



FACULTAD DE PSICOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES

Ansiedad y depresión en mujeres que viven con endometriosis

Estudiante: Astiazarán, Elizabeth Teresa

Legajo: 25689

Director/es: Lic. Esp. Prof. Fernández, Marianela

Co-director/es: Lic. Mortara, Gabriel

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciada en Psicología.

2023

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

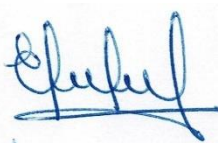
RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha: 06/09/2023

Lugar y fecha: Haedo, 06/09/2023

Firma y aclaración del autor: 
Astiazarán Elizabeth

Índice	
Resumen	4
Delimitación del Objeto de Estudio	5
Planteo del problema	5
Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Hipótesis	7
Justificación	7
Marco teórico	9
Endometriosis	9
Ansiedad	11
Depresión	13
Estado del arte	17
Método	22
Población	22
Criterios de inclusión y exclusión	22
Instrumentos y procedimientos	22
Procedimiento	22
Descripción del instrumento	23
Resultados	26
Discusión	40
Aportes y contribuciones de la investigación,	42
Limitaciones de la investigación.	42
Futuras Líneas	43
Referencias	44
Anexos	48

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo conocer los niveles de ansiedad y depresión que presentan las mujeres que padecen endometriosis. La endometriosis es una enfermedad crónica que afecta a las mujeres en edad reproductiva, aparejando síntomas tales como dolor pélvico crónico, dispareunia, menstruaciones abundantes, dificultades en la fertilidad, como también una calidad de vida disminuida y problemas psicológicos como ansiedad y depresión. La ansiedad es una respuesta prolongada de preocupación con pensamientos persistentes e intrusivos que puede presentar sintomatología fisiológica como la hipertensión arterial, taquicardia, mareos y temblores. La depresión se definiría como una disfunción en el estado de ánimo, donde se encuentra la tristeza prolongada, sensación de vacío, sentimientos de desesperanza y anhedonia, entre otros. Las finalidades de dicho trabajo fueron determinar los niveles de ansiedad y depresión que presentan las mujeres con diagnóstico de endometriosis; el impacto de realizar terapia psicológica; la influencia del apoyo familiar recibido en las participantes; como así también determinar si existe relación entre la severidad del dolor en la pelvis y los niveles de ansiedad y depresión.

Para el análisis de la muestra, se tuvieron en cuenta 110 mujeres de entre 18 y 49 años con diagnóstico de endometriosis que residieran en la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por medio de los resultados, se ha encontrado que el 43,64% de las mujeres con diagnóstico de endometriosis presenta un nivel grave de ansiedad y un 29,09% presenta niveles moderados, siendo ambos los niveles más representativos de la muestra. Mientras que en los niveles de depresión se halló que el 40,91% presenta niveles severos de depresión y el 29,09% niveles moderados. Por lo cual se evidencian niveles clínicamente significativos en la muestra representada.

Según el cruce de variables, no se demostraron niveles significativos de ansiedad y depresión con respecto a la severidad de dolor, como así también en cuanto al acompañamiento psicológico recibido. Los niveles de ansiedad no se vieron afectados por el acompañamiento familiar, sin embargo, los niveles de depresión se vieron modificados según el acompañamiento familiar recibido siendo más altos con una media de 32,20 con respecto a las que si reciben apoyo que arrojó una media de 23,73 siendo ello un valor significativo para la media del nivel de depresión.

Palabras Clave: Endometriosis – Ansiedad – Depresión – Impacto Psicológico

Delimitación del Objeto de Estudio

El presente trabajo es un estudio empírico, con diseño no experimental, cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, que indagará sobre los niveles de ansiedad y depresión que presentan las mujeres de 18 a 49 años que padecen endometriosis y son residentes de la provincia de Buenos Aires y Capital Federal.

La endometriosis es una enfermedad crónica que afecta a un 10 % de mujeres de la población mundial perjudicando la calidad de vida de las mismas, de manera física y psíquica, siendo muchas veces incapacitante. Entre la sintomatología que presentan se encuentra el dolor crónico de la pelvis, dispareunia, náuseas, cansancio, depresión y ansiedad (OMS, 2021).

La ansiedad es una respuesta física y psíquica normal que se presenta ante un evento estresante. La sintomatología se puede presentar con aumento de la presión arterial, taquicardia, sudoración y mareos entre otros. En los trastornos de ansiedad la misma se presenta con un monto, duración y frecuencia mayor a lo esperable (Asociación Americana de Psicología, 2017).

La depresión es una enfermedad frecuente, donde se presenta una sensación de tristeza extrema y desesperanza que puede durar semanas. Dicha afección puede causar síntomas físicos como dolor, pérdida o aumento de peso, alteraciones en el sueño, falta de energía, incapacidad de concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Asociación Americana de Psicología, 2017).

Tanto la depresión como la ansiedad provocan malestar clínicamente significativo en quienes la padecen afectando su vida en los aspectos laboral, escolar, social y en las relaciones afectivas (OMS, 2021).

Planteo del problema

La presente investigación buscó indagar acerca de niveles de ansiedad y depresión en mujeres de entre 18 y 49 años con diagnóstico de endometriosis y que residen en la provincia de Buenos Aires y Capital Federal.

Por lo dicho, se buscará determinar los niveles de ansiedad y depresión de dichas mujeres, asimismo, si el dolor crónico afecta a los niveles antes mencionados y finalmente si varían según el apoyo familiar que las pacientes reciben o no.

La endometriosis afecta al 10% de la población femenina a nivel mundial (OMS, 2021), cursa con sintomatología física como también psíquica siendo la depresión y la ansiedad las de mayor prevalencia.

Es interesante la observación de la perspectiva de diferentes investigadores que demuestran que la calidad de vida de las personas que viven con endometriosis se ve negativamente afectada (Friedl et al., 2015; Lagañá et al., 2015; Canales Salinas, 2019), influyendo en sus relaciones laborales e interpersonales entre otras. Asimismo, al cursar con dolores incapacitantes las más de las veces cooperan con ausentismos laborales, e incluso utilización de servicios médicos de manera crónica, por lo que se entiende que es un tema de salud pública.

Si bien hay autores que han desarrollado el tema, existen pocos estudios que aborden los aspectos psicológicos de una enfermedad crónica como lo es la endometriosis, que afecta a gran parte de la población femenina mundial.

Entonces, si además de los síntomas físicos, tales como dolor pélvico crónico, menstruaciones abundantes y dolorosas, dolor durante o después de las relaciones sexuales, dolor al defecar, dolor al orinar, cansancio, distensión abdominal y náuseas, la endometriosis provoca sintomatología relacionada a la depresión y la ansiedad, es relevante la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué nivel de ansiedad y depresión presentan las mujeres de 18 a 49 años que padecen endometriosis residentes de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

Objetivos

Objetivo general

Determinar los niveles de ansiedad y depresión en mujeres de 18 a 49 años que poseen diagnóstico de endometriosis y residen en la provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- Determinar diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres de 18 a 49 años diagnosticadas con endometriosis residentes de la provincia de Buenos Aires y Capital Federal dependiendo si realizan o no terapia psicológica.

- Identificar diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres de 18 a 49 años diagnosticadas con endometriosis residentes de la provincia de Buenos Aires y Capital Federal dependiendo si reciben apoyo de su familia o entorno más cercano.
- Determinar si existe relación entre la severidad del dolor en la pelvis y los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres de 18 a 49 años diagnosticadas con endometriosis residentes de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hipótesis

Los niveles de ansiedad y depresión en mujeres de 18 a 49 años que poseen diagnóstico de endometriosis residentes de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires son clínicamente significativos.

Las personas con endometriosis que reciben terapia psicológica presentan un nivel más bajo de ansiedad y depresión que las mujeres que no lo reciben.

Las personas con endometriosis que reciben apoyo de su familia y entorno más cercano presentan un nivel más bajo de ansiedad y depresión que las mujeres que no lo reciben.

No existe relación entre la severidad del dolor crónico en la pelvis y los niveles de ansiedad y depresión en mujeres de 18 a 49 años que poseen dicha dolencia y residen en la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Justificación

Se considera pertinente la investigación sobre la temática del presente trabajo ya que, como se dijo anteriormente, la endometriosis afecta la calidad de vida de las mujeres con dicha afección, no solo a nivel fisiológico si no también psicológico.

La prevalencia de la endometriosis a nivel mundial abarca a un 10% de la población mundial (OMS 2021), en Argentina las últimas cifras brindadas por la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (2019) informa que la prevalencia de la endometriosis se estima entre un 6% y un 15% en mujeres que se encuentran en edad reproductiva.

La endometriosis se encuentra poco investigada en la Argentina, se espera que el presente trabajo colabore en nuevos datos e impulse otros trabajos de investigación.

Al ser una enfermedad crónica, podría complicar otros aspectos en la salud de las personas que la padecen por lo que estaríamos en presencia de un tema de salud pública, ya que en diferentes casos, deberían asistir más a visitas médicas como así también tendrían que recibir más y diferentes tratamientos.

La presente investigación está dirigida a obtener datos sobre las mujeres que padecen dicha dolencia y de esta manera colaborar en la obtención de información sobre el impacto en el plano de la salud mental, y más precisamente en cuanto al impacto psicológico que produce, ya que parte de la sintomatología asociada, estaría en relación con la ansiedad y la depresión en las mujeres que tienen endometriosis.

Asimismo, las estadísticas sobre la prevalencia de ansiedad y depresión informan que a nivel mundial, un 4,4% de la población sufre un trastorno depresivo (OMS, 2021) y 3,6% un trastorno de ansiedad (OMS, 2017).

La endometriosis es una enfermedad principalmente médica y mayormente es tratada como tal, sin tener en cuenta las variables psicológicas que entran en juego. En ese sentido, se busca la toma de conciencia de un tratamiento integral que se ocupe no solo de las dolencias físicas, si no también psíquicas que la endometriosis conlleva.

Marco teórico

Endometriosis

Las primeras aproximaciones que hacen referencia a lo que podría relacionarse, con la sintomatología característica de endometriosis se encuentran en el Papiro de Ebers (Tebas, Egipto, 1500 A.C. en Alvare, 2012), allí se describe un tratamiento para un doloroso desorden de la menstruación (Ridley y Edwards, 1958 en Alvare, 2012). No obstante, la primera y más detallada descripción de la endometriosis, en este caso peritoneal, fue realizada por el médico alemán Daniel Shroen en 1690 en su trabajo denominado “Discurso médico inaugural sobre las úlceras de útero” (Alvare, 2012).

Asimismo, en la literatura médica del siglo XIX surgen algunas referencias a lesiones quísticas, posiblemente de naturaleza endometriósica (Alvare, 2012). Sin embargo, fue Carl Von Rokitansky en 1860 quien realizó una descripción detallada de la endometriosis en la segunda mitad del siglo XIX, donde identificó a esta enfermedad como cúmulos de tejido endometrial (Alvare, 2012).

Sampson (1921) descubrió la endometriosis. Su trabajo documentó dibujos con grandes detalles. Asimismo, en sus hallazgos se encontraron 23 quistes hemorrágicos perforantes en el ovario, lo que serían endometriomas.

El descubrimiento principal fue que en dos de los casos operados en el momento de la menstruación los quistes estaban recubiertos por un tejido muy similar al endometrio y mostraba evidencias de hemorragia menstrual, nombrando a estas lesiones adenomas de tipo endometrial (Sampson, 1921).

En el mismo orden de ideas, Sampson (1927 en Alvare, 2012) crea un nuevo concepto: la menstruación retrógrada, y enuncia que allí estaría el origen de la endometriosis. Término que ha dominado los criterios y la literatura científica sobre la endometriosis en los últimos 80 años.

En ese sentido, podría mencionarse que la menstruación retrógrada radica en la incapacidad de eliminar en su totalidad todo el tejido endometrial a través del sangrado vaginal típico de la menstruación. Como resultado, los fragmentos endometriales que no pueden ser eliminados se instalan en las trompas de Falopio e incluso pueden llegar a algunos órganos de la pelvis como

por ejemplo los ovarios. Por lo dicho, se entiende aún hoy en día que la menstruación retrógrada podría ser una de las causas que origina la endometriosis (Requena et al., 2018).

En otras palabras, la endometriosis es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de tejido similar al del revestimiento del útero, conceptualizado como endometrio, que crece por fuera del útero. Lo mencionado hace que se produzca una inflamación crónica que puede ocasionar la formación de tejido cicatricial dentro de la pelvis como también en otras partes del cuerpo (OMS, 2021).

Según la OMS (2021) la endometriosis tiene una prevalencia de aproximadamente el 10% de las mujeres y niñas en edad reproductiva de todo el mundo, lo que significaría que dicha enfermedad afecta a 190 millones de mujeres en el mundo.

En Argentina la última Actualización de Consenso de Endometriosis perteneciente a la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) realizada en 2019, informa que la prevalencia de la endometriosis se estima entre un 6% y un 15% en mujeres que se encuentran en edad reproductiva y hasta un 35% a 50% de las mujeres que presentan diagnóstico de infertilidad (FASGO, 2019).

No existe una mujer igual a otra en cuanto a la presentación clínica de la endometriosis, se ha visto que el factor común es el dolor pélvico crónico que suele presentarse en los días previos a la menstruación (Parasar et al., 2017).

Los síntomas son variados y pueden cursar con cualquier combinación de menstruaciones abundantes y dolorosas, dolor pélvico crónico, dolor durante o después de las relaciones sexuales, dolor al defecar, dolor al orinar, cansancio, depresión o ansiedad, distensión abdominal y náuseas. Si bien en la mayoría de los casos la endometriosis cursa con dolor pelviano crónico hay mujeres con endometriosis asintomáticas (OMS, 2021).

En algunas mujeres los síntomas suelen mejorar luego de la menopausia, pero en otras los síntomas pueden persistir (OMS, 2021).

Además de lo mencionado, la endometriosis puede causar problemas de fertilidad debido a sus efectos en la zona pélvica, los ovarios, las trompas de Falopio o el útero, como también, en ocasiones, problemas de ansiedad y depresión (OMS, 2021).

Ansiedad

Según la Asociación Americana de Psicología (2017) la ansiedad en los seres humanos, es una reacción normal ante situaciones estresantes. Empero, en el caso de las personas que padecen trastornos de esta índole, los temores y preocupaciones no son temporales. Los mismos, son persistentes incluso pueden empeorar con el paso del tiempo, afectando la capacidad de desempeño laboral, escolar, las situaciones sociales y las relaciones interpersonales.

Por otra parte, la ansiedad tiene que ver con emociones que son caracterizadas por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación que son persistentes e intrusivos, pero también puede presentar sintomatología fisiológica como la hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, mareos y temblores (Asociación Americana de Psicología, 2017).

Si bien son utilizados como sinónimos, es importante diferenciar la ansiedad del miedo, ya que la primera es una respuesta de acción prolongada y con orientación al futuro, que se enfoca en una amenaza difusa, mientras que el miedo es una respuesta que se entiende apropiada, orientada al presente, de corta duración y orientada a una amenaza específica e identificable (Asociación Americana de Psicología, 2017).

En el mismo orden e ideas, según el Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid (2007), la ansiedad se explica como la anticipación a un daño o desgracia a futuro, que puede ser interno o externo y que es acompañado por un sentimiento desagradable de disforia, como así también de síntomas somáticos, nerviosismo y tensión.

Asimismo, se dispara una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y le permite a la persona adaptarse al medio para afrontar esa amenaza posible. En ese sentido, entendiendo a la ansiedad como un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que se constituye como una respuesta normal frente a situaciones cotidianas de estrés, podría ser un estado deseable para el manejo de las exigencias habituales y diarias de los seres humanos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Pero cuando sobrepasa la intensidad como así también la duración, o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica provocando así un malestar clínicamente significativo con sintomatología que afecta no solo al plano físico sino también psicológico y conductual (Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria, 2007).

Según la OMS (2017) un 3,6% de la población mundial padece trastornos de ansiedad, lo que daría un número total estimado de 264 millones de personas.

Si bien la ansiedad es un fenómeno que ha sido explicado fundamentalmente por la psicología y la psiquiatría, al ser inherente a la condición humana, filósofos, líderes religiosos, eruditos, científicos, médicos y entendidos en ciencias sociales, han tratado de encontrar información sobre el misterio de la ansiedad y desarrollar intervenciones que pudieran resolver una condición generalizada que aqueja problemáticamente a la humanidad (Clark y Beck, 2012).

El miedo, la ansiedad y la preocupación, pueden presentarse ante desastres y catástrofes mundiales que hacen que el individuo experimente un riesgo vital, sin embargo, en la mayoría de los casos la ansiedad se presenta y desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estrés de la vida cotidiana (Clark y Beck, 2012).

Este fenómeno tiene su eje en una respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se presenta a modo de amenaza, se activa cuando la persona se anticipa a sucesos o circunstancias que juzga como aversivas y desagradables, ya que se perciben como acontecimientos incontrolables que podrían amenazar los intereses vitales del sujeto (Clark y Beck, 2012).

Dichos autores plantearon que la respuesta de ansiedad involucra un sistema de procesamiento que a su vez comprende dos procesos: por un lado el proceso denominado valoración primaria de amenaza, el cual se realiza de forma automática para evaluar de manera rápida y eficiente el potencial de amenaza de un estímulo percibido. En este caso, puntuaron que en los trastornos de ansiedad existe una sobrevaloración de la probabilidad de concurrencia del daño como así también una sobreestimación de la severidad del mismo. Y por el otro, un segundo proceso, denominado reevaluación secundaria que requiere de un procesamiento estratégico, controlado y elaborativo de la información obtenida. En los trastornos de ansiedad, se evidencia dificultad para percibir los aspectos seguros de las situaciones de peligro y una tendencia a subestimar las capacidades para afrontarlas (Clark y Beck, 2012).

En ese sentido, los procesos cognitivos automáticos participarían de forma activa en el desarrollo como también en el mantenimiento de los trastornos de ansiedad o ansiedad patológica (Clark y Beck, 2012).

Asimismo, aunque la persona no puede controlar voluntariamente su reacción, reconoce que la situación vivida no es una amenaza objetiva. Por lo que es el aspecto cognitivo del individuo lo

que acompaña a la ansiedad, allí se pueden encontrar pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad, y son ellos los que aparecen en torno a una situación determinada o el miedo ante una posible amenaza (Sierra et al., 2003).

Como se ha explicitado, dichos pensamientos aparecen de forma automática y el sujeto apenas puede darse cuenta cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y entiende que están fuera de su dominio. Además, la persona con ansiedad interpreta la ansiedad como amenazante, constituya o no una amenaza real para su vida, por lo que podría decirse que estas percepciones vienen acompañadas de una sensación subjetiva de inseguridad, angustia, irritabilidad, nerviosismo, inquietud, preocupación, hipervigilancia, miedo, sobreestimación del grado de peligro, pánico, agobio, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, entre otras (Sierra et al., 2003).

La existencia de sintomatología ansiosa persistente o de un trastorno ansiedad, se vincula con una reducción importante de la calidad de vida como así también afecta al funcionamiento social y ocupacional de las personas que la padecen (Mendlowicz y Stein, 2000 en Clark y Beck, 2012). En ese sentido los autores citados hacen hincapié en que en la evaluación clínica sería relevante incluir el impacto negativo de dicho trastorno sobre la productividad ya sea laboral, académica, de las relaciones sociales, la economía personal y el funcionamiento diario.

Depresión

La depresión es conocida también como trastorno depresivo mayor, afecta de forma diversa a las personas que la padecen. Entre la sintomatología descrita por la Asociación Americana de Psicología (2017) se encuentra la tristeza prolongada y sensación de vacío, sentimientos de desesperanza, enojo e irritabilidad, inquietud, fatiga, dolor crónico en el estómago o la cabeza, anhedonia, entre otros.

Asimismo, la depresión estaría asociada a la combinación de diferentes factores, entre ellos se encontrarían los factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Asociación Americana de Psicología, 2017).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se considera que afecta a un 3,8% de la población. En ese sentido y a escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión (Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, 2019)

En la actualidad se reconoce a la depresión como la principal causa de discapacidad en todo el mundo, y ha recibido una mayor atención clínica y de investigación (Beck y Alford, 2009).

A diferencia de las diferentes variaciones del estado de ánimo y las respuestas emocionales breves que pueden tener las personas en su vida cotidiana, la depresión puede convertirse en un problema de salud serio, en especial cuando esta es recurrente y de intensidad moderada a grave (OMS, 2021).

Podría afirmarse que todo el mundo experimenta tristeza alguna vez, pero a diferencia de un estado emocional de tristeza pasajero, la depresión es una tristeza extrema o desesperación que dura semanas, interfiriendo con las actividades de la vida diaria y causando síntomas físicos como dolor, pérdida o aumento de peso, alteraciones del patrón de sueño por insomnio o hipersomnia o falta de energía. Las personas con dicho padecimiento mental también pueden experimentar una incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (OMS, 2021).

Un individuo deprimido es un ser indeciso, débil, tímido, callado y solitario que se deja llevar y se abandona a los acontecimientos (Del Barrio en Ezpeleta y Toro, 2014).

En ese sentido la depresión causa un gran sufrimiento a la persona que la padece y, como se ha mencionado puede alterar significativamente sus actividades laborales, académicas y familiares entre otras. En casos graves puede llevar a la persona al suicidio. Cada año se suicidan más de 700.000 personas, siendo la cuarta causa de muerte en el grupo etario que va de los 15 a los 29 años (OMS, 2021).

Según la OMS (2021) esta enfermedad es el resultado de las interacciones complejas que se dan entre los factores sociales, psicológicos y biológicos. Y afirma que quienes han pasado por situaciones adversas tienen más probabilidades de sufrirla, asimismo, la depresión puede causar más estrés convirtiéndose en un círculo vicioso. Por otra parte, existe una relación entre la depresión y la salud física.

El modelo cognitivo de la depresión nace de las observaciones clínicas y sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967 en Beck et al., 1983).

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar la base psicológica de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos, entendidos como errores en el procesamiento de la información (Beck et al., 1983).

A continuación se explicarán los tres conceptos centrales que explican la esencia de la depresión según el modelo mencionado (Beck et al., 1983).

La tríada cognitiva se relaciona con los modos persistentes e idiosincráticos que el paciente tiene de sí mismo, de su futuro y de sus experiencias (Beck et al., 1983).

Por tanto, el primer componente de la mencionada tríada tendría que ver con la visión negativa que tiene el paciente de sí mismo, las personas con depresión, se ven desgraciadas, torpes, enfermas y debido a todos estos defectos que la persona cree tener el paciente tiene la creencia de que carece de valor. Además, tiende a atribuirse las experiencias desagradables por creer que están ligadas a un defecto suyo ya sea de tipo psíquico, moral o físico (Beck et al., 1983).

Por otro lado, tiende a subestimarse, criticarse en base a estos defectos que cree tener y piensa que carece de los atributos que él considera necesarios y esenciales para lograr alegría y felicidad en su vida (Beck et al., 1983).

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia de la persona depresiva a interpretar las experiencias de su vida de manera negativa. El mundo para ellos es un lugar amenazante, y que le hace demandas exageradas presentándole obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. En ese sentido interpreta el mundo con una visión de derrota y frustración, construyendo las situaciones en una dirección negativa incluso cuando pudieran hacerse en direcciones alternativas y admisibles (Beck et al., 1983).

El tercer componente de la tríada cognitiva se basa en la visión negativa acerca del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos, suele anticiparse a que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, siendo sus expectativas de fracaso (Beck et al., 1983).

Los esquemas explican el motivo por el cual los pacientes depresivos mantienen actitudes que le hacen sufrir, incluso habiendo evidencia objetiva de que en su vida existen factores positivos. Para el modelo cognitivo el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, combinándolos y conceptualizando la situación (Beck et al., 1983).

Los esquemas serían patrones cognitivos estables, entendidos como una forma de ver la vida, que se van haciendo cada vez más activos y utilizados. El paciente depresivo pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento, los mismos se tornan negativos y erróneos, pero el sujeto es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados (Beck et al., 1983).

En otras palabras, en los estados depresivos, el pensamiento del paciente puede llegar a estar dominado por los esquemas idiosincráticos, allí se encuentra absolutamente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y le resulta muy difícil concentrarse en estímulos externos, realizar actividades mentales voluntarias (Beck et al., 1983).

Con respecto a los errores en el procesamiento de la información, se dan sistemáticamente en el pensamiento depresivo y mantienen la creencia de la validez de la concepción negativa que tiene el paciente incluso si existiera evidencia contraria (Beck, 1967 en Beck et al., 1983).

Entre los errores en el procesamiento de la información encontramos la inferencia arbitraria, que se relaciona con adelantar una conclusión en ausencia de evidencia. La abstracción selectiva consiste en enfocar la atención en un detalle extraído de su contexto, ignorando características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese recorte. La generalización excesiva que hace referencia al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de un suceso particular. Otro error en el proceso de la información es la maximización y minimización donde surgen errores en la evaluación en cuanto al significado o magnitud de un evento y distorsionan la realidad. La personalización se basa en la atribución que hace el sujeto de fenómenos externos cuando no existe relación para realizar esa conexión. Y por último, encontramos el pensamiento dicotómico que es la tendencia a clasificar solo en dos categorías opuestas, en este caso el paciente depresivo para describirse a sí mismo utiliza el extremo negativo (Beck et al., 1983).

Años después, Beck y Alford (2009) caracterizan al paciente depresivo como una persona con un autoconcepto negativo asociado a autorreproches y autoculpabilidad, con deseos regresivos y de autocastigo tales como deseos de escapar, esconderse o morir. Refieren además, que se experimentan cambios vegetativos en el paciente, como anorexia, insomnio, pérdida de la libido, como se ha expresado en párrafos anteriores, como así también cambios en el nivel de actividad ya sea en un retardo o agitación. Siendo la más visible de todas las características la alteración específica del estado de ánimo, donde se encuentra mayormente tristeza, soledad, apatía.

Estado del arte

A continuación se presentarán investigaciones que han abordado el tema del presente trabajo, las mismas pertenecen a diferentes países, y fueron realizadas entre los años 2013 y 2021.

En un trabajo cualitativo de tipo fenomenológico realizado por Rodríguez Roig (2019) titulado “Impacto de la endometriosis en la salud mental y emocional de la mujer”, se buscó determinar cuál es el impacto que ocasiona la endometriosis sobre la salud mental de la mujer y sobre su calidad de vida. Para la recogida de datos, se utilizaron la entrevista individual semiestructurada en profundidad, como también la observación y recogida de notas en relación a la comunicación no verbal de las mujeres durante la realización de la misma.

Los hallazgos demuestran que la endometriosis es una enfermedad que afecta negativamente a la mujer como consecuencia del dolor crónico y los problemas de fertilidad que provoca, lo que conlleva a repercutir en la calidad de vida, como también en la salud mental y emocional de la mujer, llegando a provocar ansiedad, estrés y depresión, entre otros trastornos (Rodríguez Roig, 2019).

Asimismo, las mujeres con dicha afección demuestran un importante deterioro en su bienestar emocional y mental, como se dijo anteriormente, debido no solo al dolor que puede estar o no presente, sino también por las preocupaciones que acarrear los posibles síntomas que podrían desarrollarse con el paso del tiempo (Rodríguez Roig, 2019).

Friedl et al. (2015) realizaron una investigación cuantitativa, de tipo transversal, denominada “Impacto de la endometriosis en la calidad de vida, la ansiedad y la depresión: una perspectiva austríaca”. Allí mediante la administración de tres cuestionarios estandarizados a 62 mujeres con endometriosis, indagaron acerca de la influencia de la endometriosis en el bienestar psicológico, la calidad de vida y la incidencia de la ansiedad y depresión en dichas mujeres. Los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida fueron el Cuestionario de estado de salud, SF-36 y el Perfil de Salud de la Endometriosis, EHP-30, para los síntomas de depresión y ansiedad la Escala-Versión Alemana, HADS-D.

Los autores mencionados, encontraron síntomas de ansiedad moderados a severos en un 29%, sintomatología depresiva presente en el 14,5% de las afectadas por endometriosis. Por otra parte, la edad de los participantes influyó significativamente en la salud mental y el funcionamiento del rol emocional (Friedl et al., 2015).

En suma, la endometriosis impactaría en la calidad de vida de quien la padece, donde los síntomas presentes de ansiedad y depresión indicarían la necesidad de un tratamiento psicológico de los trastornos afectivos previniendo su aparición (Friedl et al., 2015).

Otra investigación encontrada bajo el título “Depresión, ansiedad y violencia autodirigida en mujeres con endometriosis: un estudio retrospectivo de cohortes”, fue la realizada por Estes et al. (2021), quienes mediante un estudio de cohorte retrospectivo tuvieron el propósito de comparar la incidencia de resultados en la salud mental en mujeres con o sin endometriosis que residen en Estados Unidos, para ello utilizaron los datos administrativos de reclamos de salud de Clinformatics Data Mart, en los periodos de mayo del año 2000 hasta el 31 de marzo del año 2019. Luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión se diagnosticó con endometriosis a 72.677 mujeres y se emparejaron con 147.251 a las que nunca se les diagnosticó dicha enfermedad, el rango etario utilizado fue de 18 a 50 años de edad.

Entre los resultados arrojados se encontró que las mujeres con endometriosis tenían una tasa más alta de ansiedad clínicamente significativa, y de depresión que las que no poseen dicha enfermedad. Asimismo, el estudio demostró que las mujeres con endometriosis eran más propensas a desarrollar las patologías mentales mencionadas que las que no padecen endometriosis. El dolor se asoció con tasas elevadas de ansiedad y depresión, los factores de riesgo asociados fueron comorbilidades, uso previo de analgésicos y fatiga (Estes et al., 2021).

Lagañá et al. (2015) realizaron un estudio prospectivo de cohorte entre octubre de 2013 y febrero de 2014 en el Hospital Universitario “Gaetano Martino” (Messina, Italia), dicho trabajo se designó “Análisis de la comorbilidad psicopatológica detrás de los síntomas y signos comunes de la endometriosis”, allí seleccionaron dos grupos, uno de pacientes con endometriosis, y otro con otras enfermedades anxiales benignas que se sometieron a cirugía laparoscópica. Los instrumentos utilizados fueron la Lista de verificación de síntomas-90-R, Inventario de expresión de ira estado-rasgo-2, Escala de ansiedad de autoevaluación, Escala de depresión de autoevaluación, Índice de calidad de vida.

Entre los resultados, se hallaron niveles más altos de somatización, depresión, y ansiedad en el grupo de endometriosis en comparación con el grupo de control. Asimismo, se encontró que las mujeres con endometriosis se caracterizan por altos niveles de ansiedad y lo que devendría en una disminución significativa en la calidad de vida (Lagañá et al., 2015).

Un estudio longitudinal titulado “Riesgo de desarrollar depresión mayor y trastornos de ansiedad entre mujeres con endometriosis: un estudio de seguimiento longitudinal”, realizado en Taiwán por Chen et al. (2016), mediante en la base de datos del Seguro Nacional de Salud de Taiwán, utilizó una muestra de 10439 mujeres, buscó investigar la asociación temporal entre la endometriosis y los trastornos de ansiedad o depresión. Para ello, se utilizaron los datos de mujeres que buscaron asistencia médica en los periodos entre 1998 - 2009, realizándose un seguimiento hasta 2011. Las mujeres que desarrollaron un trastorno de ansiedad o depresión fueron identificadas.

En ese sentido, los investigadores, arribaron a que tanto las mujeres más jóvenes de 40 años como las mujeres mayores de 40 años con endometriosis fueron propensas a desarrollar depresión mayor y trastornos de ansiedad (Chen et al.,2016).

La limitación de dicha investigación estaría en cuanto a que la incidencia de la depresión y los trastornos de ansiedad podría no estar siendo tenida en cuenta en su totalidad, ya que estarían incluidos en el presente estudio, sólo aquellos que buscaron consulta médica y ayuda.

Si bien se requieren mayores estudios para investigar dichas patologías, se encontró que la endometriosis estaría asociada con una probabilidad elevada de desarrollar depresión y trastornos de ansiedad (Chen et al.,2016).

Warzecha et al. (2020) realizaron un estudio de cohorte en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de Medicina de Varsovia, el título del mismo fue “El impacto de la endometriosis en la calidad de vida y la incidencia de depresión: un estudio de cohorte”. La población utilizada fueron 246 mujeres que eran pacientes con diagnóstico de endometriosis y que asistieron al ambulatorio entre junio de 2017 y noviembre de 2019. El objetivo de dicha investigación fue evaluar la calidad de vida y la incidencia de la depresión en mujeres que tienen endometriosis, se analizaron los estadios de la endometriosis como así también la dependencia entre dolor pélvico y la gravedad de los síntomas presentes (Warzecha et al., 2020).

Las pacientes respondieron dos cuestionarios, por un lado el “Werfelect Cuestionario clínico” y una encuesta auto preparada sobre trastornos de infertilidad. Entre los resultados, se encontró que el 77,2% de las mujeres presentaron sintomatología relacionada a la endometriosis tal como dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia, la intensidad del dolor fue independiente de la etapa de endometriosis. En cuanto a la prevalencia de la depresión se correlaciono positivamente

con la gravedad del dolor y los síntomas relacionados con la endometriosis. Asimismo, un total de 15,1% de las mujeres tenía un diagnóstico de depresión mayor (Warzecha et al., 2020).

Facchin et al. (2015) en su estudio “Impacto de la endometriosis en la calidad de vida y la salud mental: el dolor pélvico marca la diferencia”, realizaron una investigación de tipo cuantitativa y transversal donde evaluaron a 110 pacientes diagnosticadas con endometriosis de las cuales, 78 padecían dolor y 32 no presentaban síntomas de dolor, además se incluyeron 61 controles sanos. Para dicho estudio se utilizaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-A y HADS- D), el Índice de calidad de vida relacionado con la salud mental (MCS 12) y el Índice de calidad de vida física (PCS 12).

Hallaron que las pacientes con endometriosis y que padecían dolor pélvico tenían peor calidad de vida y salud mental en comparación con las que tenían endometriosis asintomática. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas entre la endometriosis sintomática y el grupo control (Facchin et al., 2015).

En ese sentido, el dolor afecta significativamente la experiencia de endometriosis de las mujeres, por lo que el médico mediante el tratamiento de la endometriosis con dolor puede no ser suficiente y la intervención psicológica sería lo recomendado ya que cuando la endometriosis implica dolor pélvico, el tratamiento dirigido al alivio de los síntomas de dolor podría no ser suficiente, por lo que los pacientes podrían beneficiarse significativamente mediante las intervenciones psicológicas (Facchin et al., 2015).

En el mismo orden de ideas, Tejero (2018) en su trabajo titulado “Impacto psicológico, dolor y adherencia al tratamiento farmacológico en Endometriosis”, realizó una investigación cuantitativa de tipo transversal, donde participaron 126 mujeres con diagnóstico de endometriosis, el objetivo principal fue estudiar la adherencia al tratamiento farmacológico y del dolor provocado por la endometriosis en mujeres con dicha dolencia. Asimismo, se buscó investigar cómo está relacionada a su salud psicológica. Para ello, se utilizaron, el inventario SCL-90-R, el Cuestionario de Creencias Personales en Salud y una Escala Analógica Visual del Dolor. Entre los hallazgos, no se detectaron diferencias significativas entre los síntomas psicológicos y dolor según el estadio de la enfermedad, solamente se presentaron diferencias en cuanto a la ansiedad.

Por tal, si bien se ha demostrado que la sintomatología psicológica y el dolor son independientes con respecto a la gravedad de la endometriosis, en el caso de la ansiedad, sería importante prestar una adecuada atención, ya que se tornaría un factor fundamental para el diagnóstico y el adecuado tratamiento de los pacientes en cualquier gravedad de la sintomatología y no solo en los casos más severos (Tejero, 2018).

Un estudio llamado “Salud mental y calidad de vida del dolor pélvico crónico y pacientes con endometriosis” realizado en India por Kumar et al. (2010) citado en Canales Salinas (2019), persiguió el objetivo de indagar sobre aspectos de depresión y alienación de la salud mental en pacientes con dolor pélvico crónico y endometriosis, para ello se utilizó una muestra compuesta por 100 mujeres con dolor pélvico crónico, 100 pacientes diagnosticadas con endometriosis sin dolor crónico y 100 mujeres sin ninguna dolencia. Para la evaluación se utilizaron la Escala de depresión profunda Asha y la escala de Alienación. Entre los resultados obtenidos, se encontró que en las mujeres con dolor crónico pélvico se encontraron mayores signos de depresión, un alto índice de alejamiento hacia sus familiares y una calidad de vida dañada a comparación con las pacientes de endometriosis. Las pacientes con dolor crónico, mostraron una actitud pesimista, y exhibieron una marcada personalidad antisocial, baja autoestima y pésima idea de imagen personal, fatiga, falta de interés en su trabajo, disminuyendo su actividad y deseo sexual, como así también sus actividades normales a comparación de las pacientes que sufren de endometriosis sin dolor crónico en la pelvis.

Ribeiro et al. (2021) en el trabajo “Problemas psicológicos experimentados por pacientes con endometriosis intestinal en espera de cirugía”, realizaron un estudio observacional, transversal, acerca de 40 mujeres diagnosticadas con endometriosis. Para la recogida de datos se utilizaron dos cuestionarios, por un lado la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y por el otro la Escala de Modo de Enfrentamiento de Problemas. El objetivo fue evaluar las alteraciones psicológicas más habituales en mujeres con endometriosis.

Entre los resultados se halló que el 77,1% de las pacientes tenían ansiedad y depresión, siendo la ansiedad la más prevalente en un 87,5% de las mujeres afectadas por endometriosis (Ribeiro et al., 2021)

Método

El presente Trabajo Final Integrador tiene como objetivo conocer los niveles de ansiedad y depresión que poseen las mujeres de entre 18 y 49 años con diagnóstico de endometriosis y residen tanto en la Provincia de Buenos Aires como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para llevar adelante la investigación, se realizó un estudio empírico, y se trabajó con un diseño no experimental, cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal.

Los estudios descriptivos buscan la especificación de las características y perfiles de grupos, personas, comunidades o cualquier fenómeno que pueda ser sometido a análisis y pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. A su vez, los estudios correlacionales tienen como finalidad conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, o variables en una muestra o contexto particular, asimismo, lo que se intenta es predecir el valor aproximado que podría tener un grupo de individuos o casos de una variable, partiendo del valor que poseen las variables relacionadas. Por otro lado, los estudios transversales tienen como característica que la recolección de datos se realiza en un único momento (Hernández Sampieri, et al., 2014)

Población

Se seleccionó una muestra no probabilística, conformada por 110 mujeres con diagnóstico de endometriosis, con edades comprendidas entre los 18 a 49 años, donde la media de edad es de $35,9 \pm 6,2$, que residen en la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Criterios de inclusión y exclusión

No quedarán incluidos en este estudio personas del sexo masculino, personas que no posean diagnóstico confirmado de endometriosis, que sean menores de 18 años y mayores de 49 años, y que no residan en la provincia de Buenos Aires ni en Capital Federal.

Instrumentos y procedimientos

Procedimiento

Se realizó la recolección de datos a través de un cuestionario sociodemográfico y se agregaron preguntas ad-hoc. En dicho cuestionario se utilizaron El Inventario de Ansiedad de Beck (Beck y Steel, 1993) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996).

Para la administración de los instrumentos de la muestra seleccionada se estableció el contacto a través de diferentes medios con mujeres diagnosticadas con endometriosis. Los cuestionarios fueron difundidos en grupos de Facebook entre ellos “Endometriosis Argentina”, “Afectadas por la Endometriosis”, “Nuestra vida con endometriosis y “Con(Vivir) Endometriosis”; en la red social Instagram en perfiles como “EndoHermanas Argentina”, “EndoHermanas La Plata”, “Pacientes Argentinas con Endometriosis” y mediante WhatsApp en diferentes grupos de mujeres con endometriosis. Asimismo, se contactó por mail a la organización “Sociedad Argentina de Endometriosis” quienes difundieron dicho cuestionario entre sus pacientes.

El cuestionario fue realizado y enviado vía Google Forms. El mismo, incluyó el consentimiento informado como primer paso antes de contestar las siguientes preguntas formuladas en el instrumento.

Para proceder con el desarrollo del análisis de los datos obtenidos, se realizó la calificación e interpretación de los instrumentos aplicados, por medio de los cuales se obtuvieron los resultados que posteriormente se ordenaron en el programa de Excel.

El siguiente paso que se realizó fue el análisis cuantitativo de las variables tanto sociodemográficas como las de ansiedad y depresión, para dar cumplimiento con los objetivos de la investigación por medio del programa estadístico SPSS.

Descripción del instrumento

A continuación, se procede a describir los instrumentos seleccionados para la recolección de la información requerida para la investigación del presente trabajo.

El Inventario de Ansiedad de Beck, (BAI), es una escala de 21 ítems, plasmados en un cuestionario de autoadministración que se utiliza para medir la ansiedad en adultos y adolescentes. Dicho inventario describe la sintomatología emocional, cognitiva y fisiológica propios de la ansiedad (Beck y Steel, 1993).

Cada ítem del BAI recolecta un síntoma de ansiedad, en ese sentido la persona debe valorar el nivel en el cual se ha visto afectado por el mismo durante la última semana puntuando desde 0 entendido como “nada en absoluto” hasta 3 comprendido como “gravemente, casi no podía soportarlo (Beck y Steel, 1993).

La puntuación del BAI se da mediante la suma de las puntuaciones dada por el evaluado en cada uno de los 21 ítems. Dichas totales puntuaciones pueden ir de 0 a 63 (Beck y Steel, 1993).

Para interpretar dichos puntajes totales se consideran puntajes de corte que comprenden:

Nivel mínimo de ansiedad: 0-7

Nivel leve de ansiedad: 8-15

Nivel moderado de ansiedad: 16-25

Nivel grave de ansiedad: 26-63

El Inventario de Depresión de Beck, (BDI - II), fue creado por Aaron Beck, es un cuestionario que se utiliza para medir la depresión en adultos y adolescentes. Dicho inventario mide los síntomas típicos de la depresión y consta de 21 ítems, los que indican síntomas como tristeza, pérdida de placer, llanto, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, desvalorización entre otros. Los indicios se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo depresivo del DSM-IV y CIE-10 (Beck, Steer y Brown, 1996).

El BDI-II es un instrumento de fácil aplicación, se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral y puede ser aplicado entre 5 y 10 minutos. Sin embargo, los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos pueden tardar más tiempo en completarlo (Beck, Steer y Brown, 1996).

Las indicaciones para su administración, requieren que las personas evaluadas elijan las afirmaciones más características que cubren el cuadro temporal de las últimas dos semanas. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones se obtienen mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems (Beck, Steer y Brown, 1996).

El manual del instrumento mencionado, no contiene baremos, por lo que para la traducción de puntuaciones se utilizan puntos de corte. Las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son 0 y 63 ya que se han establecido como cortes y permiten clasificar a los evaluados en uno de los cuatro niveles que pueden resultar:

Depresión mínima: 0–13.

Depresión leve: 14–19.

Depresión moderada: 20-28.

Depresión grave: 29-63.

Asimismo, se brindó el consentimiento informado donde se explicitó que la participación sería confidencial y de carácter voluntario, donde la participante podría abandonar la actividad en cualquier momento si así lo deseara (Losada, 2014).

Resultados

Teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis planteadas, se detallan brevemente los resultados encontrados. En el presente estudio, se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos de los datos.

Los resultados que se presentan a continuación están organizados de la siguiente manera: inicialmente se indicó un análisis sociodemográfico, que permitió caracterizar la muestra poblacional.

El estudio se centró en una muestra de 110 mujeres que residen en la provincia de Buenos Aires y Capital Federal, con rango etario comprendidas entre los 20 y los 49 años (Media = 35,90; Ds 6,28). Un 31% de la muestra era residente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el 69% restante en la provincia de Buenos Aires. En cuanto al nivel educativo, un 42, 73% completó la formación universitaria, un 24, 55% estudios terciarios, el 30, 91 nivel secundario y solo el 1,82 el nivel primario. Tabla 1, figura 1, figura 2.

Tabla 1.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	110	20	49	35,90	6,28

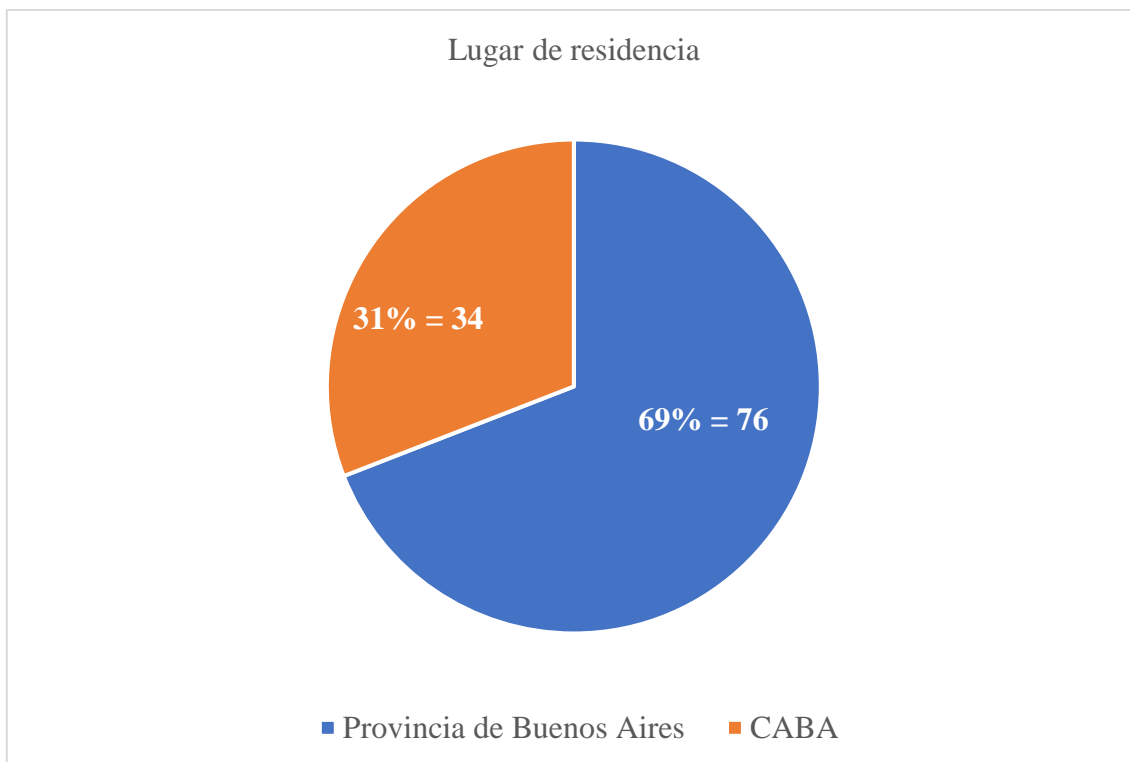


Figura 1

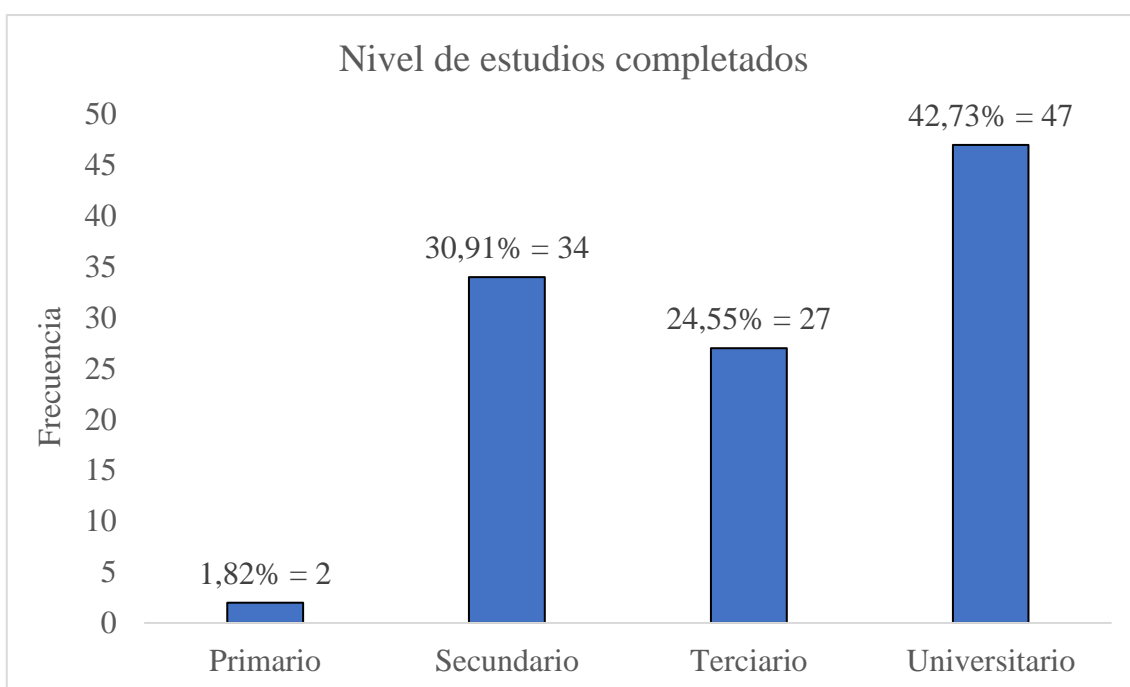


Figura 2

Seguidamente se indagó sobre el tiempo de demora ante la aparición del primer síntoma, el 39,09% (43 mujeres) de la muestra obtuvo su diagnóstico en los primeros cinco años, el 24,45% (28 mujeres) entre el quinto y décimo año, y 35,45% (39 mujeres) luego de los 10 años

posteriores al primer síntoma. De la muestra total, el 71,82% posee dolor crónico en la pelvis, de las cuales el 47,27% (52 mujeres) con un grado severo de dolor. Figura 3, figura 4, figura 5.

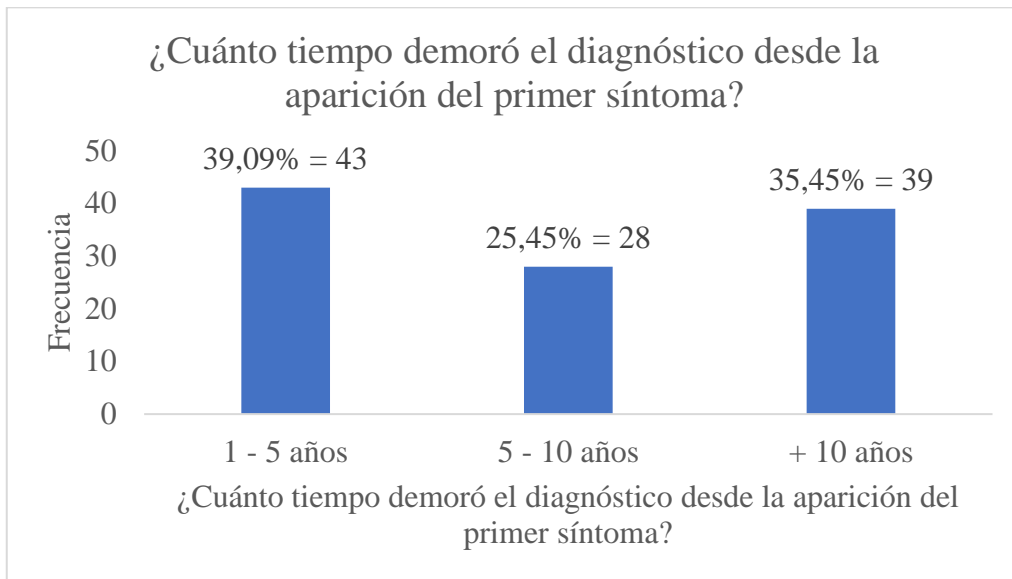


Figura 3

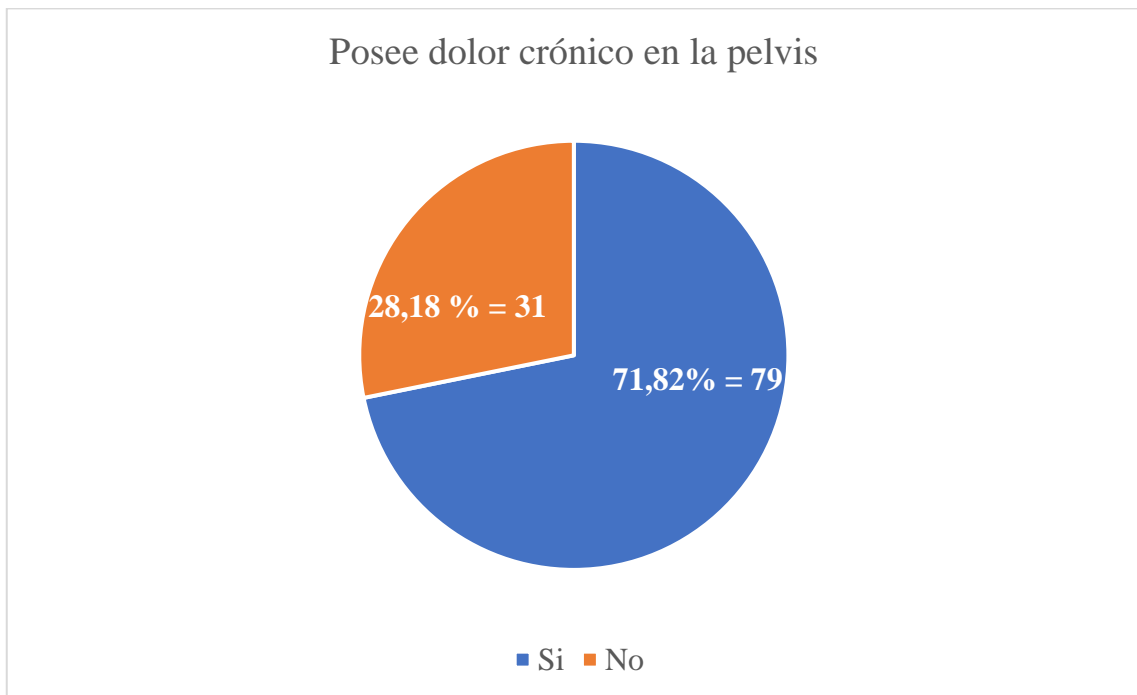


Figura 4

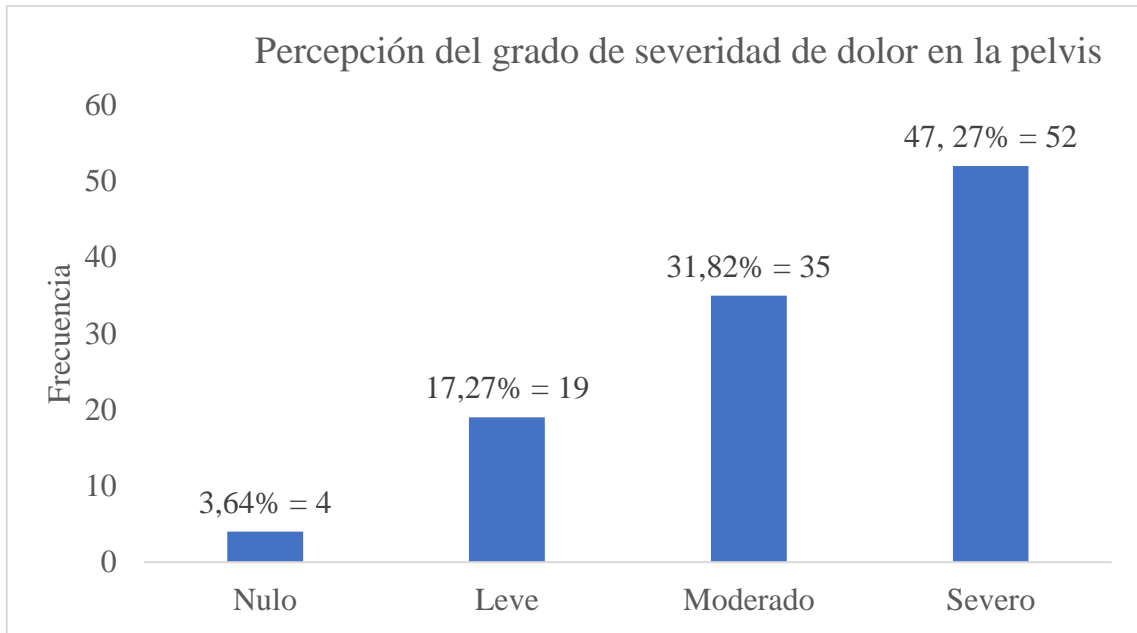


Figura 5

Si bien un 95,45% (105 mujeres) afirma que la endometriosis les causó un impacto psicológico, solo un 32,73% (36 mujeres) de las participantes indagadas reciben acompañamiento psicológico. Del 67,27% (74 mujeres), el 40,95% (45 mujeres) respondió que la razón por la cual no reciben acompañamiento psicológico es porque no les explicaron ni les ofrecieron la posibilidad de dicho acompañamiento. Figura 6, figura 7, figura 8.

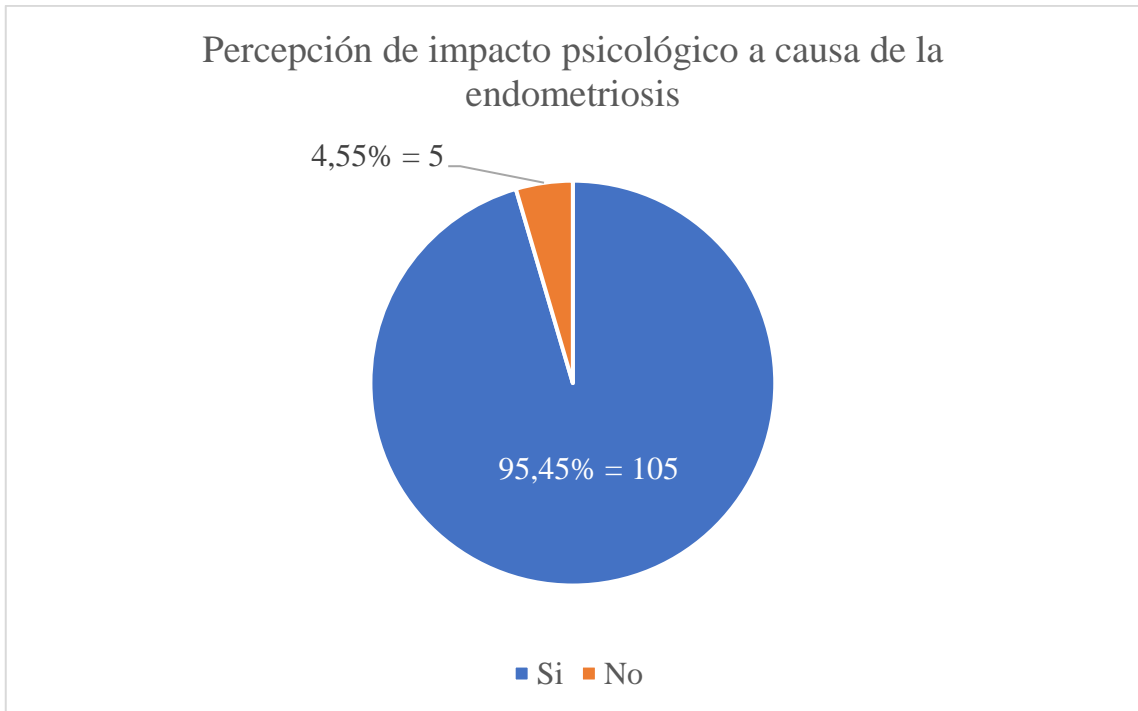


Figura 6



Figura 7

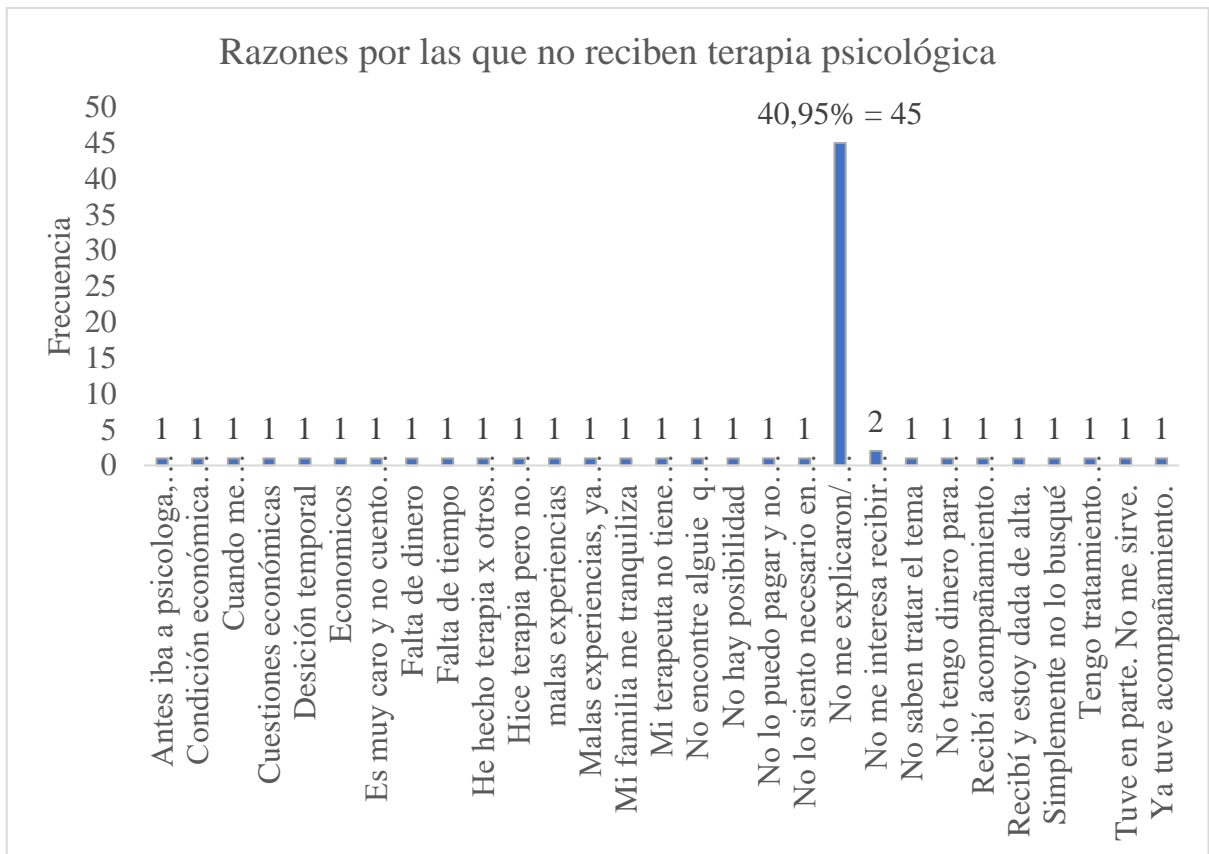


Figura 8

En cuanto al acompañamiento familiar recibido, un 77,27% (85 mujeres) respondieron afirmativamente, mientras que el resto aseguró no recibir apoyo de ningún tipo. Figura 9.

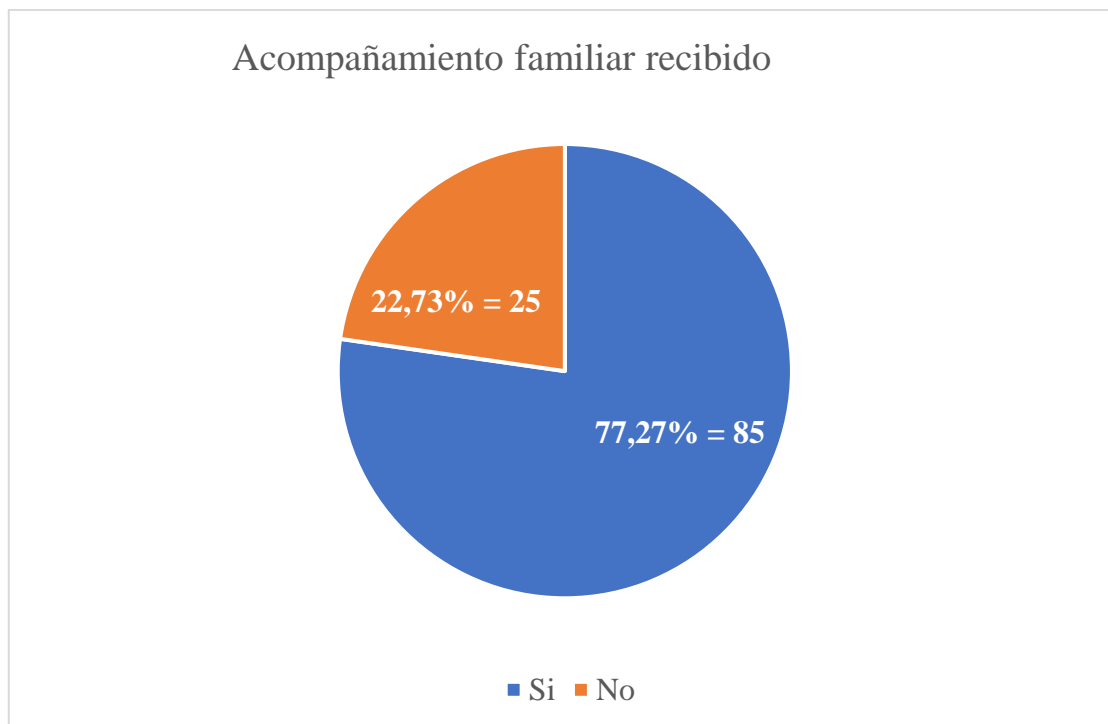


Figura 9

Posteriormente, se presentan estadísticos descriptivos de los niveles de ansiedad y depresión hallados en la muestra.

Los niveles de ansiedad encontrados en las participantes arrojaron que un 43,64% (48 mujeres) presenta ansiedad grave, y un 20,09% (32 mujeres) ansiedad moderada, es decir que un total de 63,73% de las mujeres encuestadas tiene un nivel clínicamente significativo para ansiedad. Con respecto a los niveles de depresión, se arribó que un 40,91 (45 mujeres) posee depresión grave, y un 20,09% (32 mujeres) depresión moderada, siendo así que el 61% tiene depresión clínicamente significativa. Tabla 2, figura 10, figura 11.

Tabla 2.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	110	20	49	35,90	6,287
Ansiedad total	110	0	57	24,78	13,072
Depresión total	110	2	51	25,66	11,119
N valido (por lista	110				

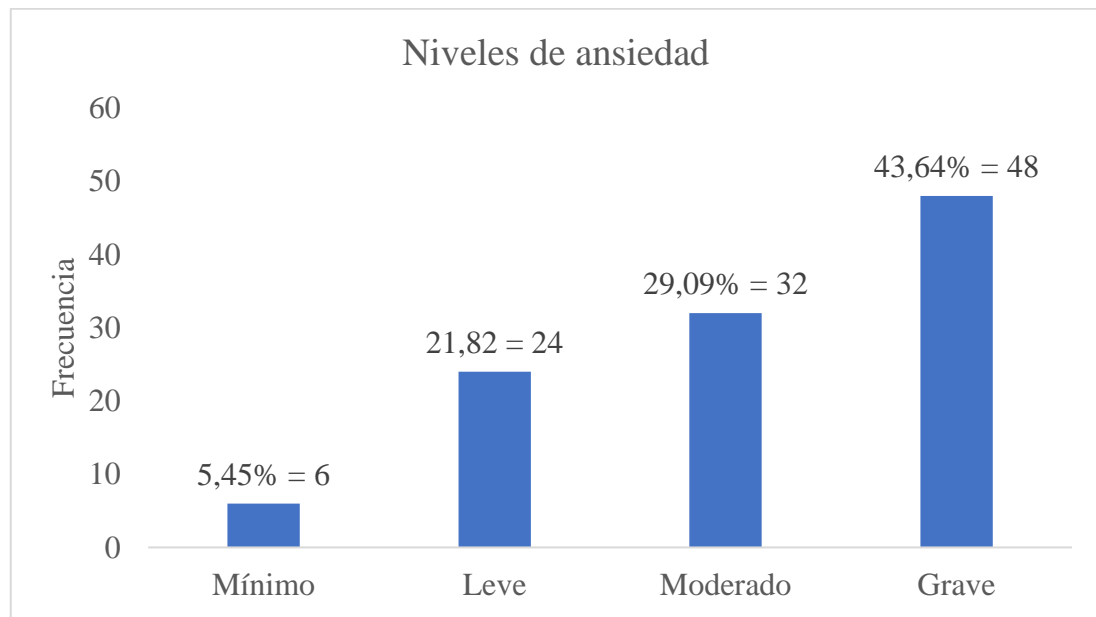


Figura 10

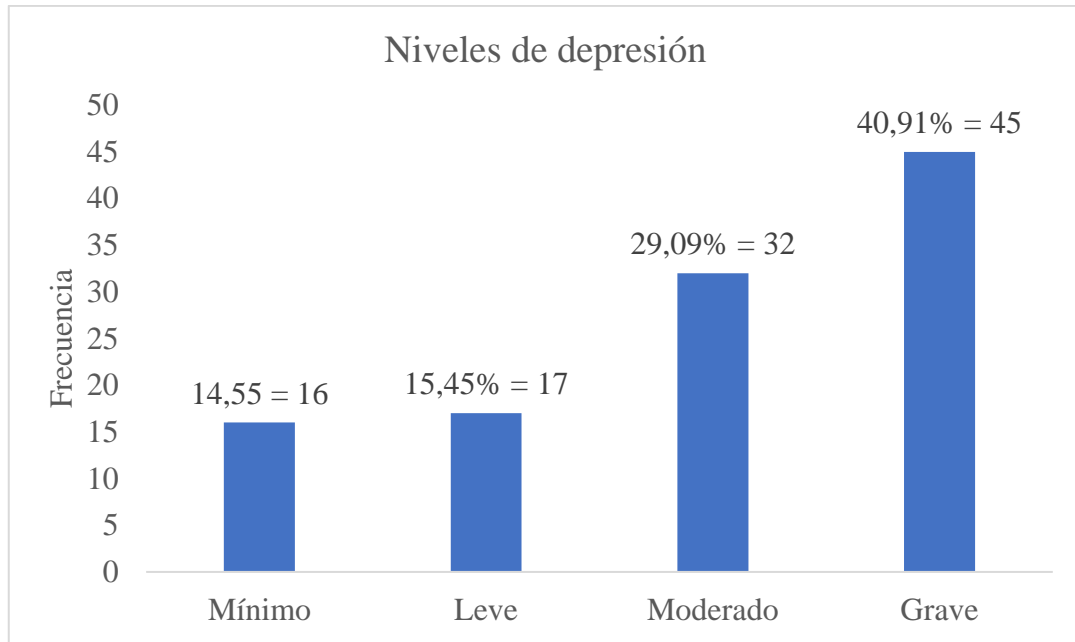


Figura 11

Con respecto a los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres que recibían acompañamiento psicológico y las que no lo recibían, se encontró que las que reciben acompañamiento psicológico presentan en cuando a los niveles de ansiedad una media de 23,58, y las que no una media de 25,36. En los niveles de depresión la media de las participantes que no reciben acompañamiento psicológico es de 24,83 y la media hallada en las que no reciben apoyo psicológico fue de 26,07. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que reciben terapia psicológica que las que no la reciben. Hipótesis de investigación descartada. Tabla 4, Tabla 5 y figura 12.

Tabla 4

	¿Recibís acompañamiento psicológico?	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Ansiedad total	Si	36	23,58	13,421	2,237
	No	74	25,36	12,952	1,506
Depresión total	Si	36	24,83	11,070	1,845
	No	74	26,07	11,196	1,302

Tabla 5

Diferencias entre los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que reciben acompañamiento psicológico y las que no reciben acompañamiento psicológico.

	Si recibe acompañamiento		No recibe acompañamiento		gl	t	p
	M	DE	M	DE			
Ansiedad	23,58	13,421	25,36	12,952	108	-,669	,505
Depresión	24,83	11,070	26,07	11,196	108	-,544	,587

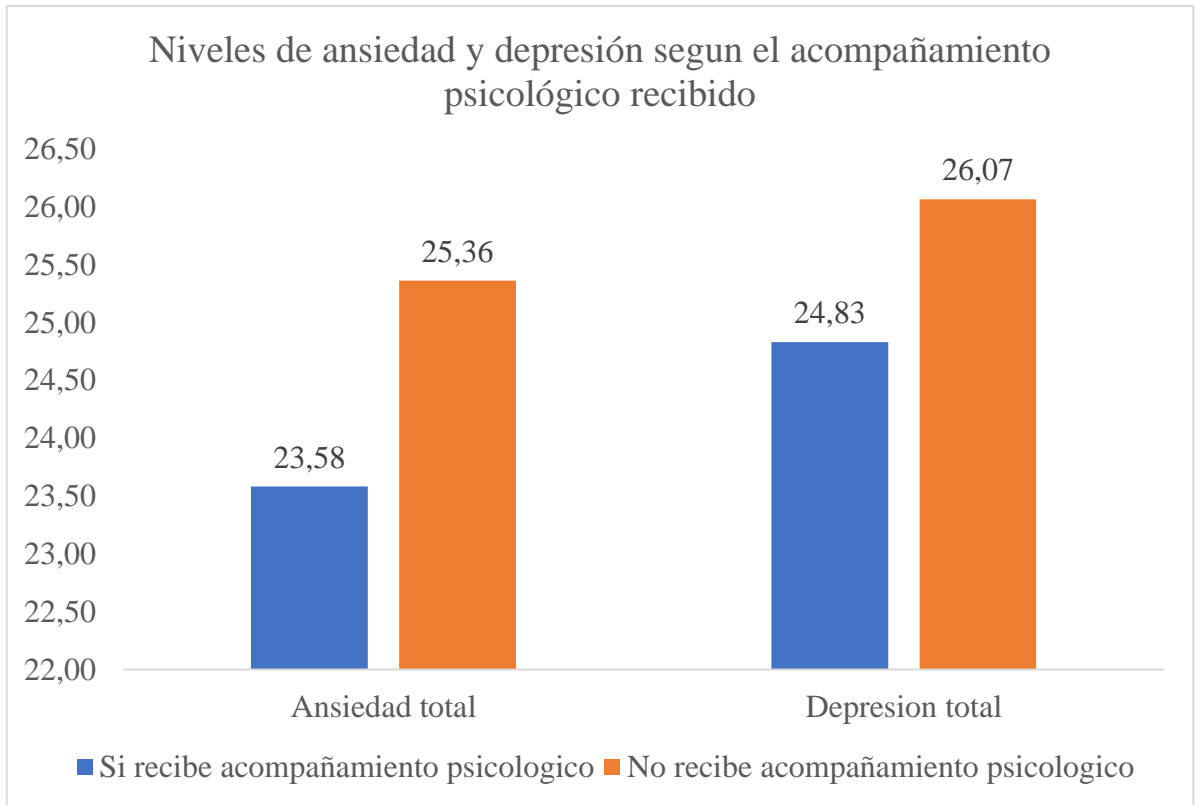


Figura 12

Con respecto a la diferencia de grupos sobre los niveles de ansiedad y depresión entre las mujeres que reciben apoyo familiar y las que no lo reciben se arribó a que en los niveles de ansiedad no hay diferencias significativas en cuando al apoyo recibido. Pero en los niveles de depresión hay diferencias. En ese sentido, el contacto familiar es importante en el estado psicológico de las mujeres con endometriosis. Tabla 6, Tabla 7, Figura 13

Tabla 6

¿Recibís apoyo de tu familia y/o entorno cercano?					
		N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Ansiedad total	Si	85	24,96	13,420	1,456
	No	25	24,16	12,051	2,410
Depresión total	Si	85	23,74	10,996	1,193
	No	25	32,20	8,986	1,797

Diferencias entre los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que reciben apoyo familiar y las que no.

Tabla 7

	Si recibe apoyo familiar		No recibe apoyo familiar		gl	t	p
	M	DE	M	DE			
Ansiedad	24,96	13,420	24,16	12,051	108	,269	,788
Depresión	23,74	10,996	32,20	8,986	108	-3,513	,001

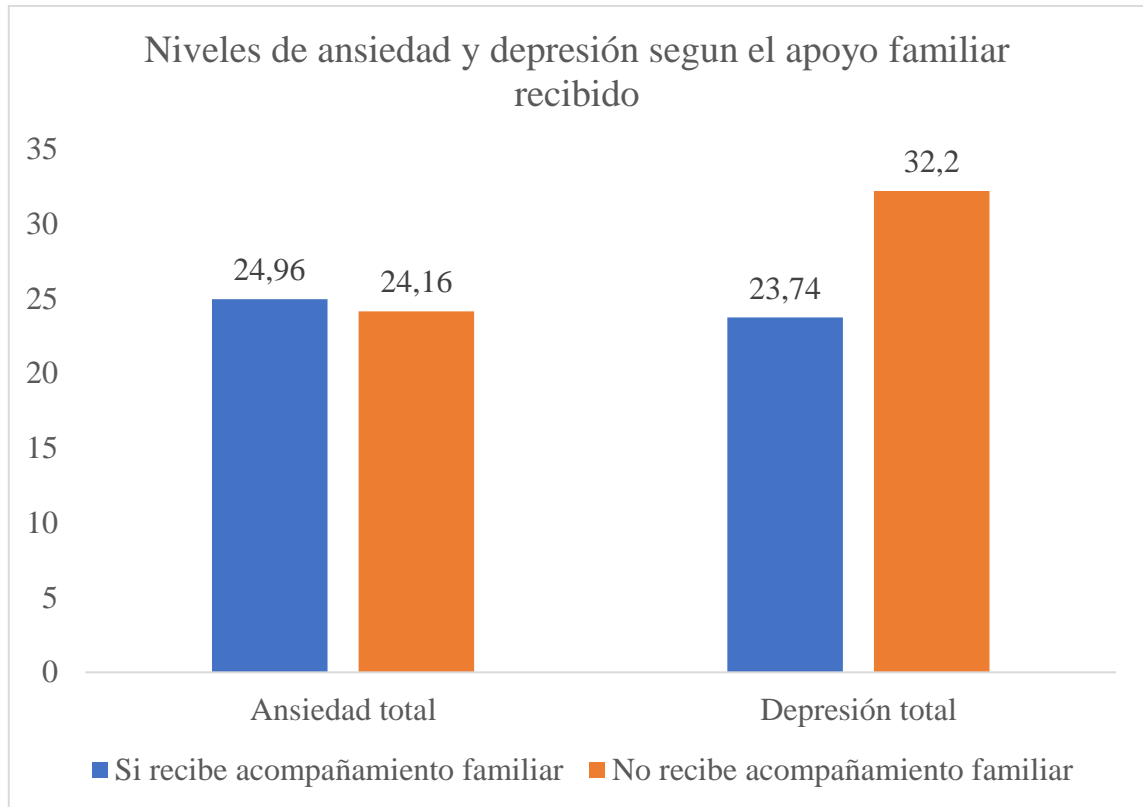


Figura 13

Para determinar si existían diferencias de niveles de ansiedad y depresión según el grado de severidad de dolor se llevó a cabo un análisis Anova de una vía, donde se demostró que no existían diferencias significativas entre ellos. Tabla 3, figura 14

Tabla 3.

		Suma de cuadrados	Gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Ansiedad total	Entre grupos	724,653	3	241,551	1,430	,238
	Dentro de grupos	17902,111	106	168,888		
	Total	18626,764	109			
Depresión total	Entre grupos	558,097	3	186,032	1,526	,212
	Dentro de grupos	12918,458	106	121,872		
	Total	13476,555	109			

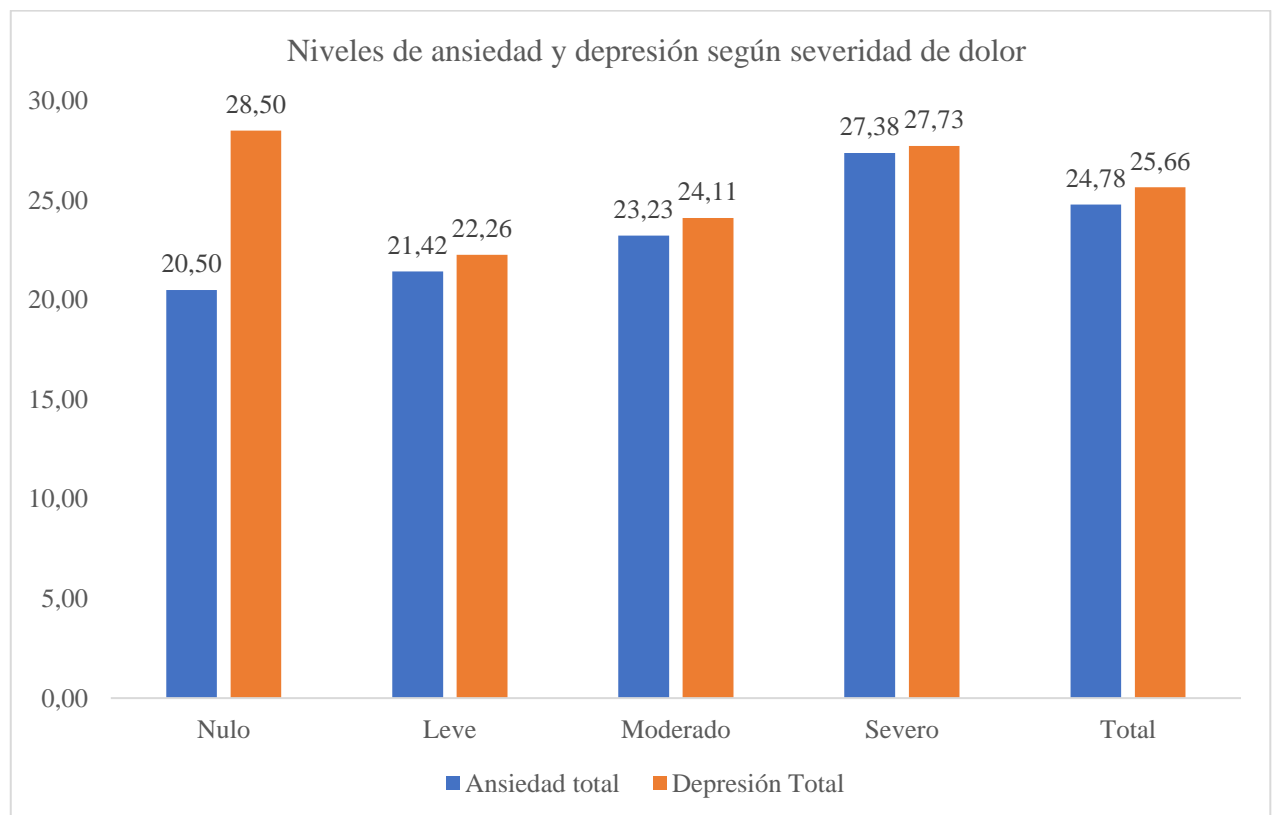


Figura 14

Discusión

Por medio de la investigación realizada, fue posible cumplir con los objetivos planteados. Inicialmente con el de determinar los niveles de ansiedad y depresión que presentan las mujeres de 18 a 49 años con diagnóstico de endometriosis que residen en la provincia de Buenos Aires y Capital Federal, mediante la aplicación de los instrumentos BAI y BDI – II, que fueron administrados a una muestra representativa de 110 mujeres. Los resultados permitieron evidenciar el porcentaje de ansiedad y depresión que poseen dichas mujeres y de esta manera se vio reflejado el estado de salud mental de las mismas.

Según los datos recogidos el 63,73% de la muestra tiene niveles entre moderados a graves de ansiedad, y el 61% tiene niveles entre moderados a graves de depresión, ambos clínicamente significativos. El 71,82% posee dolor crónico en la pelvis, de las cuales un 47,27% lo percibe de manera severa.

Se encuentra relación con varios autores que han investigado las variables tales como Ribeiro et al. (2021) quienes hallaron en su investigación, que el 77,1% de las pacientes tenían ansiedad y depresión, siendo la ansiedad la más prevalente en un 87,5% de las mujeres afectadas por endometriosis.

Asimismo, y en concordancia, Lagañá et al. (2015) hallaron que las mujeres con endometriosis se caracterizan por altos niveles de ansiedad y lo que devendría en una disminución significativa en la calidad de vida.

Chen et al. (2016), arribaron a que tanto las mujeres más jóvenes de 40 años como las mujeres mayores de 40 años con endometriosis fueron propensas a desarrollar depresión mayor y trastornos de ansiedad.

En el mismo orden de ideas, Estes et al. (2021), encontraron que las mujeres con endometriosis tenían una tasa más alta de ansiedad clínicamente significativa, y de depresión que las que no poseen dicha enfermedad. Asimismo, el estudio demostró que las mujeres con endometriosis eran más propensas a desarrollar las patologías mentales mencionadas que las que no padecen endometriosis.

Friedl et al. (2015) hallaron entre sus resultados que las afectadas por endometriosis poseían síntomas de ansiedad moderados a severos en un 29% y presentaban sintomatología depresiva en el 14,5% del total de la muestra.

Por lo dicho, se encuentra relación con los autores mencionados, con respecto a los porcentajes arribados como así también a los niveles clínicamente significativos encontrados en la muestra participante. Por lo que podría afirmarse que la endometriosis además de sintomatología física, presentaría síntomas psicológicos como ansiedad y depresión en quienes la padecen.

Por otra parte, un 95,45% de la muestra respondió que tener endometriosis causó en sus vidas un impacto emocional. Solo un 32,73% de las participantes indagadas reciben acompañamiento psicológico. El 40,95% que no recibe acompañamiento, respondió que la razón es porque no les explicaron ni les ofrecieron la posibilidad de dicho acompañamiento. Si bien no se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que reciben terapia psicológica que las que no, diversos autores afirman que aunque se ha demostrado que la sintomatología psicológica y el dolor son independientes con respecto a la gravedad de la endometriosis, en el caso de la ansiedad, sería importante prestar una adecuada atención para el diagnóstico y su adecuado tratamiento (Tejero, 2018), por lo tanto, si el dolor afecta significativamente la experiencia de endometriosis de las mujeres, el tratamiento solamente medico podría no ser suficiente, en ese sentido incorporar la intervención psicológica sería lo recomendado ya que las pacientes podrían beneficiarse significativamente (Facchin et al., 2015).

En ese sentido el abordaje adecuado sería integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos como también los psíquicos que se presentan.

Un 77,27 % refirió que recibe apoyo familiar, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos que reciben apoyo de su familia de los que no, solo en los niveles de depresión hay diferencias entre el apoyo recibido. En relación a Kumar et al., (2010), indicaría que en mujeres con depresión se encontró un índice elevado de alejamiento hacia sus familiares, lo que empeoró su calidad de vida.

En ese sentido, el contacto familiar es importante en el estado psicológico de las mujeres con endometriosis. Asimismo, el apoyo familiar recibido es un fenómeno poco estudiado por lo que se necesitan más investigaciones al respecto.

En el cruce de variables, no se han encontrado diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión según el grado de severidad de dolor. Lo que concuerda con lo hallado por Tejero (2018) donde en su investigación no se encontraron diferencias significativas entre los síntomas psicológicos y dolor según el estadio de la enfermedad, pero se presentaron algunas diferencias en cuanto a los niveles de ansiedad. Por su parte Facchin et al. (2015) hallaron que las pacientes con endometriosis y que padecían dolor pélvico tenían peor calidad de vida y salud mental en comparación con las que tenían endometriosis asintomática. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas entre la endometriosis sintomática y el grupo control.

En ese sentido, el dolor afecta la experiencia de endometriosis de las mujeres, por lo que el médico mediante el tratamiento de la endometriosis con dolor puede no ser suficiente y la intervención psicológica sería lo recomendado. En ese sentido, cuando la endometriosis implica dolor pélvico, el tratamiento dirigido al alivio de los síntomas de dolor podría no ser suficiente, por lo que los pacientes podrían beneficiarse significativamente mediante las intervenciones psicológicas.

Aportes y contribuciones de la investigación,

El eje principal de la presente investigación fue analizar el impacto psicológico de la endometriosis dentro de la provincia de Buenos Aires y Capital Federal.

Dicho trabajo aporta información sobre el estado psicológico de las mujeres que padecen endometriosis, un tema que no se ha estudiado en Argentina, y que es poco estudiado a nivel mundial.

Asimismo, demuestra la importancia de informar a los pacientes sobre la posibilidad de un tratamiento psicológico que acompañe al tratamiento físico. Por otro lado, arroja información sobre el impacto del acompañamiento familiar y la incidencia de este en los niveles de ansiedad y depresión.

Limitaciones de la investigación.

En la presente investigación, se redujo la muestra a la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aunque la posibilidad del cuestionario permite tomar otras provincias.

Futuras Líneas

Quedará para futuras investigaciones trabajar con una muestra mayor, abordando temáticas como el apoyo familiar y el acompañamiento psicológico recibido, ya que resulta importante seguir indagando sobre la temática debido a que hay pocos estudios dedicados a esta enfermedad y su relación con los aspectos psicológicos.

Asimismo se abre la posibilidad de que se efectúen nuevas investigaciones y aportes sobre el impacto psicológico de las personas con endometriosis para proyectar tratamientos integrales donde se tengan en cuenta aspectos físicos pero además aspectos psicológicos en pos de una mejor calidad de vida.

Referencias

- Álvarez, P. A. (2012). La endometriosis: una enfermedad que sigue siendo enigmática. *Anales (Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana)*, (13), 6-15.
https://www.uv.es/ramcv/2012/VI.I.07_01_Dr._Acien.pdf
- American Psychiatric Association (s/f). Depression. <https://www.apa.org/topics/depression>
- American Psychiatric Association (2017). Superando la depresión.
<https://www.apa.org/topics/depression/trastornos-depresivos#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20consiste%20en%20una,grandes%20posibilidades%20de%20tratamiento%20eficaz>
- American Psychological Association (2017). “Mas allá de la preocupación”.
<https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion>
- Organización Mundial de la Salud (2015). “Depresión y otros trastornos mentales comunes”.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Beck, A., & Alford, B. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory–II*. Psychological assessment.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1993). Beck anxiety inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Canales Salinas, D. F. (2019). El deterioro psicológico, a consecuencia de un padecimiento de endometriosis en mujeres trabajadoras adultas de 40 a 45 años del sector socioeconómico B, de la ciudad de Lima Metropolitana. <https://repositorio.usil.edu.pe/items/f9355f36-593d-454c-bd45-19062f6e4ee5>
- Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclee de Brouwer.

- Chen, L. C., Hsu, J. W., Huang, K. L., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., ... & Chen, M. H. (2016). Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: a longitudinal follow-up study. *Journal of affective disorders*, 190, 282-285. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715300896>
- Estes, S. J., Huisinigh, C. E., Chiuve, S. E., Petruski-Ivleva, N., & Missmer, S. A. (2021). Depression, anxiety, and self-directed violence in women with endometriosis: A retrospective matched-cohort study. *American journal of epidemiology*, 190(5), 843-852. <https://academic.oup.com/aje/article/190/5/843/5979508?login=false>
- Ezpeleta, L. & Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Ediciones Pirámide.
- Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(4), 135-141. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/0167482X.2015.1074173>
- FASGO (2019). Actualización de Consenso de Ginecología 2019 – Endometriosis. [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion de Consenso Endometriosis 2019.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_de_Consenso_Endometriosis_2019.pdf)
- Friedl, F., Riedl, D., Fessler, S., Wildt, L., Walter, M., Richter, R., & Böttcher, B. (2015). Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective. *Archives of gynecology and obstetrics*, 292(6), 1393-1399. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-015-3789-8>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 4ta edición. Mc Graw Hill.
- Hernández Tejero, A. M. (2018). Impacto psicológico, dolor y adherencia al tratamiento farmacológico en Endometriosis. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/8858/Impacto%20psicologico,%20dolor%20y%20adherencia%20al%20tratamiento%20farmacologico%20en%20Endometriosis.pdf?sequence=1>

- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2019). Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
- Laganà, A. S., Condemni, I., Retto, G., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Zoccali, R. A., & Cedro, C. (2015). Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 194, 30-33. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211515002766>
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. En Kerman, B & Rodríguez Ceberio, M. E. *En búsqueda de las ciencias de la mente*. Editorial Universidad de Flores.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Gran Vía, 27 28013 Madrid España. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/sanidad/guia_de_practica_clinica_para_el_manejo_de_pacientes_con_trastornos_de_ansiedad_en_atencion_primaria_guia_rapida.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2021). Endometriosis. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Depression. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Parasar, P., Ozcan, P., & Terry, K. L. (2017). Endometriosis: epidemiology, diagnosis and clinical management. *Current obstetrics and gynecology reports*, 6(1), 34-41.
- Quintero, M. F., Vinaccia, S., y Quiceno, J. M. (2017). Endometriosis: Aspectos Psicológicos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 447-452. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000400447&script=sci_arttext
- Requena A., Barranquero M., Arrones S. y Salvador Z. (2018) La menstruación retrógrada. <https://www.reproduccionasistida.org/endometriosis/menstruacion-retrograda/>

- Ribeiro M, Andresa M, Da Costa B., Lobão A., Pereira C. Galvão P. (2021). Psychological Problems Experienced by Patients with Bowel Endometriosis Awaiting Surgery. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.*, pp. 676-681.
<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/RQB8prQNDpfYV4Dq4g8SWMP/?lang=en#>
- Ridley, J. H., & Edwards, I. K. (1958). Experimental endometriosis in the human. *American journal of obstetrics and gynecology*, 76(4), 783-790.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002937858900115>
- Rodríguez Roig, E. (2019). Impacte de l'endometriosi en la salut mental i emocional de la dona: un estudi qualitatiu. https://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/ca_TFG2265.html
- Sampson, J. A. (1921). Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary: their importance and especially their relation to pelvic adenomas of endometrial type (adenomyoma of the uterus, rectovaginal septum, sigmoid.). *Archives of Surgery*, 3(2), 245-323.
<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/536143>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología iberoamericana*, 21(2), 19-28.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es
- Hernández Tejero, A. M. (2018). *Impacto psicológico, dolor y adherencia al tratamiento farmacológico en Endometriosis.*
- Warzecha, D., Szymusik, I., Wielgos, M., & Pietrzak, B. (2020). *The impact of endometriosis on the quality of life and the incidence of depression—A cohort study.* *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3641.
<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3641>

Anexos

Cuestionario Google Forms utilizado para la administración de las preguntas sociodemográficas y los instrumentos Inventario para Ansiedad de Beck e Inventario para Depresión de Beck. Se encuentra al principio del mismo el consentimiento informado utilizado.

Cuestionario

El presente cuestionario es parte de una investigación que persigue como finalidad realizar una Tesis de Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Flores. El objetivo es indagar sobre los niveles de ansiedad y depresión que presentan las mujeres de entre 18 y 49 años que viven con endometriosis. La participación es anónima y es de carácter voluntario.

***Obligatorio**

1. **CONSENTIMIENTO INFORMADO** *

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean conocer el impacto psicológico con respecto a los niveles de ansiedad y depresión que tienen las mujeres que padecen endometriosis. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es determinar e indagar sobre los niveles de ansiedad y depresión que tienen las mujeres de entre 18 y 49 años que padecen endometriosis, y residen en la provincia de Buenos Aires y Capital Federal. Si el acompañamiento psicológico influye en los niveles de ansiedad y depresión. Obtener información sobre si reciben apoyo de su familia y/o entorno más cercano, como así también si el nivel de dolor que experimentan influye en los niveles de ansiedad y depresión que presentan.

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología de la Universidad de Flores y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar
Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Marca solo un óvalo.

Acepto

2. Lugar de residencia *

Marca solo un óvalo.

- Provincia de Buenos Aires
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

3. Edad *

4. Nivel de estudios completado *

Marca solo un óvalo.

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

5. ¿Tenés un diagnóstico de endometriosis confirmado? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

6. ¿Cuánto tiempo demoró el diagnóstico desde la aparición del primer síntoma? *

Marca solo un óvalo.

- 1 a 5 años
- 5 - 10 años
- + 10 años

7. ¿Tenés dolor crónico en la pelvis? *

Marca solo un óvalo.

Si

No

8. Generalmente, ¿Qué grado de severidad de dolor sentís en la pelvis? *

Marca solo un óvalo.

Nulo

Leve

Moderado

Severo

9. ¿Recibís acompañamiento psicológico? *

Marca solo un óvalo.

Si

No

10. Si la respuesta es no, ¿Por qué razón?

Marca solo un óvalo.

No me explicaron/ ofrecieron la posibilidad de recibir acompañamiento psicológico

No me interesa recibir acompañamiento psicológico

Otros: _____

11. ¿Consideras que tener endometriosis te causó un impacto psicológico? *

Marca solo un óvalo.

Si

No

12. ¿Recibis apoyo de tu familia y/o entorno cercano para afrontar la endometriosis? *

Marca solo un óvalo.

Si

No

13. Escala BAI

*

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 se corresponda:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

Marca solo un óvalo por fila.

	0	1	2	3
Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Temblores generalizados o estremecimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudoración (No debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala BDI II

Por último, le pedimos responda a este Cuestionario. Por favor lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente y marque en cada grupo, lo que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

14. Tristeza *

Marca solo un óvalo.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Me siento triste todo el tiempo.
- 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

15. **Pesimismo ***

Marca solo un óvalo.

- 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro
- 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

16. **Fracaso ***

Marca solo un óvalo.

- 0. No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

17. **Perdida de Placer ***

Marca solo un óvalo.

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

18. Sentimiento de Culpa *

Marca solo un óvalo.

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.

19. Sentimiento de Castigo *

Marca solo un óvalo.

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

20. Disconformidad con uno mismo. *

Marca solo un óvalo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

21. Autocrítica *

Marca solo un óvalo.

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

22. Pensamientos o Deseos Suicidas *

Marca solo un óvalo.

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

23. Llanto *

Marca solo un óvalo.

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

24. **Agitación ***

Marca solo un óvalo.

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

25. **Pérdida de Interés ***

Marca solo un óvalo.

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

26. **Indecisión ***

Marca solo un óvalo.

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

27. Desvalorización *

Marca solo un óvalo.

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

28. Pérdida de Energía *

Marca solo un óvalo.

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

29. Cambios en los Hábitos de Sueño *

Marca solo un óvalo.

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

30. Irritabilidad *

Marca solo un óvalo.

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

31. Cambios en el Apetito *

Marca solo un óvalo.

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

32. Dificultad de Concentración *

Marca solo un óvalo.

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

33. Cansancio o Fatiga *

Marca solo un óvalo.

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

34. Pérdida de Interés en el Sexo *

Marca solo un óvalo.

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios