



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2018-2019

Trabajo Fin de Máster

Factores psicológicos, calidad de vida, y función sexual en una muestra de mujeres con diagnóstico de endometriosis



Autora: María Pérez Sánchez
Tutora: Maria del Carmen Neipp
López

Convocatoria: Junio 2019

Resumen

La endometriosis es una enfermedad estrógeno-dependiente que genera distintos grados de dolor crónico. Aunque es considerada una enfermedad moderna y la bibliografía sobre problemas psicológicos asociados disponible es aún escasa, ésta apunta a que puede repercutir negativamente en la salud mental y en la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

Objetivos. Se evaluó la prevalencia de ansiedad, depresión, niveles de calidad de vida y disfunción sexual en un grupo de mujeres diagnosticadas de endometriosis (n=64). Se analizaron posibles correlaciones de estas variables entre sí, y se estudiaron posibles asociaciones de las mismas con los años de retardo del diagnóstico, diagnóstico de infertilidad, y operaciones por las que pasó la muestra como variables predictoras. **Método.** Para la evaluación se utilizaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias (HADS), el Cuestionario de Salud SF Abreviado (SF-12), y el Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). **Resultados.** Se encontraron prevalencias altas en la muestra de ansiedad, depresión, calidad de vida por debajo de la media poblacional, y disfunción sexual. Estas variables correlacionaron entre sí. No se encontraron diferencias significativas entre estas variables y los años de retardo diagnóstico, diagnóstico de infertilidad y operaciones superadas.

Palabras clave: endometriosis, ansiedad, depresión, calidad de vida, disfunción sexual.

Abstract

Endometriosis is an estrogen-dependent disease that generates different degrees of chronic pain. Although it is considered a modern disease and available literature regarding associated psychological problems remains scarce, it suggests that it may have a negative impact on mental health and quality of life of women. **Objectives.** We evaluated the prevalence of anxiety, depression, quality of life, and sexual dysfunction in a group of women diagnosed with endometriosis (n = 64). Possible correlations between these variables were analyzed, and

associations with years of diagnosis delay, infertility diagnosis, and operations surpassed as predictor variables were carried out. **Method** For the evaluation, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the SF Abbreviated Health Questionnaire (SF-12) and the Female Sexual Function Index Questionnaire (FSFI) were employed. **Results** Prevalence of anxiety, depression, quality of life below the population mean, and sexual dysfunction were found in the sample. These variables correlated between each other. Significant differences between these variables and the years of diagnostic delay, infertility diagnostic, and surpassed operations, were not found.

Key words: endometriosis, anxiety, depression, quality of life, sexual dysfunction.



Índice

Introducción	1
<i>Objetivos</i>	5
<i>Hipótesis</i>	6
Método	6
<i>Participantes</i>	6
<i>Diseño</i>	7
<i>Variables e Instrumentos</i>	7
<i>Variables sociodemográficas</i>	7
<i>Variables Predictoras</i>	7
<i>Variables Criterio</i>	8
<i>Procedimiento</i>	10
<i>Análisis de datos</i>	11
Resultados	12
<i>Características sociodemográficas</i>	12
<i>Ansiedad, depresión, nivel de CV y disfunción sexual</i>	14
<i>Asociación entre disfunción sexual, niveles de ansiedad, depresión y nivel de calidad de vida</i>	16
<i>Asociación entre años de retardo de diagnóstico y niveles de ansiedad, depresión, y disfunción sexual</i>	16
<i>Asociación entre el paso por quirófano y presencia de ansiedad, depresión, calidad de vida y disfunción sexual</i>	17
Discusión	18
Conclusiones	21
Referencias	22

Introducción

La endometriosis se define como una enfermedad crónica caracterizada por la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial. Este tejido se encuentra estrechamente ligado al ciclo hormonal natural y se desprende con la ovulación. Sin embargo, en mujeres afectadas de endometriosis, el tejido se extiende fuera del útero: afectando sus focos con mayor frecuencia al peritoneo pélvico y a los ovarios, y, en menor porcentaje, a otras zonas del cuerpo como el intestino, la vejiga, el estómago, o incluso el pulmón (Ministerio de Sanidad, 2018).

A día de hoy, la endometriosis es considerada una enfermedad moderna (Benagiano, Brosens y Lipi, 2015). Y aun cuando las causas que determinan y elicitán su aparición se desconocen aún, se han encontrado factores que apuntan a complejas interacciones genéticas y hormonales en conjunto con posibles anomalías en el sistema inmune. Es una enfermedad progresiva cuya prevalencia, según estimaciones del Ministerio de Sanidad y del Servicio Andaluz de Salud (2017), *“varía de un 4% en población asintomática de mujeres que se van a realizar una ligadura de trompas, hasta el 50% de adolescentes que sufren de dismenorrea sin tratamiento”*. Al constituirse como una enfermedad estrógeno-dependiente, por lo general se encuentra en mujeres en edad fértil existiendo una incidencia pronunciada entre los 30 y 45 años, y siendo extraño que aparezca antes de la menarquia o de manera posterior a la menopausia. No obstante, más allá de estas estimaciones, se desconoce su prevalencia real: ya que, entre otras razones, al no conocerse el mecanismo concreto que la origina surgen problemas metodológicos de diversa índole que dificultan tanto el diagnóstico, como el pronóstico y la elección de tratamiento.

El síntoma principal de la endometriosis es el dolor recurrente en la localización donde se encuentre la lesión: constituyéndose como síntoma generalizado en las mujeres un dolor pélvico constante y sostenido en el tiempo. Las pacientes con endometriosis suelen presentar

otros síntomas ginecológicos como dismenorrea o dispareunia, e infertilidad o subfertilidad en hasta un 40% de los casos (Servicio Andaluz de Salud, 2017). Otros síntomas comunes no ginecológicos asociados a esta enfermedad serían, entre otros, dolor abdominal y de espalda, dolor intenso al orinar o defecar, obstrucción intestinal, y determinados tipos de hemorragia (De Graaff et al., 2013). También existe un mayor riesgo a que padezcan otras enfermedades crónicas autoinmunes y cardiovasculares, al igual que cáncer de ovario (Jones, Jenkinson, y Kennedy., 2002; Quintero, Vinaccia y Quiceno, 2017). El dolor puede aumentar de intensidad con la aparición de la menstruación, aun cuando esta intensidad no se limita a la aparición de la menstruación ni relaciona con el nivel de gravedad o extensión física de las lesiones. Su espectro de manifestación clínica varía desde personas con ausencia de sintomatología, hasta personas que presentan formas mucho más agresivas y que requieren de más de una intervención quirúrgica dependiendo del caso.

El diagnóstico pasaría por la necesidad de observación directa del tejido mediante laparoscopia o cirugía. Sin embargo, otros recursos como la exploración física, la resonancia magnética nuclear (RMN), los ultrasonidos, o la tomografía axial computarizada (TAC) parecen ganar relevancia como métodos diagnósticos no invasivos recomendados. Cabe destacar que el diagnóstico puede retrasarse, según el Ministerio de Sanidad (2018) y múltiples plataformas nacionales de afectadas, hasta 7 u 8 años de media desde el inicio de los síntomas. Muchas de estas organizaciones denuncian que el retardo de diagnóstico podría deberse, además de al escaso número de unidades de referencia especializadas en atención sanitaria, a la connotación de género implícita en esta afección. Es decir, la minusvaloración de altos niveles de dolor, aceptándolos como componente normal y tolerable de la menstruación, es uno de los factores que podrían atrasar el diagnóstico y la exploración correcta de la extensión de tejido propia de la endometriosis, agravando la sintomatología física y el malestar psicológico (Aerts et al., 2018; Cox, Henderson, Andersen, Cagliarini, y Ski, 2003; Melis et al., 2005).

En esta línea, se suele poner además el foco de atención diagnóstica en la infertilidad frente al resto de sintomatología asociada a la endometriosis. Como se ha mencionado con anterioridad, la infertilidad afecta a un alto porcentaje de mujeres con endometriosis. Ambos diagnósticos son, en realidad, muy interdependientes en atención sanitaria: no resulta extraño descubrir uno a raíz del otro y asumir mitos sobre relación directa de causalidad dada su usual comorbilidad (Plotkin, 2004; Winkel y Scialli, 2001). Las preocupaciones en torno a la condición de infertilidad podrían repercutir de manera negativa a la salud mental de las mujeres que sufren esta enfermedad (Pope, Sharma, Sharma y Mazmanian, 2015; Quintero et al., 2017; Williams, Marsh y Rasgon, 2007).

No existe, a día de hoy, una cura como tal ante esta enfermedad, ni un único curso de tratamiento estipulado. Los tratamientos de primera opción suelen consistir, en su mayoría, en la prescripción de fármacos paliativos como antiinflamatorios, anticonceptivos, o antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, pudiéndose recurrir en parte de los casos a la inducción de menopausia química (Ministerio de Sanidad, 2018). En extremos, pueden recomendarse intervenciones quirúrgicas como el raspado por laparoscopia de zonas alcanzadas por el tejido endometrial, llegando incluso a la extirpación de ovarios y útero en los casos más graves. Estos tratamientos quirúrgicos parecen mejorar el estado físico y psicológico de las mujeres, al igual que su funcionamiento diario y calidad de vida (Ford, English, Miles, y Giannopoulos, 2004; Low, Edelmann, y Sutton, 1993; Zhao, Wong, Davis, Gersh y Johnson, 1998). Sin embargo, de momento, no garantizan la ausencia definitiva de dolor y la expansión del tejido puede volver a darse incluso tras intervenciones quirúrgicas mayores.

La evidencia dicta que los niveles de ansiedad y depresión son más altos en poblaciones que cursan patologías con dolor crónico, en comparación con grupos control de población no clínica (Slesinger, Archer, y Duane, 2002). Los factores psicológicos podrían influir en la percepción del dolor en endometriosis: encontrándose mayor presencia de depresión y ansiedad

en muestras con endometriosis frente a grupos control y frente a otros grupos de mujeres con otras enfermedades con sintomatología de dolor crónico pélvico (Low et al, 1993). Los trastornos que más comorbilidad presentan en mujeres con diagnóstico de endometriosis son los de ansiedad y depresión, que tienden a darse de manera conjunta (Gao et al., 2006; Pope et al., 2015; Laganà et al., 2015; Quintero et al., 2017), y se ha encontrado relación entre estos trastornos y la percepción del dolor en mujeres afectadas de endometriosis (Laganà et al., 2015; Lorencatto, Navarro y Petta, 2006). Además, los puntajes más altos de estos trastornos parecen darse en aquellas mujeres que presentaban más dolor asociado (Cavaggioni et al., 2014), aunque se ha señalado que independientemente de que las pacientes con endometriosis presenten síntomas de dolor o no, tanto los pensamientos catastróficos como la presencia de ansiedad y de depresión se relaciona con la mera presencia de la enfermedad (De Graaff et al., 2013; Huntington y Gilmour, 2005; Johnson, 2012).

Siendo así, la endometriosis puede llegar a comprometer de manera considerable la vida familiar, social, y personal de estas mujeres (Cox et al., 2003; Jones, Jenkinson y Kennedy, 2004; Lemaire, 2004; Quintero et al., 2017; Vitale, La Rosa, Rapisarda y Laganá, 2016). O lo que es lo mismo, podría comprometer varias esferas inherentes a la calidad de vida (CV) de las mujeres que la padecen (Barbara et al., 2015). La CV como concepto asociado a la autopercepción de bienestar, se encuentra influido por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia y las relaciones sociales y con el entorno (OMS, 1996). Actividades cotidianas, laborales y formativas se convierten en un desafío para estas pacientes (Culley et al., 2013; Seear, 2009).

Podemos además encontrar diversos estudios que relacionan la endometriosis y sintomatología asociada a presencia de disfunción sexual (Barbara et al., 2015; Moradi, Parker, Sneddon, Lopez, y Ellwood, 2014; Pope et al., 2015). Los problemas de sexualidad parecen correlacionar con la presencia de endometriosis (Barbara et al., 2017; De Graaff et al, 2013;

Huntington y Gilmour, 2005), y mejorar, aunque a medio y largo plazo, tras intervención quirúrgica de la enfermedad (Barbara et al., 2017; Gao et al, 2006). Según Zarbo y su equipo (2018), las creencias y preocupaciones asociadas a la vida sexual que van ligadas al diagnóstico de endometriosis, puede agravar la prevalencia de disfunción sexual en estas pacientes. La incertidumbre sobre el retraso de diagnóstico y el tratamiento, parece afectar gravemente a la funcionalidad sexual de las mujeres con dolor pélvico, agravando la dispareunia y el dolor durante el acto o actividad sexual: al igual que llevar a las mujeres a disminuir la frecuencia de dichas experiencias por evitación (Cox et al., 2003; Denny, 2004; Denny y Mann, 2007; Lemaire 2004).

Objetivos

1. Determinar la prevalencia de rasgos clínicos de depresión y ansiedad, nivel de deterioro de la calidad de vida, y nivel de disfunción sexual en una muestra de pacientes con endometriosis diagnosticada.
2. Estudiar la relación entre presencia de disfunción sexual, niveles de ansiedad, depresión, y calidad de vida en las mujeres de dicha muestra.
3. Analizar la relación entre el número de años de retardo de diagnóstico y niveles de ansiedad, depresión, calidad de vida y disfunción sexual.
4. Analizar la relación entre diagnóstico de infertilidad y preocupación por la misma, con la presencia de ansiedad, depresión, calidad de vida y disfunción sexual.
5. Analizar la relación entre operaciones superadas y presencia de ansiedad, depresión, calidad de vida y disfunción sexual.

Hipótesis

En este estudio descriptivo, y teniendo en cuenta la literatura científica disponible, esperamos (I) encontrar puntuaciones clínicas de depresión y ansiedad en la muestra de pacientes diagnosticadas de endometriosis evaluada. Esperamos también encontrar niveles de calidad de vida por debajo de la media española, tanto en los puntajes globales, como en las subescalas física y mental. Del mismo modo, se considera que la muestra reflejará una prevalencia elevada de disfunción sexual global, y de disfunción sexual en sus 6 dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Además, (II) se prevé encontrar relación entre la presencia de disfunción sexual y ansiedad, depresión, y CV.

Por otra parte, como modelo predictivo, se confía en que en la muestra se hallará (III) relación entre los años de retardo de diagnóstico y presencia de ansiedad, depresión, baja calidad de vida y disfunción sexual: al igual que (IV) relación entre diagnóstico de infertilidad, preocupación por la misma, y todos estos factores. Esto se traduce en que, ante presencia de infertilidad y preocupación por dicho estado, al igual que a mayor retardo diagnóstico, se esperan mayores puntuaciones en todas las variables criterio. Por último, (V) esperamos que los resultados reflejen relación inversa entre la condición de haber pasado por quirófano con todos estos factores. Es decir: recibir tratamiento quirúrgico correspondería a menores puntuaciones de ansiedad, depresión, calidad de vida por debajo de la media poblacional, y disfunción sexual.

Método

Participantes

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico en cadena contactando con algunas agrupaciones de afectadas vía online. El único criterio de inclusión fue que poseyesen diagnóstico médico de endometriosis. Como criterios de exclusión, se eliminaron de la muestra

a aquellas mujeres que no completaron la totalidad de los tests, y a aquellas que no disponían de diagnóstico de endometriosis confirmado. El total de la muestra obtenida fue de n=64.

Diseño

Diseño descriptivo transversal

Variables e Instrumentos

Variables sociodemográficas

Edad: edad de las sujeto en el momento de aplicación de los cuestionarios. Se distinguieron, además, entre menores de 35 años y mayores de 35.

Nivel de estudios: nivel de estudios completados en el momento de aplicación de los cuestionarios. Se diferenciaron estudios primarios, secundarios (ESO), bachillerato, grado o licenciatura, y estudios de posgrado.

Orientación sexual: inclinación o preferencia sexual de las mujeres de la muestra. Incluyó las categorías de heterosexual, bisexual, y homosexual.

Pareja: situación sentimental de las mujeres de la muestra. Incluyó las 5 categorías de Casada, Con pareja, divorciada, soltera y otros.

Variables Predictoras

Infertilidad: condición de infertilidad diagnosticada. Se evaluó con la pregunta dicotómica “¿Junto con el diagnóstico de endometriosis, ha recibido diagnóstico de infertilidad?”.

Preocupación por el estado de infertilidad: manifestación de preocupaciones en torno a la condición de infertilidad. Se evaluó con la pregunta dicotómica “Haya recibido o no diagnóstico de infertilidad, ¿le preocupa esta condición?”

Años de retardo diagnóstico: años que transcurrieron para cada una de las mujeres hasta que recibieron por parte del equipo médico diagnóstico de endometriosis. Se evaluó a través de la pregunta politómica “¿Cuánto tiempo pasó desde la aparición de sus síntomas hasta que recibió su diagnóstico de endometriosis?”. Ésta englobó las siguientes 5 opciones de respuesta: de 0 a 5 meses, De 6 meses a un año, De uno a dos años, De dos a cinco años, y Más de cinco años.

Número de operaciones: número de operaciones que ha pasado cada una de las sujeto de la muestra. Se evaluó a partir de la pregunta politómica “¿Ha pasado por quirófano debido a su diagnóstico de endometriosis?”. Contempló las siguientes 4 opciones de respuesta: Más de una vez, Una vez, Me encuentro en espera, y nunca. Se recodificó en una nueva variable dicotómica de “quirófano”: para diferenciar aquellas mujeres que habían pasado por quirófano de aquellas que no.

Variables Criterio

Ansiedad: presencia clínica de ansiedad en la muestra, medida a través de la escala de ansiedad HADS. El cuestionario autoadministrado de ansiedad y depresión hospitalaria HADS, de Zigmond y Snaith (1983), fue validado en español por Tejero y su equipo (1986). Su consistencia interna en población española corresponde a valores altos α de Cronbach tanto para la escala de ansiedad (0.84) como para para la escala de depresión (0.85). Es una escala breve tipo Likert propicia para administraciones cortas u online. Evalúa presencia de rasgos de ansiedad y depresión en población hospitalaria, y suele utilizarse como instrumento de cribado o detección en ámbitos exploratorios con el objetivo de complementarse con otros instrumentos

diagnósticos más extensos. Se conforma de 14 ítems, y se divide en dos escalas de 7 ítems cada una: una escala de ansiedad (HADS_A) y otra escala de depresión (HADS_D). Los ítems se puntúan de 0 a 3 puntos, indicando 3 una mayor frecuencia del síntoma o una mayor gravedad según el ítem. Para cada escala, los rangos de puntuación son de 0-21 puntos. Puntuaciones más altas denotan presencia de peores condiciones psicológicas: categorizándose tanto en la escala de ansiedad como en la escala de depresión de 0 a 10 puntos como no caso, y de 11 en adelante como problema clínico.

Depresión: presencia clínica de depresión en la muestra, medida a través de la escala de depresión HADS, descrito con anterioridad.

Calidad de Vida: El cuestionario de Salud SF-12 constituye la adaptación realizada para España por Alonso, Antó y Prieto (2005) del SF-12 Health Survey (Ware, Kosinski y Keller, 1995). Equivale a una forma abreviada del SF-36 (Alonso et al., 2005), diseñada para usos en los que se disponga de tiempos de administración reducidos. El coeficiente de consistencia interna α de Cronbach alcanza estimaciones de 0.9. Es un cuestionario autoadministrado que evalúa mediante escalas tipo Likert el estado de salud general que los pacientes han percibido sobre sí mismos durante las últimas 4 semanas. Sus 12 ítems evalúan 8 dimensiones de la versión original: Función Física, Función Social, Rol físico, Rol Emocional, Salud mental, Vitalidad, Dolor corporal, y Salud General. Las puntuaciones de los ítems presentan de tres a seis opciones de respuesta. Tras la codificación y transformación de las puntuaciones de los ítems para cada una de las dimensiones, se obtienen dos puntuaciones totales: las medidas sumario física (PCS) y mental (MCS). En la versión adaptada, puntuaciones mayores de 50 indican presencia de mejor calidad de vida que la media española, y, al contrario, puntuaciones inferiores a 50 indican presencia de una calidad de vida inferior a la media española.

Disfunción Sexual: presencia de disfunción sexual en la muestra, medida a través del cuestionario FSFI. El Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) de Rosen et al. (2000), traducido y validado en español por Blümel, Cataldo, Carrasco, Izaguirre y Sarrá (2004), es un instrumento breve que mide el funcionamiento sexual en mujeres. La escala breve tiene sensibilidad y especificidad superior al 94% con valor de $p < 0.001$. La consistencia interna de los diferentes dominios del test presenta buenos valores en α de Cronbach (0.70). Se constituye de 19 ítems que evalúan 6 dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor en las relaciones sexuales). Cada ítem posee 6 opciones de respuesta en escala tipo Likert con puntuaciones de 1 a 5: equivaliendo 1 a la ausencia de actividad o acto sexual. Tras la suma de los ítems para la obtención de cada dominio, la puntuación de cada uno de estos se multiplica por un factor. La suma de los dominios resultantes de esta operación aritmética es la puntuación final. Puntuaciones inferiores o iguales a 26, se interpretan como riesgo de disfunción sexual (Blümel et al, 2004).

Procedimiento

Durante los meses de octubre y noviembre se recaba información bibliográfica en distintas bases de datos por búsqueda simple. Los filtros fueron acotados a artículos de revista y textos completos en lo que respecta a tipología de documento, y a psicología y medicina como materias y submaterias. No se filtraron según origen o países de publicación si tuvieron relevancia en el muestreo teórico. Tampoco se descartaron los artículos en inglés.

Se construye un cuestionario que, junto con la batería de instrumentos seleccionada con anterioridad para la medición de variables de interés (HADS, SF-12 y IFSFI), incluyó las variables demográficas, de retardo de diagnóstico, y de infertilidad pertinentes a la consecución de objetivos propuestos. Este cuestionario, en formato de plantilla de cuestionario online autoadministrado GoogleForms, contuvo también una serie de instrucciones que referían a la

cumplimentación correcta de cada uno de los cuestionarios implicados. Se lleva a cabo un primer contacto online con una muestra de mujeres con diagnóstico de endometriosis a través de una agrupación local de afectadas en Córdoba, y se da paso a un muestreo en bola de nieve.

Se proporcionaron los instrumentos por correo electrónico. Dichos correos incluyeron un consentimiento informado que indicó que, de acuerdo a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y a la legislación sanitaria vigente, no se recogerían en ningún momento datos personales o identificativos de las mujeres de la muestra, ni se vincularían las evaluaciones completadas a los correos electrónicos personales con los que accedieron a la plantilla. Se mantendría su anonimato y se generarían códigos de identificación que impiden su localización en la base de datos. Se hizo además alusión a la naturaleza académica, no lucrativa y descriptiva del estudio, así como a los objetivos del mismo. La plantilla de cuestionario recordó también el carácter académico, voluntario, anónimo y confidencial del estudio.

Análisis de datos

Una vez recabados los datos, se utilizó el paquete estadístico IBM-SPSS Statistics 25.0 para la constitución de la base de datos y la puesta en marcha del análisis cuantitativo. Se realizaron análisis descriptivos, para hallar las relaciones entre las variables se utilizó el estadístico de Pearson. Las relaciones predictivas se determinaron a través del uso de regresiones logísticas. Con el mismo cometido, también se realizaron análisis ANOVA de 1 factor con post-hoc. Se asumió un nivel de confianza del 95% en la aplicación de las pruebas estadísticas.

Resultados

Características sociodemográficas

Se analizaron a n=64 mujeres con una media de 35.79 (DT=6.88) años de edad. Como refleja la Tabla 1., un gran grueso de la muestra había cursado estudios universitarios y su orientación sexual predominante fue la de heterosexual. Además, un mayor porcentaje de la muestra tenía pareja en el momento de la evaluación, encontrándose la mitad de dicho porcentaje casadas.

Tabla 1. *Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.*

Variables sociodemográficas	%(n)
Edad	
≤35 años	40.6(26)
>35 años	59.4(38)
Nivel de Estudios	
Primaria	6.3(4)
Secundaria	15.6(10)
Bachillerato	14.1(9)
Grado o Licenciatura	39.1(25)
Posgrado	25(16)
Orientación Sexual	
Bisexual	7.8(5)
Homosexual	4.7(3)
Heterosexual	87.5(56)
Pareja	
Casada	50(32)
Con pareja	39.1(25)
Divorciada	7.8(5)
Soltera	3.1(2)

Tras el análisis descriptivo de las variables predictoras, tal y como se refleja en los datos de la Tabla 2., encontramos que la muestra posee en su mayoría, aunque por poca diferencia de porcentaje, diagnóstico de infertilidad. Habiendo recibido o no el diagnóstico de esta condición, más de la mitad de las mujeres de la muestra manifiesta sentir preocupación por padecerla. Además, la mayoría de la muestra había pasado por quirófano al menos una vez. Por

otro lado, el diagnóstico se atrasó más de cinco años para la mitad de la muestra. Sólo un 23.5% de las mujeres de la muestra fueron diagnosticadas en un periodo menor o igual a un año desde la aparición de los síntomas.

Tabla 2. *Análisis descriptivo de las variables predictoras.*

Variables predictoras	%(n)
Infertilidad	
Sí	56.3(36)
No	43.8(28)
Preocupación por infertilidad	
Sí	76.6(49)
No	23.4(15)
Operada	
Sí	68.8(44)
No	31.3(20)
Número de operaciones superadas	
Más de una vez	34.4(22)
Una vez	34.4(22)
Me encuentro en espera	4.7(3)
Nunca	26.6(17)
Años de retardo diagnóstico	
De 0 a 5 meses	11(7)
De 6 meses a un año	12.5(8)
De uno a dos años	12.5(8)
De dos a cinco años	14.1(9)
Más de cinco años	50.0(32)

Ansiedad, depresión, nivel de CV y disfunción sexual.

La muestra presenta prevalencias notables en todas las variables contempladas en el objetivo 1 de nuestro estudio: ansiedad, depresión, y calidad de vida global inferior a la media española también en sus dimensiones física y mental. Las mujeres de la muestra parecen presentar, en nuestro caso, mayores prevalencias de ansiedad que de depresión: poco más de la mitad presenta esta última condición.

Tabla 3. *Análisis descriptivo de las variables criterio.*

Variables Psicológicas	%(n)
Ansiedad (HADS)	
Caso	85.9(55)
No caso	14.1(9)
Depresión (HADS)	
Caso	65.6(42)
No caso	34.4(22)
Calidad de Vida (SF-12)	
Dimensión Mental	
Igual o superior a la media española	23.4(15)
Inferior a media española	76.6(49)
Dimensión Física	
Igual o superior a la media española	31.3(20)
Inferior a media española	68.8(44)
Dimensión Global	
Igual o superior a la media española	23.4(15)
Inferior a media española	76.6(49)

Destacó la alta frecuencia de respuestas negativas en el cuestionario de calidad de vida SF-12. Entre los ítems que llamaron la atención por lo que podrían implicar, el 46.9% (n=30) de la muestra indicó que percibía su estado de salud como “regular”: y el 23.4% como “mala”. Un 82.8% (n=53), afirmó haber hecho menos de lo que hubiera querido hacer las últimas cuatro semanas. Los problemas emocionales intercedieron en un 73.4% (n=47) de la muestra que afirmó que fueron la causa de no haber hecho todo lo que deseaban, e impidieron que un 71.9% (n=46) de las mujeres desempeñasen su trabajo o actividades cotidianas.

En lo que respecta a la función sexual, 57 de las mujeres presentaron disfunción con una media de 16.85 en el puntaje global. Con escala de 0-6 para cada dimensión se vieron más afectadas, presentando medias de puntuación similares, las áreas referentes a deseo, lubricación y dolor. A rasgos generales, y aunque el porcentaje de mujeres con disfunción sexual ha resultado ser bastante alto, como puede observarse en la Tabla 4 las medias de respuesta para las dimensiones no son excesivamente bajas.

Tabla 4. *Disfunción sexual (FSFI).*

Variables predictoras	%(n)	M	DT
Disfunción sexual		16.85	1.2
Sí	89.1(57)		
No	10.9(7)		
Deseo		2.4	1.2
Excitación		2.7	1.7
Lubricación		2.3	1.5
Orgasmo		3.3	2.1
Satisfacción		3.6	1.6
Dolor		2.4	1.7

Asociación entre disfunción sexual, niveles de ansiedad, depresión y nivel de calidad de vida.

Las correlaciones fueron estadísticamente significativas entre disfunción sexual y ansiedad, depresión, y nivel de calidad de vida. La variable calidad de vida parece presentar correlaciones más fuertes con disfunción sexual ($r=.397$), y depresión ($r=.376$). Se encontró además relación positiva, como indica la Tabla 5., entre el resto de las variables criterio.

Las tablas cruzadas resultantes, ilustraron también estas relaciones: señalando una alta comorbilidad de todas las condiciones en la muestra. De las 55 mujeres de la muestra que puntuaron en ansiedad, 51 presentaron además disfunción sexual y 45 calidad de vida por debajo de la media. A su vez, de las 42 que puntuaron depresión, 40 presentaron además disfunción sexual y 37 calidad de vida inferior a la media. Asimismo, de las 57 mujeres que presentaron disfunción sexual, 47 presentaron también niveles bajos de calidad de vida.

Tabla 5. *Correlaciones entre las variables criterio.*

	Disfunción Sexual	Calidad de vida	Ansiedad	Depresión
Disfunción Sexual		.397**	.290*	.273*
Calidad de Vida			.307*	.376**
Ansiedad				.275*

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Asociación entre años de retardo de diagnóstico y niveles de ansiedad, depresión, y disfunción sexual

No se encontraron diferencias significativas entre la variable predictora de retardo diagnóstico y las variables de ansiedad, depresión, y disfunción sexual. Tampoco se encontró relación predictiva con la variable de calidad de vida. Los años de retardo diagnóstico parecen no haber influido sobre la presencia de ansiedad, depresión o disfunción sexual.

Asociación entre diagnóstico de infertilidad y preocupación por la condición de infertilidad, con niveles de ansiedad, depresión, y disfunción sexual

De igual modo, no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las variables criterio con la variable predictora de infertilidad. No obstante, y aunque no se encontró relación con calidad de vida global, en comparaciones múltiples para las dimensiones de dicha variable sí se dieron diferencias significativas para la dimensión mental: entre “Infértiles y no preocupadas” y “Fértiles y preocupadas” ($F=.63$; $p=.045$). Es decir, las mujeres sin diagnóstico de infertilidad pero preocupadas por la condición de fertilidad, reflejaron en los datos peores condiciones en la dimensión mental de calidad de vida que aquellas que poseían diagnóstico confirmado de infertilidad y alegaron no sentirse preocupadas.

Asociación entre el paso por quirófano y presencia de ansiedad, depresión, calidad de vida y disfunción sexual.

De nuevo, en esta ocasión con la variable de operaciones como predictora, no se produjeron diferencias significativas en los análisis para las variables criterio consideradas. Cabe destacar que las diferencias fueron muy similares para todas las dimensiones de disfunción sexual, llegando a ser significativas para dolor ($F= 2.95$; $p=.039$) y marginales para lubricación ($F= 2.70$; $p=.053$). En el post-hoc, también en la dimensión dolor, casi se apreciaron diferencias ($p=.057$) entre aquellas mujeres que habían pasado “una vez” por quirófano y aquellas que habían sido operadas “más de una vez”: con una diferencia de medias de $F= 3.36$. Podría ser de relevancia que las mujeres de la muestra que se habían sometido a más de una operación, presentaran mayores puntuaciones en la dimensión “dolor” que el resto.

Discusión

Este estudio descriptivo tenía como objetivos determinar los niveles de las variables criterio de ansiedad, depresión, calidad de vida, y disfunción sexual en una muestra de mujeres con endometriosis. Se buscaba además, analizar posibles correlaciones entre las mismas. Por último, se propuso determinar posibles relaciones con las variables de retardo diagnóstico, quirófano, infertilidad, y preocupación por la condición de infertilidad como predictoras.

Como esperaba la primera hipótesis de este estudio, se han encontrado prevalencias altas en la muestra de todas las variables criterio: al igual que en puntuaciones clínicas para todas las dimensiones contempladas en la medición de calidad de vida y disfunción sexual. Del mismo modo, acorde a la segunda hipótesis planteada, todas estas variables muestran correlaciones positivas significativas entre sí: dándose comorbilidades importantes entre las variables criterio. El hecho de que se confirmen estas hipótesis coincide con lo evidenciado por la mayoría de los estudios disponibles sobre problemas psicológicos en endometriosis: estas mujeres se exponen a altas prevalencias de depresión, ansiedad, disfunción sexual, y afección de la calidad de vida (Culley et al., 2013; Lemaire, 2004; Rush y Misajon, 2018), presentándose en gran número de ocasiones de manera conjunta y con puntuaciones por encima de los grupos control (Cavaggioni et al., 2014; Low et al., 1993; Pope et al., 2015; Seear, 2009).

Por otro lado, las tres hipótesis restantes que se planteaban en este estudio no se han cumplido para nuestra muestra. Tanto el diagnóstico de infertilidad, como los años de retardo diagnóstico y el paso por quirófano, no han resultado variables relevantes a la hora de predecir niveles de ansiedad, depresión, calidad de vida baja, y disfunción sexual. Esto es contrario a lo que apuntan estudios como el llevado a cabo por el equipo de Chauvet (2018), que recogen que estas variables son problemas centrales según las mujeres con endometriosis y factores a considerar en el desarrollo y mantenimiento de problemas psicológicos. Además, la incertidumbre y los pensamientos catastróficos relacionados con estas problemáticas podrían

tener una influencia considerable sobre el dolor percibido por encima de la gravedad de las lesiones: persistiendo incluso tras haber recibido tratamiento quirúrgico (Carey, Martin, Siedhoff, Bair, y Sanie 2013).

En este sentido, la infertilidad y la preocupación por la misma resultaron en diferencias significativas entre los grupos de “infértil y no preocupada” y “fértil y preocupada”: con la dimensión mental de calidad de vida como variable independiente. La preocupación por la infertilidad ha sido considerada en múltiples investigaciones (Denny y Mann, 2008; Pope, 2015; Vitale, 2016) y recogida en revisiones como la de Jones y su equipo (2004) que remarcan entre sus hallazgos que, junto a la funcionalidad sexual, constituyen dos de los problemas principales percibidos como más importantes por las mujeres con endometriosis. De igual modo, el retardo del diagnóstico y el que la endometriosis no sea considerada una prioridad en atención primaria, aún con el desgaste emocional que supone y el impacto que ejerce sobre el estado físico, ha sido manifestada en varios estudios como un problema grave que no se atiende como debería (Chauvet, et al., 2018; Cox et al., 2003). Son varios los profesionales que exponen que la atención sanitaria a mujeres es desigual en la medida en que se encuentre atravesada por construcciones o sesgos derivados de construcciones de género que afectan de manera negativa a su salud (Jost y Kay, 2005; Rohlf, Borrel, y Fonseca, 2000) y favorecerían una postura de homogeneización hacia las mismas por parte del profesional sanitario (Pujal y Mora, 2014). Según estudios como el de Vázquez y Garrido (2015) en el diagnóstico y abordaje de las patologías estos sesgos de género ignoran en ocasiones la situación de las mujeres dentro de la etiología de la enfermedad: “psicologizando” problemas de origen estrictamente orgánico e invisibilizando patologías. Como se ha mencionado con anterioridad, el que los equipos sanitarios contemplen el dolor como queja podría ser una de las causas principales del retardo diagnóstico y del subdiagnóstico: dejando pasar un tiempo crucial en el que la mujer percibe esta minusvaloración y sufre las consecuencias de la frustración con el sistema y de la ausencia

de tratamiento (Aerts et al., 2018; Denny y Mann, 2008; Denny, 2009; Gao et al., 2006; Shane, 2010;). La investigación y concienciación entre profesionales sanitarios sobre lo que esto supone en las afectadas, podría mejorar la recepción y atención que se dirige a estas mujeres en nuestro sistema sanitario.

Por último, los resultados de nuestro estudio señalaron además diferencias significativas para la dimensión sexual de dolor y marginales para la de lubricación entre aquellas mujeres que se habían sometido a una operación y aquellas que se habían sometido a más de una operación. Esto contradice de nuevo la evidencia arrojada por diversas investigaciones que encontraban mejora en todas las variables contempladas por nuestro estudio tras las intervenciones quirúrgicas (Barbara et al, 2017; Gao et al, 2006). No obstante, reafirman la importancia de incluir estas variables a la hora de investigar sobre condiciones que podrían influir sobre la salud de las mujeres con diagnóstico de endometriosis.

Existen limitaciones importantes que deben ser consideradas a la hora de interpretar los resultados de este estudio. La imposibilidad de acceso a unidades hospitalarias o ambulatorias para la constitución de la muestra limitó de manera considerable el tamaño de la misma. El que la muestra fuese pequeña, conllevó a su vez problemas con el análisis de datos y, en concreto, con la aplicación de regresiones logísticas: pues los grupos de las variables predictoras “años de retardo” y “número de operaciones”, se conformaron de muy pocas sujeto para cada subgrupo al reducir las opciones de respuesta. Para solventarlo, nuestra plantilla de cuestionario online autoadministrado pudo haber recogido los datos brutos de dichas variables: y no intervalos. Tampoco hubo posibilidad de incluir grupo control, y tal y como se expuso en las características de la muestra, la mayoría había pasado por quirófano. Por otra parte, cabe mencionar la escasa bibliografía disponible en las bases de datos, que en parte repercutió en el proceso de muestreo teórico y fundamentación.

Futuros estudios podrían solucionar estas cuestiones e incorporar elementos que ayuden a delimitar de manera más precisa posibles factores que pudiesen interaccionar con el malestar de la enfermedad. De cara a nuevas evaluaciones, podría ser interesante incluir variables sobre estrategias de afrontamiento, percepciones de vivencias sexistas desde el sistema sanitario, el nivel de incertidumbre y preocupación asociadas al pronóstico, e incluso percepción de pérdidas en contexto laboral o académico. Podrían tomarse en cuenta, de igual forma, elementos físicos como el estado de inflamación de las mujeres, toma de medicación, y otras condiciones ginecológicas que pudiesen interaccionar con el estado psicológico de las pacientes. Y aunque en este estudio los instrumentos de medición de las variables calidad de vida y función sexual incluyeron dimensiones relacionadas con el dolor, también cabría considerar en nuevas mediciones variables tanto de intensidad como de percepción de dolor asociado.



Conclusiones

Los resultados de este estudio descriptivo subrayan que las mujeres con endometriosis son un grupo vulnerable al presentar altas prevalencias de problemas psicológicos y sexuales, y que se enfrentan a una considerable reducción de su nivel de calidad de vida en todas sus áreas. La escasa bibliografía disponible sobre las consecuencias de la endometriosis en la salud mental de las mujeres, pone en evidencia la necesidad de analizar factores asociados y desarrollar recursos de intervención psicológica acordes a la etiología característica de la enfermedad y al curso de dolor crónico asociado.

Referencias

- Aerts, L., Grangier, L., Streuli, I., Dallenbach, P., Wenger, J., y Pluchino, N. (2018). Psychosocial impact of endometriosis: From co-morbidity to intervention. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 50, 2-10.
- Alonso, J., Antó, J., y Prieto, L. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-6.
- Barbara, G., Berlanda, N., Facchin, F., Frattaruolo, M., Meschia, M., y Vercellini, P. (2017). When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 96, 668–687.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13031>
- Barbara, G., Facchin, F., Fedele, L., Mosconi, P., Saita, E., y Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: Pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 34(4), 135-141.
- Benagiano, G., Brosens, I., y Lippi, D. (2015). Endometriosis: Ancient or modern disease? *Indian Journal of Medical Research* 141, 236-8
- Blümel, J., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., y Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 69(2), 118-25.
- Carey, E., Martin, C., Siedhoff, M., Bair, E., y Sanie, S. (2013). Biopsychosocial correlates of persistent postsurgical pain in women with endometriosis. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(2), 69-73.
- Cavaggioni, G., Lia, C., Megiorni, F., Panici, B., Porpora, M., y Resta S. (2014). Are mood and anxiety disorders and alexithymia associated with endometriosis? A preliminary study. *Biomed Research International*, 2014, 1-5.

- Chauvet, P., Canis, M., Comptour, A., Bourdel, L., Denouel, A., Gerbaud, L., y Guiguet, C. (2018). Feelings and expectations in endometriosis: Analysis of open comments from a cohort of endometriosis patients. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 47(7), 281-287.
- Cox, H., Henderson, L., Andersen, N., Cagliarini, G., y Ski, C. (2003). Focus group study of endometriosis: struggle, loss and the medical merry-go-round. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 2-9.
- Culley, L., Denny, E., Fenning, N. Hudson, N., Law, C., y Mitchel, H. (2013). The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Human Reproduction Update* 19, 625-639.
- De Graaff A., Dirksen, C., Dunselman, G., Hooghe, T., Hummelshoj, L., y Simoens, S. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Human Reproduction*, 10(18), 2677-2685. doi:10.1093/humrep/det284
- Denny, E. (2004). Women's experience of endometriosis. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 641-648.
- Denny, E. (2009). "I never know from one day to another how I will feel": Pain and uncertainty in women with endometriosis. *Qualitative Health Research*, 19(7), 985-995.
- Denny, E., y Mann, C. (2007). A clinical overview of endometriosis: A misunderstood disease. *British Journal of Nursing*, 16(18), 1112-1116.
- Denny, E., y Mann, C. (2008). Endometriosis and the primary care consultation. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 139(1), 111.

- Ford, J., English, J., Miles, W., y Giannopoulos, T. (2004). Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(4), 353-6.
- Gao, X., Yeh, Y., Outley, J., Simon, J., Botteman, M., y Spalding, J. (2006). Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 22(9),1987-97. doi: 10.1185/030079906X121084
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. (2018). Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Recuperado de: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>
- Huntington A., y Gilmour, J. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1124–32.
- Johnson, E. (2012). *The biopsychosocial correlates of chronic pelvic pain and quality of life in women attending a specialty pelvic pain clinic*. (Tesis doctoral). Obtenida en ProQuest Dissertations and Theses. (N.º de orden de acceso AAT 3504890).
- Jones, G., Jenkinson, C., y Kennedy, S. (2002). Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 501–511. doi:10.1067/mob.2002.124940
- Jones, G., Jenkinson, C., y Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 123.
- Jost, J., y Kay, A. (2005). Exposure to benevolent sexism and complementary gender stereotypes: consequences for specific and diffuse forms of system justification. *Journal of Social Psychology*, 88, 498–509.

- Laganà, A., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M., Bruno, A., Zocalli, C., ...Cedro, C. (2015). Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 94, 30-3. doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.08.015
- Lemaire, G. (2004). More than just menstrual cramps: symptoms and uncertainty among women with endometriosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(1), 71-79.
- Lorencatto, C., Navarro, M., Petta, C., et al. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 88–92.
- Low, W., Edelman, R., y Sutton, C. (1993). Short term psychological outcome of surgical intervention for endometriosis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 191-192.
- Low, W., Edelman, R., y Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2), 111-6.
- Melis, G., Guerriero, S., Paoletti, A., Angioni, S., Piras, B., Palomba, M., y Mais, V. (2005). Diagnosis of endometriosis. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia*, 27, 293–296.
- Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., y Ellwood, D. (2014). Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Womens Health*, 14, 1–12.
- OMS. (1996). ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud*, 17(4), 385-387
- Pujal, M., y Mora, E. (2014). Subjetividad, salud y género: una aproximación al dolor cronificado mediante la metodología del Diagnóstico Psicosocial de Género, *Estudios de Psicología*, 35(2), 212-238

- Plotkin, K. (2004). *Stolen adolescence: the experience of adolescent girls with endometriosis* (Tesis doctoral). Obtenida en ProQuest Dissertations and Theses (N.º de orden de acceso AAT 3136765).
- Pope, Sharma, V., Sharma, S., y Mazmanian, D. (2015). Systematic Review of the Association between Psychiatric Disturbances and Endometriosis. *Journal of Obstetrics Gynaecology*, 37(11), 1006-15.
- Quintero, M., Vinaccia, S., y Quiceno, M. (2017). Endometriosis: Aspectos Psicológicos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(4), 447-452.
- Rohlf, I., Borrel, C., y Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 60-71.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsight, R., ... D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208.
- Rush, G., y Misajon, R. (2018). Examining Subjective Wellbeing and Health-related quality of life in women with Endometriosis. *Health Care for Women International*, 39(3), 303-321.
- Seear, K. (2009). The etiquette of endometriosis: Stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Social Science & Medicine*, 69(8), 1220-1227.
- Servicio Andaluz de Salud. (2017). *Guía de atención a mujeres con endometriosis en el SSPA*. “Dirección General de Asistencia Sanitaria”. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>
- Shane, E. (2010). *A grounded theory of coping among women with chronic pelvic pain* (Tesis doctoral). Obtenida en ProQuest Dissertations and Theses (N.º de orden de acceso AAT 3418928).

- Slesinger, D. Archer, R., y Duane, W. (2002). MMPI-2 characteristics in a chronic pain population. *Assessment*, 9(4), 406-414.
- Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J., y Peri, J. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-8.
- Vázquez, S. y Garrido, F. (2015). El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enfermería clínica*, 26(1), 76-80.
- Vitale S., La Rosa, L., Rapisarda, A., y Laganà, A. (2016). Impact of endometriosis on quality of life and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(4), 317-319.
- Ware, J., Kosinski M., y Keller S. (1995). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-33.
- Williams, K., Marsh, W., y Rasgon, N. (2007). Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Human Reproduction Update*, 13, 607-16.
- Winkel, C., y Scialli, A. (2001). Medical and surgical therapies for pain associated with endometriosis. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(2), 137-162.
- Zarbo, C., Betto, E., Bondi, E., Brugnera, A., Compare, A., Candeloro, I., ...Frigerio, L. (2018). Metacognitive beliefs predict sexual distress over and above pain in women with endometriosis. *Archives of Women's Mental Health*, 737, 1435-1102.
- Zhao, S., Wong, J., Davis, M., Gersh, G. y Johnson, K. (1998). The cost of inpatient endometriosis treatment: An analysis based on the healthcare cost and utilization project nationwide inpatient sample. *The American Journal of Managed Care*, 4, 1127-1134.

Zigmond, A., y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

