

La cuestión de que el dolor siempre es subjetivo es muy importante y enfatiza que el dolor es una experiencia somatopsíquica. Una definición clínica más práctica es: “El dolor es lo que el paciente dice que le duele. Es lo que el paciente describe y no lo que los demás piensan que debe ser” (Woodruff, 1998).

Es importante, por lo tanto resaltar que la experiencia de dolor resulta de la interacción de múltiples factores: fisiológicos y genéticos, pero también cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, sociales y familiares. Ninguno de esos factores por sí solo explica adecuadamente las causas de dolor. Por tanto, cualquier evaluación e intervención terapéutica debería integrar los diferentes aspectos de la enfermedad (Castel, García y Tornero, 2006).

1.1.2. Vías del dolor.

El sistema del dolor es similar a otros sistemas sensoriales, como el visual y el auditivo. Consiste en terminaciones nerviosas especializadas, los llamados *nociceptores*, conectadas con axones (fibras A delta o C) que se proyectan de forma ordenada en núcleos de la médula espinal al tronco encefálico. La información nociceptiva es distribuida hacia varios segmentos espinales y supraespinales, a través de vías identificables (p. ej., el tracto espinotalámico, las fibras postsinápticas de la columna dorsal [FPSCD]). En último término, la información llega a varias estructuras subcorticales y corticales del encéfalo, donde origina percepción. Como otros sistemas sensoriales, el sistema del dolor puede ser alterado por lesión, enfermedad o influencia hereditaria, que causan un funcionamiento patológico del sistema (Prithvi, 2000).

El sistema espinotalámico, conocido también como la vía del dolor, está formado por fibras sensoriales, que entran a la médula espinal por medio de las raíces dorsales de los nervios espinales. Las neuronas espinales dan origen a axones que cruzan el plano medio y ascienden en la sustancia blanca ventrolateral para llegar al tálamo. Sus receptores (nociceptores) están formados por terminaciones no encapsuladas de las fibras nerviosas periféricas (Barr y Kiernan, 1998). En su mayor parte, estas son pequeñas fibras A-alfa mielinizadas y fibras C mielinizadas (Cailliet, 1993).

La nocicepción es un proceso sensorial consistente en la activación de los receptores (nociceptores) y la transmisión de la información nociceptiva desde la periferia hasta el sistema nervioso central (SNC); es, por tanto, un fenómeno fisiológico, una experiencia meramente sensorial. El dolor implica, en cambio, un proceso perceptivo, una actividad de mayor complejidad en la que intervienen los centros nerviosos superiores (Castel, García y Tornero, 2006).

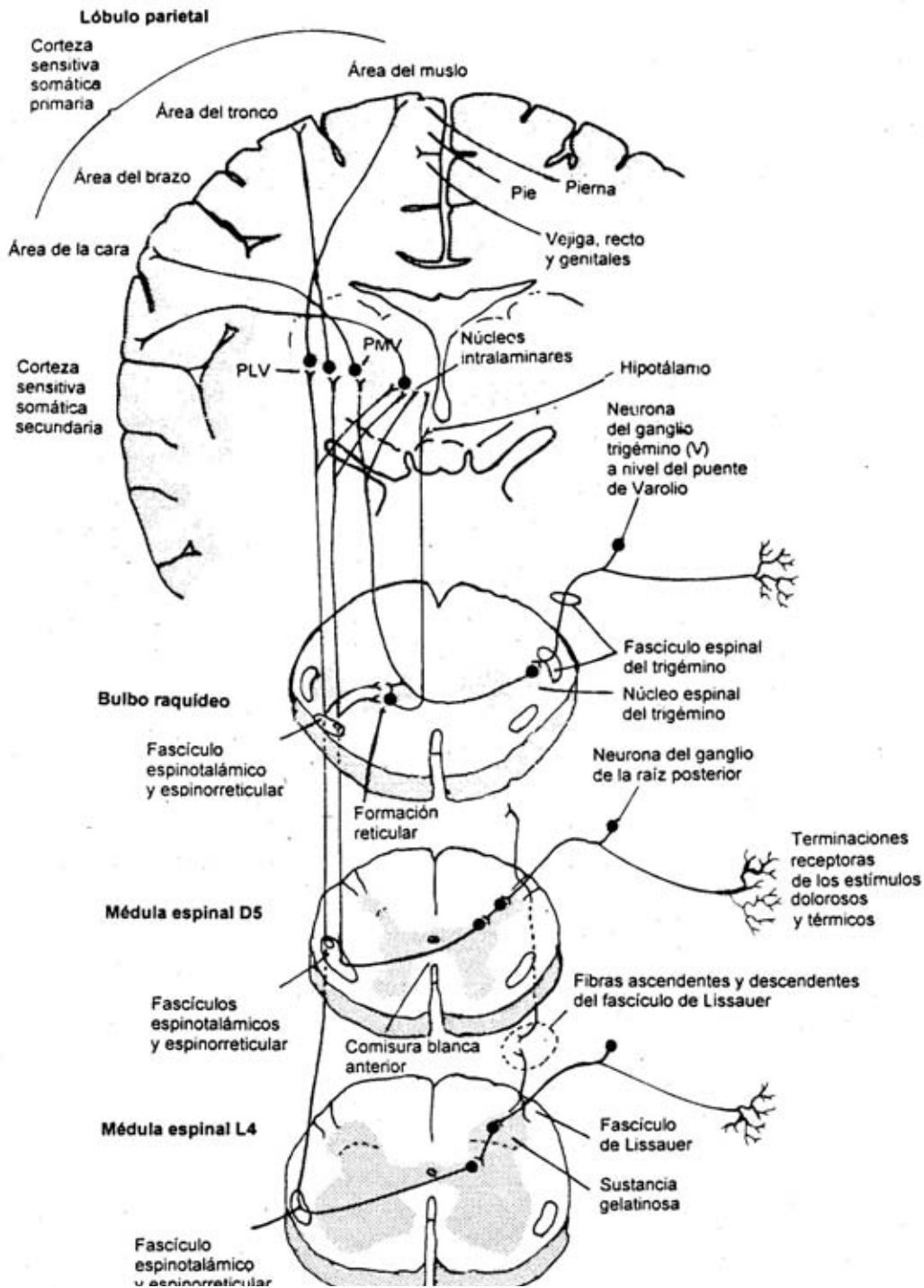


FIGURA 1. Vías del SNC que median las sensaciones de dolor y temperatura. PLV, núcleo posterolateral y ventral; PVM, núcleo posteromedial ventral (Gilman, y Winans, 1998).

1.1.3. Clasificación del dolor.

Dolor agudo. Generalmente el dolor agudo se debe a una lesión o herida aguda bien definida. Tiene un inicio definitivo y su duración es limitada y predecible. Se acompaña de ansiedad y signos clínicos de sobreactividad simpática: taquicardia, taquipnea, hipertensión, sudoración, dilatación pupilar y palidez (Woodruff, 1998).

El doctor Jorge Dagnino (1994), lo describe como aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo. En algunos casos, el dolor limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación.

Dolor crónico. El dolor crónico resulta de un proceso patológico crónico. Tiene un inicio gradual o mal definido, prosigue sin disminuir y puede volverse progresivamente más grave. El paciente se presenta deprimido y retraído y, dado que generalmente no hay manifestaciones de sobreactividad simpática, frecuentemente son catalogados como 'personas que parecen no tener dolor'. Los pacientes con dolor crónico presentan síntomas de depresión con letárgica, apatía, anorexia e insomnio (Woodruff, 1998).

Para Dagnino (1994), el dolor crónico tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales sobre el paciente y su familia, además de un costo social enorme. El dolor crónico constituye una enfermedad en sí mismo. Cuando el dolor es continuo o casi continuo, la respuesta autonómica y el patrón neuroendocrino se extinguen, presentándose pérdida de la masa y coordinación muscular, osteoporosis, fibrosis y rigidez articular. La menor fuerza muscular puede llevar a una alteración respiratoria restrictiva; hay un aumento de la frecuencia cardíaca basal y una disminución de la reserva cardíaca; en el sistema digestivo se observa disminución de la motilidad y secreción, constipación y desnutrición; con frecuencia se observa retención urinaria e infección; también suele haber depresión, confusión, alteraciones de sueño y disfunción sexual.

Estas consecuencias físicas y psicológicas, frecuentemente pueden observarse en prácticamente todos los pacientes con dolor crónico. Es obvio entonces que no se puede hablar de dolor crónico benigno, en contra posición al dolor asociado al cáncer, sino que es preferible referirse a dolor crónico no oncológico y dolor crónico oncológico.

Dolor neuropático. Es el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. El paciente frecuentemente usa términos poco usuales para describirlo; los síntomas pueden ser focales o más generalizados, característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (alodinia) (Dagnino, 1994).

Woodruff (1998), distingue el dolor neuropático de una lesión que involucra el sistema nervioso central como dolor central y no tiene una distribución dermatomal; el dolor causado por lesiones nerviosas periféricas sí tiene una distribución dermatomal. El daño a los nervios simpáticos puede conducir al dolor del tipo simpático. Se caracteriza por un dolor urente y alodinia. Hay signos de disfunción simpática en el área afectada, incluyendo inestabilidad vasomotora (eritema, palidez, edema), anormalidades sudomotoras (sudoración) y cambios tróficos (adelgazamiento de la piel y atrofia del tejido subcutáneo).

Dolor somático. Dagnino (1994), lo describe como aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores nociceptivos.

El dolor somático está producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas. Es un dolor sordo, continuo y bien localizado (100cia.com./enciclopedia/Dolor).

Dolor psicógeno. Woodruff (1998), dice que el dolor psicógeno es un dolor para el cual no existen bases físicas en pacientes que presentan otra evidencia de psicopatología.

Dagnino (1994), dice que el dolor psicogénico ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico.

Dolor incidental. El dolor incidental se presenta sólo en circunstancias particulares, por ejemplo el dolor que aparece después de un movimiento particular o al estar de pie. Debe considerarse como dolor crónico, pero, debido a su naturaleza intermitente, debe controlarse con medidas locales cuando sea posible (Woodruff, 1998).

Dolor visceral. También conocido como dolor referido. Está ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras pélvicas, abdominales o torácicas. Se añade el espasmo de la musculatura lisa en vísceras huecas. Cuando es agudo se acompaña frecuentemente de manifestaciones vegetativas como náusea, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial (100cia.com./enciclopedia/Dolor).

Cervero (2003), dice que el dolor visceral es la forma de dolor que aparece más frecuentemente como consecuencia de enfermedades por lo que esta forma de dolor es síntoma habitual en la mayor parte de los síndromes dolorosos agudos y crónicos de interés clínico. Posee una serie de características y propiedades que lo diferencian del dolor somático:

- 1) No todas las vísceras son sensibles al dolor;
- 2) A veces aparece sin tener una relación directa con lesiones mientras que algunos tipos de lesiones viscerales no causan dolor;
- 3) Es un dolor vago, mal localizado y que se extiende más allá de los órganos lesionados;
- 4) A menudo se refiere a la superficie del organismo en zonas distales del órgano que lo origina;

5) Va siempre acompañado de intensas reacciones reflejas motoras y vegetativas.

La mayor parte de los mecanismos neurofisiológicos del dolor visceral poseen peculiaridades específicas que lo diferencian del dolor somático. Por ello la distinción entre dolor somático y dolor visceral es relevante, necesaria ya que resalta el origen de la lesión causante y pone de manifiesto los mecanismos neurofisiológicos del dolor visceral. La presencia de nociceptores viscerales está documentada en el corazón, pulmones, tracto respiratorio, testículos, sistema biliar, uréter y útero. Otras vísceras, especialmente aquellas del tracto gastrointestinal están invadidas por receptores sensoriales no específicos. Los nociceptores viscerales responden a estímulos capaces de evocar dolor visceral, pero solamente a intensidades de estimulación por encima del rango nocivo, mientras que los receptores sensoriales no específicos responden tanto a estímulos nocivos como a intensidades de estímulo inocuas. La mayor parte de los nociceptores viscerales son terminaciones libres de fibras aferentes amielínicas. El organismo posee algunas fibras nociceptivas cuyo estímulo específico es fisiopatológico.

Estos grupos de nociceptores han sido descritos principalmente en las articulaciones inflamadas, en el uréter hipóxico y en órganos internos inflamados tales como la vejiga urinaria y el colón.

Los mecanismos que han sido propuestos para explicar el dolor referido están basados en el principio de la convergencia viscero-somática, es decir, de la integración conjunta de aferencias que provienen de los órganos internos y de las aferencias cutáneas y superficiales. Esta interpretación propone la existencia de neuronas centrales que reciben aferencias convergentes cutáneas y viscerales. Las primeras dominan la percepción sensorial ya que son las más frecuentemente activadas. Las segundas se activan más infrecuentemente pero cuando lo hacen el sistema nervioso central localiza la sensación como originalmente en el campo cutáneo de las neuronas y no en el visceral.

Las neuronas visceros-somáticas de la médula espinal poseen propiedades funcionales que corresponden a las características clínicas del dolor visceral. Por ejemplo, a pesar de que las aferencias viscerales a la médula corresponden a tan sólo el 7% de todas las aferencias sensoriales, más del 75% de las neuronas nociceptivas de la médula son visceros-somáticas. Esta divergencia central y la pobreza de la inervación sensorial periférica de las vísceras explican la mala localización de las sensaciones viscerales y el carácter vago e impreciso del dolor de origen interno.

Otros autores han especulado que la insuficiente localización visceral da lugar a que el sujeto localice el dolor en un área que es más frecuentemente estimulada y por lo tanto más exactamente localizada.

1.1.4. Dolor y sufrimiento.

El dolor es una sensación más que una reacción a dicha sensación. El sufrimiento es un concepto más global. Es un sentimiento negativo general que afecta la calidad de vida de la persona que lo padece. En el sufrimiento participan factores tanto físicos como psicológicos y el dolor puede ser tan sólo un componente (Kanner, 1998).

El sufrimiento se define como: un estado persistente de alteración severa del bienestar, asociado con la percepción de eventos actuales o posibles que afectan o amenazan a la persona (De la Fuente, 1992), o sensación penosa, padecimiento (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1996).

El sufrimiento no sólo es causado por la enfermedad y los problemas relacionados con ella, sino también por el tratamiento, y está poderosamente influido por la percepción que el enfermo tiene de su futuro. Aliviar el sufrimiento es un fin de la medicina, y por la tanto, comprender su naturaleza y ayudar a los enfermos a contender con él son obligaciones primarias de los médicos.

Fenomenológicamente, el dolor y el sufrimiento, no son la misma cosa. Un enfermo puede sufrir intensamente sin tener dolor y el médico puede llevar a cabo acciones médicas que, aun siendo técnicamente correctas, pueden no causar dolor, pero sí sufrimiento. Algunos enfermos se quejan de recibir poca información

del médico y además temen que esa información no sea verdadera. El sufrimiento se atenúa cuando el enfermo conoce la causa de sus síntomas, sabe que hay una forma de aliviarlos y anticipa que puede aliviarse.

El que una situación sea fuente menor o mayor de sufrimiento depende de la anticipación del enfermo de lo que habrá de ocurrirle. En la medicina clínica es esencial tener en cuenta no sólo el dolor sino el sufrimiento del enfermo, lo cual implica percibir la importancia y el significado que atribuye a su enfermedad en el contexto de su vida. El significado tiene varias dimensiones. Uno es el significado intelectual, otro el afectivo, y un significado más el espiritual. Entre estos significados puede haber contradicciones. El carácter, las actitudes y las creencias de una persona influyen en su forma de experimentar la adversidad y también en su forma de contender con ella.

Un enfermo es miembro de una familia y está inmerso en una cultura. Ambas contribuyen a configurar el sentido que da a su enfermedad. Ambas son fuente o paliativo de su sufrimiento. Éste sólo es comprensible si se le ve en toda su complejidad, es decir, algo que depende de la personalidad, las experiencias previas y la cultura. El sufrimiento es el dolor moral que no está conectado con el cuerpo (De la Fuente, 1992).

Woodruff (1998), plantea que el sufrimiento psicológico a menudo se describe simplemente en términos de ansiedad y depresión; pero en la práctica se pueden manifestar una gran variedad de reacciones psicológicas y síntomas físicos que, en conjunto, representan el fondo del sufrimiento psicológico. Este tipo de reacciones incluyen el enojo, el temor, la desesperación, la negación, la culpa, la angustia, la tristeza, la apatía, la pasividad y el retraimiento.

La evaluación de un paciente con dolor incluye necesariamente el análisis de los problemas psicológicos. Su complejidad subraya la importancia de la participación de un equipo multidisciplinario en la evaluación y planeación del tratamiento.

El sufrimiento psicológico no reconocido o no tratado agravará el dolor; su ausencia o resolución exitosa pueden mejorarlo mucho.

1.1.5. Dolor pélvico crónico (DPC) y Endometriosis.

El dolor pélvico crónico (DPC) se refiere al dolor no cíclico localizado en el abdomen bajo, que interfiere con la calidad y estilo de vida, comportamiento y funcionalidad en general, que ha estado presente por lo menos 6 meses y que es una causa importante de malestar, ansiedad, de visitas frecuentes al médico e inclusive cirugías (Páez, 2005).

La dismenorrea representa un subgrupo especial del DPC. Las mujeres con dismenorrea severa generalmente padecen de Endometriosis la cual se acompaña a su vez de dolor pélvico diferente al de la menstruación. El DPC no es un diagnóstico, es un síntoma resultado de alguna patología, no una patología en sí. Existen 6 patrones comunes en todas las mujeres con DPC:

- 1) El dolor ha estado presente por 6 meses o más;
- 2) Los tratamientos convencionales no han ayudado mucho;
- 3) El grado de dolor percibido por la paciente parece fuera de proporción al grado de lo encontrado en la exploración o mediante estudios convencionales;
- 4) Se aprecia físicamente depresión;
- 5) La actividad física se ha tornado cada vez más limitada;
- 6) Los roles emocionales en la familia se han alterado; la paciente se sale de su rol acostumbrado.

Igualmente, si vemos la definición, también entran otros factores como la limitación para realizar funciones cotidianas, ansiedad, malestar, etc., que suelen acompañar a las mujeres con dismenorrea.

De las causas ginecológicas de DPC, la Endometriosis y Adeniosis son las únicas condiciones que se han visto implicadas con consistencia. La Endometriosis es la principal causa de dolor pélvico crónico. El dolor de la Endometriosis no está limitado al período menstrual. Cada especialista que evalúe un DPC, deberá descartar alguna patología dentro de su especialidad. Si se sospecha o confirma un diagnóstico específico, se deberá canalizar al especialista

correspondiente. Dentro del área ginecológica, siempre se deberá pensar en Endometriosis y tratarla como tal. El hecho de no ver Endometriosis no significa que no está presente y que no es la causa del dolor o viceversa, la visualización de Endometriosis no significa que es la causa del dolor (Páez, 2005).

La irritación del peritoneo, las adherencias que hacen los órganos internos más sensibles a la tracción, así como los altos niveles de prostaglandinas encontrados en el líquido peritoneal en estas pacientes, son en conjunto las posibles explicaciones al intenso dolor que acompaña a la enfermedad. Lesiones a nivel del peritoneo pueden ocasionar escaras y retracciones generando dolor transmitido a través de fibras somáticas sensoriales.

Estudios histoquímicos han encontrado marcada elevación de prostaglandinas e histamina como consecuencia de la presencia de tejido endometrial ectópico tanto a nivel de la lesión en sí, como de los fluidos peritoneales, las cuales pueden ser la causa del intenso dolor (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal, 1998).

1.1.6. Dolor y alteraciones psicológicas.

El dolor es una experiencia común en los seres humanos que produce diversas consecuencias físicas y psicológicas. Se ha observado que la experiencia individual puede asociarse al miedo, a la ansiedad y, si persiste, a la depresión (Omaña, 1994).

Para Ruiz (2005), cuando se piensa en el paciente con dolor crónico siempre pensamos en el sufrimiento de él, nos olvidamos que si ciertamente es este quien más sufre, hay gente que le acompaña en su “calvario”, no únicamente en forma moral o pasiva sino muy activamente.

El sufrimiento de los padres al ver que su ser amado padece una enfermedad crónica es grande. En el paciente con dolor crónico aparte del sufrimiento propio de la enfermedad es la incertidumbre del mañana acompañado de cierta esperanza de encontrar una cura y el desengaño de no hallarla provoca un sufrimiento agregado casi cotidiano.

En los hermanos el cuidado propio o común que los padres le tienen al hijo con dolor crónico se puede interpretar como favoritismo o preferencia hacia ese hijo. Es pues común que surjan dificultades entre los hermanos por celos. El mismo paciente puede ser motivo de dificultades o roces debido a que su carácter puede estar afectado por su problema crónico.

El impacto del dolor crónico en la pareja, tiene gran repercusión en el carácter y ánimo de la persona que lo sufre, por lo tanto tendrá también fuerte influencia en la otra persona, cuando menos en el tiempo que conviven. El dolor crónico es sumamente desgastante provoca astenia y en ocasiones adinamia en el paciente pudiendo ocasionar disminución de la libido. Es así como esto puede contribuir a un distanciamiento entre ambos. No hay que olvidar que la pareja sana puede sufrir alteraciones en su salud debido al estrés ocasionado por la situación agravando más el estado familiar.

Los hijos pueden ser “blanco” de las variaciones del humor y estado de ánimo, estos pueden sentir agresividad por parte del padre, tal acometida no va dirigida a ellos sino que es propia de su malestar, que sin embargo, así lo siente o lo interpreta el hijo o los hijos; la misma fragilidad física del padre puede provocar la sensación de inseguridad lo que puede contribuir a la formación de una personalidad insegura en el hijo.

En la escuela o trabajo, el dolor crónico dentro de sus múltiples consecuencias provoca el cansancio crónico, este se verá reflejado con bajas notas escolares o bajo rendimiento en el trabajo, lo que puede provocar falta de promoción al siguiente año escolar o pérdida del trabajo. A esto hay que sumarle el carácter áspero o difícil del paciente lo que no permitirá socializar fácilmente con los demás compañeros y añade que el impacto en la sociedad en general es a través de la economía, ya que el paciente tiene un rendimiento menor que el promedio general y causa un egreso mayor a través de las instituciones de salud social por medio de atención médica más seguida, mayor uso de los servicios de gabinete y laboratorio y por supuesto las incapacidades con derecho a sueldo.

Meza (2003), reporta que el insomnio es considerado el trastorno del dormir más común, en los pacientes que buscan atención médica por dolor crónico no maligno, se calcula que hasta 70% reporta un problema para dormir.

La definición más aceptada es la dificultad para conciliar y/o mantener el dormir. A pesar de no tener una función claramente definida, es claro que no dormir bien puede afectar la calidad de vida. Esta aseveración es especialmente relevante para aquellos pacientes que sufren de dolor crónico. La depresión, la ansiedad y el dolor intervienen en la generación y mantenimiento del trastorno del dormir.

Se considera que la depresión es la respuesta emotiva más frecuente ante el dolor crónico, sin embargo, es difícil valorarla con precisión.

Se observan síntomas de depresión significativa en 30 a 87% de los pacientes con dolor crónico y 8 a 50% de los mismos cumple con los criterios de un episodio de depresión mayor.

Se dice que la enfermedad física es un factor contribuyente significativo en 11 a 51% de los casos de suicidio. Como muchos pacientes con dolor consideran que éste los incapacita y a menudo tienen poca esperanza de mejorar, están en riesgo de padecer alteraciones afectivas y poseen potencial suicida. Si la persona trabaja, el riesgo de suicidio disminuye, mientras que la pérdida del empleo incrementa la vulnerabilidad.

El dolor, los medicamentos o ambas cosas, afectan la concentración y disminuyen la energía. La irritabilidad, la frustración y la disforia son paralelas a la intensidad del dolor. Por otro lado la ansiedad también se relaciona con el dolor crónico y con frecuencia se mezcla con síntomas de depresión (Thornton, citado en Kanner, 1998).

Aronoff (1997), dice que la evidencia de sufrimiento psicológico y trastornos emocionales es muy común en los individuos con dolor crónico. A pesar de todo, la naturaleza de la causa no suele ser clara, y con frecuencia el dolor crónico supera la capacidad de afrontamiento de los individuos aunque no tengan evidencias de trastornos psiquiátricos previos. Los trastornos emocionales

asociados más frecuentemente con el dolor crónico son: trastorno de somatización, trastorno de conversión, trastornos de dolor e hipocondría (citado en Prithvi, 2000).

1.2. ALTERACIONES EMOCIONALES ASOCIADAS CON ENDOMETRIOSIS.

Consideraciones previas.

Como ya se mencionó, la Endometriosis es una enfermedad que provoca múltiples síntomas y ha sido ampliamente estudiada buscando su origen; estas investigaciones han conducido a resaltar la importancia de realizar un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado para cada mujer que la padece, sin embargo, el diagnóstico es tardío o erróneo en muchas ocasiones; el dolor es uno de estos síntomas. Anteriormente también se resaltó la importancia de éste y las alteraciones emocionales que son resultado de padecerlo y en la Endometriosis a veces es incapacitante por lo que altera la calidad de vida de las mujeres que la padecen. Por lo que se le puede llamar “La Gran Simuladora”.

En México no se encontró literatura (enfocada a nuestra cultura) que trate las posibles alteraciones emocionales que se presentan en ésta enfermedad, las cuales están asociadas al curso de la misma, su sintomatología, las reacciones secundarias y adversas de los tratamientos farmacológicos, las cirugías y el diagnóstico tardío.

En Estados el Unidos existe un libro llamado “Superando la Endometriosis” escrito por Mary Lou Ballweg en 1995 (Asociación de Endometriosis, Inc.), en el cual por medio de un personaje llamado Joe, ayuda a entender que la Endometriosis es una enfermedad que debe tomarse con seriedad y ayuda a que los varones se relacionen con el padecimiento. Este libro está enfocado a la población norteamericana y a su cultura.

Ballweg (2004), considera que por desgracia, en los últimos 20 años muchas mujeres con Endometriosis han conocido lo peor del sistema de cuidados para la salud. Han recibido diagnósticos erróneos, les han dicho que su dolor es “puramente imaginario” y han sufrido la presión emocional y financiera debido a los interminables exámenes, medicamentos y cirugías. Los aspectos físicos y emocionales de enfrentar la enfermedad exigen mucho y la enfermedad produce estrés; destruye las relaciones, la vida profesional, los matrimonios, los

pasatiempos y la fertilidad. Como el estrés afecta casi todos los aspectos de la vida de la mujer, exagera su dolor.

Además como es una enfermedad crónica, los tratamientos y cirugías (aún con Histerectomía total con Salpingooforectomía bilateral) no garantizan la salud física ni psicológica por lo que el dolor y el sufrimiento pueden continuar por tiempo indefinido, ya sea por Endometriosis recidivante o la deficiencia hormonal resultado de la cirugía radical.

Alkolombre (2006), refiere que desde el punto de vista psicológico, el ciclo menstrual es uno de los rasgos distintivos de la adquisición de la madurez sexual en una mujer y que cuando el ciclo menstrual provoca dolor y molestias intensas, la mujer se torna hostil, con el agravante que desde el entorno familiar y social el dolor menstrual es considerado normal: “Todas las mujeres sufren con la menstruación, no hay de qué preocuparse”; por lo que muchas veces permanece oculto y puede llegar a provocar vergüenza. Además expone que para comprender las implicaciones psíquicas del ciclo menstrual en la mujer es necesario pensar en la idea de un correlato psíquico de sucesos corporales. Se trata de un continuo en el camino que va de lo psíquico a lo corporal: generalmente un estado de ánimo de alegría aumenta el sentimiento de bienestar físico. Lo corporal también incide en lo psíquico: una enfermedad orgánica produce efectos directos en el estado de ánimo.

Es un observable clínico la presencia de perturbaciones emocionales cuando existe una alteración en el ciclo menstrual ya que éste se asocia a juventud y fertilidad, pero cuando éste va asociado a intensos dolores adquiere un significado negativo: se llega a rechazar lo femenino por ser doloroso. Por último, resalta que las consecuencias psicológicas de la Endometriosis observadas con más frecuencia, son: ánimo depresivo, angustia anticipatoria, expectativa displacentera frente al ciclo menstrual, y un mayor índice de estrés. Se presentan también problemáticas de pareja y familiares, cuando no se comprende lo suficiente la enfermedad y sus características; así que muchas mujeres tienden a aislarse y sufrir en soledad para evitar ser rechazadas.

En la búsqueda de literatura sobre las alteraciones emocionales en Argentina se encontró información que brinda un enfoque sobre las Enfermedades Crónicas Socialmente Invisibles (ECSI), dentro de las cuales está considerada la Endometriosis por lo que se decidió describirlas a continuación:

1.2.1. Enfermedades Crónicas Socialmente Invisibles (ECSI).

Arbitrio (2006), habla de las ECSI y refiere que éstas se caracterizan por una serie de síntomas que son aparentemente inobservables e inmensurables, que no se manifiestan de una manera obvia ni tienen una evidencia externa que de cuenta de su existencia. Que son de difícil diagnóstico y tratamiento, alteran el ritmo de vida del paciente y comprometen su posibilidad de “hacer”, obstaculizando sus vínculos familiares y sociales. Señala que algunas enfermedades crónicas se transforman en “enfermedades sociales” por la incapacidad que sufre la persona para seguir cumpliendo con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales.

Algunas de éstas enfermedades crónicas son: (como ya se menciona) la Endometriosis, el Síndrome premenstrual, la Esclerosis múltiple, la Migraña, el Lupus y el Síndrome fibromiálgico.

Entre sus características se encuentran que:

- Son enfermedades que tienen una forma de expresión que es particular para cada caso. Presentan un curso largo e imprevisible.
- Algunos síntomas (dolor, fatiga, dolor menstrual, diarrea, etc.) tienen un estigma social que hace que el paciente crea que hablar acerca de ellos es socialmente inaceptable.
- Los síntomas tienden a ser inmensurables.
- Los pacientes tienen una apariencia externa normal, se ven bien y han aprendido, sin necesidad, a comportarse “como si” todo estuviera bien.
- Se trata de enfermedades crónicas que no siguen la típica progresión lineal: 1) comienzo, 2) período de la enfermedad, 3) recuperación, 4)

restablecimiento. Las ECSI están marcadas por períodos de exacerbación y remisión de su sintomatología.

- No se conoce una cura o un tratamiento específico, éstos varían en efectividad.
- Debido a las dificultades diagnósticas, el paciente debe soportar las sospechas de los demás, así como también sus propias dudas acerca de su condición de salud.

Las personas con ECSI antes de la enfermedad gozaban de buena salud y experimentaban sensaciones de bienestar, vigor, fuerza y energía, sin embargo, si se presenta una enfermedad crónica como la Endometriosis, deben adaptar el diario vivir al estado de salud imperante cada día, por lo que la sensación de bienestar y de salud nunca volverá a estar totalmente presente. Estos cambios generarán efectos y consecuencias tanto en lo subjetivo como en sus relaciones interpersonales.

En la Endometriosis los síntomas pasan muchas veces inadvertidos o “naturalizados” como algo inherente a la condición femenina, aunque también se los suele atribuir a la “autosugestión” o “imaginación”. Existe la pérdida de una “auto imagen” en relación a la salud, en donde el cuerpo se presenta como un lugar de dolor y como un nuevo tema de preocupación. Una vez que la enfermedad está confirmada comienza una etapa de acostumbamiento a esta nueva realidad. Esta etapa será recorrida con mayor o menor dificultad de acuerdo a las características de cada persona. En general es vivida como una pérdida de salud, al comienzo la mujer puede experimentar un sentimiento de injusticia, le resulta difícil aceptar la situación y tampoco sabe bien como enfrentarlo, lo cierto es que le exige un esfuerzo emocional que implica el abandono de una idea de salud “total” y el aceptar convivir con esta nueva problemática. El contacto con esta nueva realidad puede acarrear un sentimiento de vulnerabilidad somática y emocional (Alkolombre, 2006).

En Estados Unidos se realizó un estudio en el 2001, con 32 mujeres que padecen Endometriosis y su objetivo era determinar las aspiraciones de esas

mujeres en lo que se refiere al manejo de su enfermedad, en el cual les solicitaron que discutieran los beneficios potenciales del establecimiento de una clínica especializada en Endometriosis. El 88% de las participantes estaban de acuerdo que una clínica especializada separada sería beneficiosa ya que obtendrían calidad en el cuidado, apoyo y conocimiento de la enfermedad. Además, en base al rango de síntomas informado por sus participantes, proponen un acercamiento multidisciplinario necesario para que el manejo de la Endometriosis sea eficaz. Este estudio se realizó por medio de entrevista directa con las pacientes con Endometriosis confirmada por laparoscopia; en la entrevista se les solicitó que describieran sus síntomas atribuidos a la Endometriosis y los tratamientos prescritos. Encontraron que la búsqueda de conocimiento de la enfermedad, apoyo en el cuidado de la misma y especialistas en esta, sería benéfico ya que tendrían contacto con otras pacientes para compartir experiencias y tener soporte entre ellas (Hirsh, Ladipo, y Shaw, 2001).

Este estudio resalta la importancia de una atención multidisciplinaria y especializada en la enfermedad. Sin embargo no profundiza en el tratamiento de las alteraciones emocionales para lograr un bienestar total de las pacientes.

En otro estudio realizado también en Estados Unidos en el 2004, acerca del impacto de los síntomas asociados con Endometriosis en la calidad de vida, se destaca que es multidimensional y más complejo que simplemente parámetros psicosociales negativamente conmovedores. Este estudio también fue realizado con pacientes con el diagnóstico de Endometriosis confirmado por laparoscopia, se seleccionaron 24 mujeres con la enfermedad y se realizaron entrevistas para explorar los efectos de la enfermedad en su calidad de vida. Se exploraron, así mismo, las experiencias subjetivas de las pacientes y se identificaron las áreas mayormente afectadas por esta enfermedad.

Concluyeron que adoptar una metodología cualitativa fue importante para la generación del artículo. Las entrevistas a profundidad resaltaron las diversas áreas que son afectadas por la Endometriosis, tales como, vida sexual, laboral, familiar, social, interpersonal, etc. Aunque la Endometriosis asociada con el dolor y

la esterilidad pueden afectar negativamente el bienestar psico-social, aparece que la calidad de vida de mujeres con la condición depende de otros dominios, es decir cognitivos y emocionales, por lo que se destaca la importancia de una buena relación con los médicos, el tratamiento y acceso al apoyo social, que puede pasarse por alto. Una mayor consciencia del impacto multi-dimensional de las condiciones ginecológicas y de los profesionales del cuidado de la salud serán benéficos en el manejo de estas pacientes, y por consiguiente mejorarán la calidad de vida de estas mujeres (Jones, Jenkinson y Stephen, 2004).

Cox, H., Henderson, Andersen, Cagliarini, y Ski (2003), realizaron un estudio acerca del enfoque de un grupo de mujeres con Endometriosis: la lucha, pérdida y la trivialización del médico. El estudio dirigido en el Hospital de Epworth, Melbourne encontró que las mujeres con Endometriosis experimentan un rango de problemas que pueden o no pueden apoyarse adecuadamente. Se formaron varios grupos que con tal de que las mujeres establecieran un foro para comunicar sus experiencias con la Endometriosis y la laparoscopia. Los resultados incluyeron las experiencias de 61 mujeres que describieron la falta de apoyo, la lucha y las pérdidas que tuvieron viviendo con Endometriosis. La peor experiencia que estas mujeres describieron era el encuentro con los profesionales de la salud y la manera en que se trivializaron sus síntomas y las trataron. Resaltan que hay un gran reto para enfermeras y médicos aprender sobre la experiencia de vivir con Endometriosis ya que ellos son los que deben apoyar a las mujeres con esta enfermedad crónica en su búsqueda para el bienestar. El propósito de este estudio fue el aumento del conocimiento de las experiencias de mujeres con Endometriosis y la falta de apoyo para las mismas. Es severo el cuadro de lucha y pérdida, trivialización y trato por parte de los médicos. Concluyendo que la Endometriosis se pinta como una condición crónica y los doctores y enfermeras no saben lo suficiente sobre ella y por lo tanto no lo manejan bien.

En la presente investigación se encontró que en Estados Unidos, en las Islas Británicas, Australia, y Nueva Zelanda existe una Asociación de

Endometriosis. Estas ofrecen a las mujeres y a sus familias grupos de apoyo, orientación formal e informal, una línea telefónica para crisis, redes de trabajo y diversos tipos de ayuda para facilitar a las mujeres su adaptación a la enfermedad (Ballweg, 2004). Así mismo hay una asociación en Argentina.

En México también existe una Asociación de Endometriosis pero carece de oficinas, se trató de tener contacto vía telefónica para obtener información de ésta sin tener resultados, por lo tanto se desconoce que ofrecen a las mujeres que padecen Endometriosis.

Probablemente en los países mencionados con anterioridad están realmente comprometidos en la atención integral y multidisciplinaria de las mujeres que padecen Endometriosis.

1.2.2. Ansiedad y depresión asociadas a Endometriosis, sus síntomas y a las reacciones secundarias y adversas de los tratamientos farmacológicos.

El transcurso de la Endometriosis puede ir acompañado de determinadas emociones, dentro de las más importantes están la ansiedad y la depresión, causadas también por el dolor, por lo que cabe mencionar algunos criterios diagnósticos actuales en Salud Mental que pueden presentarse en el curso de la vida del ser humano como posibles alteraciones emocionales en ésta enfermedad.

Woodruff (1998), resalta “El alivio de ansiedad disminuye significativamente el dolor”.

1.2.3. Definición de ansiedad.

Brailowsky (1995), dice que la ansiedad puede definirse como un desasosiego que incluye agitación, inquietud, zozobra, estrés, molestia, cuyo origen es indefinido, es decir, carece de una fuente u origen externo. En el caso de existir un origen real, que pertenezca al mundo exterior se habla entonces de miedo y que hay enfermedades que pueden producir ansiedad; entre las patologías que se asocian a estados ansiosos se incluyen la insuficiencia

coronaria, enfermedades endocrinas, síndrome premenstrual, enfermedades neurológicas degenerativas, etc.

El DSM IV- TR (2002), define la ansiedad como una “anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo”.

De acuerdo al Modelo Cognitivo de la Ansiedad Generalizada de Beck (1985), se parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación a nivel conductual; refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son:

- **Inferencia arbitraria-Visión catastrófica:** Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.
- **Maximización:** El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
- **Minimización:** El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

Concluye añadiendo que en los trastornos por ansiedad, pánico y fobias, la activación cognitiva de los esquemas de amenaza, produciría una especie de "bypass cognitivo": una especie de evitación, cortocircuito o dificultad para que operara el pensamiento racional del sujeto; el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el sistema racional y evolucionado de

procesamiento. Esto explicaría el típico "conflicto neurótico" entre la razón y la "irracionalidad" percibida por el sujeto en sus cogniciones.

En el padecimiento de la Endometriosis, cabe resaltar que algunos síntomas son previos a la menstruación y por lo tanto se presenta Ansiedad y ésta quizás exacerba la intensidad de esos síntomas y del dolor. Por lo que es factible hablar también del Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica, como trastorno asociado a ésta enfermedad.

1.2.3.1. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.

Características diagnósticas:

El DSM IV - TR (2002), refiere que este trastorno se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad subyacente. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Debe determinar asimismo el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad.

Aunque no existen procedimientos infalibles para determinar con seguridad la relación entre el proceso y el cuadro sintomático, pueden ser de utilidad algunas consideraciones. La primera hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y los síntomas de ansiedad. Otra consideración es la presencia de rasgos atípicos de un trastorno de ansiedad primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos, ausencia de historia familiar). A veces es útil la búsqueda de pruebas documentales en la literatura que sugieran una relación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas de ansiedad.

Especificaciones:

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar qué tipo de cuadro sintomático predomina en el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:

- **Con ansiedad generalizada.** Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centrada en múltiples acontecimientos o actividades.
- **Con crisis de angustia.** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.
- **Con síntomas obsesivo-compulsivos.** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan obsesiones o compulsiones.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad debido a ...
(indicar enfermedad médica).**

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En el caso de la Endometriosis, por ejemplo, sería: F06.4 Trastorno de ansiedad debido a Endometriosis del útero, con crisis de angustia [N800] (CIE 10).

Las **crisis de angustia** se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a <<volverse loco >> o perder el control.

Criterios diagnósticos: Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min.

- (1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- (2) Sudoración.
- (3) Temblores o sacudidas.
- (4) Sensación de ahogo o falta de aliento.
- (5) Sensación de atragantarse.
- (6) Opresión o malestar torácico.
- (7) Náuseas o molestias abdominales.
- (8) Inestabilidad, mareo o desmayo.
- (9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- (10) Miedo a perder el control o volverse loco.
- (11) Miedo a morir.
- (12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- (13) Escalofríos o sofocaciones.

Como nota relevante: el Danazol y el Acetato de Leuprolide pueden ocasionar palpitaciones, taquicardia, ansiedad, cefalea y sudoraciones (DEF 2003). Por lo que es importante realizar un diagnóstico diferencial si se esta en tratamiento con alguno de estos medicamentos.

Woodruff (1998), igualmente resalta “El diagnóstico y el tratamiento de la depresión ayudará en el control del dolor”.

1.2.4. Definición de depresión.

La depresión se caracteriza por un sentimiento de tristeza extrema, pesimismo, preocupación, pérdida de la concentración, agitación, pérdida de la autoestima, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, fatiga y pérdida de la energía, incapacidad para sentir placer (anhedonia) e incluso ideas suicidas (Brailowsky, 1995).

Síntomas de depresión:

Psicológico:

- Talante deprimido.
- Poco interés o placer en las actividades.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Falta de concentración o indecisión.
- Baja autoestima, sentimiento de culpabilidad.
- Pensamientos de muerte o suicidio.

Somático:

- Cambio significativo en el apetito y/o peso.
- Insomnio o hipersomnias.
- Fatiga y/o pérdida de energía (Woodruff, 1998).

De acuerdo al Modelo Cognitivo de la depresión de Beck (1979), el cual parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos

(por ejemplo pérdidas). Los significados personales (Supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (por ejemplo amor, aprobación, competencia personal) y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de si mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (por ejemplo evitación, descenso de la actividad), siendo el resultado de esta interacción el “cuadro depresivo”.

Beck (1979), identifica distorsiones cognitivas en la depresión:

- **Inferencia arbitraria:** Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.
- **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
- **Sobregeneralización:** Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre si.
- **Maximización y minimización:** Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.
- **Personalización:** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.

- **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (por ejemplo "incapaz frente a capaz").

Igualmente, Beck (1976), ha especificado alguno de los Supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

Como se ha visto la Endometriosis viene acompañada de múltiples síntomas físicos y de dolor que puede intensificarse si existe depresión o viceversa, por lo cual también cabe mencionar el Trastorno del Estado de Ánimo debido a enfermedad médica F06.xx, como trastorno asociado a ésta enfermedad.

1.2.4.1. Trastorno del Estado de Ánimo debido a enfermedad médica.

Este trastorno se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, (DSM IV – TR 2002). Sus criterios diagnósticos son:

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

(1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades

(2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

(1) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

(2) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

(3) Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipo:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D).

Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

En el caso de la Endometriosis sería F06.xx [N800] (CIE 10, 1996), por ejemplo.

Nuevamente es importante resaltar que el Danazol, el Acetato de Leuprolide y los Anticonceptivos pueden producir, como reacción secundaria o adversa, depresión, labilidad emocional, somnolencia, insomnio, anorexia, nerviosismo y parestesias (DEF, 2003).

En el transcurso de la Endometriosis se prescriben algunos medicamentos que pueden producir, como ya se menciono, alteraciones emocionales como efecto secundario o adverso por lo que se puede mencionar el Trastorno del Estado de Ánimo inducido por sustancias (DSM IV – TR 2002), destacando que no todas las pacientes presentan las reacciones secundarias y adversas de los medicamentos.

1.2.4.2. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

El trastorno se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico. Sus criterios diagnósticos son:

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
 - (1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
 - (2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):
 - (1) Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia.
 - (2) El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral u de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar tipo:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo.

Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

El Danazol, el Acetato de Leuprolide y los Anticonceptivos, como se destacó anteriormente, pueden producir ansiedad, depresión, labilidad emocional, taquicardias, palpitaciones, arritmias cardiacas, parestesias, etc. (DEF 2003).

Uno de los síntomas de la Endometriosis es la dispareunia y ésta altera de manera importante las relaciones interpersonales deteriorando la vida sexual de las mujeres. La dispareunia también se considera dentro de los criterios diagnósticos en Salud Mental por lo que cabe mencionar el Trastorno Sexual debido a una enfermedad médica (dispareunia).

1.2.5. Trastorno sexual debido a una enfermedad médica (dispareunia).

El DSM IV – TR (2002), refiere que la característica esencial del trastorno sexual debido a una enfermedad médica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Son numerosas las enfermedades médicas que pueden producir trastornos sexuales y entre ellas se encuentra la Endometriosis. Sus criterios diagnósticos son:

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio la disfunción sexual se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor).

En el caso de la Endometriosis sería N94.1 Dispareunia femenina debida a Endometriosis del tabique rectovaginal y de la vagina [N804] (CIE 10, 1996).

El Danazol, el Acetato de Leuprolide y los Anticonceptivos producen resequedad y/o irritación vaginal, modificaciones en la libido, sensibilidad mamaria, alteraciones del ciclo menstrual e hipertrofia del clítoris (DEF, 2003).

Por lo anterior se destaca la importancia de conocer cuales son los medicamentos que se prescriben habitualmente en la Endometriosis y sus reacciones secundarias y adversas, ya que se deberá realizar el diagnóstico diferencial de la sintomatología propia de la enfermedad y los efectos de el

tratamiento farmacológico, para poder ofrecer un diagnóstico oportuno y tratar adecuadamente la aparición de alguno (algunos) síntomas que se podrían presentar bajo dicho tratamiento. Se resaltarán las alteraciones emocionales que deberán diferenciarse para un mejor manejo de las pacientes destacando así mismo la importancia de un tratamiento integral de las pacientes para elevar su calidad de vida y el cuidado necesario para evitar o minimizar el impacto de las reacciones secundarias o adversas.

1.2.6. Descripción de Reacciones secundarias y adversas de los tratamientos farmacológicos.

- **Danazol.** Incremento ponderal, acné, seborrea, hirsutismo, pérdida del cabello, cambio de voz e hipertrofia de clítoris, alteraciones en el ciclo menstrual, sangrado intermenstrual, amenorrea, sequedad vaginal, irritación vaginal, reducción en el tamaño de mamas, incremento de la resistencia a la insulina y elevación del glucagón plasmático. Incremento en el colesterol LDL, disminución en el colesterol HDL. *Dermatológicos:* exantemas maculopapular, petequial, purpúrico y urticarial algunas veces asociados a edema facial, alteración en la pigmentación de la piel y dermatitis exfoliativa. Lumbalgia, mialgias, artralgias y rigidez articular. Exacerbación de la hipertensión, palpitaciones y taquicardia, trombosis cerebrovascular. Visión borrosa, dipoplía, dificultad para el uso de lentes de contacto. Labilidad emocional, ansiedad, depresión, somnolencia, vértigo, cefalea, hipertensión intracraneal, migraña y exacerbación de la epilepsia. Raramente ictericia y bochornos (DEF, 2003).
- **Acetato de leuprolide.** Edema, náusea, vómito, dolor generalizado, astenia, arritmias cardíacas, mialgias, insomnio , anorexia, diarrea, disminución de la libido, dolor óseo, dermatitis, reacciones locales en el sitio de la inyección, molestias articulares, nerviosismo, aumento de peso, disnea, bochornos, alteraciones gastrointestinales, dolor o sensibilidad mamaria, efectos androgénicos, acné, depresión, cefalea, mareos,

alteraciones neuromusculares, parestesias, vaginitis, cambios de peso, disfunción hepática y trastornos menstruales (DEF, 2003).

La osteoporosis es la mayor preocupación con respecto a la toxicidad a largo plazo de los análogos de la GnRH y es producto del intenso hipoestrogenismo ya que existen evidencias de pérdida significativa, aunque variable, a nivel vertebral y/o de cuello femoral (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal 1998).

- **Anticonceptivos.** En casos aislados, el tratamiento puede dar lugar a cefaleas, molestias gástricas, náuseas, tensión mamaria, variaciones de peso, modificaciones de la libido, así como estados depresivos, después de una toma prolongada aparecen a veces en mujeres predispuestas pigmentaciones (escloasma) en la cara, que se hacen más marcadas al tomar baños de sol (DEF, 2003).

**CAPÍTULO II.
ENDOMETRIOSIS**

CAPITULO II

ENDOMETRIOSIS

2.1. MARCO TEÓRICO DE ENDOMETRIOSIS.

2.1.1. Definición de Endometriosis.

La Endometriosis es el desarrollo aberrante e invasor de tejido endometrial en los órganos pélvicos o extrapélvicos, comprendiendo al mismo útero. El desarrollo anormal del endometrio puede ser ectópico; es decir, fuera de la superficie de la cavidad uterina, o corresponder al endometrio mismo desarrollado anormalmente de manera difusa o tumoral (Álvarez, 1948).

Para Stovall, Summitt, Beckmann y Ling, (1995), la Endometriosis es un trastorno en el que aparece tejido semejante al de la membrana mucosa uterina normal en forma aberrante en diversas localizaciones intrauterinas.

Para Novak y Woodruff (1982), existe una estrecha relación entre *Endometriosis* y *Adeniosis* del útero, y una frecuente asociación clínica entre ambas. En la segunda el endometrio muestra también un crecimiento aberrante, invadiendo la musculatura uterina, de modo que con lógica se la llama a menudo *Endometriosis interna*, en contraste con la variedad extrauterina llamada *Endometriosis externa* que se encuentra en varios sitios de la pelvis.

2.2. Antecedentes históricos de la Endometriosis.

La primera descripción de esta enfermedad fue dada por Russell en 1888, quien publicó un caso “endometrioide” del ovario con invasión extraovárica. Martín explicó en 1891 la presencia de un “adenoma” del ligamento redondo sobre la base de una inclusión de restos de los conductos wolffianos. Pick, en 1896, publicó un caso en el que encontró tejido endometrial normal, desarrollado en el ovario. En el mismo año Von Recklinghausen emitió una teoría wolffiana para explicar el desarrollo de tejido endometrial en la pared uterina. Sin embargo, pocos autores aceptan en la actualidad la teoría wolffiana que fue ampliamente expuesta en 1920 por Cuthbert-Lockyer. A principios del presente siglo Ivanoff propuso la teoría de la metaplasia para explicar la Endometriosis extrauterina por

transformación del epitelio peritoneal. Esta teoría fue defendida posteriormente por Robert Meyer. Waldeyer pensó en 1870 que la Endometriosis ovárica tenía su origen en la invasión del estroma ovárico por su epitelio superficial y Whittrige Williams apoyó esta teoría al comprobar la existencia de epitelio cilíndrico en la superficie del ovario de adultos. En su trabajo original Russell atribuyó la presencia de tejido endometrial en el ovario a inclusiones de restos müllerianos y esta teoría encontró decidido apoyo en los trabajos de Janney en 1922 y de Blair en 1923. En 1921 Sampson emitió su teoría de la “implantación” y en 1925 este mismo autor demostró la posibilidad de la invasión por embolia y por contigüidad. Estas breves notas dan idea del esfuerzo hecho para el conocimiento de esta enfermedad, la cual aún queda rodeada de misterio, no en cuanto a su causa, sino en cuanto a su origen y modo de invasión (Álvarez, A., citado en Ginecología y Obstetricia de México, 1948).

2.3. Epidemiología.

La Endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas más frecuentes que afecta 10% a 15% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) y es además responsable por una porción significativa de la consulta general de ginecología, como de la consulta especializada de infertilidad, así como de las cirugías que son realizadas cada año en Estados Unidos. Parece existir evidencia que sugiere que las mujeres caucásicas tienen un riesgo dos veces mayor que las negras de sufrir la enfermedad, por cuanto algunos estudios han encontrado que la incidencia y la prevalencia para la enfermedad entre negras es solo la mitad que entre blancas. Otras valoraciones epidemiológicas han encontrado que entre mujeres de origen o ascendencia asiática, el riesgo de padecer la enfermedad es aún mayor que el de las caucásicas, y en otros, la incidencia y prevalencia de la entidad es mayor en grupos económicamente favorecidos, tales como mujeres con nivel socioeconómico alto y en particular en aquellas que postergan su maternidad, así como en mujeres con mayor número de días menstruales totales. Es significativo que la incidencia de la enfermedad es menor entre aquellas mujeres fumadoras (20 o más cigarrillos por día) o que

hacen ejercicio con regularidad y como disciplina adquirida desde antes de los 17 años (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal, 1998).

La Endometriosis es un problema común en las mujeres y se presenta en un estimado del 10% de ellas durante sus años reproductivos. La prevalencia puede llegar hasta un 25 a 35% en mujeres infértiles. Aunque la Endometriosis suele ser diagnosticada entre los 25 y 35 años, el problema comienza alrededor del momento del inicio de la menstruación. Cuando la madre o hermana de una mujer han parecido de Endometriosis, ésta corre un riesgo 6 veces mayor de desarrollar esta condición que la población general. Otros factores incluyen el inicio temprano de la menstruación, los ciclos irregulares y los períodos que duran 7 días o más ([medlineplus:enciclopediamedica](#), 2005).

2.4. Etiología.

Existen varias teorías en cuanto a la etiología de la Endometriosis y ninguna se ajusta a todos los casos.

- La **teoría de Sampson**, que se publicó en 1927 sugiere que la Endometriosis es consecuencia de la menstruación retrógrada, pues este material contiene tejido endometrial viable que puede implantarse en forma superficial sobre tejidos dependientes y proliferar. El tejido endometrial ectópico responde a la producción cíclica de hormonas ováricas. Estudios recientes que demostraron una mayor frecuencia de reflujo menstrual de lo que antes se creía sugieren que éste en forma aislada no es un determinante clínico de la aparición de Endometriosis. Se supone que una alteración inmunitaria contribuye a la aparición de la enfermedad.
- **Meyer** propuso la teoría de la metaplasia celómica como explicación de la histogénesis de la Endometriosis. Postuló que el mesotelio peritoneal sufre metaplasia que se transforma en Endometriosis si se expone a un irritante crónico como los detritus menstruales.
- **Meigs** sugirió que la metaplasia de los conductos de Müller puede ser inducida por efectos hormonales, como una exposición prolongada a

estrógenos. La aparición de Endometriosis en mujeres tratadas con dietilestilbestrol apoya esta teoría.

- **Halban** postuló que la Endometriosis se disemina por las vías hematógica o linfática con base en la aparición inusual de endometriosis en pulmones y riñones.
- **Otros factores**
 1. **Genéticos.** Se sabe que la incidencia de Endometriosis es mayor en algunas familias, lo que sugiere una predisposición.
 2. **Inmunología.** Hay datos preliminares que sugieren un papel inmunitario. La citotoxicidad mediada por linfocitos contra células endometriales *in vitro* está disminuida en pacientes con Endometriosis, en comparación con los grupo control y las concentraciones séricas de ciertos componentes del complemento están aumentadas en mujeres con Endometriosis (Stovall, Summit, Beckmann y Ling, 1995).

Para Jones, Colston y Burnett (1991), el mecanismo de la producción de Endometriosis todavía se desconoce y el origen de las células endometriales aberrantes es aún controvertido.

Koninchx y cols., (1978) han postulado que el Síndrome del Folículo Luteinizado No Roto (FLNR, por sus siglas en inglés) puede acompañarse de Endometriosis. Cuando el acto físico de la ovulación ocurre con formación de estigma y liberación de líquido folicular en la cavidad peritoneal, puede medirse una concentración elevada de estrógenos y progesterona en este líquido. Cuando existe síndrome de FLNR y no hay acto físico de rotura, la concentración baja de esteroides facilita el implante de células endometriales en la cavidad peritoneal.

La mayoría de los ginecólogos consideran que la Endometriosis puede tener varios orígenes y que ninguna teoría explica por si sola todos los casos. En la mayor parte de los casos la de la implantación es la más probable y quizá otros factores inmunológicos, sustancias inductoras y otros mediadores pueden explicar

la razón por la que algunas mujeres desarrollan Endometriosis y otras no lo hacen (Jones, Colston y Burnett, 1991).

2.5. Sintomatología y características clínicas de la Endometriosis.

Clásicamente se caracteriza por la triada de *dismenorrea, dispareunia e infertilidad*. No obstante, las pacientes con Endometriosis extensa pueden carecer de síntomas y otras mujeres con lesiones mínimas pueden quejarse de dolor pélvico incapacitante. Muchas veces existe dismenorrea que puede ser moderada o intensa y no se correlaciona con la extensión de la enfermedad.

La paciente con Endometriosis puede presentarse con una sintomatología muy variada, que incluye menstruación irregular o anovulación, signos o síntomas urinarios, incluso hematuria u obstrucción ureteral, tumoraciones abdominal o en los anexos, ciática cíclica, neumotórax o hemoptisis catamenial, cicatrices tumefactas y dolorosas y hemoperitoneo por erosión del tejido endometrial ectópico. Los quistes endometriales pueden romperse con salida de sangre, que produce dolor intenso; también podrían producir un cuadro clínico muy parecido al del embarazo ectópico o la apendicitis (Jones, Colston y Burnett, 1991).

Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal (1998), reportaron que los síntomas que con mayor frecuencia se asocian a la enfermedad son dolor e infertilidad y en menor grado sangrado irregular o abundante. Otros signos ocasionales comprenden sangrado intermenstrual, urgencia urinaria, sangrado rectal, hematuria y disuria. Esta entidad puede simular o acompañar con frecuencia a otros desordenes como la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), dismenorrea, síndrome de intestino irritable, algunas neoplasias de ovario, colitis o úlcera péptica, mas aún, hasta 15 % de las pacientes pueden presentar otro tipo de patología pélvica asociada, como miomatosis.

Uno de los síntomas más característicos es el dolor menstrual en recto, región sacra inferior o coccígea y un aspecto fundamental en la consideración y el tratamiento de la Endometriosis pelviana es que el endometrio aberrante, lo mismo que el del útero, está bajo el control fisiológico y trófico del ovario. Mientras haya tejido ovárico funcionando, siempre existe la posibilidad teórica de persistencia y

extensión de la Endometriosis. Sin embargo se ha observado Endometriosis posmenopáusica activa, incluso sin terapia hormonal (Jones, Colston y Burnett, 1991).

2.6. Ubicaciones de Endometriosis.

Jones, Colston y Burnett (1991), encontraron las siguientes localizaciones posibles del desarrollo endometrial aberrante:

- Ovarios.
- Ligamentos uterinos.
- Septum rectovaginal.
- Peritoneo pelviano, que abarca útero, trompas, recto, colón sigmoideo y vejiga.
- Ombligo.
- Cicatrices de laparotomía.
- Sacos herniarios.
- Apéndices.
- Vagina.
- Vulva.
- Cuello uterino.
- Muñones tubarios.
- Ganglios linfáticos.

Altirriba y Calaf (1990), mencionan que son raras las localizaciones de focos endometriósicos en lugares que se encuentran alejados de la cavidad abdominal como pleura, pulmones y piel.

El apéndice o el intestino delgado pueden parecer excepciones, pero probablemente sólo porque se encuentran a menudo en la pelvis. El recto o el sigmoide pueden estar afectados. En casos bastante raros, la Endometriosis de la

vejiga puede penetrar hasta el interior del órgano, o puede haber Endometriosis periureteral con compresión y daños del tracto superior (Novak y Woodruff, 1982).

2.7. Diagnóstico.

La exploración bimanual puede mostrar ligamentos uterosacos dolorosos, una sensación de “empedrado” en el fondo de saco, nódulos dolorosos, tabique rectovaginal engrosado, retroversión y fijación uterina, hipersensibilidad pélvica generalizada o localizada y ovarios grandes y dolorosos. En pacientes con dolor inexplicable en la parte inferior del abdomen o sospecha de Endometriosis, es necesaria la inspección laparoscópica para hacer el diagnóstico. Ni el ultrasonido ni otros procedimientos no invasivos pueden proporcionar la información específica necesaria para hacer un diagnóstico definitivo o para clasificar la gravedad de la enfermedad (Jones, Colston y Burnett, 1991).

La Endometriosis produce una gran diversidad de signos y síntomas y simula diversas enfermedades, tales como, disfunción ovulatoria, enfermedad tubaria, enfermedades infecciosas, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, apendicitis, diverticulosis/diverculitis, síndrome de intestino irritable, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, infecciones de vías urinarias, pielonefritis y glomerulonefritis. El diagnóstico definitivo se establece por laparoscopia o laparotomía (Stovall, Summitt, Beckmann y Ling, 1995).

Se recomienda un tratamiento de prueba por tres meses con análogos GnRH previo a la laparoscopia en mujeres con DPC que se crea debido a la Endometriosis. El uso empírico de medicamentos anti-endometriosis provee un método confiable para diagnosticar la enfermedad y confirmar que es la causa del dolor. El uso empírico a su vez, provee un costo mucho menor que la laparoscopia (Páez, 2005).

2.8. Tratamiento.

Aunque la Endometriosis provoca una gran variedad de síntomas, el tratamiento se inicia ya sea por dolor o infertilidad. Algunas veces estas dos indicaciones se combinan, pero en muchas otras, las pacientes con el segundo síntoma por Endometriosis carecen de síntomas. El tratamiento puede ser médico,

quirúrgico o de ambos tipos. Este depende de muchos factores que incluyen edad de la enferma, deseo de ser fértil o de obtener alivio al dolor, duración de los antecedentes, grados de los síntomas, extensión de la enfermedad, intentos previos de tratamiento y si la enfermedad representa una Endometriosis primaria o recurrente. En el tratamiento de la Endometriosis se han utilizado estrógenos en dosis elevadas, incluyendo dietilestilbestrol, andrógenos, y progestágenos. Actualmente se utilizan dos formas de hormonoterapia, danazol y progestágenos; otra forma de tratamiento médico, es la infusión o inyección de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) (Jones, Colston y Burnett, 1991).

El tratamiento depende del grado de los síntomas que se experimentan, el alcance de la enfermedad (determinado por medio de una laparoscopia), el deseo de futuros embarazos y la edad de la mujer ([medlineplus:enciclopediamedica](#), 2005).

Las pacientes con riesgo de Endometriosis y ya con síntomas a menudo reciben anticonceptivos orales, que ayudan a disminuir la cantidad de flujo menstrual y tal vez el tejido en el reflujo (Stovall, Summitt, Beckmann y Ling, 1995).


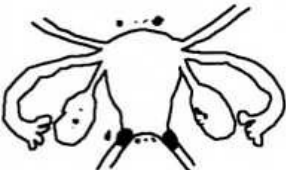




Ballweg (2004), menciona además el tratamiento quirúrgico para aliviar los síntomas. Las cirugías son: laparotomía, laparoscopia, histerectomía, extirpación laparoscópica de los ovarios, histerectomía con salpingooferectomía bilateral, neurectomía presacra y neurectomía uterosacra. Estos últimos son procedimientos para ayudar al alivio del dolor.

2.9. Clasificación de la Endometriosis.

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) está contemplada en Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos con la clave N80 a N98 (CIE-10, 1996).

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) en 1996 maneja la siguiente clasificación:

CAPITULO II. ENDOMETRIOSIS

ESTADO I (MINIMO)	ESTADO II (LEVE)	ESTADO III (MODERADO)																																																																																																																																				
																																																																																																																																						
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4">PERITONEO</td></tr> <tr><td>Implantes superficiales</td><td>1-3 cm</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO DERECHO</td></tr> <tr><td>Superficial</td><td><1 cm</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>Adherencias tenues</td><td>< 1/3</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">PUNTAJE TOTAL</td><td>4</td><td></td></tr> </table>	PERITONEO				Implantes superficiales	1-3 cm	2		OVARIO DERECHO				Superficial	<1 cm	1		Adherencias tenues	< 1/3	1		PUNTAJE TOTAL		4		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4">PERITONEO</td></tr> <tr><td>Implantes Profundos</td><td>> 3 cm</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO DERECHO</td></tr> <tr><td>Implantes superficiales</td><td><1 cm</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>Adherencias tenues</td><td>< 1/3</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO IZQUIERDO</td></tr> <tr><td>Implantes superficiales</td><td>< cm</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">PUNTAJE TOTAL</td><td>9</td><td></td></tr> </table>	PERITONEO				Implantes Profundos	> 3 cm	6		OVARIO DERECHO				Implantes superficiales	<1 cm	1		Adherencias tenues	< 1/3	1		OVARIO IZQUIERDO				Implantes superficiales	< cm	1		PUNTAJE TOTAL		9		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4">PERITONEO</td></tr> <tr><td>Implantes profundos</td><td>>3cm</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">FONDO DE SACO</td></tr> <tr><td>Obliteración parcial</td><td></td><td></td><td>4</td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO IZQUIERDO</td></tr> <tr><td>Implantes profundos</td><td>1-3 cm</td><td>16</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">PUNTAJE TOTAL</td><td>26</td><td></td></tr> </table>	PERITONEO				Implantes profundos	>3cm	6		FONDO DE SACO				Obliteración parcial			4	OVARIO IZQUIERDO				Implantes profundos	1-3 cm	16		PUNTAJE TOTAL		26																																																	
PERITONEO																																																																																																																																						
Implantes superficiales	1-3 cm	2																																																																																																																																				
OVARIO DERECHO																																																																																																																																						
Superficial	<1 cm	1																																																																																																																																				
Adherencias tenues	< 1/3	1																																																																																																																																				
PUNTAJE TOTAL		4																																																																																																																																				
PERITONEO																																																																																																																																						
Implantes Profundos	> 3 cm	6																																																																																																																																				
OVARIO DERECHO																																																																																																																																						
Implantes superficiales	<1 cm	1																																																																																																																																				
Adherencias tenues	< 1/3	1																																																																																																																																				
OVARIO IZQUIERDO																																																																																																																																						
Implantes superficiales	< cm	1																																																																																																																																				
PUNTAJE TOTAL		9																																																																																																																																				
PERITONEO																																																																																																																																						
Implantes profundos	>3cm	6																																																																																																																																				
FONDO DE SACO																																																																																																																																						
Obliteración parcial			4																																																																																																																																			
OVARIO IZQUIERDO																																																																																																																																						
Implantes profundos	1-3 cm	16																																																																																																																																				
PUNTAJE TOTAL		26																																																																																																																																				
ESTADO III (MODERADO)	ESTADO IV (SEVERO)	ESTADO IV (SEVERO)																																																																																																																																				
																																																																																																																																						
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4">PERITONEO</td></tr> <tr><td>Implantes superficiales</td><td>>3cm</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">TROMPA DERECHA</td></tr> <tr><td>Adherencias tenues</td><td><1/3</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO DERECHO</td></tr> <tr><td>Adherencias tenues</td><td><1/3</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">TROMPA IZQUIERDA</td></tr> <tr><td>Adherencias densas</td><td><1/3</td><td>16*</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO IZQUIERDO</td></tr> <tr><td>Implantes profundos</td><td><1cm</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>Adherencias densas</td><td><1/3</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">PUNTAJE TOTAL</td><td>30</td><td></td></tr> </table>	PERITONEO				Implantes superficiales	>3cm	4		TROMPA DERECHA				Adherencias tenues	<1/3	1		OVARIO DERECHO				Adherencias tenues	<1/3	1		TROMPA IZQUIERDA				Adherencias densas	<1/3	16*		OVARIO IZQUIERDO				Implantes profundos	<1cm	4		Adherencias densas	<1/3	4		PUNTAJE TOTAL		30		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4">PERITONEO</td></tr> <tr><td>Implantes superficiales</td><td>> 3 cm</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO IZQUIERDO</td></tr> <tr><td>Implantes profundos</td><td>1-3 cm</td><td>32**</td><td></td></tr> <tr><td>Adherencias densas</td><td>< 1/3</td><td>8**</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">TROMPA IZQUIERDA</td></tr> <tr><td>Adherencias densas</td><td>< 1/3</td><td>8**</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">PUNTAJE TOTAL</td><td>52</td><td></td></tr> </table> <p>* Puntaje asignado cambia a 16 ** Se dobla el puntaje asignado</p>	PERITONEO				Implantes superficiales	> 3 cm	4		OVARIO IZQUIERDO				Implantes profundos	1-3 cm	32**		Adherencias densas	< 1/3	8**		TROMPA IZQUIERDA				Adherencias densas	< 1/3	8**		PUNTAJE TOTAL		52		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4">PERITONEO</td></tr> <tr><td>Implantes profundos</td><td>> 3cm</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">FONDO DE SACO</td></tr> <tr><td>Completa obliteración</td><td></td><td></td><td>40</td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO DERECHO</td></tr> <tr><td>Implantes profundos</td><td>1-3 cm</td><td>16</td><td></td></tr> <tr><td>Adherencias densas</td><td>< 1/3</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">TROMPA IZQUIERDA</td></tr> <tr><td>Adherencias densas</td><td>> 2/3</td><td>16</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">OVARIO IZQUIERDO</td></tr> <tr><td>Implantes profundos</td><td>1-3 cm</td><td>16</td><td></td></tr> <tr><td>Adherencias densas</td><td>> 2/3</td><td>16</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">PUNTAJE TOTAL</td><td>114</td><td></td></tr> </table>	PERITONEO				Implantes profundos	> 3cm	6		FONDO DE SACO				Completa obliteración			40	OVARIO DERECHO				Implantes profundos	1-3 cm	16		Adherencias densas	< 1/3	4		TROMPA IZQUIERDA				Adherencias densas	> 2/3	16		OVARIO IZQUIERDO				Implantes profundos	1-3 cm	16		Adherencias densas	> 2/3	16		PUNTAJE TOTAL		114	
PERITONEO																																																																																																																																						
Implantes superficiales	>3cm	4																																																																																																																																				
TROMPA DERECHA																																																																																																																																						
Adherencias tenues	<1/3	1																																																																																																																																				
OVARIO DERECHO																																																																																																																																						
Adherencias tenues	<1/3	1																																																																																																																																				
TROMPA IZQUIERDA																																																																																																																																						
Adherencias densas	<1/3	16*																																																																																																																																				
OVARIO IZQUIERDO																																																																																																																																						
Implantes profundos	<1cm	4																																																																																																																																				
Adherencias densas	<1/3	4																																																																																																																																				
PUNTAJE TOTAL		30																																																																																																																																				
PERITONEO																																																																																																																																						
Implantes superficiales	> 3 cm	4																																																																																																																																				
OVARIO IZQUIERDO																																																																																																																																						
Implantes profundos	1-3 cm	32**																																																																																																																																				
Adherencias densas	< 1/3	8**																																																																																																																																				
TROMPA IZQUIERDA																																																																																																																																						
Adherencias densas	< 1/3	8**																																																																																																																																				
PUNTAJE TOTAL		52																																																																																																																																				
PERITONEO																																																																																																																																						
Implantes profundos	> 3cm	6																																																																																																																																				
FONDO DE SACO																																																																																																																																						
Completa obliteración			40																																																																																																																																			
OVARIO DERECHO																																																																																																																																						
Implantes profundos	1-3 cm	16																																																																																																																																				
Adherencias densas	< 1/3	4																																																																																																																																				
TROMPA IZQUIERDA																																																																																																																																						
Adherencias densas	> 2/3	16																																																																																																																																				
OVARIO IZQUIERDO																																																																																																																																						
Implantes profundos	1-3 cm	16																																																																																																																																				
Adherencias densas	> 2/3	16																																																																																																																																				
PUNTAJE TOTAL		114																																																																																																																																				

La determinación del estado o grado del compromiso endometriótico está basado en un sistema de puntuación. La distribución de los puntos ha sido determinada arbitrariamente y puede requerir una revisión posterior o reevaluación a medida que aumenta el conocimiento de la enfermedad.

Para asegurar una completa evaluación, se recomienda hacer la inspección de la pelvis siguiendo la dirección de las agujas del reloj. El número, tamaño y localización de los implantes endometrióticos, así como los endometriomas, placas y/o adherencias deben ser anotados. Por ejemplo, cinco implantes superficiales separados sobre el peritoneo (total 2.5 cm) se les podrían asignar 2 puntos. (La superficie del útero se debe considerar como peritoneo). La severidad de la endometriosis o de las adherencias debe ser valorada con el puntaje más alto solamente para el peritoneo, ovario, trompas o fondo de saco. Por ejemplo, a un implante superficial de 4 cm y un implante profundo de 2 cm en el peritoneo se le debe dar un puntaje

de 6 (no 8). A un endometrioma profundo del ovario de 4 cm asociado con una enfermedad superficial de más de 3 cm debe calificarse como 20 (no 24). En aquellas pacientes con un solo anexo los puntos otorgados a la enfermedad del ovario y trompa que quedan, deben ser multiplicados por dos.

Los puntos asignados**deben ser subrayados y totalizados. La sumatoria de puntos indica el estado de la enfermedad (mínima, leve, moderada o severa).

La presencia de endometriosis en el intestino, el tracto urinario, las trompas de Falopio, la vagina, el cervix, la piel, etc., deben anotarse como "ENDOMETRIOSIS ADICIONAL". Otras patologías tales como oclusión tubárica, leiomiomatosis, anomalías uterinas, etc. deben ser anotadas como "PATOLOGIA ASOCIADA". Toda patología debe ser descrita tan específicamente como sea posible en el diagrama de los órganos pélvicos y se deben anotar los medios de diagnóstico: laparoscopia o laparotomía.

Figura 2. Clasificación de Endometriosis (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, clasificación revisada de ASRM, 1996).

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a las estadísticas proporcionadas por el Departamento de Análisis Demográfico de la Dirección de Sistemas de Información en Servicios de Salud, en el 2006 se reportaron 618 casos de egresos hospitalarios por Endometriosis en la Secretaría de Salud a nivel nacional (Tabla 1, Gráfico 1).

Aunque la prevalencia de la enfermedad no es muy alta (en comparación con otras enfermedades) una gran cantidad de mujeres presentan la enfermedad, sin olvidar aquellas que aún no han sido diagnosticadas, que cursan con diagnósticos erróneos y todas aquellas que no forman parte de las estadísticas de la Secretaría de Salud, incluidas otras instituciones como ISSSTE, IMSS y sector privado.

Si se estudian la intensidad del dolor y las alteraciones emocionales en pacientes con Endometriosis se ampliará el campo de conocimientos sobre la enfermedad, ya que se desconoce la existencia de investigaciones enfocadas en estos temas.

Un mayor conocimiento sobre estos dos factores (Dolor y Alteraciones Emocionales) en pacientes con Endometriosis aportaría fundamentos para ofrecer una atención integral de las pacientes. Se podrían desarrollar estrategias de

CAPITULO II. ENDOMETRIOSIS

manejo del dolor y las alteraciones emocionales de esta enfermedad, favoreciendo un mejor afrontamiento y aceptación de ésta, y en consecuencia mejorar la calidad de vida de las pacientes.

**ESTADÍSTICAS PROPORCIONADAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD A
NIVEL NACIONAL**

Tabla 1.

Afección principal CIE 10 Endometriosis	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Total
Del útero	156	180	214	188	187	230	200	1355
Del ovario	31	42	51	47	59	44	66	340
De la trompa de Falopio	7	7	7	4	1	12	32	70
Del peritoneo pélvico	13	23	15	15	19	19	10	114
Del tabique rectovaginal y de la vagina	3	5	3	2	6	3	4	26
Del intestino	2		7	1	2	2	1	15
En cicatriz cutánea	4	3	2	4	12	4		29
Otras endometriosis	13	9	16	17	15	11	11	92
Endometriosis, no especificada	148	231	210	207	215	290	294	1595
TOTAL	377	500	525	485	516	615	618	3636

CAPITULO II. ENDOMETRIOSIS

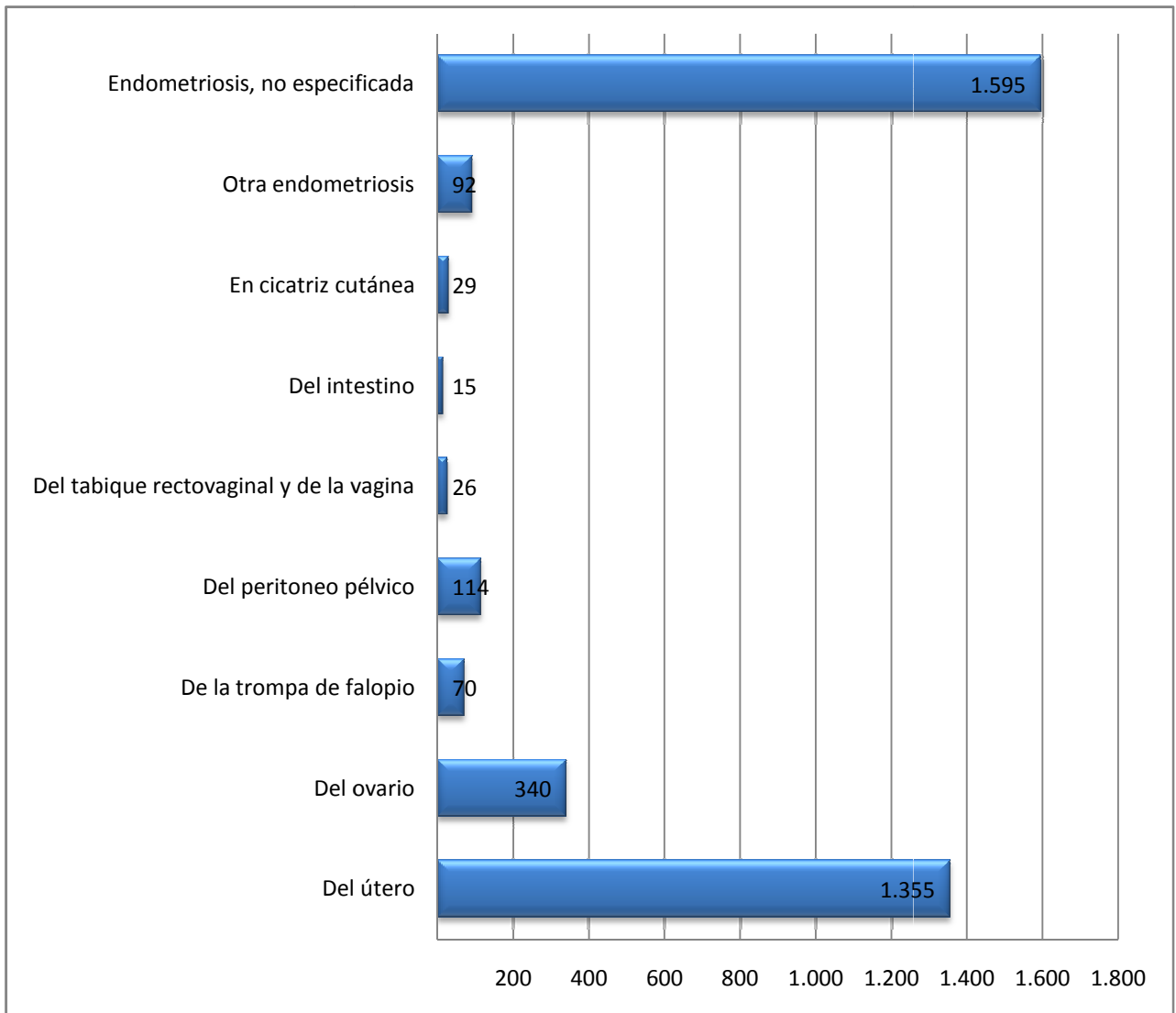


Gráfico 1.

**CAPÍTULO III.
METODOLOGÍA**

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la intensidad del Dolor en las pacientes con Endometriosis?
- ¿Existe relación entre Depresión y Ansiedad con la intensidad del Dolor en las pacientes con Endometriosis?
- ¿Existe relación entre Ansiedad y Depresión en las pacientes con Endometriosis?

3.2. HIPÓTESIS

H¹= La intensidad del Dolor está relacionada con la severidad de los síntomas de Ansiedad en las pacientes con Endometriosis.

H²= La intensidad del Dolor está relacionada con la intensidad del cuadro Depresivo en las pacientes con Endometriosis.

H³= Existe una relación entre la intensidad del cuadro Depresivo y la severidad de los síntomas de Ansiedad de las pacientes con Endometriosis.

3.3. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la intensidad del Dolor de pacientes con Endometriosis y conocer la intensidad del cuadro Depresivo y la severidad de los síntomas de Ansiedad de las mismas.

3.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar un grupo de pacientes con Endometriosis para conocer la intensidad del Dolor que presentan.
- Analizar la relación entre intensidad de Dolor y Depresión.
- Analizar la relación entre intensidad de Dolor y Ansiedad.
- Analizar la relación entre Ansiedad y Depresión.

3.4. VARIABLES

3.4.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

1. Endometriosis: La Endometriosis es el desarrollo aberrante e invasor de tejido endometrial en los órganos pélvicos o extrapélvicos, comprendiendo al mismo útero. El desarrollo anormal del endometrio puede ser ectópico; es decir, fuera de la superficie de la cavidad uterina, o corresponder al endometrio mismo desarrollado anormalmente de manera difusa o tumoral (Álvarez, 1948).
2. Dolor: La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada con daños reales o potenciales a los tejidos, o descrita en términos de dichos daños” (Kanner, 1998).
3. Depresión: Se caracteriza por sentimiento de tristeza extrema, pesimismo, preocupación, pérdida de la concentración, agitación, pérdida de la autoestima, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, fatiga y pérdida de la energía, incapacidad para sentir placer (anhedonia) e incluso ideas suicidas (Brailowsky, 1995).
4. Ansiedad: La Ansiedad puede definirse como un desasosiego que incluye agitación, inquietud, zozobra, estrés, molestia, cuyo origen es indefinido, es decir, carece de una fuente u origen externo. En el caso de existir un origen real, que pertenezca al mundo exterior se habla entonces de miedo (Brailowsky, 1995).

3.4.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

1. Endometriosis: Definido de acuerdo al diagnóstico emitido por el médico en el expediente clínico.
2. Dolor: Puntuación que se obtiene por la Escala Visual Análoga (EVA).
3. Depresión: Puntuación que se obtiene por el “Inventario de Depresión de Beck”.

4. Ansiedad: Puntuación que se obtiene por el “Inventario de Ansiedad de Beck”.

3.5. SUJETOS

Las participantes de la investigación fueron mujeres que padecen Endometriosis, con atención clínica y que cumplieron con los siguientes:

Criterios de Inclusión

1. Mujeres atendidas en consulta externa y área de hospitalización del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del I.S.S.S.T.E. y consulta privada.
2. Que sepan leer y escribir.
3. Que hablen español.

Criterios de Exclusión

1. Condición médica que impida responder las evaluaciones.
2. Falta de consentimiento para participar en la investigación.

Criterios de Eliminación

1. Pacientes que no finalicen las aplicaciones de las evaluaciones.
2. Que no respondan correctamente a las evaluaciones.

3.6. MUESTRA

- 10 mujeres con diagnóstico de Endometriosis del servicio de ginecología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del I.S.S.S.T.E.
- 10 mujeres que padecen Endometriosis de consulta privada.
- Las 20 mujeres en rango de edades de 14 a 47 años; nivel socioeconómico diverso; nivel académico diverso.

3.6.1. MUESTREO

Tipo intencional ya que las mujeres que se seleccionaron tienen diagnóstico de Endometriosis y por cuota.

3.7. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se diseñó como Transversal, descriptivo, correlacional, no experimental. Transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único; descriptivo ya que se midió en un grupo de mujeres Dolor, Depresión y Ansiedad para proporcionar su descripción; correlacional ya que se describirán las relaciones entre Dolor, Depresión y Ansiedad en un momento determinado y no experimental porque no se manipularon variables.

3.8. DISEÑO

Transversal, correlacional en donde se formó un solo grupo de pacientes con Endometriosis, en el cual se obtuvo una sola medición de cada paciente para cada una de las siguientes tres variables:

Ma: Evaluación de dolor.

Mb: Evaluación de depresión.

Mc: Evaluación de ansiedad.

3.9. INSTRUMENTOS

- a) **Escala Visual Análoga (EVA).** Como lo que nos preocupa es una experiencia subjetiva, parece más adecuado proporcionar al paciente una escala en la que sólo aparezcan los extremos de la experiencia, dejándole la libertad de expresar el dolor y evitar el uso de otras palabras. La escala visual análoga consiste en una línea de 100 mm de longitud; en el extremo izquierdo dice: “No tengo ningún dolor” y en el extremo derecho: “Mi dolor no podría ser peor”. Se da la escala al paciente y se le pide que haga una marca, perpendicular en la línea, en un punto que represente el nivel de su dolor. La distancia entre la marca y el extremo izquierdo, medida en milímetros, es un puntaje de dolor (Bond, 1980).
- b) **Inventario de depresión de Beck.** Esta escala autoaplicable evalúa la intensidad del cuadro depresivo de acuerdo con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas

características de la depresión. Para su aplicación el entrevistador entrega una copia del inventario al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor lo defina en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma. Los rubros que se miden en esta escala van de la A a la U y significan lo siguiente: A = Tristeza B = Pesimismo C = Sensación de fracaso, D = Insatisfacción, E = Culpa, F = Expectativas de castigo, G = Autodesagrado, H = Autoacusaciones, I = Ideas suicidas, J = Llanto, K = Irritabilidad, L = Aislamiento social, M = Indecisión, N = Cambios en la imagen corporal, O = Retardo laboral, P = Insomnio, Q = Fatigabilidad, R = Anorexia, S = Pérdida de peso, T = Preocupación somática, U = Pérdida de libido. Los resultados de la escala se evalúan como sigue: 0 a 9 Sin depresión; 10 a 16 Depresión leve; 17 a 29 Depresión moderada; 30 a 63 Depresión severa (Lab. GlaxoSmithKline). El instrumento original y su versión en español han demostrado validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación (Torres, Hernández y Ortega, 1991).

- c) **Inventario de ansiedad de Beck.** El inventario de ansiedad fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es un inventario que está compuesto por 21 puntos, que describen diversos síntomas de ansiedad y que aproximadamente se aplica en 5 o 10 minutos. Al paciente se le pide que califique el grado en que ha padecido cada síntoma durante la última semana y actualmente. Cada síntoma lo califica el paciente de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “En absoluto”; 1 a “Levemente”; 2 a “Moderadamente, fue muy desagradable pero

podía soportarlo” y 3 a “Severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de todas las respuestas (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). El rango de puntuación total va de 0 a 63 puntos. El grado de ansiedad que padece el paciente se estima de acuerdo a la puntuación total del inventario, siendo: 0 a 7 Ansiedad mínima; 8 a 15 Ansiedad leve; 16 a 25 Ansiedad moderada; 26 a 63 Ansiedad severa (Lab. ucb Pharma). Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión original y en español del Inventario de Ansiedad de Beck sugieren que se trata de una medida con alta consistencia interna y validez de constructo, divergente y convergente adecuadas (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

3.10. MATERIAL

- Carta de Consentimiento Informado (Ver anexo).
- Protocolo de aplicación “Dolor y Alteraciones Emocionales en mujeres con Endometriosis”. Es una entrevista diseñada específicamente para la presente investigación y recopila datos sociodemográficos y médicos de las mujeres con Endometriosis (Ver anexo).
- Escala Visual Análoga (EVA) (Ver Anexo).
- Inventario de depresión de Beck (Ver anexo).
- Inventario de ansiedad de Beck (Ver anexo).

3.1.1. PROCEDIMIENTO

I. Reunir la muestra de mujeres con Endometriosis:

- a) Se realizaron entrevistas con médicos Ginecólogos explicándoles la investigación que se llevaría a cabo y solicitándoles su apoyo con pacientes que tuvieran el diagnóstico confirmado de Endometriosis.

- b) Se localizó a las pacientes vía telefónica, se les explicó que su médico había proporcionado sus datos para la investigación que se estaba realizando y se les preguntó si deseaban participar en ésta. Especificando que contaba de:
- Protocolo de Aplicación “Dolor y Alteraciones Emocionales en mujeres con Endometriosis”, EVA, Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck.
- c) Se concretó una cita con las mujeres que accedieron a participar en el lugar, hora y fecha que ellas dispusieron.

II. En la entrevista acordada se recolectó:

- a) El Consentimiento Informado de la paciente para realizar la investigación.
- b) Se realizaron las Evaluaciones:
- Protocolo de aplicación “Dolor y Alteraciones Emocionales en mujeres con Endometriosis”.
 - Aplicación de Escala Visual Análoga (EVA).
 - Aplicación de Inventario de Depresión de Beck.
 - Aplicación de Inventario de Ansiedad de Beck.

III. Recopilación y vaciado de datos obtenidos.

IV. Análisis estadístico.

V. Análisis de resultados.

**CAPÍTULO IV.
RESULTADOS**

CAPITULO VI. RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.1.1. Características sociodemográficas.

4.1.1.1. Edad de las mujeres con Endometriosis.

La edad que se presentó con mayor frecuencia en las mujeres fue de 34 a 43 años (60%). En orden de frecuencia le siguen las mujeres de 14 a 33 años con el 30% y finalmente las mujeres de 44 a 53 años con el 10% (Tabla 2, Gráfico 2).

Tabla 2.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 a 23 años	3	15%
24 a 33 años	3	15%
34 a 43 años	12	60%
44 a 53 años	2	10%

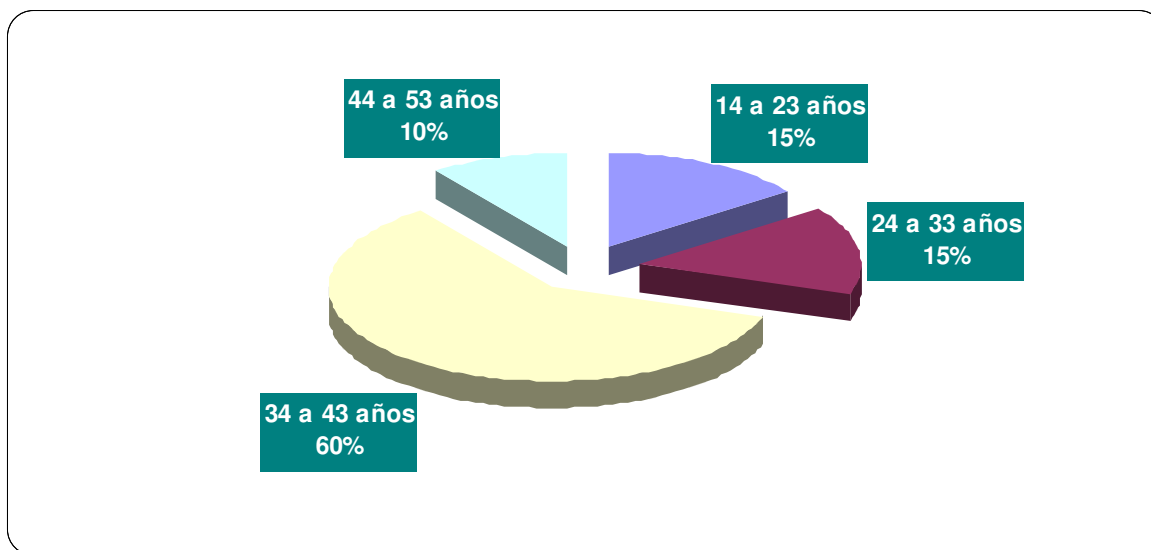


Gráfico 2.

4.1.1.2. Escolaridad.

La mayoría de las mujeres tienen un nivel educativo de Licenciatura con un 35%, seguido por el 30% con educación Secundaria. Así mismo las mujeres con Bachillerato fueron el 15%, con Primaria y Carrera Técnica tuvieron el 10% respectivamente (Tabla 3, Gráfico 3).

Tabla 3.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	2	10%
Secundaria	6	30%
Bachillerato	3	15%
Carrera Técnica	2	10%
Licenciatura	7	35%

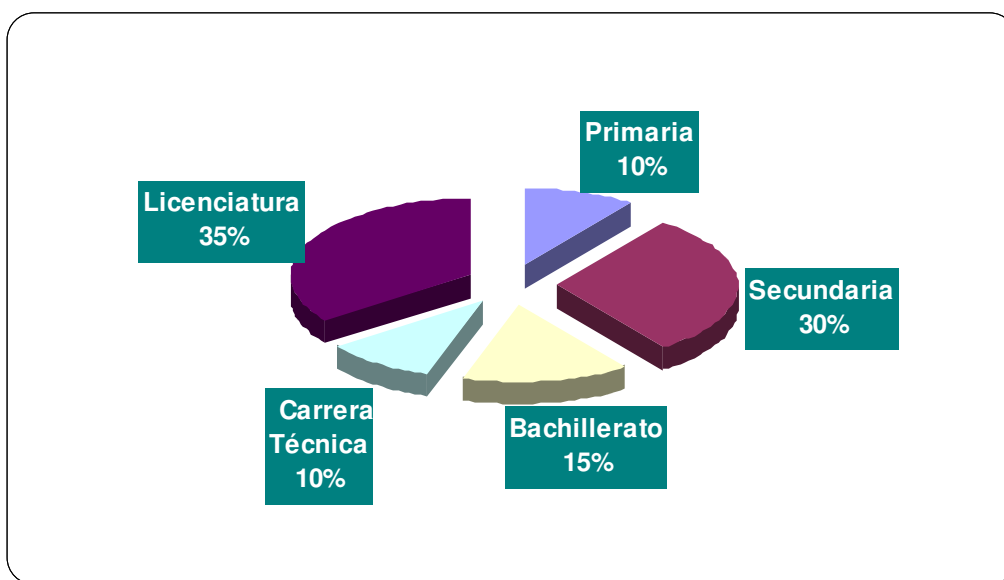


Gráfico 3.

4.1.1.3. Estado Civil.

En cuanto a estado civil se refiere el 55% son Casadas, el 30% Solteras, un 10% son Divorciadas y una mujer es Viuda (5%) (Tabla 4, Gráfico 4).

Tabla 4.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	6	30%
Casada	11	55%
Divorciada	2	10%
Viuda	1	5%

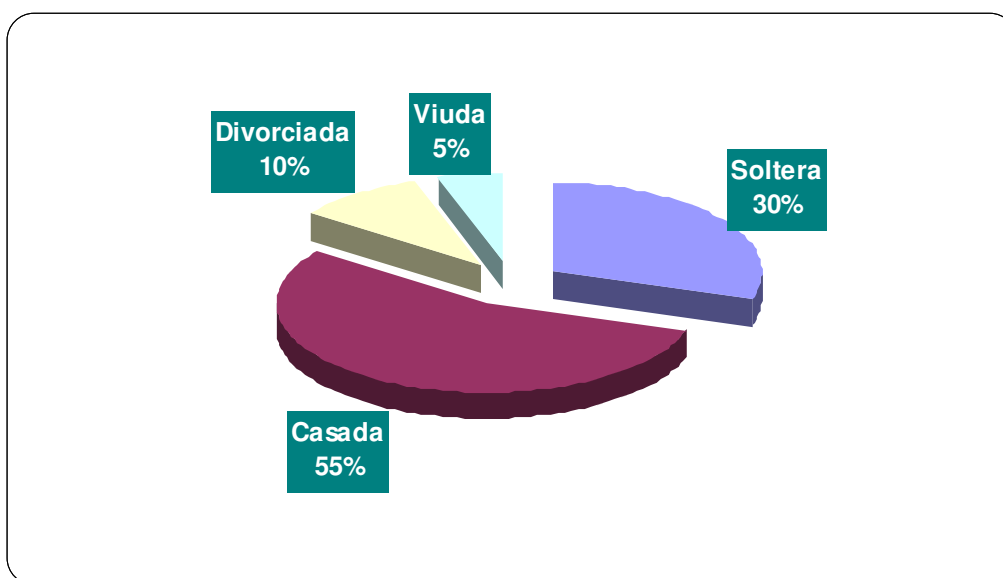


Gráfico 4.

4.1.1.4. Gestaciones.

El mayor porcentaje de la muestra lo constituyen mujeres con Endometriosis que no tienen hijos (60%). El 45% de la muestra tienen de uno (25%) a dos hijos (15%) (Tabla 5, Gráfico 5).

Tabla 5.

Gestaciones		Porcentaje
Sin Hijos	12	60%
1 Hijo	5	25%
2 Hijos	3	15%

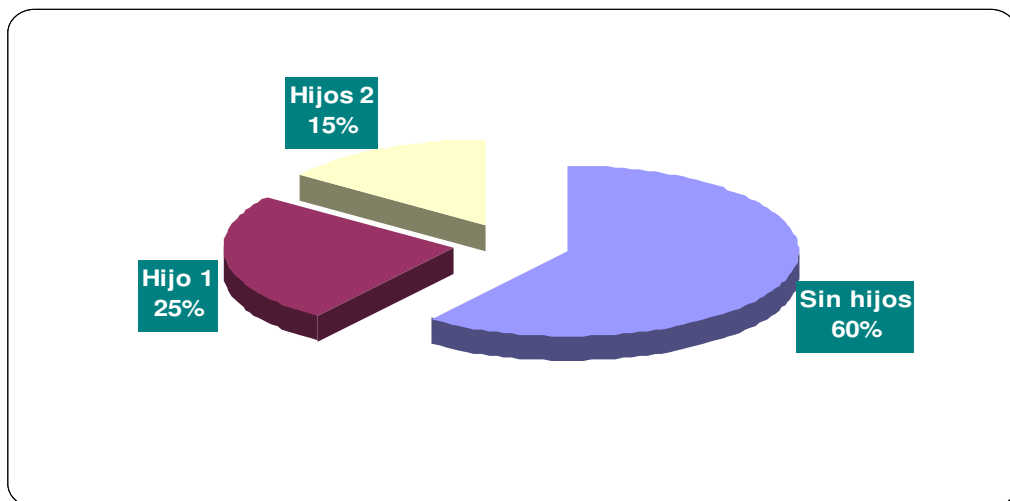


Gráfico 5.

4.1.2. Características de Endometriosis en la muestra.

4.1.2.1. Diagnósticos previos.

En Diagnósticos previos se encontró que el 45% fueron inicialmente diagnosticadas con Colitis; con Gastritis y Apendicitis un 25% respectivamente. El 20% fue diagnosticada con Ovarios Poliquísticos y los diagnósticos menos frecuentes, con un 5% cada uno fueron Enfermedad Pélvica Inflamatoria,

Mastopatía Fibroquística, Epilepsia, Litiasis Renal, Infección de Vías Urinarias y Cáncer de Recto (Tabla 6, Gráfico 6).

Tabla 6.

Diagnósticos previos	Frecuencia	Porcentaje
Colitis	9	45%
Gastritis	5	25%
Apendicitis	5	25%
Ovarios poliquisticos	4	20%
Estallamiento de ovario	3	15%
Dismenorrea	3	15%
Hemorragias	2	10%
Miomatosis uterina	2	10%
Salpingitis	2	10%
Matriz infantil	2	10%
Trastorno mental	2	10%
Infertilidad	2	10%
Tuberculosis renal	2	10%
Adenoma hipofisario	2	10%
Enfermedad pélvica inflamatoria	1	5%
Mastopatia fibroquística	1	5%
Epilepsia	1	5%
Litiasis renal	1	5%
Infección de vías urinarias	1	5%
Cáncer de recto	1	5%

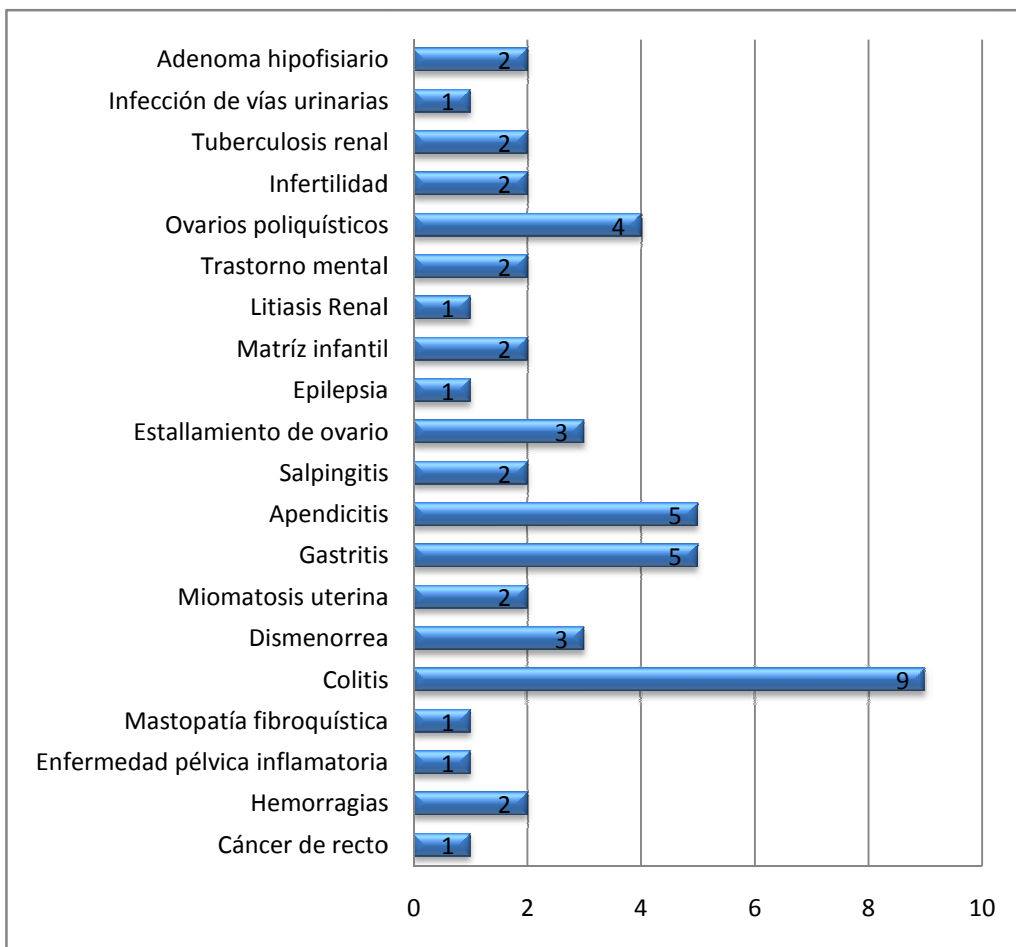


Gráfico 6.

4.1.2.2. Tiempo para el Diagnóstico.

Debido a la dificultad para realizar el diagnóstico de Endometriosis de las mujeres de la muestra, un 35% esperó de 0 a 1 año para tener el diagnóstico correcto, seguido por el 25% que corresponde de 5 a 10 años. Así mismo de 1 a 5 años representó el 20% y finalmente de 10 a 20 años fue el 10% respectivamente (Tabla 7, Gráfico 7).

Tabla 7.

Tiempo para diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
0 a 1 año	7	35%
1 a 5 años	4	20%
5 a 10 años	5	25%
10 a 15 años	2	10%
15 a 20 años	2	10%

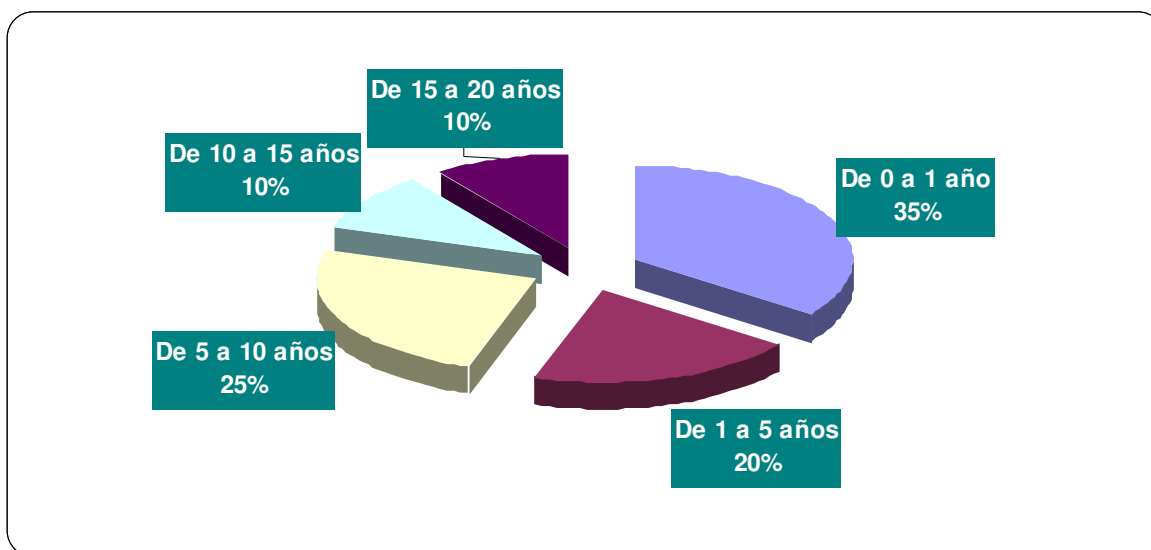


Gráfico 7.

4.1.2.3. Diagnóstico de Endometriosis fortuito.

Ocho mujeres con Endometriosis recibieron su diagnóstico de manera fortuita. Durante la realización de Histerectomía y en los procedimientos quirúrgicos de Laparotomía (Apendicectomía), Salpingoclasia y Cesárea (Tabla 8, Gráfico 8).

Tabla 8.

Dx Endometriosis fortuitos	Frecuencia
En Histerectomía	4
En Laparotomía (Apendicectomía)	1
En Salpingoclasia	1
En Cesárea	1

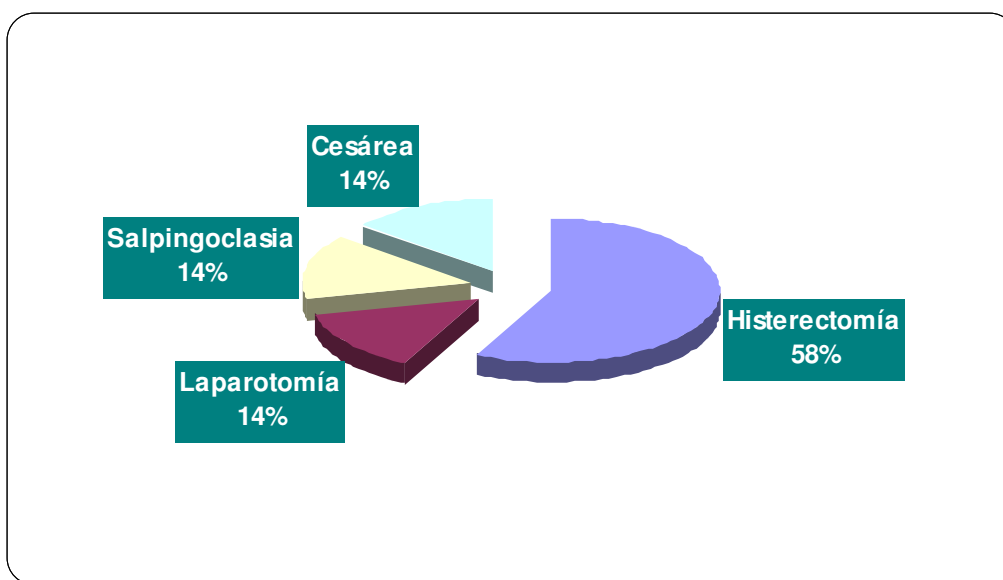


Gráfico 8.

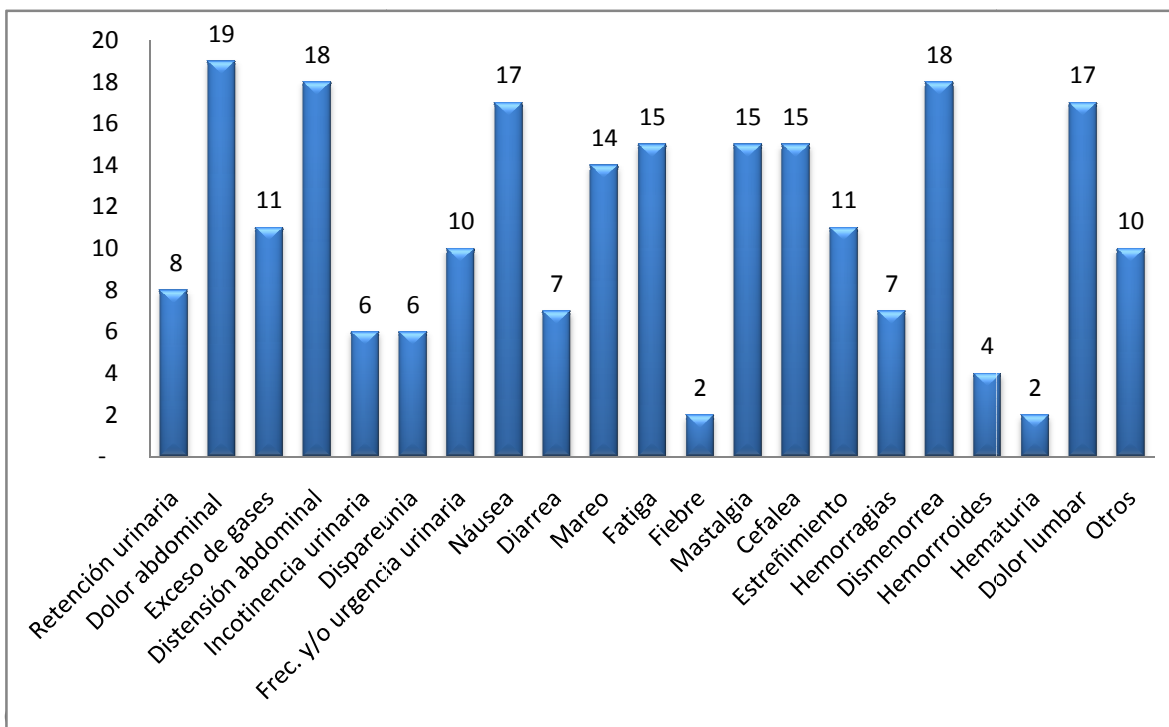
4.1.2.4. Síntomas Físicos.

Respecto a los Síntomas físicos que se presentan conjuntamente con la enfermedad el Dolor abdominal tuvo un 95%, así mismo el 90% presentó

Distensión abdominal y Dismenorrea cada uno. Mientras que solo reportaron como síntoma Fiebre y Hematuria el 10% respectivamente (Tabla 9, Gráfico 9).

Tabla 9.

Sintomas físicos	Frecuencia	Porcentaje
Retencion urinaria	8	40%
Dolor abdominal	19	95%
Exceso de gases	11	55%
Distensión abdominal	18	90%
Incontinencia urinaria	6	30%
Dispareunia	6	30%
Mareo	14	70%
Frec. Y/o urgencia urinaria	10	50%
Nausea	17	85%
Diarrea	7	35%
Fatiga	15	75%
Fiebre	2	10%
Mastalgia	15	75%
Cefalea	15	75%
Estreñimiento	11	55%
Hemorragia	7	35%
Dismenorrea	18	90%
Hemorroides	4	20%
Hematuria	2	10%
Dolor lumbar	17	85%
Otros	10	50%



4.1.2.5. Otros Síntomas físicos reportados.

Así mismo se reportaron otros síntomas físicos, en los cuales el 30% fue Dolor rectal, 20% calambres y un 5% Edema de miembros inferiores y Mastopatía Fibroquística respectivamente (Tabla 10, Gráfico 10).

Tabla 10.

Sintoma físico	Frecuencia	Porcentaje
Acné	1	5%
Hirsutismo	1	5%
Calambres	4	20%
Dolor rectal	6	30%
Varices	2	10%
Edema miembros inferiores	1	5%
Mastopatía fibroquistica	1	5%
Prolactilemia	2	10%
Dolor miembros inferiores	2	10%
Ninguno	10	50%

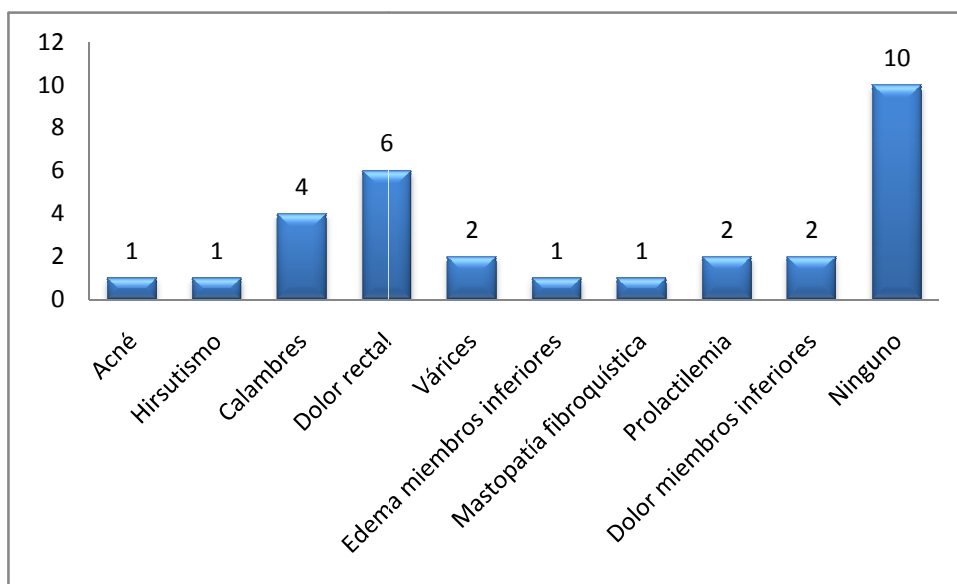


Gráfico 10.

4.1.2.6. Tratamientos farmacológicos utilizados en la muestra.

En relación con los tratamientos farmacológicos el 90% tomo Analgésicos, seguido por el 60% de Anticonceptivos. Al 40% le prescribieron Danazol y por último 25% tuvo como tratamiento el Acetato de Leuprolide (Tabla 11, Gráfico 11).

Tabla 11.

Tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Analgésicos	18	90%
Anticonceptivos	12	60%
Danazol	8	40%
Acetato de Leuprolide	5	25%

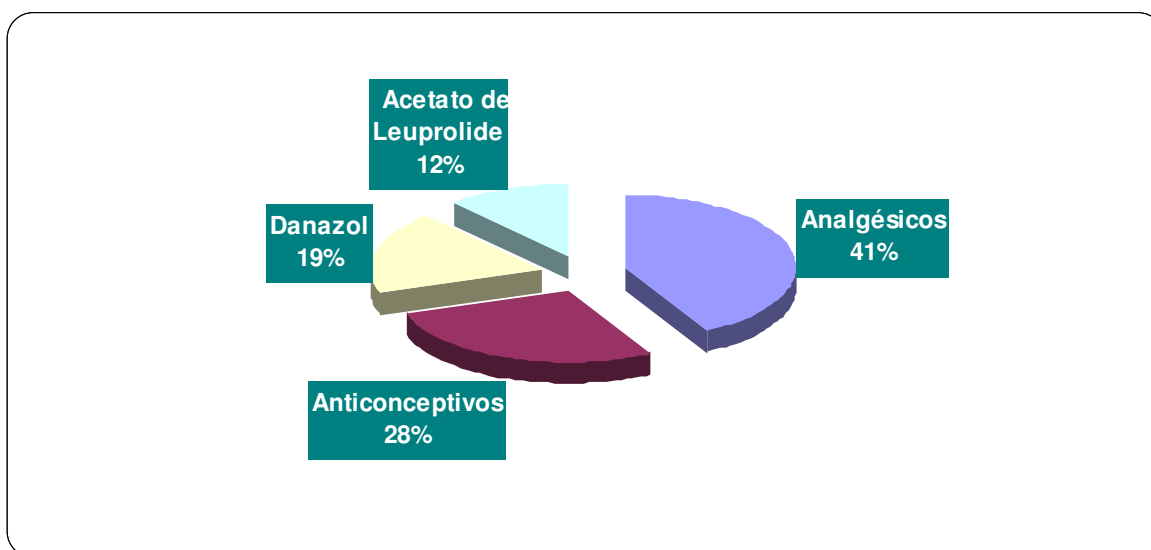


Gráfico 11.

4.1.2.7. Cirugías realizadas para diagnóstico y/o Tratamiento de la enfermedad.

Referente a las Cirugías a las que se sometieron las mujeres 35% fue Laparoscopia, 25% Histerectomía y Oferectomía, respectivamente. El 10% correspondió a Histerectomía total con salpingooferectomía y 5% Laparotomía conservadora (Tabla 12, Gráfico 12).

Tabla 12.

Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Laparoscopia	7	35%
Histerectomía	5	25%
Oferectomía	5	25%
Histerectomía total con salpingooferectomía	2	10%
Laparotomía conservadora	1	5%
Neurectomía uterosacra	0	0%

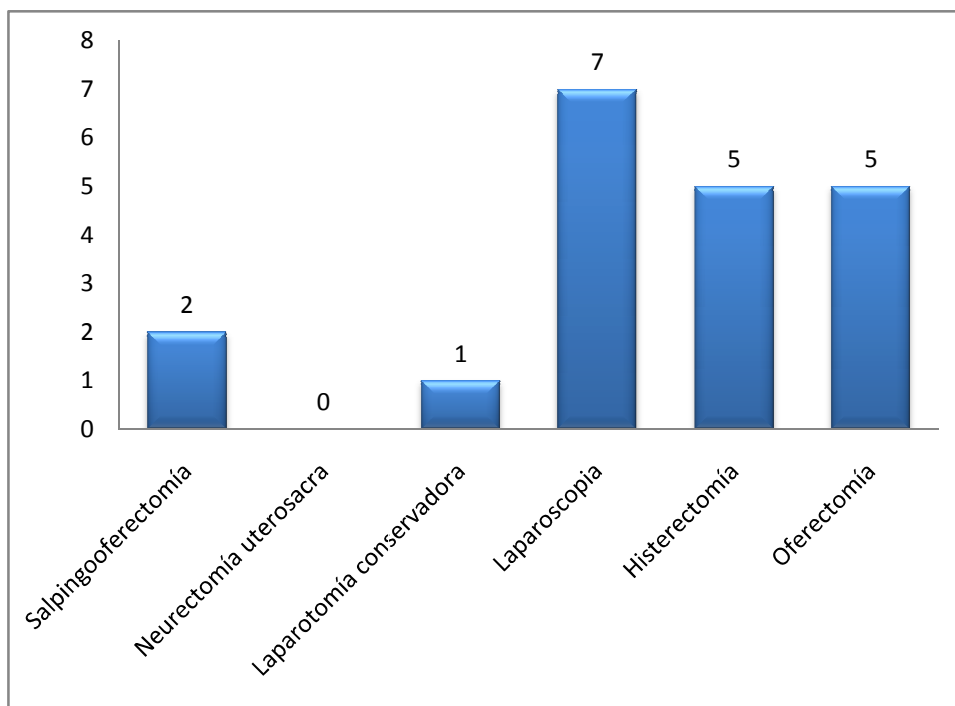


Gráfico 12.

4.2. Alteraciones Emocionales reportadas en el Protocolo de aplicación “Dolor y Alteraciones Emocionales en mujeres con Endometriosis”.

4.2.1. Alteraciones Emocionales.

Dentro del protocolo se pidió a las mujeres que reportaran las principales Alteraciones Emocionales que presentan. La emoción que se reportó con un 100% fue Enojo, Depresión e Irritabilidad tuvieron 90% cada una, seguido por el 80% con Inseguridad y Aislamiento respectivamente. Así mismo el 40% indicó que sentía Culpa y Pérdida de la libido (Tabla 13, Gráfico 13).

Tabla 13.

Alteración emocional	Frecuencia	Porcentaje
Enojo	20	100%
Irritabilidad	18	90%
Depresión	18	90%
Inseguridad	16	80%
Aislamiento	16	80%
Apatia	15	75%
Ansiedad	13	65%
Miedo	13	65%
Rebeldía	11	55%
Frustración	11	55%
Culpa	8	40%
Pérdida de la libido	8	40%

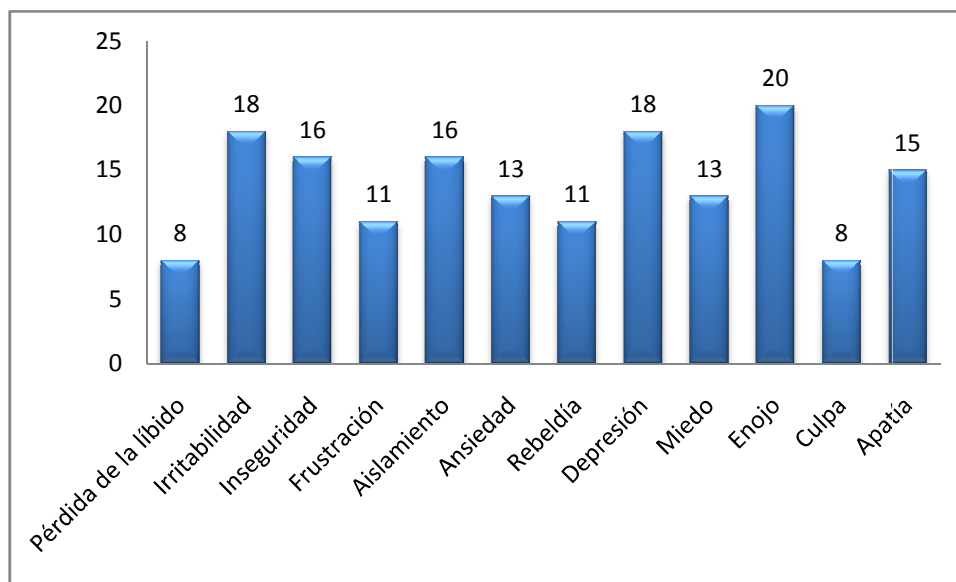


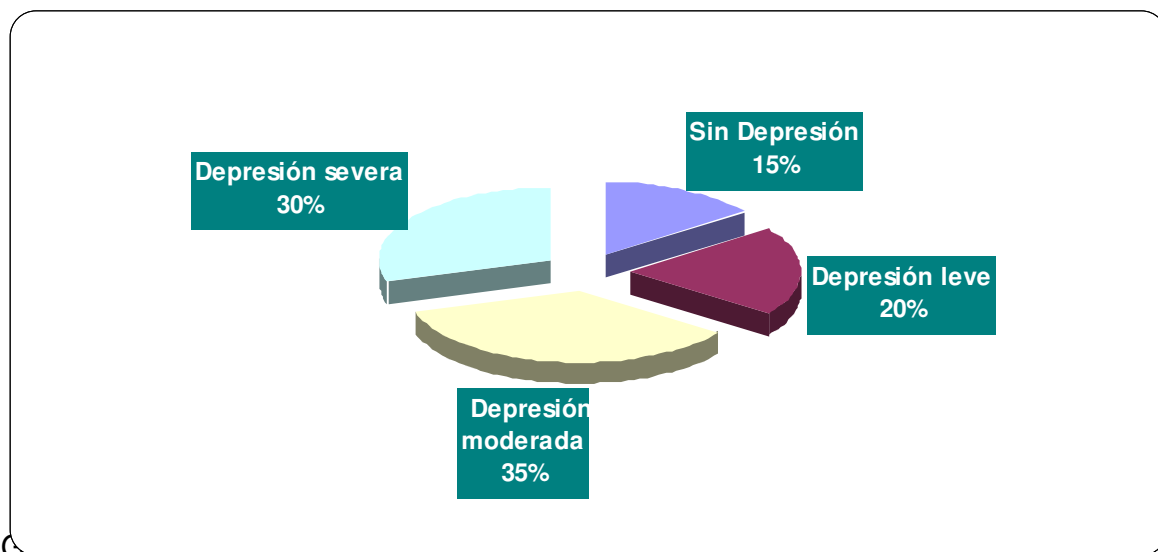
Gráfico 13.

4.2.2. Depresión.

De acuerdo con los datos obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck 35% presentó Depresión moderada, el 30% Depresión severa, 20% Depresión leve y finalmente un 15% Sin depresión. Con una Media (\bar{x}) de 27.30 y una Desviación Estándar de 12.604 (Tabla 14, Gráfico 14).

Tabla 14.

Clasificación de la Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin Depresión	3	15%
Depresión leve	4	20%
Depresión moderada	7	35%
Depresión severa	6	30%



4.2.3. Frecuencias de los subescalas del Inventario de Depresión de Beck.

Debido a la intensidad del cuadro depresivo que se presentó en las mujeres de la muestra resalta la frecuencia de los subescalas que se miden en el Inventario de Beck. En el cual 90% presentan Fatigabilidad, 85% Irritabilidad, el 80% corresponde respectivamente a Insatisfacción, Insomnio y Preocupación. Así mismo se destaca un 35% con Ideación suicida (Tabla 15, Gráfico 15).

Tabla 15.

Rubros del Inventario de Beck	Frecuencia	Porcentaje
A. Tristeza	14	70%
B. Pesimismo	10	50%
C. Sensación de fracaso	14	70%
D. Insatisfacción	16	80%
E. Culpa	11	55%
F. Expectativas de castigo	11	55%
G. Autodesagrado	13	65%
H. Autoacusaciones	14	70%
I. Ideas suicidas	7	35%
J. Llanto	11	55%
K. Irritabilidad	17	85%
L. Aislamiento	12	60%
M. Indecisión	12	60%
N. Cambios en la imagen corporal	11	55%
O. Retardo laboral	13	65%
P. Insomnio	16	80%
Q. Fatigabilidad	18	90%
R. Anorexia	13	65%
S. Pérdida de peso	10	50%
T. Preocupación	16	80%
U. Pérdida de la libido	15	75%

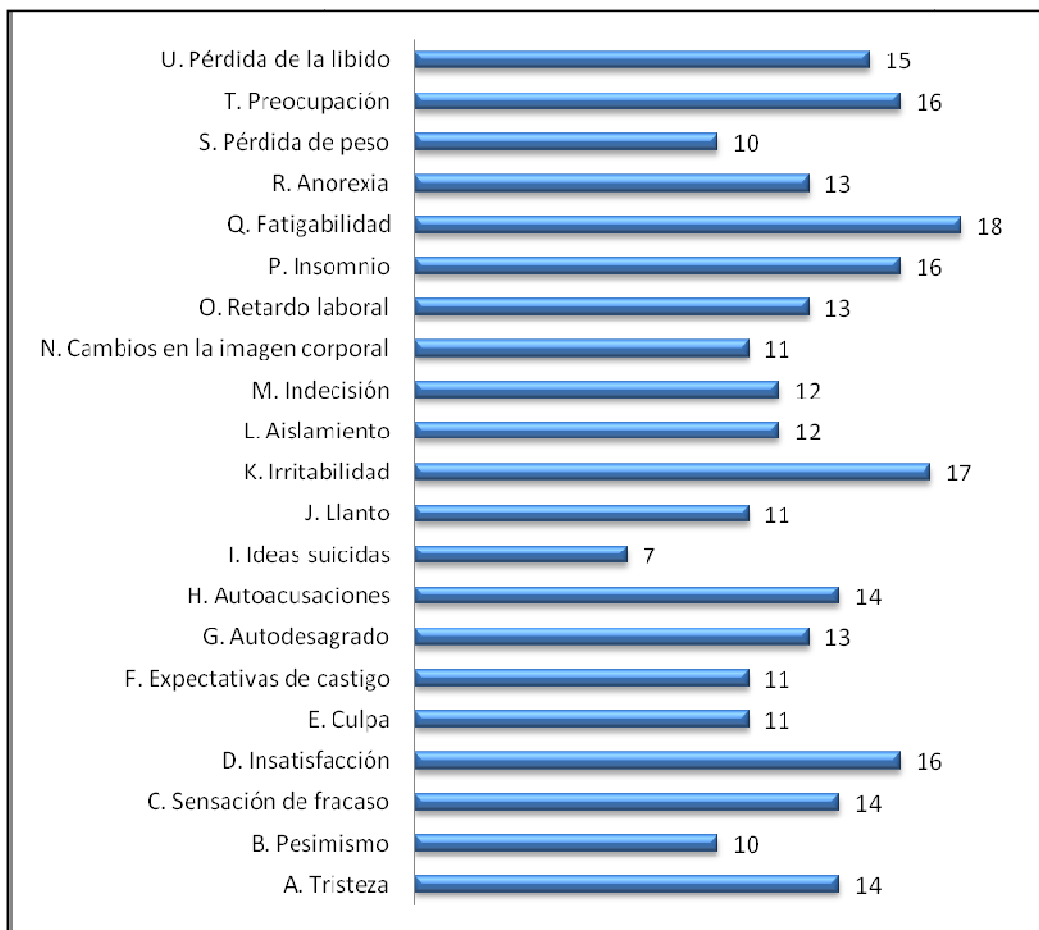


Gráfico 15.

4.2.4. Ansiedad.

Respecto a la severidad de los síntomas de Ansiedad de los datos que arrojó el Inventario de Ansiedad de Beck, el 45% presentó Ansiedad Severa, 40% Ansiedad moderada, 10% Ansiedad leve y 5% Ansiedad mínima. Con una Media (\bar{x}) de 24.45 y una Desviación Estándar de 13.648 (Tabla 16, Gráfico 16).

Tabla 16.

Clasificación de la Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad mínima	1	5%
Ansiedad leve	2	10%
Ansiedad moderada	8	40%
Ansiedad severa	9	45%

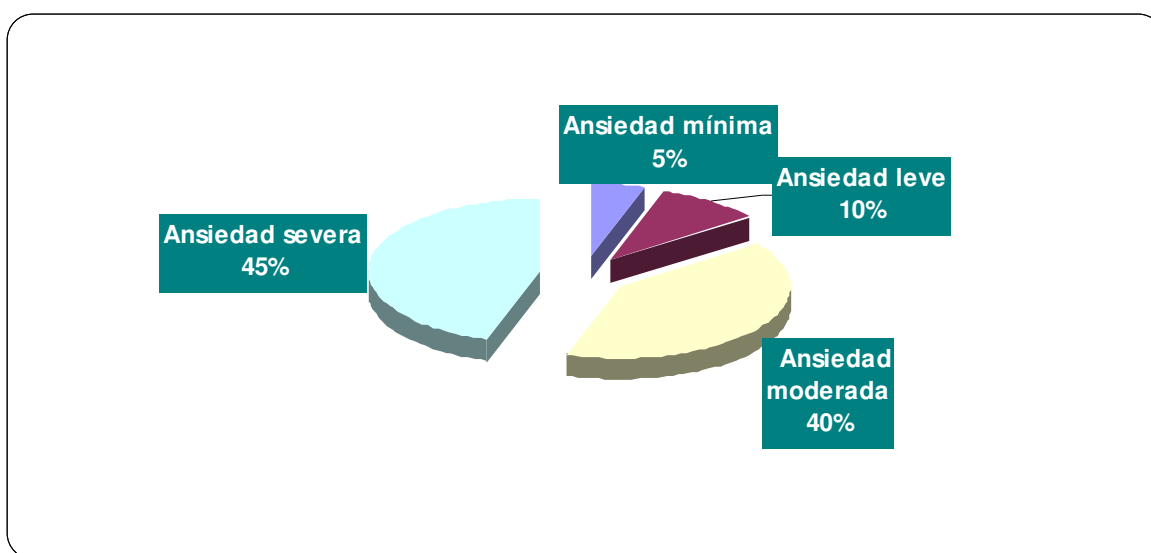


Gráfico 16.

4.2.5. Escala Visual Análoga (EVA).

Respecto a la Escala Visual Análoga (EVA) los datos obtenidos demostraron que el 70% de las mujeres sienten Dolor aún después del tratamiento y/o cirugías, el cual se divide en 35% en Moderado y 35% Severo. El 30% siente Dolor Leve y esto resalta la cronicidad de la enfermedad. Con una Media (\bar{x}) de 5.05 y una Desviación Estándar de 3.052. (Tabla 17, Gráfico 17).

Tabla 17.

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Leve 0 a 3	6	30%
Moderado 4 a 6	7	35%
Severo 7 a 10	7	35%

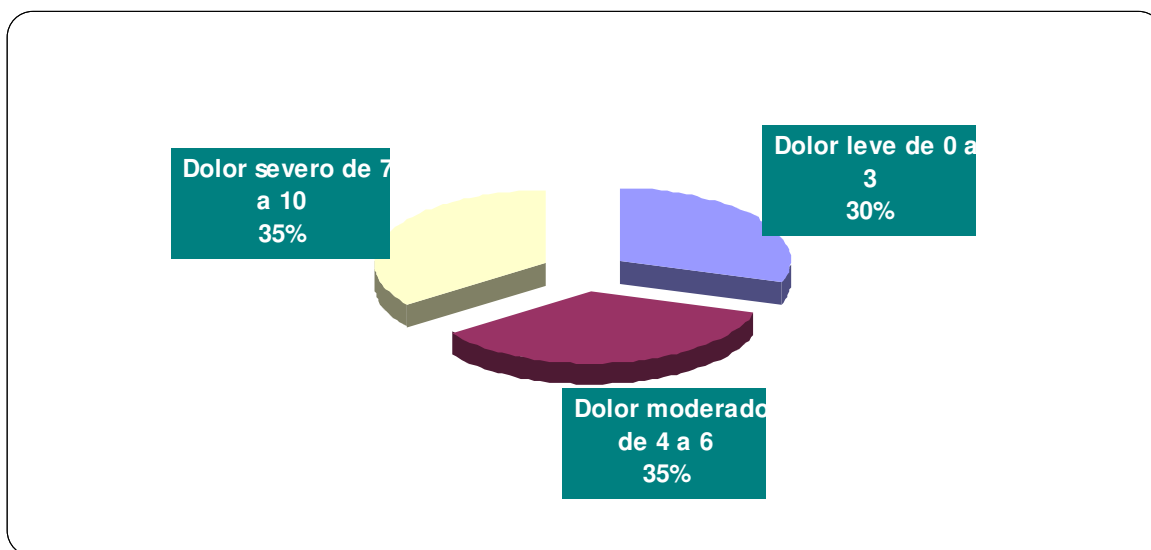


Gráfico 17.

4.3. Estadística inferencial.

4.3.1. Correlación producto - momento de Pearson.

La correlación es una medida de la relación entre dos variables, más debe advertirse que las relaciones no necesariamente implican que una sea causa de la otra. Este puede ser el caso o no. Ya que en algunas situaciones se observa que dos variables están relacionadas debido a que se asocian o son causadas por una tercera variable (Downie, y Heath, 1986).

Se calcularon coeficientes de correlación para explicar numéricamente el grado y la dirección entre las variables Dolor, Depresión y Ansiedad que se midieron en ésta investigación. Para tales fines, se empleó el coeficiente de correlación producto - momento de Pearson.

a) Subescalas de Beck.

Se calcularon coeficientes de correlación para explicar numéricamente el grado y la dirección entre las diferentes subescalas del Inventario de Depresión de Beck. Las correlaciones más altas y con mayor significancia fueron las siguientes subescalas: Culpa – Expectativas de Castigo ($r = .783$, sig. $.000$), Culpa – Autodesagrado ($r = .770$, sig. $.000$), Retardo Laboral – Tristeza ($r = .738$, sig. $.000$), Pesimismo – Expectativas de Castigo ($r = .767$, sig. $.000$), Ideas Suicidas – Pérdida de Libido ($r = .750$, sig. $.000$), Autodesagrado – Autoacusaciones ($r = .713$, sig. $.000$), Autodesagrado – Expectativas de Castigo ($r = .673$, sig. $.001$), Ideas Suicidas – Llanto ($r = .645$, sig. $.002$), Ideas Suicidas – Aislamiento ($R = .645$, sig. $.002$), Sensación de Fracaso – Autodesagrado ($r = .644$, sig. $.002$), Llanto – Anorexia ($r = .636$, sig. $.003$), Autoacusaciones – Ideas Suicidas ($r = .630$, sig. $.003$), Culpa – Pesimismo ($r = .629$, sig. $.003$), Sensación de Fracaso – Autoacusaciones ($r = .627$, sig. $.003$), Cambios Imagen Corporal – Preocupación Somática ($r = .626$, sig. $.003$), Autodesagrado – Cambio Imagen Corporal ($r = .616$, sig. $.004$) y Autoacusaciones – Expectativas de Castigo ($r = .606$, sig. $.005$). No obstante se encontraron otras correlaciones significativas, las cuales aparecen en la Tabla 18 (Ver anexo).

b) Ansiedad e Intensidad del Dolor.

El coeficiente de correlación de Pearson demostró que no existe correlación entre Ansiedad e Intensidad del Dolor con una $r = .386$ y una significancia de $.093$ (Tabla 19, Gráfico 18).

Tabla 19.

	Ansiedad	Dolor
Ansiedad correlación Pearson	1	.386
Sig.		.093
N	20	20
Dolor correlación Pearson	.386	1
Sig.	.093	
N	20	20

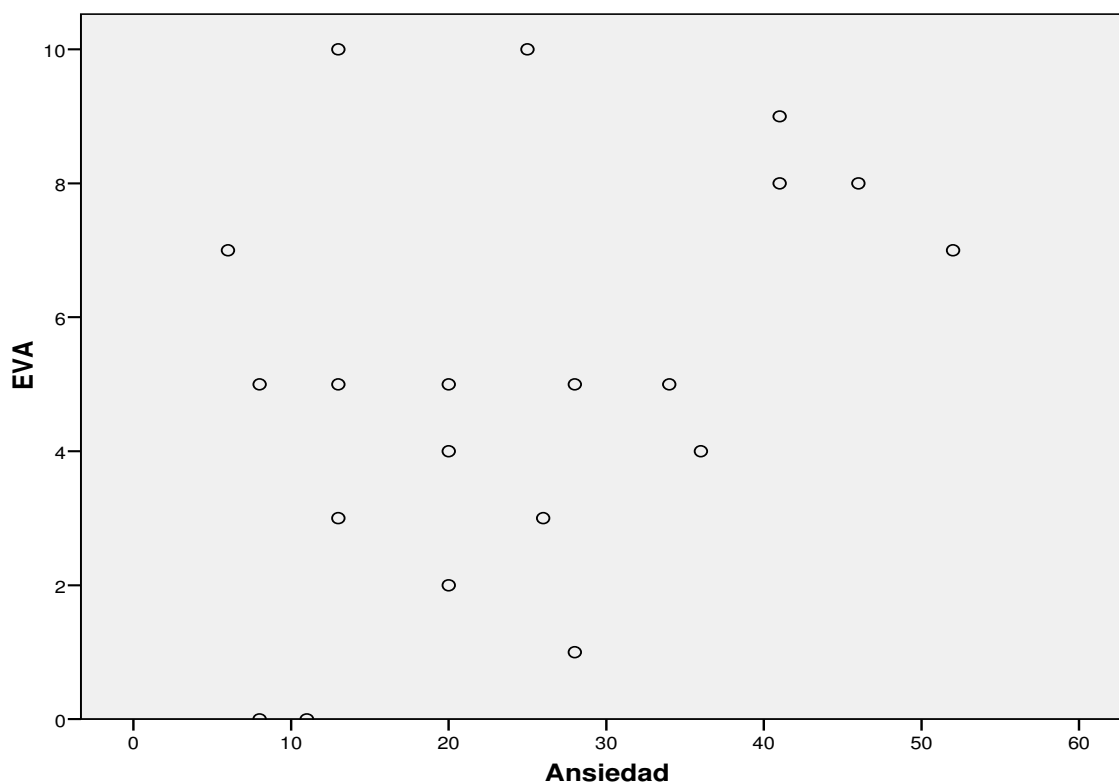


Gráfico 18.

c) Depresión e Intensidad del Dolor.

Al analizar la relación existente entre Depresión y la Intensidad de Dolor, se presenta una correlación de Pearson de .502, con una significancia estadística de .024. (Tabla 20, Gráfico 19).

Tabla 20.

	Dolor	Depresión
Dolor correlación Pearson	1	.502 (*)
Sig.		.024
N	20	20
Depresión Correlación Pearson	.502 (*)	1
Sig.	.024	
N	20	20

* La correlación es significativa al 0.05.

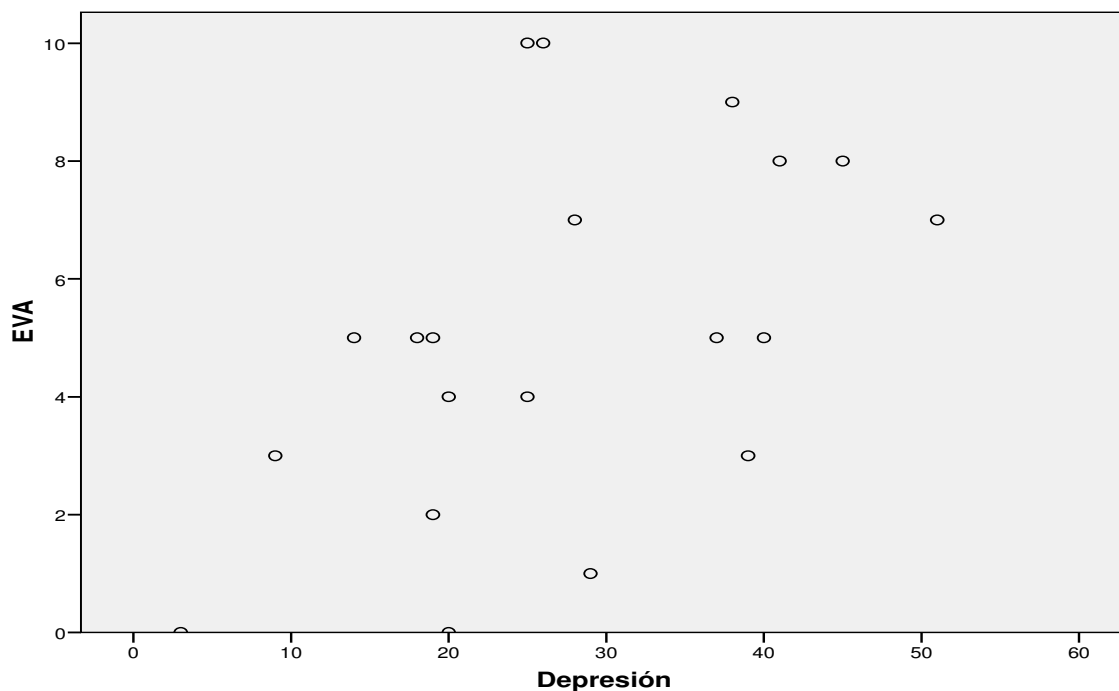


Gráfico 19.

d) Depresión y Ansiedad.

En el análisis de resultados se aprecia que existe una correlación significativa de $r = .827$, sig. $.000$ entre Depresión y Ansiedad (Tabla 21, Gráfico 20).

Tabla 21.

	Ansiedad	Depresión
Ansiedad correlación Pearson	1	.827 (**)
Sig.		.00
N	20	20
Depresión correlación Pearson	.827 (**)	1
Sig.	.000	
N	20	20

** La correlación es significativa al 0.01.

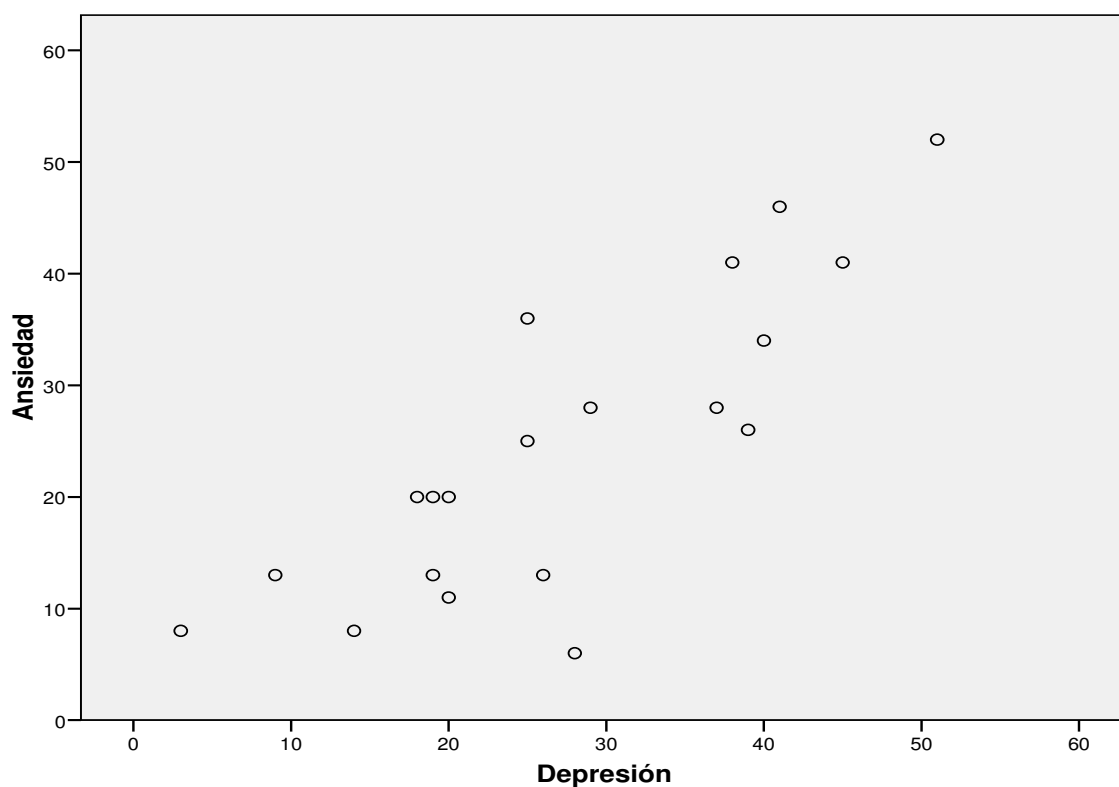


Gráfico 20.

DISCUSIÓN

La Endometriosis es un trastorno en el que aparece tejido semejante al de la membrana mucosa uterina normal en una forma aberrante en diversas localizaciones intrauterinas (Stovall, Summitt, Beackmann y Ling, 1992).

Sin embargo, a pesar de que la primera descripción de esta enfermedad fue dada en 1888 por Russell (Álvarez, 1948), aún se desconoce la etiología de la enfermedad pues existen cuatro Teorías y Factores Genéticos e Inmunológicos y ninguna se ajusta a todos los casos (Stovall, Summitt, Beackmann y Ling, 1992).

Dado que la Endometriosis es una enfermedad que afecta a las mujeres en todos los niveles (físico, emocional y social), debe tenerse presente que para lograr su bienestar requieren de salud, no olvidando que ésta es un concepto integral. Ridruejo, Medina y Rubio (1999), mencionan que en la actualidad se mantiene la propuesta de la Organización Mundial de la Salud según la cual debe entenderse por salud el triple bienestar: Físico, Emocional y Social ...“cada enfermo es un mundo; pero lo es porque cada ser humano es diferente a los demás en tanto que la enfermedad es siempre igual a sí misma” (pág. 465).

Todavía es frecuente encontrar pacientes que consideran vergonzosas ciertas enfermedades, como estas mujeres que luchan por obtener un diagnóstico y cuando lo tienen, sólo son tratadas a nivel físico, muchas veces sin tomar en cuenta que la Endometriosis altera su vida por completo: tanto por la intensidad del dolor como por la presencia de otros síntomas y en algunas, los efectos secundarios y/o adversos de los tratamientos farmacológicos y las cirugías.

De acuerdo con Arbitrio (2006), en las Enfermedades Crónicas Socialmente Invisibles (ECSI) como la Endometriosis, se altera el ritmo de vida del paciente y se transforman en “enfermedades sociales” por la incapacidad que sufre la persona para seguir cumpliendo con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales.

Entre sus características se encuentra que tienen una forma de expresión particular para cada caso, algunos síntomas tienen un estigma social que hace que el paciente crea que hablar de ellos es inaceptable y tienen una apariencia

externa normal ya que han aprendido a comportarse “como si” todo estuviera bien y debido a las dificultades diagnósticas el paciente debe soportar las sospechas de los demás, así como también sus propias dudas acerca de su condición de salud (Arbitrio, 2006).

En cuanto a los resultados obtenidos en esta investigación, se destaca el hecho de que aún existe dolor en todas las pacientes a pesar de los tratamientos farmacológicos y/o las cirugías.

Una de las posibles explicaciones a lo anterior es la que aborda las cuestiones fisiológicas. Mientras haya tejido ovárico funcionando, siempre existe la posibilidad teórica de persistencia y extensión de la Endometriosis y se ha observado Endometriosis posmenopáusica activa, incluso sin terapia hormonal (Jones, Colston y Burnett, 1991).

No obstante, es importante resaltar que la experiencia de dolor resulta de la interacción de múltiples factores: fisiológicos y genéticos, pero también cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, sociales y familiares, es por estas razones que cualquier evaluación e intervención terapéutica debería integrar los diferentes aspectos de la enfermedad (Castel, García, y Tornero, 2006).

El dolor pélvico crónico no es un diagnóstico, es un síntoma resultado de una patología, la Endometriosis es la principal causa de éste y no está limitado al período menstrual; el hecho de no ver Endometriosis no significa que no está presente y que no es la causa del dolor (Páez, 2005).

No se debe olvidar que la presencia de Dolor crónico produce sufrimiento y éste no sólo es causado por la enfermedad y los problemas relacionados con ella, sino también por el tratamiento y la influencia de la percepción que el enfermo tiene de su futuro (De la Fuente, 1992).

El impacto del Dolor crónico tiene gran repercusión en el carácter y ánimo de la persona que lo sufre, por lo tanto tendrá fuerte influencia en otras personas, cuando menos en el tiempo que conviven. Puede provocar cansancio crónico tanto en la escuela como en el trabajo; el cual se verá reflejado con bajas notas

escolares o bajo rendimiento en el área laboral y se añade el carácter áspero o difícil, lo que dificulta socializar fácilmente (Ruiz, 2005).

Omaña (1994), también refiere que el dolor crónico es una experiencia individual que puede asociarse a la ansiedad y si persiste a la depresión. Páez (2005) menciona que en el Dolor Pélvico Crónico se aprecia depresión. Alkolombre (2006), resalta que una consecuencia psicológica de la Endometriosis más frecuente es ánimo depresivo y las mujeres con ésta condición tienden a aislarse y sufrir en soledad para evitar ser rechazadas.

De acuerdo con Marín (2006), el abordaje de la Endometriosis no puede eludir las implicaciones psicológicas de una patología tan discapacitante como ésta y asegura que la Endometriosis con Dolor crónico produce una serie de daños entre los que destaca la disminución de la calidad de vida laboral, social (provocando en la persona una sensación de aislamiento e incompreensión) y familiar (impidiendo cumplir con las expectativas de las mínimas obligaciones familiares y con dificultades en la relación de pareja). Todo esto deriva en un daño psicológico que puede traducirse en un cuadro de Depresión o de Ansiedad. Otros problemas psicológicos asociados a la Endometriosis son la inestabilidad emocional o ciertos episodios depresivos intercalados con maniacos. Concluye que los daños psicológicos de la Endometriosis pueden arreglarse; pero no corregirse.

Lo anterior se demuestra con los datos que arrojaron las evaluaciones de Depresión, Ansiedad y Dolor, ya que los cuadros depresivos y síntomas de ansiedad están presentes con diferente intensidad en todas las mujeres de la muestra.

Jones, Jenkinson y Stephen (2004), mencionan que aunque la Endometriosis asociada con el dolor y la esterilidad pueden afectar negativamente el bienestar psico-social se destaca la importancia de una buena relación con los médicos, el tratamiento y el acceso al apoyo social, ya que una mayor consciencia del impacto multidimensional de las condiciones ginecológicas y de los profesionales de la salud serán benéficos en la atención de pacientes con

Endometriosis y por consiguiente mejorarán la calidad de vida de las mujeres con ésta enfermedad.

Por último, es importante resaltar el hecho de que ninguna de las mujeres ha sido canalizada al servicio de Psicología para un manejo integral de la enfermedad, por lo que su calidad de vida no ha mejorado.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos nos permiten aceptar la Hipótesis de la relación entre la Intensidad del Dolor y el cuadro depresivo en las pacientes con Endometriosis: el análisis estadístico arroja una correlación de Pearson de .502, con una significancia estadística de .024.

Se rechaza la Hipótesis de la relación entre Ansiedad y la Intensidad del Dolor en las mujeres de la muestra. A pesar de que no existe relación entre Dolor y Ansiedad ($r = .386$, sig. = 0.93), Woodruff (1998), resalta que el alivio de ansiedad disminuye significativamente el dolor, sin embargo su estudio fue realizado en pacientes con cáncer. Posiblemente y de acuerdo con Omaña (1994), la experiencia de dolor persistente – como en el caso de estas mujeres, que durante un largo período de tiempo han sentido dolor - puede estar relacionada en mayor medida con la Depresión que con la Ansiedad. Resulta de interés para futuras investigaciones realizar un diagnóstico diferencial de la Ansiedad que se presentó en las mujeres de la muestra, con el propósito de conocer si los síntomas de ansiedad fueron producto de la enfermedad, de los síntomas de la misma o resultado de las reacciones secundarias y/o adversas de los tratamientos farmacológicos o de las cirugías.

Se presenta una correlación de Pearson alta y significativa entre las variables Ansiedad y Depresión ($r = .827$, sig. 000). Aunque autores como Thornton (citado en Kanner, 1998), comenta que la ansiedad también se relaciona con el dolor crónico, también menciona que ésta con frecuencia se mezcla con síntomas de depresión. Por lo cual resulta una tarea complicada discernir y discriminar entre aquellos síntomas y signos comunes a ambas entidades nosológicas, debido a la correlación existente entre ambas.

Como características sociodemográficas, la edad predominante en las mujeres fue de 34 a 43 años (60%) y de 14 a 33 años conformaron el 30 %, es decir, el 90% de la muestra. Esto confirma los datos epidemiológicos en donde se menciona que la Endometriosis se presenta más frecuentemente en mujeres en

edad reproductiva de 15 a 44 años (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal, 1998).

El nivel de escolaridad más frecuente fue Licenciatura con el 35%, seguido por el 30% de nivel Secundaria. Además 60% de las mujeres no tienen hijos (se desconoce el motivo). Lo anterior coincide con algunas valoraciones epidemiológicas, en donde se ha encontrado que el riesgo de padecer la enfermedad es mayor en mujeres con nivel socioeconómico alto y en particular en quienes postergan la maternidad (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal, 1998).

Resulta importante mencionar que el 55% de las mujeres están casadas, debido a que este grupo presenta un mayor riesgo de tener conflictos de pareja. Principalmente por dos razones; en primer lugar, la Dispareunia es un trastorno que se presenta en esta enfermedad (Jones, Colston y Burnett, 1991), afectando la vida sexual; en segundo lugar, la infertilidad puede tener una prevalencia de 25 a 35% (medlineplus:enciclopediamedica, 2005), lo cual repercute en las metas de la pareja para conformar una familia.

En cuanto a los aspectos relacionados con la enfermedad, las mujeres de la muestra manifestaron haber recibido diagnósticos previos al de Endometriosis por la diversidad de síntomas que se presentan. El 45% fue diagnosticado con Colitis y un 25% con Gastritis y/o Apendicitis, respectivamente. Dentro de los principales síntomas variados de la Endometriosis están: Colitis o úlcera péptica, síndrome de colón irritable (Ochoa, Posada, Ochoa, Tobón y Aristizabal, 1998), así mismo pueden presentar un cuadro clínico muy parecido a la apendicitis (Jones, Colston y Burnett, 1991). Además 8 mujeres que conformaron la muestra reportaron que el diagnóstico de Endometriosis fue de manera fortuita. Autores como Balleweg (2004), comentan que en los últimos 20 años muchas mujeres han recibido diagnósticos erróneos, al igual que las que integraron la muestra.

El tiempo promedio que transcurrió para el diagnóstico de Endometriosis fue con el 35% de 0 a 1 año y el 25% de 5 a 10 años. Aunque la endometriosis suele ser diagnosticada entre los 25 y 35 años, el problema comienza alrededor

del momento del inicio de la menstruación (medlineplus:enciclopediamedica, 2005), lo cual puede implicar que estas mujeres iniciaron con la sintomatología mucho tiempo antes de ser diagnosticadas.

Dentro de los síntomas físicos; 95% reportó dolor abdominal, 90% distensión abdominal y dismenorrea, 85% dolor lumbar y un 30% dolor rectal. De acuerdo con Jones, Colston y Burnett (1991), muchas veces existe dismenorrea que puede ser moderada o intensa, ciática cíclica, dolor pélvico incapacitante, así como dolor menstrual en recto, región sacra inferior o coccígea.

En los tratamientos farmacológicos para la enfermedad el 90% ha utilizado Analgésicos, 60% Anticonceptivos, 40% Danazol y 25% Acetato de Leuprolide. El tratamiento depende de varios factores como la edad de la mujer, el deseo de ser fértil, aliviar el dolor, grado de los síntomas, o de si la Endometriosis es primaria o recurrente. Por lo que actualmente se utiliza hormonoterapia con Danazol o Acetato de Leuprolide (Jones, Colston y Burnett, 1991), y Anticonceptivos orales que ayudan a disminuir la cantidad del flujo menstrual y tal vez el tejido en el reflujo (Stovall, Summitt, Beckmann y Ling, 1992).

La cirugía que presentó el más alto porcentaje fue Laparoscopia con el 35%. Lo anterior coincide con Stovall, Summitt, Beckmann y Ling (1992), quienes comentan que el diagnóstico definitivo se establece por Laparoscopia o laparotomía. A un 25% se les realizó Histerectomía y/o Ooforectomía. Ballweg (2004), menciona que dentro de los tratamientos quirúrgicos más frecuentes para aliviar los síntomas están la Histerectomía y la Ooforectomía, entre otras.

En el Protocolo de Dolor y Alteraciones Emocionales 100% de las mujeres que participaron en la investigación reportaron sentir Enojo, Depresión e Irritabilidad el 90% y el 80% refirieron sentir Inseguridad y Aislamiento. Lo anterior concuerda con Woodruff (1998), quien plantea que el paciente con dolor puede presentar reacciones como enojo, temor, negación, culpa, apatía y retraimiento.

En la evaluación del Dolor, un 35% de las mujeres reportó Dolor Severo, 35% Dolor Moderado y 30% Dolor Leve, con una media de 5.05. Dado que todas las mujeres mencionan la presencia del Dolor, hay que recordar que éste interfiere

con la calidad y estilo de vida, comportamiento y funcionalidad en general (Páez, 2005). El dolor podría ser el síntoma más común de la Endometriosis, pero su importancia no siempre ha sido reconocida, ni suele ser el síntoma que con mayor frecuencia conduce al diagnóstico. Para muchas mujeres con Endometriosis, la lucha por ser escuchadas y porque su dolor sea aceptado como real es casi tan nociva como la misma enfermedad (Ballweg, 2004).

Los resultados obtenidos con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck indican que un 35% de las mujeres presentan Depresión Moderada, un 30% Depresión Severa, 20% Depresión Leve y 15% no presentan Depresión. Lo anterior concuerda con Meza (2003), quien considera que la depresión es la respuesta emotiva más frecuente ante el dolor crónico, sin embargo, es difícil valorarla con precisión. Thornton (citado en Kanner, 1998), opina que el dolor, los medicamentos o ambas cosas, afectan la concentración y disminuyen la energía. La irritabilidad, la frustración y la disforia son paralelas a la intensidad del dolor.

De acuerdo con Beck (1976), en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

En la Triada Cognitiva se adopta una visión negativa de sí mismo, las circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros, una de estas mujeres comentó: “no sirvo como mujer” (por su infertilidad), “mi familia me ha dicho que estoy loca, que lo único que quiero es llamar la atención” y piensa que su futuro será siempre igual de negativo, porque la enfermedad es crónica y esto concuerda con que el paciente deprimido tiene creencias negativas acerca de sí mismo, de los demás y acerca del mundo y su futuro.

Respecto a la evaluación de la Ansiedad, un 45% presenta Ansiedad Severa, 10% Ansiedad Leve y 5% Ansiedad Mínima. Ballweg (2004), considera que por desgracia, en los últimos 20 años muchas mujeres con Endometriosis han conocido lo peor del sistema de cuidados para la salud. Han recibido diagnósticos erróneos, les han dicho que su dolor es “puramente imaginario” y han sufrido la

presión emocional y financiera debido a los interminables exámenes, medicamentos y cirugías. Los aspectos físicos y emocionales de enfrentar la enfermedad exigen mucho y la enfermedad produce estrés.

Aunque la Ansiedad está presente en las mujeres con Endometriosis, ésta no es tan evidente en comparación con la Depresión. Lo anterior posiblemente está relacionado con que en la mayor parte de la muestra, ha transcurrido un tiempo considerable desde que fueron diagnosticadas, y la respuesta emocional que más se ha asociado es la depresión, de acuerdo con Omaña (1994).

Es importante resaltar que 35% de la muestra presentó ideación suicida. Meza (2003), menciona que la enfermedad física es un factor contribuyente significativo en 11 a 51% de los casos de suicidio y muchos pacientes se sienten incapacitados y tienen poca esperanza de mejorar por lo que están en riesgo de padecer alteraciones afectivas y poseen potencial suicida.

Cabe destacar que a lo largo de la investigación que se realizó con las mujeres que participaron se encontró que todas tienen en común haber enfrentado situaciones en las que mencionan experimentar desamparo y desconsuelo relacionados a diagnósticos tardíos y erróneos. Además mencionan la presencia de reacciones secundarias y adversas por los fármacos utilizados, así como la desesperanza de algunas de no saber cuando se liberarán de la enfermedad por completo, por la reincidencia que prevalece.

Por lo que es necesario destacar el hecho de atención multidisciplinaria en las mujeres que padecen Endometriosis y poder ofrecerles la oportunidad de contar con información correcta acerca de la enfermedad, apoyo psicológico para la aceptación de la misma y técnicas de manejo del dolor para que puedan tener una mejor calidad de vida.

En este sentido, la labor del psicólogo consistirá en tratar las alteraciones emocionales que se presentan conjuntamente con la pérdida de la salud y la enfermedad propiamente dicha, considerando que estas alteraciones emocionales, igualmente, pueden ser consecuencia de los tratamientos farmacológicos y/o cirugías.

LIMITACIONES

La limitación principal fue el reunir a la muestra, puesto que se requería de un diagnóstico confirmado de Endometriosis. La muestra se reunió mediante un muestreo no probabilístico, en donde fue necesario solicitar la cooperación de médicos privados, además de llamar personalmente a las mujeres pertenecientes al servicio de Ginecoobstetricia del hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y solicitar para cada una de las mujeres que integraron la muestra el consentimiento informado.

Cabe señalar que no se logró obtener la clasificación de Endometriosis de las mujeres que conformaron la muestra y sería interesante conocer la clasificación para saber si ésta influye en los resultados de los inventarios de Dolor, Ansiedad y Depresión.

Una limitación adicional es la correspondiente a los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, debido a que estos instrumentos miden los síntomas somáticos de ansiedad y depresión, más no discriminan cuando éstos son debidos a las reacciones secundarias y/o adversas de la enfermedad médica y/o a los tratamientos farmacológicos. Se hace necesaria la existencia de un diagnóstico diferencial para posteriores investigaciones relacionadas al tema.

Por ejemplo, dentro de los reactivos que contienen estas escalas se destacan: Sensación de calor (no debida al ambiente o actividad física), Temblor o debilidad de piernas, Mareo, vértigo o aturdimiento, Palpitaciones o taquicardia, Nerviosismo, Sensación de ahogo, Temblores de manos, Temblor generalizado o estremecimiento, Molestias digestivas o abdominales, Palidez o sensación de desmayarse, Rubor facial y Sudoración (no debida al calor o actividad física). Todos estos síntomas pueden ser producidos por los fármacos y/o cirugía (si ésta fue Histerectomía total con salpingooferectomía bilateral).

Así mismo no se aplicaron las pruebas en el momento del diagnóstico y sería importante la aplicación de las mismas en el momento en que las mujeres son diagnosticadas con Endometriosis por su médico, para conocer si los

resultados de éstas difieren o no con los obtenidos en comparación con las mujeres que ya tienen tiempo cursando con la enfermedad.

SUGERENCIAS

Se presume que existe un gran número de mujeres que padecen Endometriosis y que sufren los dolorosos efectos en su vida, su salud, bienestar y, en algunos casos, su reproducción. Se debe considerar que las mujeres son personas con síntomas y signos que las llevan a consulta y el médico debe ofrecerles una atención integral, humana y ética ya que un buen médico es el que trata la enfermedad; pero un excelente médico es el que trata a la paciente que padece la enfermedad, es decir, que la trata de manera integral. Aquí es donde debemos intervenir los profesionales de la salud mental, tenemos el compromiso de no dejar al enfermo. Dentro de lo anterior se considera ofrecerle los recursos necesarios; tanto el tratamiento médico y farmacológico, como la atención psicológica que se requiera. Lo anterior resultará de suma importancia para elaborar el duelo por la salud perdida, favorecer la aceptación y adquirir las estrategias necesarias para vivir con la enfermedad.

En consecuencia, se desea proponer investigaciones conjuntas de médicos especialistas en ginecología, psicólogos y clínicas del dolor para el manejo de las mujeres que padecen Endometriosis; ya que como se mencionó es una enfermedad que por la diversidad de síntomas que presenta se le podría llamar “La Gran Simuladora”.

Resulta de suma importancia para estas mujeres poder ofrecerles técnicas de aceptación y afrontamiento a la enfermedad, con todo lo que conlleva la misma, que no exista desconocimiento por parte de los encargados del cuidado de la salud física y mental de lo que significa tener que vivir con Endometriosis, ya que todo ser humano merece tener calidad de vida y acceso a la atención. Debe recordarse que la enfermedad física siempre va a impactar la Salud Mental y viceversa, si se considera desde el punto de vista biopsicosocial.

Por lo que sería interesante en futuras investigaciones contar con un “grupo control” de mujeres clínicamente sanas, uno que este formado por mujeres con Síndrome Premenstrual y uno de mujeres con Endometriosis y medir alteraciones emocionales para obtener resultados que puedan compararse.

Así mismo realizar una investigación con mujeres que padezcan Endometriosis agrupándolas por: tiempo de diagnóstico, tratamientos farmacológicos utilizados y cirugías realizadas. Con el objetivo de medir sus alteraciones emocionales (ansiedad, depresión y dolor) y de esta manera discernir el motivo por el cual se están presentando dichas alteraciones.

Además sería importante aplicar otros instrumentos que abarquen personalidad y calidad de vida para complementar la evaluación psicológica.

En consecuencia esto proporcionaría los conocimientos que se requieren para un manejo psicológico adecuado en las mujeres con la enfermedad.

ANEXO

Correlaciones de subescalas del Inventario de Depresión de Beck		
Subescalas	Correlación Pearson	
	r=	Sig.
Culpa – Autoacusaciones	.795	.000
Culpa – Expectativas de Castigo	.783	.000
Culpa - Autodesagrado	.770	.000
Pesimismo – Expectativas de Castigo	.767	.000
Ideas de Suicidio – Perdida de Libido	.750	.000
Tristeza – Retardo Laboral	.738	.000
Autodesagrado - Autoacusaciones	.713	.000
Autodesagrado – Expectativas de Castigo	.673	.001
Ideas Suicidas - Llanto	.645	.002
Ideas Suicidas - Aislamiento	.645	.002
Sensación de Fracaso - Autodesagrado	.644	.002
Llanto - Anorexia	.636	.003
Autoacusaciones – Ideas Suicidas	.630	.003
Culpa - Pesimismo	.629	.003
Sensación de Fracaso - Autoacusaciones	.627	.003
Cambios Imagen Corporal – Preocupación Somática	.626	.003
Autodesagrado – Cambios Imagen Corporal	.616	.004

ANEXO

Correlaciones de subescalas del Inventario de Depresión de Beck		
Subescalas	Correlación Pearson	
	r=	Sig.
Autoacusaciones – Expectativas de Castigo	.606	.005
Sensación de Fracaso - Culpa	.594	.006
Aislamiento - Fatigabilidad	.580	.007
Retardo Laboral – Preocupación Somática	.573	.008
Ideas Suicidas - Fatigabilidad	.573	.008
Pesimismo - Autodesagrado	.56	.009
Indecisión - Pesimismo	.566	.009
Llanto – Cambios de Imagen	.563	.010
Llanto - Castigo	.559	.010
Retardo Laboral – Sensación de Fracaso	.557	.011
Sensación de Fracaso - Aislamiento	.549	.012
Autodesagrado - Indecisión	.544	.013
Ideas Suicidas - Anorexia	.542	.014
Autoacusaciones - Llanto	.541	.014
Autoaegrado - Llanto	.540	.014
Autoacusaciones - Insomnio	.526	.017
Llanto – Culpa	.525	.018
Expectativas de Castigo – Ideas Suicidas	.524	.018
Autodesagrado - Aislamiento	.520	.019
Expectativas de Castigo – Preocupación Somática	.517	.020
Autodesagrado – Ideas Suicidas	.513	.021

ANEXO

Correlaciones de subescalas del Inventario de Depresión de Beck		
Subescalas	Correlación Pearson	
	r=	Sig.
Expectativas de Castigo - Indecisión	.513	.021
Aislamiento – Perdida de Libido	.512	.021
Expectativas de Castigo – Retardo Laboral	.508	.022
Pérdida de Peso - Llanto	.502	.024
Cambios Imagen Corporal - Indecisión	.489	.029
Expectativas de castigo - Fatigabilidad	.487	.029
Pérdida de Peso - Anorexia	.485	.030
Autodesagrado – Preocupación Somática	.484	.031
Autoacusaciones – Pérdida de Libido	.482	.031
Autodesagrado - Anorexia	.476	.034
Preocupación Somática - Tristeza	.468	.037
Insatisfacción – Expectativas de Castigo	.468	.037
Culpa – Ideas Suicidas	.465	.039
Expectativas de Castigo - Aislamiento	.456	.044
Autoacusaciones - Aislamiento	.455	.044
Llanto – Retardo Laboral	.454	.044
Autoacusaciones – Cambios Imagen Corporal	.454	.044

ANEXO

Correlaciones de subescalas del Inventario de Depresión de Beck		
Subescalas	Correlación Pearson	
	r=	Sig.
Sensación de Fracaso – Expectativas de Castigo	.452	.046
Tristeza – Expectativas de Castigo	.450	.047
Insatisfacción – Cambios Imagen Corporal	.450	.047
Insatisfacción - Aislamiento	.448	.048
Ideas Suicidas – Pérdida de Peso	.445	.050
Autoacusaciones - Fatigabilidad	.445	.049

Tabla 18.

ANEXO

PROTOCOLO DE APLICACIÓN "DOLOR Y ALTERACIONES EMOCIONALES EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS"

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES

NOMBRE EDAD ESCOLARIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICOS PREVIOS	SÍNTOMAS FÍSICOS
	<input type="checkbox"/> RETENCIÓN URINARIA <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> EXCESO DE GASES <input type="checkbox"/> MAREO <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> DISTENSIÓN ABDOMINAL <input type="checkbox"/> FATIGA <input type="checkbox"/> DISMENORREA <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA <input type="checkbox"/> FIEBRE <input type="checkbox"/> HEMORROIDES <input type="checkbox"/> DISPAREUNIA <input type="checkbox"/> MASTALGIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> FRECUENCIA Y/O URGENCIA URINARIA <input type="checkbox"/> DOLOR LUMBAR <input type="checkbox"/> OTROS
TIEMPO TRANSCURRIDO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	

ALTERACIONES EMOCIONALES			
<input type="checkbox"/> PERDIDA DE LA LIBIDO	<input type="checkbox"/> FRUSTRACIÓN	<input type="checkbox"/> REBELDIA	<input type="checkbox"/> ENOJO
<input type="checkbox"/> IRRITABILIDAD	<input type="checkbox"/> AISLAMIENTO	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> CULPA
<input type="checkbox"/> INSEGURIDAD	<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> MIEDO	<input type="checkbox"/> APATIA

TRATAMIENTOS	CIRUGÍAS
<input type="checkbox"/> ACETATO DE LEUPROLIDE <input type="checkbox"/> DANAZOL <input type="checkbox"/> ACETATO DE GOSERELINA <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS <input type="checkbox"/> PROSTAGENOS <input type="checkbox"/> ANALGESICOS <input type="checkbox"/> GESTRINONA <input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> HISTERECTOMÍA CON SALPINGOOFERECTOMÍA BILATERAL <input type="checkbox"/> NEURECTOMÍA UTEROSACRA <input type="checkbox"/> LAPAROTOMÍA CONSERVADORA <input type="checkbox"/> LAPAROSCOPIA HISTERECTOMÍA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La presente investigación titulada "Dolor y Alteraciones Emocionales en mujeres con Endometriosis" tiene como finalidad conocer las reacciones emocionales y la intensidad del dolor que experimentan las mujeres con esta enfermedad. Para tal motivo solicitarnos su permiso para participar en la investigación que tiene como objetivo a largo plazo ser una aportación para continuar con su tratamiento de mejor manera. Los datos que nos proporcione serán anónimos y si usted no aceptara continuar esto no le perjudica en absoluto ni en la estancia o en la atención que ofrece esta institución de salud.

Yo _____

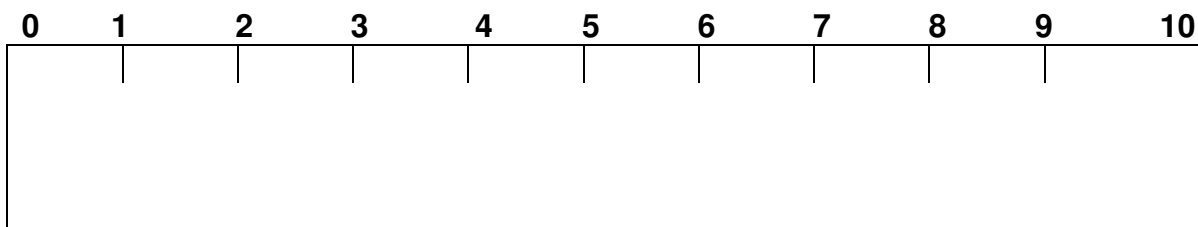
de _____ años de edad, doy mi autorización para participar en la investigación.

Fecha: _____ Firma de consentimiento _____

Testigo: _____ Testigo: _____

Responsable: _____

ESCAL VISUAL ANÁLOGA (EVA)



0 = Sin Dolor

**10 = Peor Dolor que se pueda
Imaginar.**

**INVENTARIO DE ANSIEDAD
(BECK, EPSTEIN, BROWN Y STEER, 1998)**

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor le corresponda:

0 = En absoluto.

1 = Levemente, no me molesta mucho.

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.

3 = Severamente, casi no podía soportarlo.

Síntomas

1.- Hormigueo o entumecimiento.

2.- Sensación de calor (no debida al ambiente o actividad física).

3.- Temblor o debilidad de piernas.

4.- Incapacidad de relajarse.

5.- Miedo a que suceda lo peor.

6.- Mareo, vértigo o aturdimiento.

7.- Palpitaciones o taquicardia.

8.- Sensación de inestabilidad e inseguridad física.

9.- Sensación de estar aterrorizado.

10.- Nerviosismo.

11.- Sensación de ahogo.

12.- Temblores de manos.

13.- Temblor generalizado o estremecimiento.

14.- Miedo a perder el control.

15.- Dificultad para respirar.

16.- Miedo a morir.

17.- Sobresaltos.

18.- Molestias digestivas o abdominales.

- 19.- Palidez o sensación de desmayarse.
- 20.- Rubor facial.
- 21.- Sudoración (no debida al calor o actividad física).

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre _____ Fecha _____

Describe como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una.

- A 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.
- B. 0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro.
 1 Estoy desilusionado (a) del futuro.
 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro.
 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.
- C. 0 No siento que fallé.
 1 Siento que fallo más que una persona normal.
 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado.
 3 Siento una falla completa como persona.
- D. 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 1 No disfruto de las cosas como antes.
 2 No encuentro ya satisfacción real de nada.
 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.
- E. 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable buena parte del tiempo.
 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo.
 3 Me siento culpable todo el tiempo.
- F. 0 No siento que he sido castigado (a).
 1 Siento que podría ser castigado (a).
 2 Espero ser castigado (a).
 3 Siento que he sido castigado (a).
- G 0 No me siento desilusionado (a) de mí.
 1 Estoy desilusionado (a) de mí.

- 2 Estoy disgustado (a) conmigo.
3 Me odio.
- H. 0 No me siento peor que nadie.
1 Me critico por mi debilidad o por mis errores.
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- I. 0 No tengo pensamientos de suicidarme.
1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si pudiera.
- J. 0 No lloro más de lo usual.
1 Lloro más que antes.
2 Lloro ahora todo el tiempo.
3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.
- K. 0 No soy más irritable de lo que era antes.
1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes.
2 Me siento irritado (a) todo el tiempo.
3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
- L. 0 No he perdido el interés en otra gente.
1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes.
2 He perdido el interés en otra gente.
3 He perdido todo mi interés en otra gente.
- M. 0 Tomo decisiones igual que siempre.
1 Evito tomar más decisiones que antes.
2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora.
3 No puedo tomar decisiones por completo.
- N. 0 No me siento que me vea peor que antes.
1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a).
2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo.
3 Creo que me veo feo (a).
- O. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.

- 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.
2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo.
3 No puedo hacer nada.
- P. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
1 No puedo dormir tan bien como antes.
2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.
3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.
- Q. 0 No me canso más de lo usual.
1 Me canso más fácil que antes.
2 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa.
- R. 0 Mi apetito es igual que lo usual.
1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
2 Mi apetito es mucho peor ahora.
3 No tengo nada de apetito.
- S. 0 No he perdido peso.
1 He perdido más de 2.5 kg.
2 He perdido más de 5 kg.
3 He perdido más de 7.5 kg.
He intentado perder peso comiendo menos Sí_____ No_____
- T. 0 No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes.
1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias.
2 Estoy muy preocupado (a) por mis problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- U. 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.
2 Estoy (a) menos interesado (a) en el sexo ahora.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

APÉNDICE DE COMENTARIOS

Durante las entrevistas y las evaluaciones las pacientes realizaron algunos comentarios que muestran la importancia de atención psicológica y la necesidad de conocimiento, comprensión y entendimiento de padecer Endometriosis, tanto en el ámbito médico como familiar, social, escolar y laboral. Algunos de estos comentarios son los siguientes:

- Es desgastante física, económica y emocionalmente no tener un diagnóstico.
- En sus visitas con diversos médicos especialistas les dijeron “está en su imaginación”, “exagera el dolor”, “no se complique tanto”.
- Su familia, esposo, amigos decían “estás loca”, “te gusta manipular”, “lo único que quieres es llamar la atención”.
- Sufrieron la “broma” de que “es el pecado de Eva por eso Dios lo dejó en cómodas mensualidades”.
- Recibieron comentarios de otras mujeres tales como, “es normal que duela”, “de eso no se habla”, “eres mujer y te aguantas”, “dolor, el del parto”, “embarázate y te compones porque no vas a tener tiempo para tus achaques”.
- Una mujer comentó “no sirvo como mujer”.

Las que tardaron más años para obtener el diagnóstico correcto tomaron tratamientos farmacológicos para enfermedades que no padecían.

La mayoría más de una vez se negó a acudir al médico pues “ya sabía lo que me iba a decir”.

Han perdido credibilidad por las constantes faltas, salidas temprano y/o incapacidades en el empleo, y en el hogar existen conflictos por fallar continuamente en los “quehaceres y obligaciones” como mujer y esposa.

Algunas se preguntan frecuentemente ¿Por qué a mí?

La mayoría ha probado “remedios caseros” para mitigar los síntomas o el dolor, por ejemplo:

Te de orégano, Te de ruda con chocolate, “copita de anís”, Acitrón, Bolsas con agua caliente, Periódicos planchados, Pomada de la manzana.

El último comentario fue realizado por dos personas y es: **“La Endometriosis es el Cáncer que no Mata”**.

REFERENCIAS

- Álvarez, A. (1948). "Hace 55 años Endometriosis". *Ginecología y Obstetricia de México 2003*. 71, pp. 646-653.
- Alkolombre, P. (2006). *Aspectos psicoemocionales de la endometriosis*. Recuperado en Mayo de 2006 de www.endometriosisgroup.com.ar/psico.htm.
- Altirriba, J. & Calaf, J. (1990). *Licenciatura ginecología*. España: Salvat Editores.
- Arbitrio, M. (2006). *Enfermedades Crónicas Socialmente Invisibles*. Recuperado en Mayo de 2006 de www.arbitrio.com.ar.
- Asociación Psiquiátrica Americana, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV- TR. Cuarta edición. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Ballweg, M.L. (2004). *Endometriosis. Libro de consulta*. México: Trillas.
- Barr, M. & Ciernan A. (1994). *El sistema nervioso humano*. México: Harla.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emocional disorders*. New York: International Universitis Press.
- Beck, A. T. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México: Merck Sharp.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A Cognitive Perspective*. Nwy York, basic books.
- Beck, A. T. (1993). *Inventario de Depresión de Beck*. México: Traducido por Laboratorios GlaxoSmithKline.
- Beck, A.T., Epstein, Brown & Steer, (1988). *Inventario de Ansiedad de Beck*. México: Traducido por Laboratorios ucb Pharma.

- Bond, M. (1980). *Dolor su naturaleza, análisis y tratamiento*. Argentina: Inter.-Médica.
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cailliet, R (1993). *Síndromes dolorosos. Dolor: mecanismos y manejo*. México: El Manual Moderno.
- Castel, B., Garcia, F. & Tornero, J. 2006. "Evaluación del dolor crónico". *Reumatología Clínica*.2, pp. 44-49.
- Cervero, F. (2003). *Dolor visceral: mecanismos centrales y periféricos*. Recuperado en Marzo de 2005 de www.amed.org.mx/pdfs/DOLORABC.pdf.
- Cox, H., Henderson, L., Andersen, N., Cagliarini, G. & Ski, C. (2003). "The focus the study gives goup he /she gives endometriosis: make an effort, loss and the medical tiovivo". *The international newspaper gives tofeed practice_*. 9, pp. 2-9.
- Dagnino, J, (1994). "Boletín escuela de medicina, P. Universidad Católica de Chile". Recuperado en Marzo de 2005 de www.escuela.med.puc.cl/paginas/Boletín/htm/dolor.
- Departamento de Análisis Demográfico de la Dirección de Sistemas de Información en Servicios de Salud, (2005). "Base de datos del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 1999-2006 (SAEH)". *Estadísticas del Sistema Nacional de Salud de los Hospitales de la Secretaría de Salud*. México: SSA.
- De la Fuente, R, (1992). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- DEF, (2003). *Diccionario de especialidades farmacéuticas. Cuatrigésimo novena edición*. México: Thomson.
- Editorial Masson. (1996). *Diccionario terminológico de ciencias médicas. Trigésimo tercera edición*. España: Masson.

- Enciclopedia 100cia.com (2005). *Esto es lo que sabemos sobre la endometriosis*. Recuperado en Diciembre de 2005 de <http://100cia.com./enciclopedia/DOLOR>.
- Downie, R. & Heath, R., (1986). *Métodos estadísticos aplicados. Quinta edición*. México: Harla.
- Gilman, S. & Winans, S., (1998). *Neuroanatomía y Neurofisiología Clínicas de Manter y Gatz*. México: El Manual Moderno.
- Jones, H., Colston, A. & Burnett, L. (1991). *Tratado de ginecología de Novak. Undécima edición*. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Jones, G., Jenkinson & C., Stephen, K. (2004). "The impact gives endometriosis in the quality he/she gives life: a qualitative one the analysis". *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*. 25, pp. 123-133.
- Kanner, R. (1998). *Secretos del tratamiento de dolor*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hirsh, K., Ladipo, A. & Shaw, R. (2001). "The address gives endometriosis: a study gives the patients the aspirations give". *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 21, pp. 500-503.
- Marín, S. (2006). *La endometriosis con dolor crónico provoca depresión*. Recuperado en Mayo de 2008 de <http://blogs.lavozdigital.es/endometriosis>.
- Meza, S. (2003). *Dolor y trastornos del sueño*. Recuperado en Marzo de 2005 de www.amed.org.mx/pdfs/DOLORABC.pdf.
- Novak, E. & Woodruff, D. (1982). *Patología ginecológica y obstétrica. Octava edición*. Argentina: Médica Panamericana.
- Omaña, I, (1994). *Estudio y tratamiento del dolor*. México: Ediciones del Instituto Syntex.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE 10. Décima revisión. Volumen 1*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina

- Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS: Organización Mundial de la Salud. Madrid: OMS
- Ochoa, G., Posada, M., Ochoa, J., Tobón, L. & Aristizabal, J. (1998). *Endometriosis guías prácticas*. Recuperado en Diciembre de 2004 de www.ascofame.org.co/guiasmbe.php.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez. (2001). "Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas". *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Ridruejo, A., Medina, L. & Rubio, J. L. (1996). *Psicología médica. Primera edición*. España: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Páez, L. C. (2005). Dolor pélvico crónico y endometriosis. Recuperado en Octubre de 2004 de www.ametd.org.mx/memorias_oax.asp.
- Prithvi, P. (2000). *Tratamiento práctico del dolor*. Tercera edición. España: Harcourt.
- Ruíz, M. A. (2005). *Anatomía del paciente con dolor crónico*. Recuperado en Mayo de 2005 de http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/algolia/anatomia_paciente_dolor_cronico.htm.
- Stovall, G., Summitt, R., Beckmann C, & Ling, F. (1992). *Manual clínico de ginecología*. Segunda edición. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Torres, A., Hernández, E., & Ortega, H. (1991). "Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14, 1-6.
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article (2004). *Características del dolor*. Recuperado en Junio de 2004 de www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article.

REFERENCIAS

The American Society for Reproductive Medicine (ASRM). (1996). *Revised classification of endometriosis: 1996*. Fertil Steril 1997; 67: 817-21. E.U.A.: ASRM.

Woodruff, R. (1998). *Dolor por cáncer*. México: Medigraphic Editores, S.A. de C.V.