

TESIS DOCTORAL



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Atención farmacéutica en pacientes con endometriosis:
Tratamiento farmacológico, nutricional, calidad de vida
y satisfacción con el tratamiento

Autora:

Erena Malla López

Directores:

Dra. Dña. M^a Pilar Zafrilla Rentero

Dr. D. Joaquín Jordán Bueso

Murcia, enero de 2026

TESIS DOCTORAL



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Atención farmacéutica en pacientes con endometriosis:
Tratamiento farmacológico, nutricional, calidad de vida
y satisfacción con el tratamiento

Autora:

Erena Malla López

Directores:

Dra. Dña. M^a Pilar Zafrilla Rentero

Dr. D. Joaquín Jordán Bueso

Murcia, enero de 2026



AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

La Dra. Dña. M^a Pilar Zafrilla Rentero y el Dr. D. Joaquín Jordán Bueso, como Directores⁽¹⁾ de la Tesis Doctoral titulada Atención farmacéutica en pacientes con endometriosis: Tratamiento farmacológico, nutricional, calidad de vida y satisfacción con el tratamiento realizada por Dña. Erena Malla López en el Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011 de 28 de enero, en Murcia a 4 de febrero de 2026.

Fdo. Dra. Dña. M^a Pilar Zafrilla Rentero

Fdo. Dr. D. Joaquín Jordán Bueso

PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA DURANTE EL PERIODO DE LA TESIS DOCTORAL

Artículos

1. Malla E, Ballester P, Jordán J, Zafrilla P. Calidad de vida analizada por el cuestionario de salud SF-12 en pacientes con endometriosis. Pharm Care Esp. 2025;27: e904. doi: 10.60103/phc. v27.e904

Comunicaciones a congresos y jornadas

1. Malla López E, Jordán Bueso J, Ballester Navarro P, Zafrilla Rentero P. Calidad de vida analizada por la encuesta SF-12 en pacientes con endometriosis. X Jornadas de Investigación y Doctorado “Bienestar Psicológico en los Estudios de Doctorado: repercusión en la Calidad de los Programas”, 21 de junio de 2024.
2. Malla López E, Ballester Navarro P, Cerdá Martínez-Pujalte B, Arcusa Saura R, Plana Nicolás L, Zafrilla Rentero P. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con endometriosis. VII Congreso Internacional de Intervención e Investigación en Salud, del 22 al 23 de febrero de 2024.

RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica dependiente de estrógenos que afecta a alrededor del 10% de las mujeres en edad reproductiva. Se manifiesta por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, lo que provoca dolor pélvico, dismenorrea, infertilidad y un notable deterioro en la calidad de vida. Dado que no existe una cura definitiva, el enfoque del tratamiento se centra en controlar los síntomas a través de terapias farmacológicas, estrategias nutricionales y un seguimiento clínico multidisciplinar.

El objetivo principal de este estudio fue analizar la calidad de vida y el grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico en mujeres diagnosticadas con endometriosis en la Región de Murcia. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal, con un enfoque cuantitativo, que incluyó a una muestra de 120 mujeres de entre 18 y 55 años. La recolección de datos se realizó utilizando los cuestionarios validados SF-12 para medir la calidad de vida, Test de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia, TSMQ (versión 1.4) para la satisfacción con la medicación, y un cuestionario sobre la adherencia a la dieta mediterránea. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS, aplicando pruebas de Chi-cuadrado y correlaciones de Pearson.

Los resultados mostraron que la mayoría de las participantes percibió su estado de salud entre regular y bueno, evidenciándose limitaciones persistentes en la calidad de vida. Se identificaron dificultades relativas a la adherencia a los tratamientos, especialmente en el grupo de 36 a 45 años. No obstante, se observó una gran satisfacción con el tratamiento farmacológico y una conexión positiva entre la adherencia a la dieta mediterránea y una mejor calidad de vida. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar estrategias de educación en salud y un seguimiento continuo que involucre a un equipo multidisciplinar, donde el farmacéutico juega un papel crucial apoyando la adherencia a los tratamientos y optimizando los resultados en salud.

En conclusión, los resultados destacan la necesidad de abordar la endometriosis a través de un enfoque integral que combine tratamientos farmacológicos, intervenciones nutricionales y un acompañamiento profesional bien coordinado.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis, tratamiento, tratamiento farmacológico, adherencia farmacológica, calidad de vida, satisfacción con el tratamiento, dieta mediterránea, atención farmacéutica, fertilidad.

ABSTRACT

Endometriosis is a chronic, inflammatory, estrogen-dependent disease that affects approximately 10% of women of reproductive age. It is characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity, causing pelvic pain, dysmenorrhea, infertility, and a significant decline in quality of life. Since there is no definitive cure, treatment focuses on managing symptoms through pharmacological therapies, nutritional strategies, and multidisciplinary clinical follow-up.

The main objective of this study was to analyze the quality of life and level of satisfaction with pharmacological treatment in women diagnosed with endometriosis in the Region of Murcia. A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was conducted, including a sample of 120 women aged 18 to 55 years. Data collection was performed using the validated questionnaires the SF-12 to measure quality of life, the Morisky-Green-Levine Test to assess adherence, the TSMQ (version 1.4) for medication satisfaction, and a questionnaire on adherence to the Mediterranean diet. Statistical analysis was performed using SPSS software, applying chi-square tests and Pearson correlations.

The results showed that most participants perceived their health status between fair and good, with persistent limitations in quality of life. Difficulties related to treatment adherence were identified, especially in the 36-45 age group. Nevertheless, a high satisfaction with pharmacological treatment was observed, along with a positive correlation between adherence to the Mediterranean diet and enjoying a better quality of life. These findings highlight the need to implement health education strategies and continuous follow-up involving a multidisciplinary team, where the pharmacist plays a crucial role in supporting treatment adherence and optimizing health outcomes.

In conclusion, the results highlight the need to addressing endometriosis through a comprehensive approach that combines pharmacological treatments, nutritional interventions, and well-coordinated professional support.

KEY WORDS

Endometriosis, treatment, pharmacological treatment, medication adherence, quality of life, treatment satisfaction, mediterranean diet, pharmaceutical care, fertility.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no es solo el resultado de un trabajo académico, sino el reflejo de un camino largo, exigente y profundamente personal, construido gracias al apoyo y la compañía de muchas personas.

En el ámbito académico, he contado con la tutela de dos directores de tesis, a quienes agradezco el haberme guiado con rigor, cercanía y compromiso. He tenido la suerte de conocer y contar con mi directora Pilar, cuyo acompañamiento ha sido clave para orientar este trabajo y mantener la claridad en los momentos de mayor dificultad.

Asimismo, quiero agradecer a Pura su colaboración desde el departamento de análisis estadístico y a mi tutor académico, por su disponibilidad para atender las consultas planteadas durante el desarrollo de este trabajo.

Este estudio se desarrolló en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Laura Martínez, quien confió desde el primer momento en esta investigación y medió con su equipo asistencial para que este estudio fuera posible. Gracias también a todos los profesionales de la Unidad de Endometriosis del Servio de Ginecología por su colaboración y disponibilidad durante el mismo, así como a las pacientes que participaron en él por su tiempo y su generosidad.

Pero más allá del ámbito académico, este camino no se habría podido recorrer sin el apoyo personal. Mis hijos han sido mi mayor motor, y en esencia, el sentido último de este esfuerzo. Les doy las gracias por su paciencia, cariño incondicional y su capacidad para entender, a su manera, que mamá no siempre podía estar con ellos.

A los padrinos de mis hijos, Ana y Vicente, gracias por estar, por ayudar, por cuidar y por acompañar cuando más falta hacía.

A mi tía Nona, que ha sido hogar, apoyo y refugio, para mí y para mis hijos, siendo una presencia constante capaz de ocupar todos los lugares necesarios. Su amor incondicional ha sostenido mucho más de lo que se puede escribir en estas líneas.

Mis últimas gracias, siempre, para mis tres ángeles de la guarda, por estar siempre conmigo.

A todos ellos, gracias por hacerlo posible.

*Nada en la vida debe ser temido, solo
comprendido. Ahora es el momento de
comprender más, para temer menos.*

- Marie Curie-

*No siempre podemos hacer grandes
cosas, pero sí cosas pequeñas con
un gran amor.*

-Madre Teresa de Calcuta-

ÍNDICE GENERAL

SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	21
ÍNDICE DE FIGURAS, DE TABLAS Y DE ANEXOS.....	23
Índice de Figuras	23
Índice de Tablas.....	25
Índice de Anexos	27
I- INTRODUCCIÓN.....	31
1.1. Definición de endometriosis.....	33
1.2. Epidemiología.....	36
1.3. Etiopatogenia y fisiopatogenia de la endometriosis	39
1.4. Diagnóstico.....	43
1.4.1. Anamnesis	44
1.4.3. Evaluación clínica y pruebas complementarias	45
1.5. Sintomatología.....	46
1.6. Clasificación y grados de la endometriosis	49
1.7. Tratamiento	52
1.7.1. Tratamiento farmacológico	52
1.7.2. Cirugía	59
1.7.3. Tratamientos alternativos.....	60
1.7.4. Tratamiento nutricional.....	61
1.8. Atención farmacéutica.....	66
1.9. Adherencia al tratamiento farmacológico.....	67
1.10. Calidad de vida en pacientes con endometriosis	69
1.11. Satisfacción con el tratamiento en pacientes con endometriosis	71
II- JUSTIFICACIÓN	75

III- OBJETIVOS.....	81
3.1. Objetivo General.....	81
3.2. Objetivos Específicos	81
IV- MATERIAL Y MÉTODO	85
4.1. Diseño.....	85
4.2. Población diana y ámbito de estudio	85
4.3. Recogida de datos.....	86
4.3.1. Procedimientos de recogida de datos.....	86
4.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	89
4.5. Variables de estudio	89
4.5.1. Variables sociodemográficas	90
4.5.2. Variables clínicas y antropométricas	90
4.5.3. Variables de satisfacción con el tratamiento.....	90
4.5.4. Variables de adherencia al tratamiento farmacológico.....	91
4.5.5. Variables de calidad de vida y hábitos nutricionales.....	91
4.6. Aspectos éticos.....	92
4.7. Análisis estadístico	93
4.8. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	94
V- RESULTADOS	99
5.1. Resultados estadísticos de datos sociodemográficos y antropométricos de la población diana.....	99
5.1.1. Distribución por edad.....	101
5.1.2. Distribución según nivel de estudios	102
5.1.3. Etnia.....	103
5.1.4. Distribución según número de hijos.....	104
5.1.5. Principales ocupaciones laborales.....	105
5.1.5. Enfermedades asociadas presentadas	106

5.2. Resultados estadísticos de adherencia al tratamiento farmacológico según el cuestionario Morisky-Green	107
5.3. Resultados estadísticos de grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico según el cuestionario tsmq	114
5.4. Resultados estadísticos de calidad de vida según el Cuestionario SF-12	122
5.5. Resultados estadísticos de adherencia a la dieta mediterránea.....	126
VI- DISCUSIÓN.....	133
6.1. Factores relacionados con las características sociodemográficas y antropométricas de la muestra.....	133
6.1.1. Factores relacionados con las principales ocupaciones laborales	135
6.2. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico	137
6.3. Factores relacionados con el grado de satisfacción con el tratamiento.....	142
6.4. Factores relacionados con la calidad de vida	146
6.5. Factores relacionados con la adherencia a la dieta mediterránea.....	149
6.6. Papel del farmacéutico en la dispensación activa, seguimiento, adherencia terapéutica y calidad de vida de las pacientes	152
VII- CONCLUSIONES.....	157
VIII- LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	161
IX- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
X- ANEXOS	187

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AINE:	Antiinflamatorios no esteroideos
AOC:	Anticonceptivos orales combinados
AOP:	Píldoras anticonceptivas orales
CdV:	Calidad de vida
CVRS:	Calidad de vida relacionada con la salud
DIU:	Dispositivo intrauterino
DIE:	Endometriosis profunda
DQIs:	Índices de calidad de la dieta
EPOC:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EEUU:	Estados Unidos
FC:	Farmacéutico comunitario
GnRH:	Hormona liberadora de gonadotropina
IM:	Intramuscular
IMC:	Índice de masa corporal
INE:	Instituto Nacional de Estadística
IOP:	Insuficiencia ovárica prematura
MDS:	Indicador de puntuación de dieta mediterránea
MGL:	Test de Morisky-Green-Levine
NK:	Natural killer
PREDIMED:	Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea
RIC:	Rango intercuartílico
RM:	Resonancia magnética
RMN:	Resonancia magnética nuclear
SC:	Subcutánea
SERM:	Moduladores selectivos de los receptores de estrógeno
SF-12	Cuestionario de Salud Short Form-12

TRH:	Terapia de reemplazo hormonal
TSMQ:	Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication
TVUS:	Ecografía transvaginal (Transvaginal ultrasound)
UE:	Unión Europea
VEGF:	Factor de crecimiento endotelial vascular
OMA:	Endometriosis ovárica
PCB:	Compuestos bifenil-policlorinados
SUP:	Endometriosis peritoneal superficial
OMS:	Organización Mundial de la Salud
VEGF:	Factor de crecimiento endotelial vascular

ÍNDICE DE FIGURAS, DE TABLAS Y DE ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Esquema de los principales factores asociados al retraso diagnóstico y la falta de adherencia terapéutica en la endometriosis.....	33
Figura 2.	Endometriosis	35
Figura 3.	Incidencia según tipo de endometriosis	37
Figura 4.	La endometriosis en cifras	38
Figura 5.	Esquema de los principales factores implicados en la etiopatogenia de la endometriosis.	40
Figura 6.	Diagrama de flujo del proceso diagnóstico de la endometriosis.....	44
Figura 7.	Síntomas de endometriosis.	47
Figura 8.	Formas de endometriosis.	50
Figura 9.	Esquema del algoritmo terapéutico inicial en endometriosis.	55
Figura 10.	Grupos farmacológicos y su mecanismo de acción en el tratamiento de la endometriosis.....	58
Figura 11.	Rol de la nutrición y medicina integrativa en la endometriosis.	65
Figura 12.	Distribución por edad de la muestra.	101
Figura 13.	Distribución según nivel de estudios de la muestra.	102
Figura 14.	Distribución étnica de la muestra.	103
Figura 15.	Distribución según número de hijos.....	104
Figura 16.	Enfermedades coexistentes de las participantes.	106
Figura 17.	Distribución por grupos de edad según el olvido de la medicación.....	107

Figura 18. Distribución por grupos de edad – ¿Deja de tomarla al sentirse bien?.....	110
Figura 19. Percepción de efectividad según grupos de edad.	118
Figura 20. Percepción de efectos secundarios según grupos de edad.....	119
Figura 21. Percepción de convivencia según grupos de edad.....	120
Figura 22. Percepción de satisfacción global según grupos de edad.....	121
Figura 23. Impacto de la endometriosis en salud percibida, funcionalidad y bienestar emocional.....	124
Figura 24. Impacto de la endometriosis en distintas dimensiones de calidad según grupos de edad.....	125
Figura 25. Distribución de la adherencia a la dieta mediterránea según grupos de edad.	128
Figura 26. Distribución de la adherencia a la dieta mediterránea según el grado de endometriosis.	129

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1..	Etiopatogenia de la endometriosis.....	39
Tabla 2.	Clasificación de la Enfermedad.....	51
Tabla 3.	Perfil farmacológico, dosis recomendada y efectos adversos.....	56
Tabla 4.	Criterios de inclusión y exclusión.....	89
Tabla 5.	Variables de la investigación.....	92
Tabla 6.	Características antropométricas y sociodemográficas en función de la edad.	99
Tabla 7.	Principales ocupaciones laborales.	105
Tabla 8.	Pruebas de Chi-cuadrado – Asociación entre edad y olvido de la medicación	108
Tabla 9.	Distribución por grupos de edad – ¿Toma a las horas indicadas?	109
Tabla 10.	Pruebas de Chi-cuadrado – Asociación entre edad y cumplimiento horario	109
Tabla 11.	Pruebas de Chi-cuadrado – Asociación entre edad y suspensión al sentirse bien	111
Tabla 12.	Distribución por grupos de edad – ¿Deja de tomarla al sentirse mal?	112
Tabla 13.	Pruebas de Chi-cuadrado – Asociación entre edad y suspensión al sentirse mal.	112
Tabla 14.	Adherencia global según el test de Morisky-Green por grupos de edad.....	113
Tabla 15.	Estadísticos descriptivos generales.....	114
Tabla 16.	Interpretación de resultados del TSMQ.....	116
Tabla 17.	Estadísticos descriptivos por grupo de edad	117
Tabla 18.	Resultados globales de la encuesta SF-12 sobre calidad de vida en pacientes con endometriosis.....	122

Tabla 19. Adherencia a la dieta mediterránea..... 126

Tabla 20. Adherencia a la dieta mediterránea por grupos de edad..... 127

Tabla 21. Adherencia a la dieta mediterránea según grado de endometriosis ... 128

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado.	187
ANEXO 2. Encuesta sociodemográfica y antropométrica.....	189
ANEXO 3. Cuestionario de salud SF-12.....	191
ANEXO 4. Test de Morisky-Green-Levine	195
ANEXO 5. Cuestionario Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSMQ v1.4).....	197
ANEXO 6. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea.	203
ANEXO 7. Aprobación del comité de ética de la UCAM	207

I – INTRODUCCIÓN

I- INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica, inflamatoria y dependiente de estrógenos asociada a dolor pélvico crónico e infertilidad que afecta aproximadamente al 20% de las mujeres hospitalizadas por dolor pélvico y al 50% de las mujeres infértiles (1). En cifras globales, la sufren aproximadamente el 10 % de las mujeres en edad reproductiva, constituyendo un importante problema de salud pública a nivel mundial (2,3).

Se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, lo que provoca un dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia e infertilidad. A pesar de que es bastante común, existe un retraso diagnóstico, que empeora la situación clínica y contribuye a un deterioro progresivo del bienestar físico, psicológico y social (2,3). Los síntomas de la endometriosis varían de leves a graves, y se pueden confundir con los de otras patologías, retrasando aún más su diagnóstico, lo cual, unido a la cronicidad de los síntomas, hace que las mujeres con endometriosis tengan graves dificultades para cumplir con sus responsabilidades personales y laborales, por lo que suelen deprimirse y sufrir de episodios de ansiedad, lo que a su vez deteriora aún más su calidad de vida y salud física y mental (3,4).

A pesar de la complejidad del abordaje terapéutico de la endometriosis, se ha encontrado evidencia científica sobre la eficiencia de anticonceptivos orales combinados (AOC), progestágenos, y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como tratamiento farmacológico actual de primera línea; asignando para el caso de endometriosis refractarias, los inhibidores de la aromatasa y agonistas o antagonistas de hormona liberadora de gonadotropina (1,2). Sin embargo, estas estrategias farmacológicas pueden producir efectos adversos y mala tolerabilidad, lo que tiene efecto directo en la satisfacción y adherencia de la paciente (5,6). A ello se suma la limitada oferta de tratamientos no hormonales o personalizados, lo que provoca el abandono del tratamiento por falta de resultados satisfactorios (6).

La persistencia del dolor, la disminución de la calidad de vida y la sintomatología persistente, se relaciona de forma directa con la falta de adherencia terapéutica, como ocurre con otros tratamientos crónicos (5,6). Se ha demostrado que la presencia de efectos adversos y la ineficacia de los tratamientos produce el

abandono o intermitencia en el tratamiento, impidiendo la ejecución regular y eficiente de sus funciones, lo que perpetúa el dolor de un modo crónico (2,4,6). Por otro lado, no se han considerado dentro de los esquemas de tratamiento consecuencias relevantes de la enfermedad sobre las dimensiones sociales, emocionales y mentales de las pacientes, centrándose únicamente en la disminución del dolor (3,4). En este sentido, más allá del tratamiento de los síntomas físicos, diversos autores coinciden en la necesidad de generar esquemas de apoyo permanente por parte de equipos multidisciplinares que promuevan la educación sanitaria y el cuidado para incrementar la adherencia a los tratamientos (4).

En este contexto, el farmacéutico juega un papel fundamental. Gracias a su cercanía y accesibilidad con los pacientes, este profesional puede llevar a cabo funciones esenciales en el seguimiento farmacoterapéutico, la identificación de problemas relacionados con la medicación y la educación sanitaria personalizada. La intervención del farmacéutico no solo mejora la adherencia a los tratamientos, sino que optimiza los resultados clínicos y aumenta la satisfacción de las pacientes. Esto es especialmente importante en el caso de enfermedades crónicas como la endometriosis, que requieren un seguimiento constante y prolongado (7).

Por tanto, ya no basta solo con enfocarse en aliviar el dolor, el nuevo enfoque de tratamiento debe integrar de manera eficiente y basada en la evidencia a todos los profesionales que juegan un papel directo en el manejo de la endometriosis. Este modelo debe incluir la promoción de estilos de vida saludables, la educación sanitaria, el acompañamiento psicológico y, de forma prioritaria, el seguimiento farmacéutico como estrategia para reforzar la adherencia, reducir los abandonos terapéuticos y, en última instancia, mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas por esta enfermedad (2,3,4,5,7). La figura 1 resume de manera esquemática los principales factores implicados en el retraso diagnóstico y en la falta de adherencia terapéutica en la endometriosis, integrando tanto determinantes clínicos como psicosociales y asistenciales.

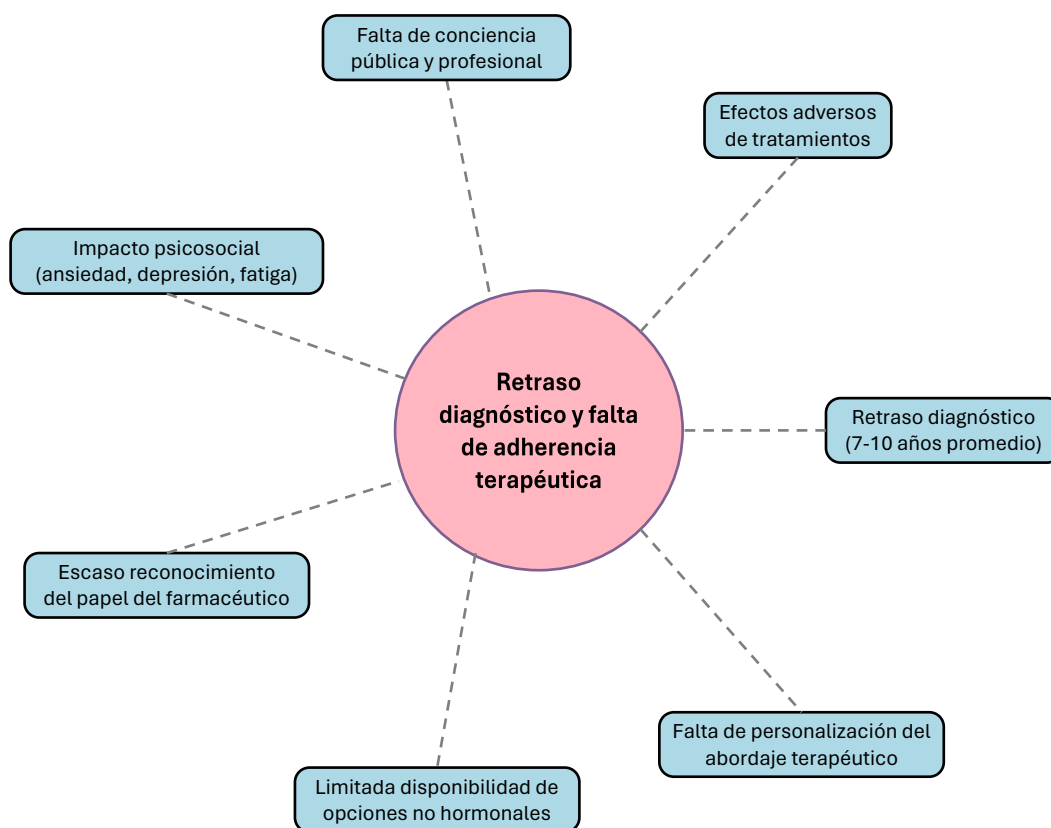


Figura 1. Esquema de los principales factores asociados al retraso diagnóstico y la falta de adherencia terapéutica en la endometriosis. Elaboración propia

1.1. DEFINICIÓN DE ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a un gran número de mujeres en edad reproductiva, aproximadamente un 10% a nivel mundial (2,3). El endometrio es la capa mucosa que reviste internamente el útero. Durante el período reproductivo, este tejido experimenta cambios cíclicos de proliferación, diferenciación secretora y, si no se produce la fecundación, descamación y regeneración. Dichas transformaciones están reguladas por las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) y por factores de crecimiento y enzimas que reflejan el correcto funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovario (1,2,3).

Se caracteriza por la localización de tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina, lo que desencadena síntomas debilitantes como dolor pélvico crónico, dismenorrea (dolor menstrual intenso), dispareunia (dolor en relaciones sexuales), fatiga e incluso infertilidad. Estos síntomas impactan de manera

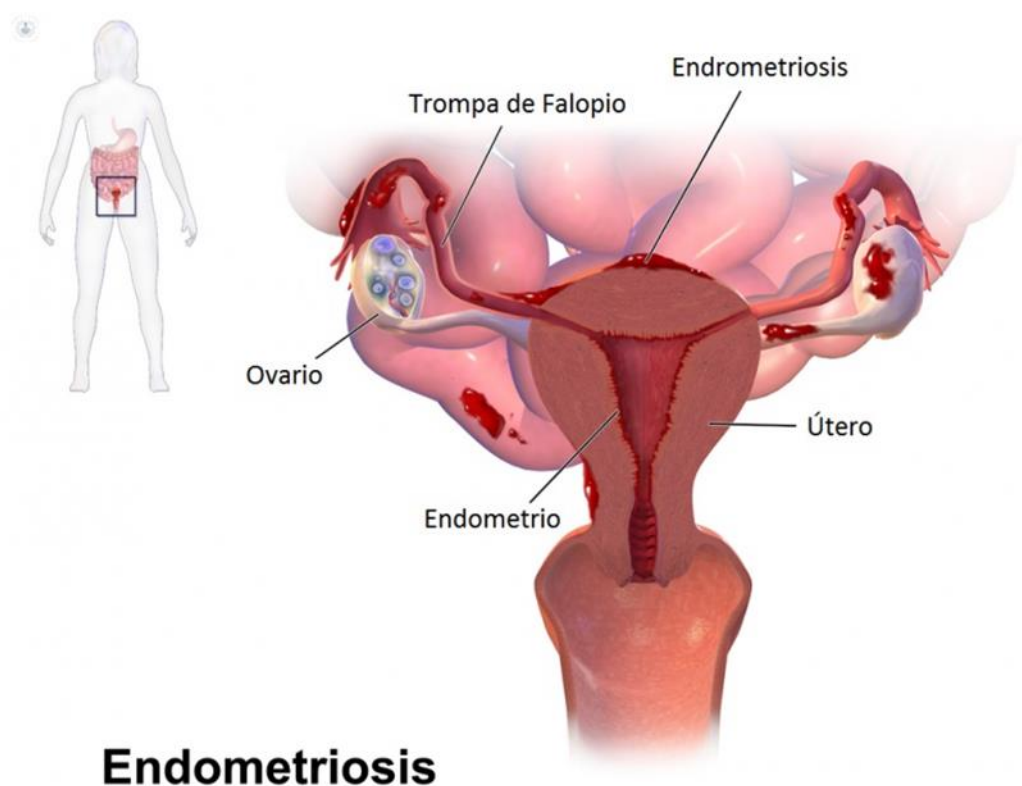
significativa en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), afectando tanto el bienestar físico como el mental de las pacientes (2,3,8,9).

El dolor pélvico crónico representa el 10% de las consultas ginecológicas ambulatorias. Ante tal síntoma, se debe realizar un historial clínico, quirúrgico, social y familiar completo a las pacientes, seguido de una exploración física que incluya un examen pélvico (8). Muchas mujeres con endometriosis presentaron una calidad de vida muy deteriorada y continuaron con la sintomatología asociada a endometriosis, a pesar de haber sido tratadas en centros de atención de salud (9,10).

Según Becker et al. (11), más de la mitad de las mujeres que padecen endometriosis afirman que su estado emocional se ve afectado de manera negativa. Otro dato característico es que la mayoría de pacientes infértiles también presentan dolor pélvico crónico (12).

Esta enfermedad es un claro ejemplo de una patología inflamatoria crónica donde una respuesta inmunitaria desregulada provoca tanto el dolor como el daño en los tejidos. El dolor persistente y la fatiga dificultan la participación en actividades cotidianas, laborales y sociales, provocando frustración, aislamiento y disminución de la productividad (3,13). Otro factor a tener en cuenta es el impacto negativo en las relaciones afectivas de las mujeres que la padecen, siendo la dispareunia el primer factor influyente, seguido de la posible infertilidad (13).

En la endometriosis, fragmentos de tejido endometrial se implantan fuera del útero, manteniendo su capacidad de responder a los estímulos hormonales. Esto provoca microhemorragias recurrentes, inflamación crónica, formación de adherencias y dolor (2,3). La Figura 2 ilustra la localización anómala de estos implantes endometriósicos en órganos pélvicos, los cuales reaccionan de forma cíclica al ciclo menstrual, generando dolor pélvico intenso y dificultades para la concepción (14).



Endometriosis

Figura 2. Endometriosis (14)

Como consecuencia, el deterioro de la calidad de vida puede ser comparable o incluso superior al observado en enfermedades crónicas como la artritis reumatoide o la enfermedad inflamatoria intestinal (15).

El dolor crónico no controlado, el diagnóstico tardío, los efectos secundarios de los tratamientos, la percepción de incomprensión social y la incertidumbre sobre la fertilidad agravan este impacto psicológico (16,17).

El tratamiento de la endometriosis suele requerir un enfoque multidisciplinar que combine farmacoterapia, cirugía y estrategias nutricionales para aliviar los síntomas y mejorar el funcionamiento diario de las pacientes (10).

El tratamiento farmacológico constituye uno de los pilares principales para el control sintomático, pero su éxito depende en gran medida de la adherencia, entendida como el grado en que el comportamiento de la paciente coincide con las recomendaciones médicas y farmacéuticas prescritas (18).

Cuando la adherencia es deficiente, se observa un menor alivio del dolor, un curso clínico menos favorable, un mayor riesgo de recurrencias y una mayor probabilidad de complicaciones quirúrgicas. Tal como señalan Aung et al. (19), múltiples factores pueden influir negativamente en la adherencia en enfermedades crónicas. Entre los motivos destacan los miedos, el empeoramiento clínico percibido o experiencias negativas previas con los tratamientos (20). En este contexto, el farmacéutico emerge como un profesional clave para reforzar la adherencia y el seguimiento terapéutico. A través de intervenciones educativas, acompañamiento personalizado y comunicación empática, puede identificar barreras, corregir errores de uso, reforzar la importancia del tratamiento y generar confianza en las pacientes. Se ha demostrado que este tipo de intervención farmacéutica estructurada mejora tanto la adherencia como la calidad de vida en mujeres con endometriosis (21).

1.2. EPIDEMIOLOGIA

La endometriosis es una enfermedad crónica que, según la Organización Mundial de la Salud, afecta a alrededor de 190 millones de mujeres y niñas en edad reproductiva en todo el mundo (22). Esto equivale a aproximadamente el 10% de este grupo poblacional (2,3).

Desde una perspectiva epidemiológica, la endometriosis se sitúa entre las principales causas de carga de enfermedad medida como años vividos con discapacidad dentro de las enfermedades ginecológicas, indicador que refleja la carga poblacional vinculada a enfermedades crónicas que condicionan de forma prolongada el estado de salud, sin aumentar la mortalidad (23).

Entre 2014 y 2017, se diagnosticaron aproximadamente 5000 mujeres con endometriosis cada año en España. La incidencia global durante este periodo fue de 16,1 casos por cada 10.000 mujeres, con variaciones significativas entre las comunidades autónomas. Las comunidades con mayor incidencia fueron la Comunidad Valenciana (24 por 10.000), Navarra (22,6 por 10.000), Cataluña (20 por 10.000), Extremadura (19,5 por 10.000) y Murcia (18,4 por 10.000)(24).

Sin embargo, en España la tasa anual de endometriosis disminuyó de 4,4 a 3,9 por cada diez mil mujeres entre 2014 y 2017. Las mujeres que recibieron el diagnóstico tenían una edad promedio de 36,8 años, con una desviación estándar de 5,4.

Durante este período, los tipos de endometriosis más comunes que se identificaron fueron la vesical (6,8%), uterina (28,4%), tubo-ovárica (35,2%), intestinal (3,2%) y peritoneal (8,1%)(24)(Figura 3).

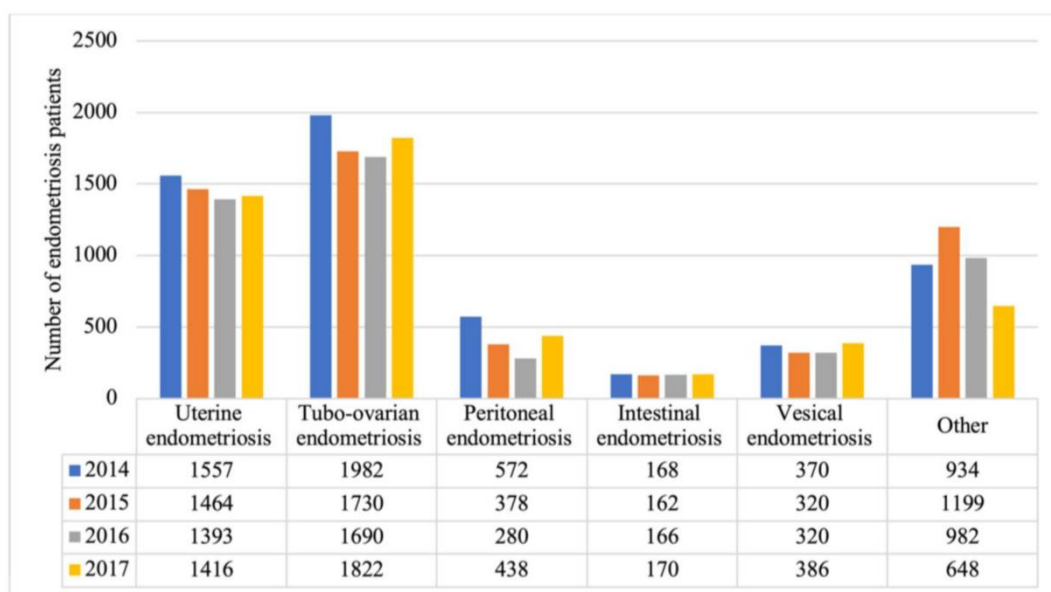


Figura 3. Incidencia según tipo de endometriosis (24).

Un aspecto crítico en la epidemiología de la endometriosis en España es el alarmante retraso diagnóstico, que persiste en un promedio de 7 a 10 años desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación de la enfermedad. Este dilatado periodo se atribuye a la normalización del dolor menstrual severo, la falta de reconocimiento de los síntomas por parte de las pacientes y la insuficiente formación y sensibilización en algunos ámbitos del primer nivel de atención médica. Este retraso no solo prolonga el malestar de las pacientes, sino que también puede favorecer la progresión de la enfermedad y el desarrollo de lesiones más extensas, incrementando la complejidad del tratamiento (3).

La magnitud del impacto global de esta enfermedad y su importancia como problema de salud pública, se resume en la siguiente figura:

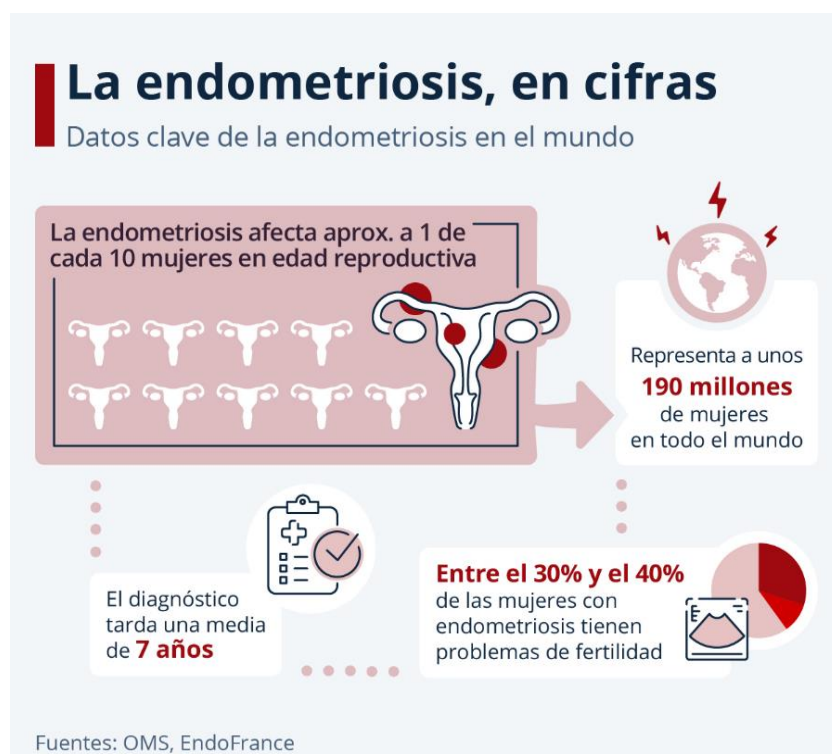


Figura 4. La endometriosis en cifras (25).

En términos globales, la endometriosis afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva (2,3,22). Esta misma prevalencia se adopta de forma habitual en las estimaciones nacionales en España, lo que se traduce en aproximadamente dos millones de mujeres afectadas en todo el territorio nacional (26). En la Región de Murcia, no existe un registro específico que permita conocer la prevalencia real, por ello, puede realizarse una estimación indirecta aplicando la prevalencia nacional (10–15 %) a la población femenina de 15–49 años residente en la región. Considerando una población aproximada de 350.000 mujeres en ese rango etario, el número de mujeres potencialmente afectadas se situaría entre 35.000 y 52.500. Esta cifra debe interpretarse con cautela, pues la prevalencia efectiva puede variar por infradiagnóstico y diferencias en el acceso al sistema sanitario (27).

En síntesis, la endometriosis en España representa un problema de salud pública de considerable magnitud, con una prevalencia significativa y un retraso diagnóstico persistente que exacerba el sufrimiento de las pacientes. Los datos epidemiológicos, tanto a nivel nacional como en la Región de Murcia, destacan la urgente necesidad de fortalecer la investigación, mejorar el diagnóstico temprano,

avanzar hacia tratamientos más efectivos y aumentar la concienciación, tanto en el ámbito profesional como en la sociedad. Para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los millones de mujeres que enfrentan esta compleja enfermedad, es esencial adoptar un enfoque integral y multidisciplinar.

1.3. ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOGENIA DE LA ENDOMETRIOSIS

La aparición y evolución de la endometriosis depende de la presencia e interacción de factores genéticos, biológicos y ambientales. Para el manejo de la enfermedad es necesario comprender la interrelación entre su fisiopatogenia, relacionada con la progresión y mantenimiento de la enfermedad y su etiopatogenia, que describe los factores relacionados con su origen.

Etiopatogénesis

En el caso de la endometriosis, se han propuesto diversos mecanismos para comprender su etiopatogénesis e implantación del tejido del endometrio fuera del espacio uterino. Carrillo et al. (28), sintetizan estas teorías atendiendo a su origen histológico y a los mecanismos moleculares implicados (Tabla 1).

Tabla 1.. Etiopatogenia de la endometriosis.

TEORÍA	DESCRIPCIÓN	MECANISMOS MOLECULARES IMPLICADOS
Menstruación retrógrada	Reflujo de tejido endometrial hacia la cavidad peritoneal durante la menstruación	Adhesión, proliferación, evasión del sistema inmune
Metaplasia celómica	Transformación del mesotelio peritoneal en tejido endometrial ectópico	Plasticidad celular, transdiferenciación
Diseminación linfática y vascular	Migración de células endometriales por vía sanguínea o linfática	Invasividad celular
Restos embrionarios	Activación de células residuales de origen embrionario	Estímulos hormonales, diferenciación ectópica
Células madre	Migración y diferenciación de células madre en localizaciones ectópicas	Proliferación, angiogénesis

Adaptación obtenida de Carrillo (28).

Dicho modelo relaciona la menstruación retrógrada con determinantes genéticos, hormonales, inmunológicos y ambientales, que, en su conjunto, favorecen el desarrollo y progresión de la endometriosis. En la Figura 5 se presenta un esquema que resume esta interacción.

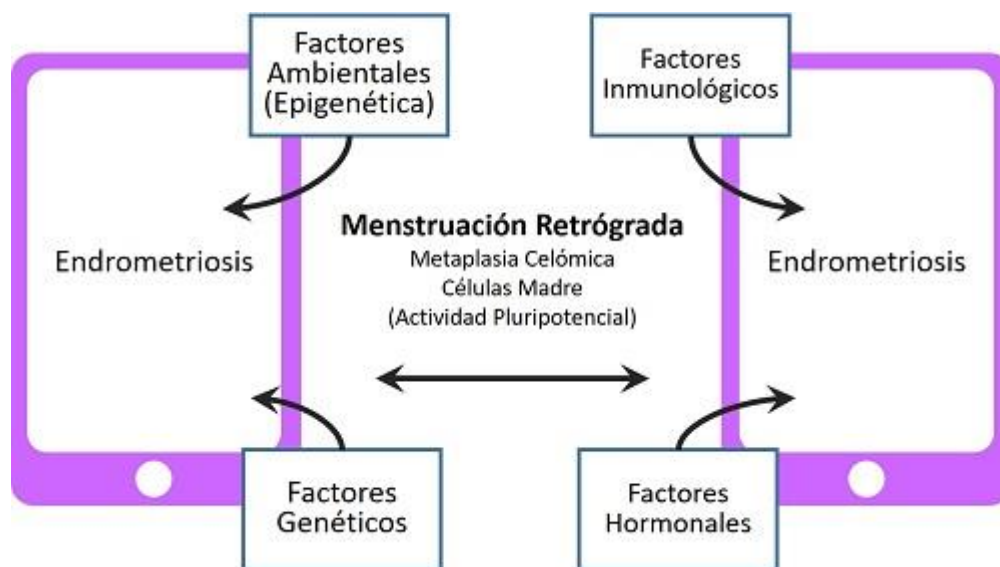


Figura 5. Esquema de los principales factores implicados en la etiopatogénesis de la endometriosis. Elaboración propia.

En términos generales, las hipótesis sobre su origen se agrupan en dos enfoques principales:

- El primero postula que el tejido ectópico deriva del endometrio uterino, dentro de este se enmarca la teoría de la menstruación retrógrada o de implantación, según la cual parte del tejido endometrial refluye a través de las trompas de Falopio hasta la cavidad peritoneal, donde logra adherirse y proliferar. Este mecanismo molecular exige que dichas células sobrevivan en un entorno hostil. No obstante, como pone de manifiesto la Guía de atención a las mujeres con endometriosis del Sistema Nacional de Salud, la menstruación retrógrada se observa hasta en el 90% de las mujeres, independientemente de que presenten o no endometriosis (29). Otro mecanismo al que se hace referencia es a la limpieza celular por parte del mecanismo inmunológico, el cual falla, permitiendo que las células se

implanten y escapen a los sistemas de depuración inmunitaria locales, lo que explicaría por qué solo algunas mujeres desarrollan la enfermedad (28,30).

Otra teoría incluida en este grupo es la de la diseminación linfática y vascular, que propone que las células endometriales pueden desplazarse a través de vasos linfáticos o sanguíneos, originando implantes en localizaciones distantes como pleura, pulmones o incluso cerebro (30).

- El segundo enfoque sugiere un origen extrauterino del tejido ectópico. La metaplasia celómica plantea que las células del mesotelio peritoneal conservan la capacidad de transformarse en tejido endometrial bajo estímulos como la inflamación crónica o el desequilibrio hormonal. También se han descrito la activación de restos embrionarios residuales bajo estímulos hormonales, así como la participación de células madre con capacidad de migración y diferenciación aberrante en localizaciones ectópicas (28,30).

Además de estos mecanismos, intervienen factores genéticos y epigenéticos, que predisponen a la enfermedad mediante polimorfismos, alteraciones en la expresión génica y factores ambientales como la exposición a disruptores endocrinos (dioxinas, bifenilos), que inducen alteraciones hormonales e inmunológicas. La exposición a dioxinas y compuestos bifenilopoliclorinados (PCB) se ha correlacionado experimentalmente con la enfermedad en monos Rhesus, pero no ha llegado a ser establecida en humanos (29,30).

Fisiopatogenia

La fisiopatogenia de la endometriosis es compleja y multifactorial, implicando una interacción dinámica entre diversos factores que permiten la progresión, persistencia y sintomatología de la enfermedad una vez establecida (31).

A lo largo de los últimos años, diversos estudios han permitido identificar múltiples procesos fisiopatológicos implicados. El conocimiento de estos mecanismos resulta fundamental para comprender la evolución clínica de la enfermedad y para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas:

- Dependencia estrogénica

Las lesiones endometriósicas son altamente sensibles al estrógeno, que promueve su crecimiento y supervivencia. Se ha observado una sobreexpresión de la aromatasa en estas lesiones, lo que aumenta la producción local de estrógenos, contribuyendo así a la fisiopatología de la enfermedad (32).

- Disfunción inmunológica

En mujeres con endometriosis se ha observado una alteración en la respuesta inmunitaria, incluyendo una menor actividad de las células NK y una mayor concentración de citoquinas inflamatorias en el líquido peritoneal, lo que favorece la supervivencia del tejido endometrial ectópico (30,33).

- Inflamación crónica

Las lesiones endometriósicas generan un ambiente inflamatorio caracterizado por niveles elevados de prostaglandinas, citoquinas y factores de crecimiento, que contribuyen al dolor y a la progresión de la enfermedad (34).

- Angiogénesis

La formación de nuevos vasos sanguíneos es esencial para la supervivencia de las lesiones endometriósicas. Se ha identificado una sobreexpresión del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) en estas lesiones (35).

- Inervación y dolor

Las lesiones endometriósicas presentan una mayor densidad de fibras nerviosas, lo que puede explicar la intensidad del dolor asociado a la enfermedad. Además, la interacción entre las fibras nerviosas y las citoquinas inflamatorias puede sensibilizar los nervios periféricos (36).

Más allá de los mecanismos implicados, se han identificado diversos factores asociados al riesgo de desarrollar la enfermedad. Entre los principales factores relacionados con un mayor riesgo se encuentran la menarquia a edades tempranas previa a los 12 años, los ciclos menstruales de corta duración (27 días o menos), el sangrado menstrual abundante y la nuliparidad. Asimismo, se han descrito factores genéticos y constitucionales como el bajo peso al nacer, un IMC bajo, malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino, raza asiática y antecedentes

familiares. Por el contrario, los factores asociados a una disminución del riesgo son la lactancia prolongada, raza negra, multiparidad y la menarquia tardía (34).

En conjunto, la endometriosis surge de la interacción de mecanismos etiopatogénicos que inician la enfermedad y procesos fisiopatológicos que permiten su mantenimiento. Este conocimiento es clave para comprender su complejidad clínica y justifica la necesidad de abordajes terapéuticos multidisciplinarios, individualizados y dirigidos a múltiples dianas biológicas.

1.4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la endometriosis se ve dificultado por la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas y la similitud de sus síntomas con los de otras patologías con síntomas similares. Además, la enfermedad puede ser infradiagnosticada debido a la falta de conciencia y comprensión de la misma, tanto por parte de los pacientes como de algunos profesionales de la salud. Es fundamental un diagnóstico temprano y preciso para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas, ya que persiste en un promedio de 7 a 10 años desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación de la enfermedad (29).

Siguiendo las indicaciones de Peñafiel et al. (34), en ocasiones la endometriosis se detecta de forma incidental durante intervenciones quirúrgicas realizadas por otras causas. No obstante, siempre ante la sospecha clínica, el protocolo diagnóstico comienza con una anamnesis detallada y continúa con pruebas físicas y de imagen (37).

A modo de síntesis, la figura 6 representa el itinerario diagnóstico recomendado, desde la sospecha clínica inicial hasta la confirmación histológica, integrando la anamnesis, la exploración física, las pruebas de imagen y, en caso necesario, la laparoscopia diagnóstica.

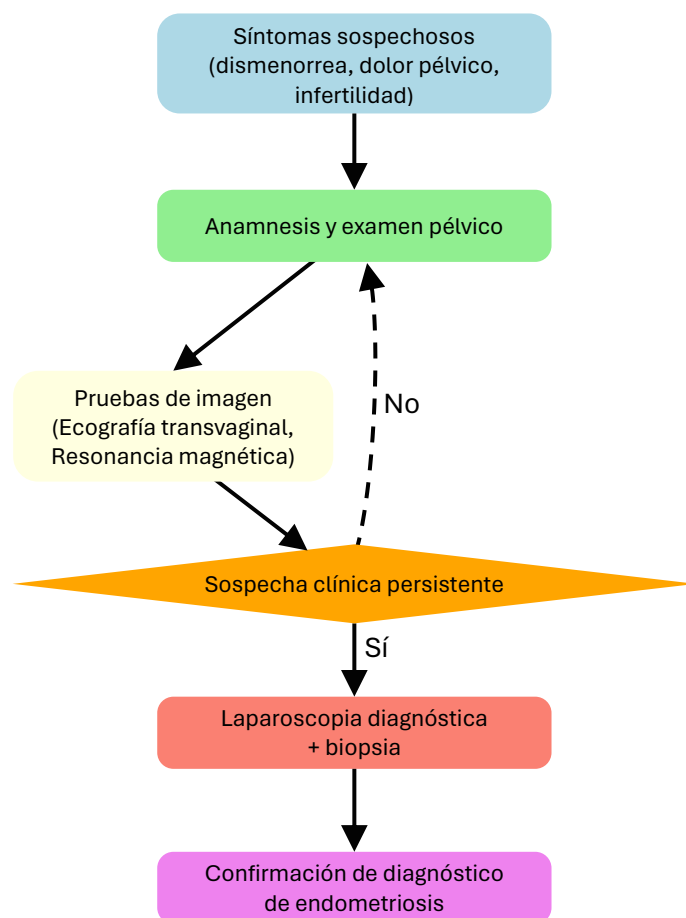


Figura 6. Diagrama de flujo del proceso diagnóstico de la endometriosis. Elaboración propia.

1.4.1. Anamnesis

La descripción de una historia clínica exhaustiva o anamnesis, constituye el primer paso para realizar un diagnóstico adecuado. Este procedimiento incluye la caracterización detallada del dolor (en términos de intensidad, localización, irradiación y evolución), así como la recopilación de información sobre la historia menstrual, reproductiva y los antecedentes médicos relevantes de la paciente (34,37).

Por otra parte, manifestaciones como el dolor pélvico o la infertilidad no son exclusivas de la endometriosis y pueden presentarse en diversas patologías ginecológicas y sistémicas, lo que contribuye a la complejidad del diagnóstico y a su frecuente retraso en la práctica clínica (29).

1.4.3. Evaluación clínica y pruebas complementarias

El examen pélvico constituye el siguiente paso en la evaluación, permitiendo evidenciar la presencia de cicatrices abdominales, nódulos o masas en la pelvis, así como el síntoma subjetivo de dolor al tacto. Sin embargo, debido a la asociación de estos síntomas con otras patologías, el examen pélvico debe acompañarse con pruebas de imagen para ser concluyente, destacando la resonancia magnética nuclear (RMN) y la ecografía transvaginal (TVUS) como diagnóstico diferencial de la endometriosis (34,29). Concretamente, Peñafiel et al. (34), refiere una serie de pruebas complementarias que pueden ayudar a confirmar el diagnóstico de endometriosis, incluyendo:

- Ecografía transvaginal (TVUS). Es la primera prueba realizada por ser accesible y eficiente en la detección de endometriosis en recto y vejiga. En la ecografía se crean imágenes del interior del organismo por medio de ondas sonoras, permitiendo no solo construir una imagen de las estructuras normales, sino de tejidos atípicos y masas en los órganos pélvicos.
- Resonancia magnética nuclear (RMN). Se utiliza en aquellos casos en los que la resolución brindada por la TVUS es insuficiente. Por medio de esta técnica se generan imágenes de alta resolución y detalle de las estructuras internas por medio de ondas de radio y campos magnéticos, por lo que es especialmente útil para determinar el nivel de invasión del endometrio en la cavidad pélvica, lo que resulta fundamental para planificar el tratamiento quirúrgico.
- Análisis de sangre. No existe una prueba de sangre diagnóstica específica para la endometriosis, debido a la escasa especificidad y sensibilidad de los posibles biomarcadores investigados en la literatura, sin embargo, pueden contribuir a realizar el descarte diferencial de otras patologías con síntomas similares.

A pesar de que un resultado normal en las pruebas de imagen no significa la ausencia de la enfermedad, estas técnicas suelen ser muy efectivas en el diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de endometriosis, logrando diferenciar entre endometriosis ovárica, endometrioma y/o endometriosis profunda (34).

Por otro lado, la técnica de laparoscopia, permite observar directamente las adherencias endometriales y extirparlas si es necesario, considerándose un

diagnóstico quirúrgico definitivo. Aunque es un procedimiento invasivo, la laparoscopia proporciona un diagnóstico definitivo y ayuda a planificar el tratamiento adecuado. Esta cirugía mínimamente invasiva permite al médico ver el interior de la pelvis y tomar muestras de tejido para su análisis (34,29).

Una vez que se tiene un diagnóstico presuntivo de endometriosis, es fundamental adoptar un enfoque integral y personalizado para la paciente. Es importante determinar la presencia o ausencia de comorbilidades y evaluar los componentes de calidad de vida con el objetivo de identificar características clínicas que permitan un enfoque multisistémico y multidisciplinar en distintos niveles de atención (28,29). Dentro de esta aproximación, también se considera la planificación hacia un embarazo y sus previsiones, debido a que se ha observado un aumento en los riesgos materno-perinatales relacionados con la endometriosis (34).

1.5. SINTOMATOLOGÍA

El dolor constituye una de las manifestaciones clínicas más frecuentes y relevantes de la endometriosis. Aunque no está presente en todas las mujeres afectadas, cuando aparece suele hacerlo de un modo persistente e intensidad variable, condicionando de forma significativa la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. Su complejidad se relaciona con la interacción de distintos mecanismos hormonales, inflamatorios y neurológicos implicados en su mantenimiento y cronificación (38).

Además del dolor, la endometriosis se caracteriza por una expresión clínica marcadamente heterogénea, en la que pueden coexistir o predominar otros síntomas como la infertilidad. La variabilidad en la presentación clínica y la ausencia de una relación directa entre la extensión anatómica de las lesiones y la intensidad de los síntomas dificultan su reconocimiento y contribuyen al retraso diagnóstico (39).

Los síntomas de la endometriosis incluyen dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), disquecia (dolor al defecar acompañado normalmente de cambios en la frecuencia de la deposición), disuria (dolor asociado con la micción), infertilidad, problemas digestivos como estreñimiento y diarrea y hemorragia vaginal entre períodos; siendo el dolor pélvico el signo más característico y frecuente (29,39)(Figura 7).

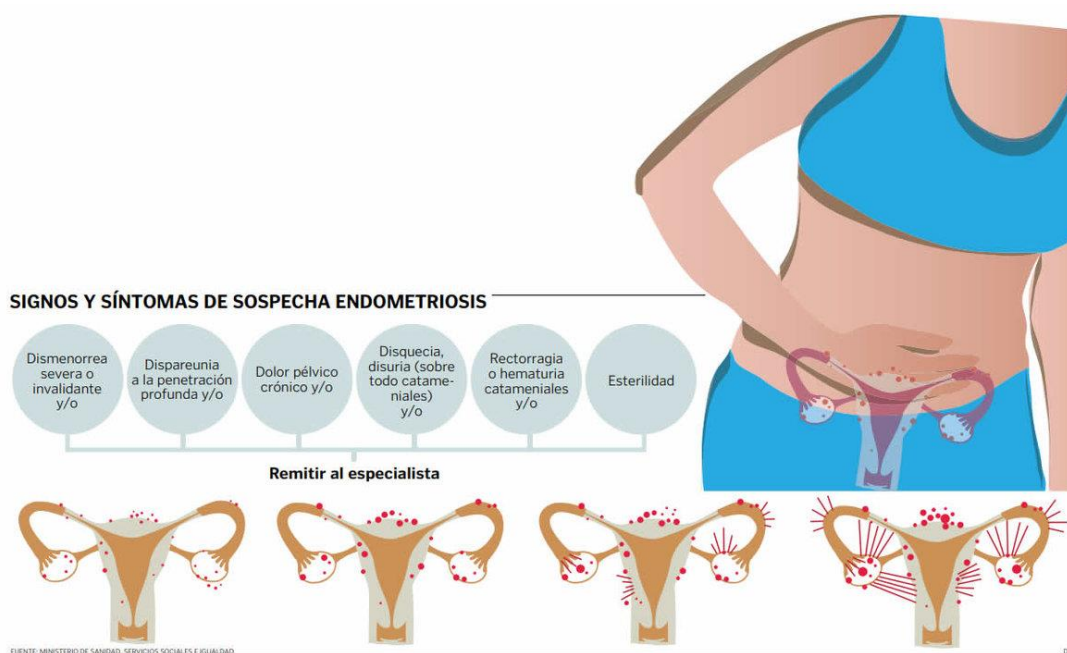


Figura 7. Síntomas de endometriosis (40).

En cuanto al dolor, varía su intensidad entre mujeres y las características de las lesiones, aumentando en la menstruación (34).

Bulun (41), indica que la fisiopatología de la endometriosis está estrechamente vinculada a procesos inflamatorios que generan un microambiente capaz de amplificar los síntomas clínicos. La inflamación local estimula la expresión de aromatasa, una enzima clave que convierte los andrógenos en estrógenos y la cual se cree que pudiera estar presente de modo anómalo en el tejido endometriósico. La sobreproducción de estrógenos favorece la supervivencia y proliferación de los implantes ectópicos, lo que contribuye a la persistencia del dolor y la progresión del cuadro clínico. De acuerdo con la evidencia disponible, esta producción local de estrógenos (independiente de la síntesis ovárica) actúa como un mecanismo central en el mantenimiento de la enfermedad y explica, en parte, su carácter crónico y recurrente (41).

La evidencia epidemiológica indica que la endometriosis se asocia con un incremento del riesgo de desarrollar ciertos subtipos histológicos de cáncer de ovario. Según el análisis conjunto realizado por Pearce et al. (42), las mujeres con endometriosis presentan un riesgo significativamente mayor de carcinoma de células

claras, seroso de bajo grado y endometrioides, mientras que no se observa una asociación con tumores mucinosos, serosos de alto grado ni con tumores borderline. Estos hallazgos subrayan la importancia de una vigilancia clínica adecuada en pacientes con endometriosis, especialmente en aquellas con factores de riesgo adicionales (42).

Las mujeres con endometriosis presentan una mayor predisposición a padecer diversas condiciones de dolor crónico superpuestas, entre ellas fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y trastornos temporomandibulares. Estas comorbilidades se asocian con un incremento de la severidad, interferencia e impacto del dolor, lo que subraya el carácter multisistémico de la enfermedad y la necesidad de comprender su repercusión global en la salud de la mujer. Además, la coexistencia de múltiples condiciones dolorosas contribuye a la complejidad clínica del cuadro y a la heterogeneidad en la experiencia de dolor de las pacientes con endometriosis (43).

En términos clínicos, las manifestaciones más orientadoras se concentran en el dolor, las alteraciones menstruales y la repercusión reproductiva, siendo la afectación de la fertilidad uno de los aspectos con mayor impacto en la vida de las mujeres con esta enfermedad (44).

En relación con esta repercusión reproductiva, la endometriosis puede disminuir la fecundidad mediante mecanismos como inflamación pélvica, adherencias y alteraciones anatómicas y funcionales, sin que su diagnóstico sea equivalente, por sí mismo, a infertilidad en todos los casos (45). Aun así, en mujeres que consultan por infertilidad se han descrito lesiones de endometriosis en proporciones que alcanzan el 50% (38). También se ha indicado que aproximadamente entre un 30% y un 40% de las mujeres con endometriosis presentan infertilidad o dificultades para quedarse embarazadas, razón por la que la infertilidad se incorpora al repertorio de manifestaciones clínicas relevantes (45).

De igual modo, las mujeres con endometriosis presentan un riesgo incrementado de desarrollar diversas patologías ginecológicas benignas, como la adenomiosis (10). Además, la endometriosis se ha relacionado con alteraciones inmunológicas, inflamatorias y hormonales que podrían contribuir a un riesgo cardiovascular incrementado y a un envejecimiento reproductivo acelerado, lo que refuerza su consideración como enfermedad inflamatoria y multisistémica, lo que refuerza la necesidad de un abordaje clínico integral y a largo plazo (38).

El dolor en la endometriosis puede adoptar distintas formas clínicas en función de la localización de las lesiones. Según Peñafiel et al. (34), estas manifestaciones incluyen la dismenorrea, el dolor pélvico crónico no cíclico, la dispareunia profunda y el dolor asociado a la micción o defecación (34).

La dismenorrea figura entre los signos y síntomas que deben hacer considerar el diagnóstico de endometriosis, especialmente cuando el dolor se presenta de forma cíclica y se acompaña de otros síntomas de afectación profunda como dispareunia profunda, disuria, disquemia o sangrado rectal doloroso y hematuria (45). En la entrevista clínica, la presencia de dismenorrea intensa con impacto funcional o con respuesta insuficiente a antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos combinados se recoge como un indicador de sospecha, con especial relevancia en edades tempranas por el riesgo de cronificación y sensibilización del dolor (10,45).

Finalmente, muchas pacientes presentaron otros síntomas inespecíficos, como fatiga, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento y dolor lumbar, que junto con las molestias habituales durante la micción o la defecación y dolor pélvico crónico persistente, afectan de manera significativa la calidad de vida y el bienestar emocional (37).

1.6. CLASIFICACIÓN Y GRADOS DE LA ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es una enfermedad heterogénea, presenta tres fenotipos (28):

- Endometriosis Peritoneal Superficial (SUP)
- Endometriosis Ovárica (OMA)
- Endometriosis Profunda (DIE).

La SUP es la forma menos grave de la enfermedad y se caracteriza por lesiones endometriales superficiales en el peritoneo, siendo implantes aislados y sin adherencias.

En el caso de la OMA, se forman masas quísticas (endometriomas) debido al crecimiento de tejido endometrial ectópico en los ovarios. Estas lesiones suelen formar adherencias en el peritoneo, trompas de Falopio e incluso el intestino.

Por su parte la DIE, representa el fenotipo más severo, ya que el tejido endometrial infiltra más de 5 mm por debajo de la superficie peritoneal o afecta la

musculatura propia de los órganos pélvicos como vejiga, intestino, uréteres o tabique recto-vaginal.

Todo lo anterior, queda plasmado en la figura 8:

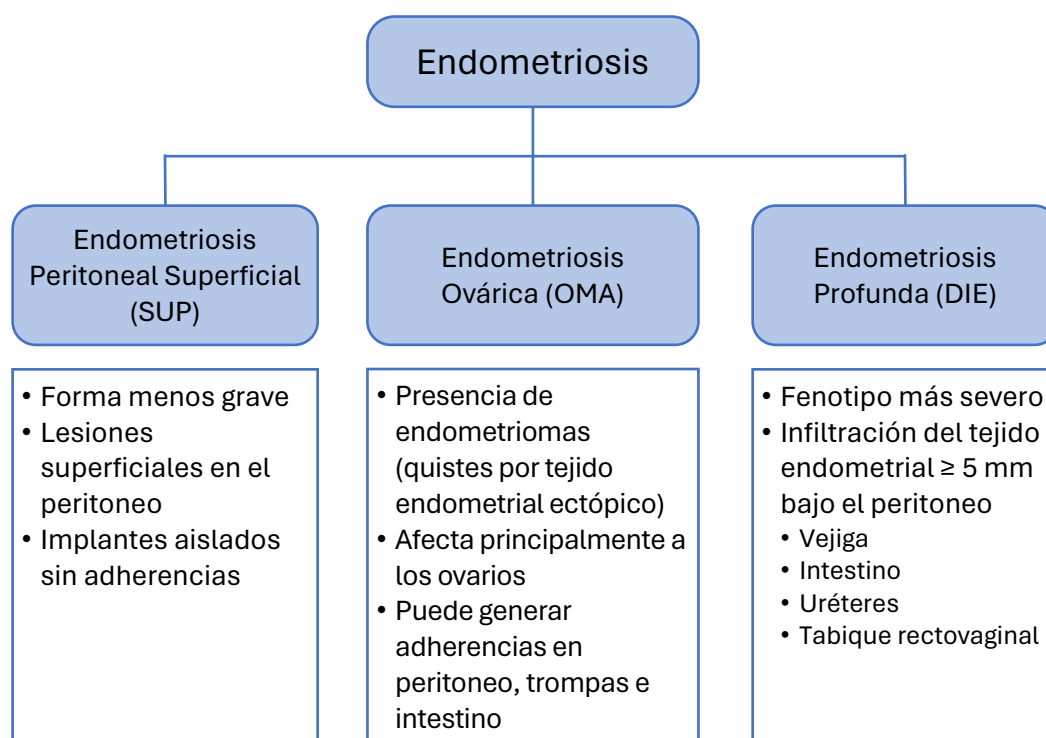


Figura 8. Formas de endometriosis. Elaboración propia

Es posible que se presenten localizaciones extragenitales poco comunes, como en la región umbilical, el diafragma o la pleura. La adenomiosis, que implica la infiltración del miometrio (capa muscular del útero) por el estroma y las glándulas endometriales (componentes del tejido endometrial), está vinculada a la endometriosis en un 30% de los casos. Esta condición, por sí sola, puede causar infertilidad y el dolor que a menudo se asocia con la endometriosis, provocando además menstruaciones muy abundantes en muchas pacientes (28).

La clasificación de la gravedad de la endometriosis propuesta por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva se basa en la localización, el número, el diámetro y la profundidad de las lesiones, así como en la presencia y severidad de las adherencias, tal como se determina por laparoscopia (29). Esta clasificación establece los siguientes estadios (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de la Enfermedad (29)

Estadio I Mínima: Implantes aislados y sin adherencias
Estadio II Leve: Implantes superficiales menores de 5 cm adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios, con o sin adherencias.
Estadio III Moderada: Implantes múltiples superficiales o invasivos. Adherencias alrededor de las trompas de Falopio o de los ovarios.
Estadio IV Severa: Implantes múltiples, superficiales y profundos asociados a grandes endometriomas ováricos. Usualmente, se observan adherencias membranosas extensas.

De lo anterior, se deduce el impacto que ocasiona cada grado de la enfermedad sobre la calidad de vida de las pacientes (29).

En el **grado I**, los síntomas pueden ser leves y en algunos casos asintomáticos, lo que puede llevar a un diagnóstico tardío.

En el **grado II**, los síntomas pueden incluir dolor menstrual moderado y dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) e inclusive puede haber una interferencia moderada con las actividades diarias.

En el **grado III**, el impacto es más severo y los síntomas son persistentes, dolores crónicos a nivel de la pelvis, problemas gastrointestinales. La calidad de vida se ve significativamente afectada, lo que limita en el trabajo y en actividades sociales.

En el **grado IV** el impacto es severo, se asocia a la producción de infertilidad, dolor pélvico crónico, marcando un deterioro del bienestar físico y emocional.

1.7. TRATAMIENTO

Por el momento, no existe una cura definitiva para la endometriosis. Sin embargo, existe una variedad de tratamientos diseñados para aliviar el dolor, abordar los problemas de fertilidad, controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las pacientes. Según las recomendaciones clínicas, los medicamentos hormonales son una parte fundamental del tratamiento (45).

La gravedad de los síntomas y las preferencias de las pacientes deben determinar la elección del enfoque terapéutico. Al elegir un tratamiento hormonal para el dolor asociado a la endometriosis, es importante tener en cuenta factores como la disponibilidad del tratamiento, su costo, los posibles efectos secundarios y su eficacia (45).

Las opciones de tratamiento incluyen:

1.7.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es el primer paso para abordar la endometriosis. Su principal objetivo es ayudar a las pacientes a experimentar menos dolor, controlar el avance de las lesiones y mejorar su calidad de vida. Las opciones terapéuticas actualmente disponibles incluyen antiinflamatorios no esteroideos, anticonceptivos orales combinados, progestágenos, agonistas y antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, inhibidores de la aromatasa y moduladores selectivos de los receptores hormonales (46).

La evidencia disponible sugiere que las terapias de primera línea presentan un perfil favorable de eficacia y tolerabilidad, mientras que las opciones de segunda línea, como los agonistas y antagonistas de la GnRH y los inhibidores de la aromatasa, se reservan para casos refractarios o con respuesta insuficiente, dada su mayor carga de efectos adversos (1).

Respecto a los AINE, continúan empleándose como terapia sintomática para el dolor pélvico, aunque no modifican la fisiopatología subyacente de la enfermedad. Los más utilizados actualmente incluyen el ibuprofeno, el naproxeno y el diclofenaco, principalmente para el control de la dismenorrea y el dolor pélvico crónico (45).

El tratamiento de elección para manejar el dolor asociado a la endometriosis incluye el uso regular de anticonceptivos orales combinados de progestágeno y

estrógeno. Estos medicamentos actúan inhibiendo la ovulación y la decidualización del endometrio, atrofiando así las lesiones ectópicas. Como resultado, se logra una notable disminución de la dismenorrea, el dolor pélvico y la dispareunia. Además de tomarlos por vía oral, también se pueden utilizar parches transdérmicos o anillos vaginales. Estos métodos ofrecen la ventaja de ser más cómodos y permiten una liberación continua de hormonas (45).

Los progestágenos constituyen una alternativa eficaz dentro del tratamiento farmacológico del dolor asociado a la endometriosis, especialmente en mujeres en las que la terapia hormonal combinada no está indicada, como aquellas con factores de riesgo cardiovascular o trombótico, o fumadoras mayores de 35 años. La evidencia disponible muestra que el acetato de medroxiprogesterona administrado por vía oral, puede reducir de forma significativa la sintomatología dolorosa en comparación con placebo durante los primeros meses de seguimiento. No obstante, su uso se asocia con una mayor frecuencia de efectos adversos, como acné, edema, sangrado irregular o amenorrea, lo que puede influir negativamente en la adherencia terapéutica. Asimismo, otros progestágenos evaluados no han demostrado una eficacia superior frente a distintos tratamientos médicos comparativos y los preparados de depósito se relacionan con una mayor incidencia de efectos secundarios. Por su parte, los anti-progestágenos no han mostrado beneficios clínicamente relevantes frente a otras opciones terapéuticas (47).

Entre los progestágenos disponibles, el dienogest se ha consolidado como una opción eficaz en el tratamiento del dolor pélvico asociado a endometriosis, con evidencia de reducción significativa del dolor y buena tolerabilidad (48).

Los agonistas de la GnRH, inducen una supresión reversible del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, provocando una disminución de los niveles circulantes de estrógenos y, con ello, una reducción del dolor y del tamaño de las lesiones endometriósicas. No obstante, su uso prolongado puede generar síntomas hipoestrogénicos y pérdida de masa ósea, motivo por el cual las guías clínicas recomiendan asociar terapia hormonal complementaria “add-back therapy” desde el inicio del tratamiento (45).

En España, los agonistas de GnRH disponibles incluyen triptorelina, leuprorelina y goserelina, mientras que otros, como nafarelina, han dejado de comercializarse debido a su administración intranasal incómoda y baja tolerancia. En mujeres

jóvenes, su uso debe valorarse con precaución, ya que aún pueden no haber alcanzado la densidad ósea máxima (45).

En casos de endometriosis profunda o refractaria a los tratamientos previos, los inhibidores de la aromatasa, como el letrozol o el anastrozol, constituyen una alternativa terapéutica eficaz (49). Especialmente cuando se emplean en combinación con anticonceptivos hormonales, progestágenos o agonistas de la GnRH, los inhibidores de la aromatasa permiten mejorar el control del dolor y reducir los efectos adversos asociados al hipoestrogenismo, como la pérdida de densidad mineral ósea. Estos fármacos se utilizan habitualmente fuera de su indicación aprobada, pero cuentan con evidencia clínica que respalda su beneficio en el tratamiento de la endometriosis, particularmente en casos refractarios a otras opciones médicas (50).

Por su parte, los antagonistas de la GnRH, como el elagolix disponible en Estados Unidos, que actúan mediante un bloqueo competitivo de los receptores hipofisarios de GnRH reduciendo rápidamente los niveles de estrógenos sin la fase inicial de estimulación observada con los agonistas, representan una alternativa oral prometedora con mejor control del ciclo y menor impacto sobre la masa ósea (51).

En este contexto de evolución terapéutica, la experiencia clínica ha permitido identificar fármacos cuyo uso ha sido limitado debido a su perfil de seguridad, así, algunos progestágenos de uso tradicional, como el acetato de ciproterona y el acetato de noretisterona, han visto limitada su utilización debido a su perfil androgénico y a la presencia de efectos adversos como acné, hirsutismo o virilización. De forma similar, los esteroides androgénicos como la gestrinona y el danazol se asocian con alteraciones lipídicas, aumento de peso y cambios en la voz, lo que ha reducido su empleo clínico (51).

En síntesis, las terapias farmacológicas disponibles para la endometriosis se orientan a modular la acción estrogénica, inhibir el crecimiento del tejido ectópico y reducir la inflamación. Su elección depende del perfil clínico de la paciente, la severidad de los síntomas, la edad, el deseo reproductivo y la tolerancia individual a los efectos secundarios. El conocimiento de los fármacos actualmente vigentes, junto con la identificación de aquellos en desuso y sus motivos, resulta esencial para garantizar una prescripción segura y racional (45).

A continuación, en la figura 9, se representa el algoritmo terapéutico inicial para el manejo farmacológico de la endometriosis, donde se sintetizan las

principales líneas de tratamiento según la intensidad del dolor, la respuesta a la medicación y el deseo de fertilidad. Este esquema facilita la comprensión del proceso secuencial y las alternativas terapéuticas disponibles.

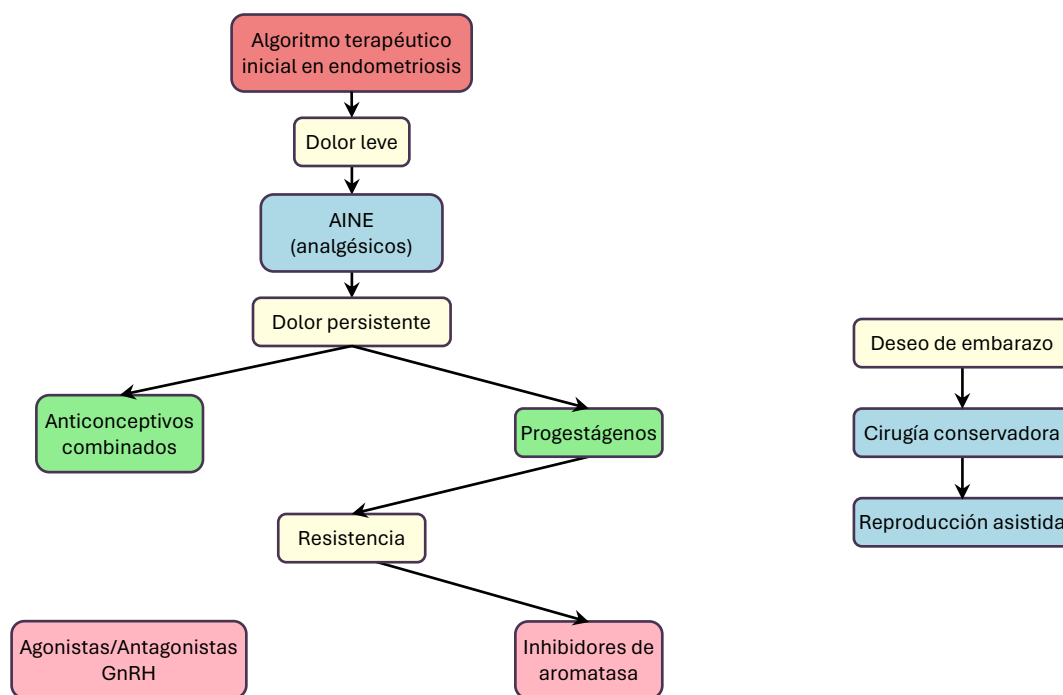


Figura 9. Esquema del algoritmo terapéutico inicial en endometriosis. Elaboración propia

Concluyendo, las terapias farmacológicas empleadas en el tratamiento de la endometriosis incluyen diversos grupos de fármacos con mecanismos de acción diferenciados. El conocimiento detallado de estos medicamentos (en cuanto a sus indicaciones, dosis y efectos adversos) resulta esencial para una prescripción adecuada y personalizada, tal como señalan Falcone y Flyckt (51). A continuación, en la Tabla 3, se sintetizan los principales grupos terapéuticos actualmente utilizados, junto con su perfil farmacológico y los efectos secundarios más relevantes.

Tabla 3. Perfil farmacológico, dosis recomendada y efectos adversos

Clase	Mecanismo de acción	Fármaco	Dosis	Efectos secundarios
Anticonceptivos combinados	Inhibición de la ovulación y decidualización o atrofia de lesiones (disminuyendo inflamación y dolor)	Estrógeno + Progestageno	Continua oral	Náuseas, spotting, cefalea, cambios anímicos, mastalgia.
Progestágenos	Decidualización o atrofia de lesiones.	Dienogest (primera línea)	2mg diario	Acné, aumento de peso, spotting, cefalea, cambios anímicos, mastalgia (dolor mamas)
	Inhibición de angiogénesis (no se forman nuevos vasos).	DIU liberador de levonorgestrel (primera línea)	1 cada 5 años	
	Supresión del crecimiento e implementación del endometrio ectópico facilitado por las metaloproteínas.	Implante subcutáneo de etonogestrel	1 cada 3 años	
		Acetato de medroxiprogesterona	Oral o inyección trimestral	
Agonista GnRH	Inhibición de secreción de gonadotropina (tras la primera estimulación), por lo que disminuyen la producción de estrógenos	Acetato de noretisterona (casi desuso por efectos androgénicos)	5mg 3v/día	Densidad ósea disminuida, vaginitis atrófica, sofocos, cefalea, dolor articular.
		Triptorelina (inyectable)	3,75mg IM/SC	
		Leuprorelina (inyectable)	3,75mg IM mensual	
		Goserelina (implante)	3,6 mg SC mensual.	
Agonista GnRH	Inhibición de secreción de gonadotropina (tras la primera estimulación), por lo que disminuyen la producción de estrógenos	Nafarelina (Desuso por baja absorción y tolerancia)	200-400 microg intranasal/día	Densidad ósea disminuida, vaginitis atrófica, sofocos, cefalea, dolor articular.

Clase	Mecanismo de acción	Fármaco	Dosis	Efectos secundarios
Esteroides androgénicos (desuso por EA virilizantes)	Inhibición de secreción de gonadotropina hipofisiaria.	Danazol (desuso) Gestrinona (desuso)	100-400mg orales dos veces día.	Alopecia, aumento de peso, acné, hirsutismo, voz grave (EA virilizantes).
Antagonista de la GnRH	Inhibición de la secreción de gonadotropinas directamente.	Elagolix (disponible EEUU)	150 mg oral/día	Sofocos, anomalías en los líquidos, densidad ósea disminuida.
		Linzagolix (fase ensayo clínico endometriosis)	75-200mg oral/día	
Inhibidores de la aromatasa	Bloqueo de la conversión de andrógenos a estrógenos por inhibición enzimática de la Aromatasa.	Letrozol (off label)	2,5 mg oral/día	Sofocos, dolores de cabeza, densidad ósea disminuida.
		Anastrozol (off label)	1mg oral/día	
Moduladores selectivos de los receptores de progesterona	Inhibición de la ovulación.	Acetato de ulipristal (sin eficacia para endometriosis, solo miomas y anticonceptivo emergencia)	15mg oral/día	Problemas de seguridad hepáticos.

Adaptación de Falcon y Flyckt (51)

Tras analizar las diferentes clases de fármacos empleados en el tratamiento de la endometriosis (Tabla 3), resulta interesante sintetizar gráficamente sus mecanismos de acción principales. La siguiente figura organiza de manera esquemática las opciones terapéuticas, facilitando la comparación visual entre los distintos grupos farmacológicos y sus efectos fisiológicos.

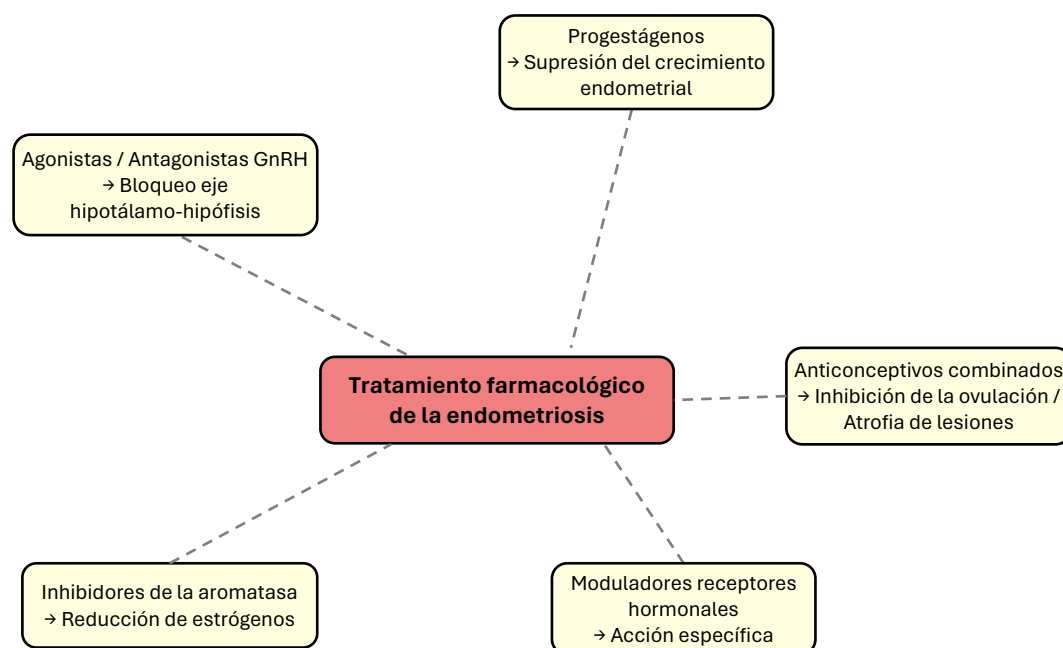


Figura 10. Grupos farmacológicos y su mecanismo de acción en el tratamiento de la endometriosis. Elaboración propia.

Los anticonceptivos combinados y los progestágenos constituyen las opciones de primera línea al actuar sobre la ovulación y el crecimiento endometrial. Los agonistas y antagonistas de la GnRH bloquean el eje hipotálamo-hipófisis, reduciendo la producción de estrógenos, mientras que los inhibidores de la aromatasa impiden la conversión periférica de andrógenos en estrógenos. Finalmente, los moduladores de receptores hormonales actúan de forma más selectiva. Esta síntesis permite apreciar cómo cada grupo farmacológico contribuye desde un mecanismo diferenciado al control de la enfermedad.

De lo expuesto, los tratamientos más comunes presentan una dosis específica y una serie de efectos secundarios que varían según la sustancia activa y la respuesta individual de cada paciente. Los tratamientos no solo presentan una dosis específica que debe ser rigurosamente ajustada por el profesional de la salud, sino también una serie de efectos secundarios que pueden variar significativamente.

1.7.2. Cirugía

La intervención quirúrgica puede ser necesaria para extirpar el tejido endometrial ectópico cuando los tratamientos médicos no logran controlar los síntomas o cuando la enfermedad afecta la fertilidad. Las técnicas empleadas incluyen tanto cirugía laparoscópica como cirugía abierta (50).

En las últimas décadas, la laparoscopia se ha convertido en un procedimiento cada vez más común que ha reemplazado en gran medida a la cirugía abierta tradicional entre las mujeres con sospecha de endometriosis. Resulta muy útil para obtener una visión magnificada del tejido y su correcta eliminación al tratarse de una técnica mínimamente invasiva a través de pequeñas incisiones abdominales y a su vez, crea menos complicaciones y tiempos de recuperación más cortos. La laparotomía o cirugía abierta es usada cuando las lesiones presentan una infiltración profunda y son de gran tamaño (45,52).

La cirugía es uno de los métodos más efectivos para reducir de manera significativa el dolor pélvico crónico (52). También permite eliminar adherencias e implantes, lo que transforma radicalmente la calidad de vida de las pacientes, ya que se eliminan los síntomas más incapacitantes y severos de la enfermedad. Aliviar el dolor pélvico crónico, que es uno de los síntomas más difíciles de soportar de la endometriosis, por lo que se considera uno de los mayores beneficios de la cirugía (50).

En muchos casos, la endometriosis impide el paso de los óvulos y la implantación del embrión, causando infertilidad, debido a la obstrucción generada por el tejido endometrial dispuestos en los ovarios o en las trompas de Falopio (50). Por medio de la cirugía se elimina el tejido obstructivo y las adherencias asociadas a la endometriosis, permitiendo en muchos casos la recuperación parcial de la anatomía y funcionalidad de los órganos pélvicos afectados, lo que puede incrementar las probabilidades de lograr un embarazo espontáneo en mujeres seleccionadas, tal como recogen las guías clínicas de la European Society of Human Reproduction and Embryology (45). No obstante, la cirugía no constituye una garantía de resolución de la infertilidad, por lo que una proporción relevante de pacientes requiere posteriormente técnicas de reproducción asistida, especialmente en contextos de enfermedad avanzada o compromiso ovárico significativo, aspecto también señalado por Chapron et al. (10), en su revisión sobre el manejo integral de la endometriosis.

Asimismo, la intervención quirúrgica contribuye a la reducción del dolor pélvico crónico y puede disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la persistencia de la enfermedad, como la progresión de endometriomas ováricos y su potencial transformación maligna, descrita para determinados subtipos histológicos de cáncer de ovario en el estudio de Pearce et al. (42). La extirpación de endometriomas se considera además una medida preventiva frente a complicaciones locales poco frecuentes pero clínicamente relevantes, como la ruptura quística o la sobreinfección, dentro de un enfoque individualizado y basado en la valoración riesgo-beneficio, en consonancia con los consensos clínicos y guías prácticas (52). En conjunto, estas fuentes coinciden en que el tratamiento quirúrgico debe integrarse dentro de un modelo multidisciplinar, centrado en la paciente y adaptado a su edad, sintomatología, deseo reproductivo y trayectoria vital con la enfermedad (45).

Sin embargo, a pesar de lo anterior, la cirugía debe evaluarse con sumo cuidado, ya que no está exenta de los riesgos propios del procedimiento. En primer lugar, es posible que la cirugía no sea la opción más idónea o efectiva en todos los casos, siendo común recidivas en los casos de endometriosis avanzada o cuando no se logra la extirpación del tejido completo. Además, bien sea que se trate de laparoscopia o laparotomía, pueden presentarse complicaciones propias de cualquier procedimiento quirúrgico, como lesiones de los órganos cercanos, infecciones o hemorragia, las cuales ocurren con poca frecuencia, pero pueden amenazar la vida de la paciente, por lo que la opción quirúrgica debe ser evaluada con cautela (51). Por consiguiente, la cirugía como fuente de tratamiento de la endometriosis, debe ser considerada en función de las características de cada paciente, la gravedad de los síntomas y el deseo de fertilidad (52).

1.7.3. Tratamientos alternativos

Los tratamientos complementarios utilizados por mujeres con endometriosis abarcan diversas estrategias no farmacológicas orientadas al alivio de los síntomas, especialmente del dolor pélvico. Según la evidencia disponible, muchas pacientes recurren a medidas de autocuidado y enfoques alternativos cuando los tratamientos médicos resultan insuficientes o generan efectos adversos. Entre las opciones más empleadas se encuentran el uso de calor, el descanso, la meditación, ejercicios de respiración, así como prácticas físicas como yoga, pilates, taichi, ejercicio suave

o estiramientos específicos. También se decantan por el uso de acupresión, fitoterapia y medicamentos homeopáticos. Asimismo, algunas mujeres indicaron la obtención de beneficios con cambios dietéticos, aceite de cáñamo o CBD y, en algunos casos, con el uso de cannabis para el control del dolor. Estas intervenciones, aunque no sustituyen a las terapias convencionales, conforman una parte importante de las estrategias de manejo utilizadas por las pacientes para mejorar su bienestar y reducir la intensidad de los síntomas (53).

Diversas líneas de investigación exploran nuevas dianas terapéuticas basadas en los procesos biológicos implicados en la endometriosis, entre ellos la inflamación, la neuroangiogénesis y la remodelación tisular. Estas vías emergen como potenciales objetivos para el desarrollo de tratamientos más específicos que, en un futuro, podrían contribuir a limitar la formación de nuevas lesiones y mejorar el control de la enfermedad tras la cirugía o durante sus etapas iniciales, siempre que no interfieran con el tratamiento médico ya establecido, podrían considerarse como un apoyo, aunque aún no hay evidencia científica concluyente que respalde su efectividad (38).

Diversos estudios han explorado el efecto del ejercicio físico y los hábitos de vida sobre los síntomas de la endometriosis. La práctica regular de actividad física se ha propuesto como una intervención complementaria que podría contribuir al alivio del dolor y a una mejor calidad de vida, aunque la evidencia disponible presenta limitaciones metodológicas (54). Asimismo, se ha descrito que un estilo de vida saludable, basado en una dieta rica en alimentos antiinflamatorios y antioxidantes, combinada con ejercicio físico, puede mejorar los síntomas y la progresión de la enfermedad al modular el estado inflamatorio y el estrés oxidativo característicos de la endometriosis (55).

1.7.4. Tratamiento nutricional

El tratamiento nutricional desempeña un papel fundamental en la disminución del dolor vinculado a la endometriosis. La medicina integrativa, en años recientes, ha adquirido una importancia especial y aunque las investigaciones que vinculan la alimentación y las costumbres de vida asociadas a esta enfermedad siguen siendo limitadas, presentan resultados prometedores (55).

Huijs et al. (56), observaron que numerosas mujeres, ante el escaso éxito de los tratamientos convencionales, optan por complementar con modificaciones en su forma de vida, principalmente, mediante modificaciones a nivel dietético.

Diversos autores han documentado alteraciones en determinados índices inflamatorios vinculados a la dieta, mediante el uso de indicadores de calidad de la dieta, lo que permite relacionar los patrones alimentarios con el riesgo y la evolución de la enfermedad. Los indicadores o índices de calidad de la dieta (DQIs) son herramientas basadas en algoritmos diseñados para valorar de manera global la calidad de la alimentación. Se agrupan en tres categorías principales basadas en los nutrientes, en los alimentos o grupos alimenticios y combinados, siendo el interesante en nuestra investigación entre los descritos por los autores, el indicador de puntuación de dieta mediterránea (MDS)(57,58).

En este sentido, Parazzini et al. (59), sugieren la existencia de una relación entre la dieta y la expresión clínica de la endometriosis, señalando que una mayor ingesta de frutas y vegetales verdes podría contribuir a disminuir la aparición de síntomas. Diversos estudios han sugerido que ciertos componentes de la dieta podrían influir en el riesgo de desarrollar endometriosis. En general, la evidencia disponible indica que algunos nutrientes como los ácidos grasos omega-3, podrían ejercer un efecto protector; mientras que otros, como las grasas trans, se asocian con un mayor riesgo. No obstante, todavía se requieren investigaciones adicionales que evalúen los patrones dietéticos globales y sus mecanismos subyacentes para comprender mejor estas asociaciones (60).

Roco et al. (61), recogen que, en revisiones previas, se han propuesto recomendaciones dietéticas para la endometriosis orientadas a evitar alcohol, carnes rojas y alimentos ricos en grasas y ácidos grasos trans, al haberse vinculado con mayor sintomatología y desarrollo de la enfermedad. En sentido contrario, se sugiere aumentar la ingesta de frutas, verduras, lácteos y alimentos ricos en calcio, vitamina D y omega-3, por su posible relación con menos complicaciones. No obstante, los propios autores subrayan que la evidencia es aún heterogénea y puede ofrecer resultados discordantes, como un estudio caso control que observó menor riesgo en quienes consumían 4 a 6 porciones de carne por semana frente a consumos menores, hallazgo que contrasta con publicaciones que describen un efecto desfavorable del alto consumo de carnes rojas (61).

En relación con frutas y verduras, Harris et al. (62), aportan resultados de cohorte prospectiva en mujeres premenopáusicas seguidas entre 1991 y 2013, con 2.609 casos incidentes confirmados por laparoscopia y una tasa de incidencia de 311 por 100.000 persona-años. Se identificó una asociación inversa no lineal entre mayor consumo de fruta y riesgo de endometriosis, especialmente para cítricos, de modo que una ingesta de al menos 1 ración diaria se asoció con un 22% menos riesgo respecto a menos de 1 ración semanal, por el contrario, no se observó asociación para el total de verduras, aunque el consumo elevado de crucíferas se vinculó con un incremento del riesgo (62). Estos hallazgos respaldan una interpretación matizada, ya que el efecto no es uniforme por grupo alimentario.

Dado que el campo permanece en desarrollo, se ha insistido en la necesidad de profundizar en estudios que aclaren tanto el tipo de alimento como su procesamiento y composición, ante la presencia de evidencias contrapuestas (61). En paralelo, desde una perspectiva aplicada, se ha descrito que la adopción de una dieta antiinflamatoria por parte de mujeres con endometriosis puede verse limitada por dificultades prácticas de adherencia, especialmente en relación con la capacidad para seguir pautas específicas y ausencia de beneficios claramente perceptibles (55). En consecuencia, el asesoramiento dietético puede incorporarse como apoyo, evitando presentar estas pautas como conclusiones definitivas sobre reducción del riesgo o del curso clínico sin respaldo adicional (55,61).

La dieta mediterránea es uno de los patrones alimentarios más investigados por su potencial antiinflamatorio. Se caracteriza por una alta ingesta de frutas, verduras, legumbres, pescado azul, cereales integrales y aceite de oliva virgen extra, aportando compuestos bioactivos como polifenoles, antioxidantes y ácidos grasos monoinsaturados. Según una revisión sistemática reciente, el consumo de estos alimentos, incluyendo vitaminas antioxidantes y minerales, se asocia con un menor riesgo de endometriosis, lo que sugiere que este patrón alimentario podría contribuir a modular la inflamación y mejorar la sintomatología clínica (63).

Por otra parte, la dieta antiinflamatoria complementa este enfoque al centrarse en la reducción de alimentos proinflamatorios, como azúcares refinados, harinas procesadas, bebidas alcohólicas y grasas hidrogenadas, y en la incorporación de micronutrientes con acción reguladora sobre el sistema inmune. Este patrón se apoya en el equilibrio entre macronutrientes y en la ingesta de compuestos

antiinflamatorios naturales presentes en el pescado, los frutos secos y los vegetales de hoja verde (59).

La medicina integrativa propone un abordaje de la salud desde una perspectiva holística, considerando no solo los aspectos biológicos, sino también los factores psicosociales y ambientales que influyen en el bienestar de las pacientes. En este marco, distintos autores recomiendan adoptar una estrategia integral que combine los siguientes componentes (53):

- Optimizar la alimentación: priorizar el enfoque en alimentos ricos en ácidos grasos poliinsaturados omega-3, como semillas de chía y linaza; pescados grasos como la caballa, el atún y el salmón; y aceites vegetales como el de oliva.
- Adoptar un estilo de vida saludable: es fundamental hacer ejercicio regularmente, mantener un peso adecuado, moderar el consumo de alcohol y abandonar el hábito tabáquico.
- Cuidar la salud mental: incorporando técnicas de relajación y manejo del estrés, como yoga, respiración profunda o meditación, puede ayudar a reducir los niveles de cortisol y promover un bienestar general.

El objetivo de adoptar un enfoque integral que incluya una alimentación antiinflamatoria basada en la dieta mediterránea, hábitos de vida saludables y estrategias para el bienestar mental, sería mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen endometriosis, abordando al mismo tiempo los diferentes factores que afectan su salud (64).

Dentro del marco de la dieta mediterránea, el consumo de alimentos ricos en ácidos grasos poliinsaturados omega-3, como los pescados grasos, el aceite de pescado y ciertas semillas, se ha relacionado con efectos positivos en mujeres con endometriosis. Desempeñan un papel relevante en la regulación de la inflamación, ya que reducen la producción de prostaglandinas con efecto proinflamatorio, implicadas en la aparición del dolor y en la progresión de las lesiones endometriósicas. La evidencia disponible sugiere que una mayor ingesta de omega-3 se asocia con una reducción del dolor pélvico y con un menor desarrollo de las lesiones. Asimismo, estudios clínicos sugieren que la suplementación dietética con estos ácidos grasos puede contribuir al control sintomático de la enfermedad. De forma complementaria, investigaciones experimentales recogidas en la literatura señalan que los omega-3 podrían influir en los mecanismos de implantación ectópica,

supervivencia celular y formación de adherencias, reforzando su posible utilidad como parte de una estrategia dietética integral en el manejo de la enfermedad (64).

Tras revisar la evidencia sobre el impacto de la dieta y los hábitos de vida en la endometriosis, resulta fundamental integrar los factores alimentarios y las intervenciones complementarias que influyen en la inflamación y el control de síntomas. La siguiente figura sintetiza los principales componentes identificados en la literatura.

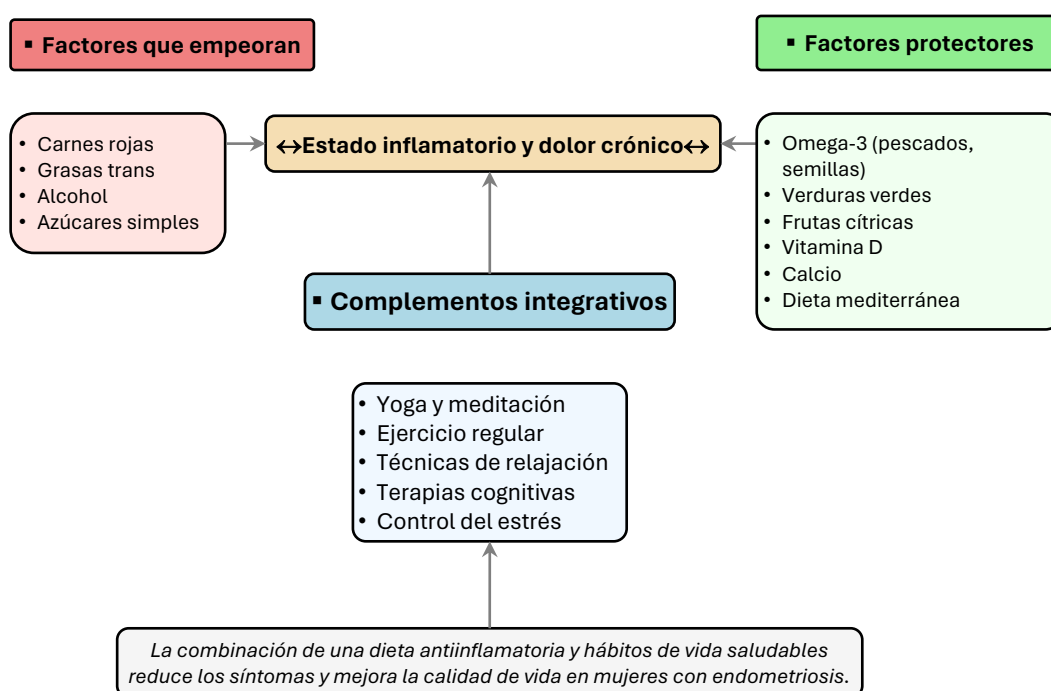


Figura 11. Rol de la nutrición y medicina integrativa en la endometriosis. Elaboración propia

Como se aprecia en la figura y concluyendo lo anterior, determinados alimentos como las carnes rojas, las grasas trans y el consumo excesivo de alcohol se asocian a un empeoramiento de los síntomas, mientras que la incorporación de ácidos grasos omega-3, frutas, verduras verdes, vitamina D y calcio puede ejercer un efecto protector. Asimismo, el acompañamiento con estrategias integrativas como el yoga, la meditación, el ejercicio regular y el control del estrés complementa los tratamientos convencionales, ofreciendo un enfoque holístico orientado a mejorar la calidad de vida de las pacientes.

1.8. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

La atención farmacéutica es un componente esencial en la mejora de la calidad y seguridad de los servicios de salud, y debería ser un objetivo prioritario de todo sistema sanitario. La OMS la define como un conjunto de prácticas profesionales guiadas por comportamientos orientados a optimizar los resultados terapéuticos del paciente a través del uso racional del medicamento (65). El Papel del farmacéutico dentro del sistema sanitario ha sido objeto de análisis por parte de la Organización Mundial de la Salud en distintas iniciativas de carácter mundial. Entre las más relevantes se encuentran los encuentros celebrados en Nueva Delhi en diciembre de 1988 y en Tokio en septiembre de 1993. Dada la importancia del papel profesional del farmacéutico en este ámbito, el Programa Regional de Medicamentos Esenciales de la Organización Panamericana de la Salud, consideró oportuno la publicación del informe final de la reunión de Tokio sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud (65).

Por lo tanto, el farmacéutico comunitario (FC), desempeña un papel esencial dentro de la atención primaria, dado su acceso directo y continuo a los pacientes. Su participación en actividades como la dispensación, la validación de tratamientos, la monitorización farmacoterapéutica y la educación sanitaria, lo convierten en un profesional clave para garantizar un uso seguro y adecuado de la medicación, especialmente en personas polimedicadas. Diversas intervenciones desarrolladas en farmacia comunitaria han demostrado su eficacia en la identificación y reducción de errores de medicación, reforzando su relevancia dentro de la cadena terapéutica (66).

En este contexto, uno de los aspectos más determinantes en los resultados clínicos es la adherencia al tratamiento farmacológico, entendida como el grado en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud, una baja adherencia se asocia con una disminución significativa en la efectividad de los tratamientos, el incremento de complicaciones y una mayor probabilidad de abandono terapéutico debido a la falta de mejoría percibida. Dado que los tratamientos para la endometriosis suelen ser prolongados, causar efectos secundarios significativos y no siempre son efectivos en la eliminación de los síntomas, es común que las pacientes desconfíen del tratamiento y se genere un abandono prematuro (67).

El farmacéutico, como profesional experto responsable de la dispensación, puede jugar un papel clave en la mejora de la adherencia de las pacientes con endometriosis, ya que puede identificar comportamientos de riesgo, corregir errores de uso y, al mismo tiempo, examinar en la práctica los tipos de medicación que se utilizan. Mediante actividades educativas individuales, entrevistas breves en la farmacia o la revisión sistemática de la medicación, puede resolver dudas, intensificar la motivación y facilitar la relación entre la paciente y el equipo de atención sanitaria, contribuyendo así a mejorar el resultado clínico y la calidad de vida (66,67).

Cuando se brinda una atención farmacéutica eficaz y personalizada, se logra la prevención de complicaciones y abandono del tratamiento, así como la promoción de la salud y la calidad de vida de las pacientes con endometriosis, ya que el farmacéutico es capaz de reconocer y generar estrategias que tomen en consideración la multiplicidad de factores que tienen un efecto directo en la adherencia de la paciente, tales como creencias personales, nivel educativo, edad, efectos adversos, duración, coste del tratamiento y comorbilidades. Esto se logra por medio de una relación de confianza entre el equipo médico y la paciente, la cual puede estrecharse gracias a las acciones llevadas a cabo por el farmacéutico (67).

1.9. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Uno de los aspectos más relevantes en el ámbito de la salud es la adherencia al tratamiento farmacológico, entendida como el grado en que una persona sigue las prescripciones médicas de acuerdo con lo indicado. La efectividad de cualquier terapia depende en gran medida de la capacidad del paciente para mantener un uso constante y correcto del medicamento, ya que numerosos estudios muestran que una proporción significativa de personas no toma sus fármacos según las indicaciones recibidas. La falta de adherencia constituye un obstáculo importante tanto para el paciente, al reducir la probabilidad de mejoría clínica, como para los sistemas sanitarios, dado que se asocia con complicaciones evitables, incremento de hospitalizaciones, mayores costos asistenciales y un impacto negativo sobre la calidad de vida (68).

La falta de adherencia tiene diversas causas. Entre ellas destacan las relacionadas con el sistema de salud, como la calidad de la comunicación entre profesional y paciente, el acceso a la medicación, el apoyo social y familiar, y la continuidad

asistencial. Estas variables influyen directa o indirectamente en el cumplimiento del tratamiento (69).

Las repercusiones de la falta de adherencia son amplias y clínicamente significativas a nivel de costo. En el plano individual, puede conducir al fracaso terapéutico, a la progresión de la enfermedad y a la aparición de complicaciones que incrementan la morbilidad, la mortalidad y reducen la calidad de vida. Desde una perspectiva de salud pública, la baja adherencia contribuye al uso ineficiente de los recursos sanitarios, favoreciendo un aumento de visitas a urgencias, hospitalizaciones y costes asociados (70). Además, la interrupción prematura o el uso incorrecto de determinados tratamientos, especialmente antimicrobianos, se ha relacionado con el desarrollo de resistencia a medicamentos, un fenómeno que la Organización Mundial de la Salud identifica como una amenaza creciente para la salud global debido al riesgo de limitar la eficacia terapéutica disponible (71).

En respuesta a esta situación, resulta fundamental implementar estrategias que favorezcan una mayor adherencia al tratamiento farmacológico, apoyadas en un enfoque multidisciplinar. La literatura subraya que las pacientes con endometriosis pueden presentar vulnerabilidad psicológica asociada al dolor crónico y al impacto emocional de la enfermedad, por lo que la participación coordinada de ginecólogos, especialistas en salud mental, médicos de atención primaria y otros profesionales sanitarios, es esencial para ofrecer una atención integral. En este contexto, una comunicación abierta y empática entre el equipo de salud y la paciente permite identificar barreras, aclarar dudas y ofrecer educación personalizada acerca de la enfermedad y sus tratamientos, fortaleciendo la confianza terapéutica y facilitando la continuidad del tratamiento (18).

Son varias las estrategias que pueden implementarse para incrementar la adherencia. Una de las principales es el apoyo de familiares y cuidadores, quienes pueden hacer uso de pastilleros organizadores de medicamentos o recordatorios en dispositivos digitales. Además, se han desarrollado sistemas de monitorización remota y aplicaciones móviles que contribuyen con la comprensión y personalización del esquema de tratamiento. Igualmente, otra de las estrategias más eficientes sería la simplificación del esquema de tratamiento, mediante la reducción del número de medicamentos o el uso de formulaciones de liberación prolongada que disminuya el número de dosis requeridas. Estas estrategias son eficientes siempre que se tomen en consideración y se reconozcan de forma personalizada las barreras

presentadas por cada paciente, orientando las acciones a la superación de las mismas, lo que a su vez repercute en el bienestar y salud individual y colectivo (72).

Asimismo, conocer el tipo de adherencia y las causas que influyen en ella es esencial para formular intervenciones basadas en la evidencia y ajustadas a las condiciones particulares de cada paciente. Este enfoque permite mejorar de manera efectiva el cumplimiento terapéutico, especialmente en enfermedades crónicas e incapacitantes como la endometriosis (69).

1.10. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

La endometriosis puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de una mujer. Afecta negativamente la participación en actividades diarias y sociales, el rendimiento físico y sexual, las relaciones interpersonales, la productividad en el trabajo, así como el bienestar emocional y salud mental (9,17). Las mujeres que sufren esta enfermedad en grados moderados o severos, a menudo experimentan dolor intenso, limitaciones en su vida cotidiana y problemas emocionales relacionados con la infertilidad, la naturaleza crónica de la enfermedad y los tratamientos prolongados, afectando incluso a su vida sexual debido a la dispareunia (8,17).

En consonancia con lo anterior, la endometriosis se asocia con implicaciones reproductivas que condicionan la vivencia de la enfermedad y, por extensión, el uso sostenido de los tratamientos indicados (10). Se ha descrito que entre el 30% y el 50% de las mujeres con endometriosis puede presentar infertilidad, atribuida a mecanismos como disminución de la reserva ovárica, peor calidad ovocitaria, alteraciones tubáricas y posibles cambios en la receptividad endometrial (38,45,73). Además, aunque los analgésicos y los tratamientos hormonales contribuyen al control del dolor y la regulación del ciclo, no eliminan la enfermedad, por lo que la continuidad terapéutica suele requerir planificación clínica acorde con objetivos de fertilidad y expectativas realistas (10).

Los síntomas que resultan especialmente incapacitantes incluyen la dispareunia, la dismenorrea y el dolor pélvico crónico. Según Nnoaham et al. (74), a medida que el dolor aumenta, la percepción del bienestar disminuye, lo que sugiere una relación inversa entre la intensidad del dolor y las calificaciones de calidad de vida. Además, el dolor persistente puede llevar al aislamiento social y afectar tanto al

ámbito laboral como académico, generando ausencias laborales, bajo rendimiento y sentimientos de frustración. El ausentismo laboral, representó casi el 60% de la pérdida total de productividad laboral (74).

La edad también influye en la calidad de vida, así, las mujeres más jóvenes tienden a presentar síntomas más severos y una percepción más negativa del futuro, especialmente cuando existe deseo de maternidad. Por su parte, los tratamientos hormonales y quirúrgicos, aunque eficaces, pueden provocar efectos secundarios como alteraciones del estado de ánimo, cefalea, fatiga y disminución de la libido, afectando el equilibrio físico y emocional de las pacientes (17).

Desde una perspectiva económica y de salud pública, la endometriosis representa una carga sustancial debido a los elevados costos asociados a su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. El retraso diagnóstico, que puede prolongarse más de seis años, agrava la sintomatología, retrasa la intervención terapéutica y aumenta los gastos sanitarios. Asimismo, el dolor pélvico crónico, la fatiga, los trastornos emocionales y la infertilidad afectan de manera significativa la calidad de vida y se traducen en una notable reducción de la productividad laboral, tanto por ausentismo como por presentismo. Estudios internacionales han demostrado que estas repercusiones ocurren independientemente del país o el origen étnico, y que las mujeres con endometriosis experimentan una pérdida funcional y económica considerable en comparación con otras mujeres sintomáticas (74).

La adherencia a una dieta antiinflamatoria como la mediterránea, junto con el seguimiento de hábitos de vida saludables y el acompañamiento psicológico, ha demostrado ser eficaz para reducir síntomas y mejorar la calidad de vida en mujeres con endometriosis (59,64). El bienestar psicológico es especialmente relevante, ya que estas mujeres presentan frecuentemente cuadros de ansiedad, depresión, insomnio o estrés crónico (17). En este contexto, las técnicas complementarias como la meditación, el yoga o la respiración profunda pueden resultar beneficiosas para el manejo del dolor y la regulación emocional (53).

Estudios internacionales confirman la perspectiva de que la endometriosis deteriora notablemente la calidad de vida relacionada con la salud, no solo por los síntomas físicos, sino también por el retraso medio de 7-10 años hasta el diagnóstico y la frecuente falta de reconocimiento clínico y social del dolor. En muchas mujeres, especialmente jóvenes, esta vivencia prolongada sin respuestas médicas claras contribuye a un deterioro psicológico sostenido (74).

Uno de los factores más emocionalmente estresantes es la infertilidad, que puede generar ansiedad, baja autoestima, sentimientos de culpa y dificultades en la relación de pareja. La presión social y el deseo no cumplido de ser madre intensifican la carga emocional que acompaña al diagnóstico (17).

Es común que las comorbilidades psicológicas asociadas a la endometriosis como la depresión y la ansiedad, sean subestimadas en la práctica clínica, a pesar de que la evidencia muestra que su prevalencia puede ser hasta tres veces mayor que en la población general. Esta afectación emocional suele relacionarse con el dolor crónico, la incertidumbre diagnóstica y el impacto funcional de la enfermedad, lo que incrementa el riesgo de deterioro psicológico si no se aborda de manera adecuada (11,17). En este sentido, diversos autores subrayan la necesidad de un abordaje multidisciplinar que contemple no solo el tratamiento ginecológico, sino también intervenciones nutricionales, apoyo psicológico y acompañamiento desde los servicios sociales. Este enfoque integral permite atender de forma simultánea las dimensiones físicas y emocionales de la enfermedad, favoreciendo una mejora más global en la calidad de vida de las pacientes (18).

1.11. SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

Una medida fundamental para determinar la calidad y la efectividad real de las intervenciones terapéuticas es la satisfacción de las pacientes con el tratamiento. Este concepto es multifactorial e incluye la capacidad del tratamiento para controlar los síntomas, su tolerabilidad, el impacto sobre la calidad de vida y la percepción del acompañamiento recibido por los profesionales sanitarios. La literatura muestra que la satisfacción no depende únicamente de la eficacia clínica, sino también de factores psicológicos, sociales y relacionales, que determinan cómo las mujeres viven la enfermedad y los tratamientos indicados (15,16).

Las valoraciones subjetivas de las pacientes son especialmente relevantes en el caso de enfermedades crónicas y prolongadas, ya que su nivel es un factor determinante para asegurar la continuidad del tratamiento y su implicación en el mismo (21).

La necesidad de tratamientos a largo plazo para abordar la endometriosis es frecuente, basada mayoritariamente en modulaciones hormonales, fármacos antiinflamatorios y, en determinadas ocasiones, en cirugía (1). La eficacia percibida del tratamiento influye de manera significativa en el grado de satisfacción de las

pacientes, ya que la percepción de una insuficiente mejoría de los síntomas se asocia con mayores niveles de insatisfacción, mientras que una valoración subjetiva positiva del control del dolor se relaciona con una mejor aceptación del tratamiento (6). La persistencia del dolor, la aparición de efectos adversos o la falta de personalización de la pauta terapéutica a las características individuales de la paciente, pueden inducir sentimientos de frustración, desconfianza y desmotivación. Esta vivencia negativa del tratamiento repercute en la continuidad terapéutica y puede condicionar los resultados clínicos a largo plazo (9,11,21).

La satisfacción también se ve condicionada por los aspectos psicosociales de la patología. La pérdida de la calidad de vida y la carga emocional que la endometriosis conlleva, pueden afectar a la valoración general del tratamiento, incluso en aquellos casos donde se logre una disminución parcial de los síntomas físicos (3,9,17). La sensación de ser incomprendida o la percepción de que la atención recibida no contempla de forma integral las dimensiones psicológicas, sociales y laborales de la enfermedad, pueden disminuir el grado de satisfacción, reafirmando la necesidad de modelos asistenciales multidisciplinares que incluyan el acompañamiento emocional y la orientación continuada (9).

Uno de los factores que tiene un papel muy importante en la satisfacción de las pacientes con endometriosis, es la relación terapéutica con los profesionales sanitarios, ya que comunicarse de manera clara, empática y continua, incrementa la confianza de las pacientes, las anima a participar y también contribuye a que la percepción global de la atención recibida sea mayor (18,21). En este sentido, el farmacéutico comunitario desempeña un rol estratégico para fortalecer esa relación, ya que el farmacéutico puede ofrecer información entendible, resolver dudas sobre la medicación, detectar precozmente las barreras de adherencia y dar un seguimiento cercano y personalizado (66,75).

Por tanto, la satisfacción con el tratamiento no puede ser entendida exclusivamente como consecuencia de la eficacia farmacológica, sino como una de las manifestaciones de un proceso complejo donde confluyen la efectividad clínica, la seguridad de la terapia, el apoyo psicosocial y la calidad de la atención recibida. Tener en cuenta esta dimensión, permite avanzar hacia un modelo de atención centrado en las pacientes en el que no solo se busque controlar los síntomas, sino también mejorar su bienestar integral y buscar una percepción positiva del proceso terapéutico (69).

II – JUSTIFICACIÓN

II- JUSTIFICACIÓN

La endometriosis supone un desafío clínico y social de gran magnitud, no solo por su alta prevalencia, sino por el amplio abanico de dimensiones que afectan a la calidad de vida de las mujeres que la padecen. Repercute a nivel de la salud física y emocional como consecuencia del dolor crónico, las limitaciones físicas, sociales y laborales, sexuales y reproductivas (9). Además, son frecuentes la depresión y ansiedad, debido al aislamiento y frustración que experimentan las pacientes por la dificultad diagnóstica y la falta de eficacia de los tratamientos en la disminución del dolor. Es por ello que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad se ha convertido en un reto para los sistemas de salud, quienes deben considerar la dimensión física y emocional de la enfermedad (76).

Es común que las pacientes con endometriosis presenten una baja adherencia al tratamiento, debido a su prolongación en el tiempo y falta de efectividad del mismo. Esto tiene un efecto directo en el control de los síntomas, especialmente el dolor pélvico, así como en la aparición de recidivas, lo que repercute en un incremento de los costes del sistema de salud pública. Es por ello que, a pesar de los avances terapéuticos, aún persisten desafíos importantes en lo relativo a la gestión de la endometriosis en cuanto a la satisfacción y adherencia al tratamiento farmacológico y nutricional (77).

La adherencia terapéutica constituye uno de los pilares fundamentales para alcanzar resultados positivos en el manejo de enfermedades crónicas como la endometriosis (78), ya que, como indican Oñatibia-Astibia et al. (66), los errores de medicación se posicionan entre las 10 principales causas de muerte en el mundo, pudiendo ser prevenibles.

En este contexto, el farmacéutico desempeña un rol determinante. Su cercanía al paciente, capacidad de comunicación y formación especializada, le permiten identificar barreras a la adherencia, corregir errores de administración y promover el uso racional de medicamentos (79). Tanto el farmacéutico comunitario como el hospitalario, resultan claves, no solo como dispensadores de medicación, sino como profesionales sanitarios accesibles y capacitados para realizar seguimiento

farmacoterapéutico, detectar problemas relacionados con la medicación y acompañar a las pacientes mediante intervenciones educativas, escucha activa y refuerzo de la adherencia (80).

Las intervenciones farmacéuticas se han propuesto como una vía para optimizar el uso de la medicación en enfermedades crónicas, sin embargo, la evidencia no es uniforme. En un ensayo aleatorizado en pacientes mayores con polimedicación, la atención farmacéutica domiciliaria no mostró diferencias relevantes frente al control en no adherencia, frecuencia de hospitalizaciones, ni mortalidad, pese a detectar problemas relacionados con medicamentos en una proporción elevada de participantes (75).

En tratamientos de larga duración, la adherencia tiende a disminuir con el tiempo, con descensos marcados tras los primeros meses, especialmente en condiciones crónicas. Se ha descrito que el incumplimiento se asocia a barreras como olvido, otras prioridades, falta de información y factores emocionales; mientras que, desde el ámbito profesional, influyen regímenes complejos, explicaciones insuficientes sobre beneficios, efectos adversos y una relación terapéutica deficiente. Por tanto, se recomiendan estrategias multifactoriales centradas en educación, simplificación posológica, sistemas de organización y recordatorio, y mejora de la comunicación clínica (72).

Aunque el seguimiento farmacéutico se plantea como apoyo potencial, la extrapolación de resultados es limitada por la heterogeneidad de las poblaciones y diseños estudiados y por hallazgos nulos en algunos contextos como el descrito en personas mayores polimedicadas (75). En consecuencia, continúa siendo reducida la disponibilidad de estudios específicamente orientados a analizar, de forma integrada la adherencia y su relación con resultados centrados en la paciente, como calidad de vida y satisfacción en mujeres con endometriosis, lo que dificulta precisar determinantes del éxito terapéutico y delimitar intervenciones sostenibles basadas en evidencia (72,75).

El propósito de este estudio es proporcionar evidencia científica y actual sobre la conexión entre la adherencia a los tratamientos, la satisfacción con los medicamentos, la nutrición y la calidad de vida en mujeres que padecen endometriosis. En términos generales, se busca ofrecer información que sea útil para mejorar el seguimiento de las pacientes y la atención integral. Además, al implementar un enfoque multidisciplinar centrado en la paciente, se pretende identificar los

factores que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento, evaluar el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido e identificar áreas donde se pueda optimizar tanto la práctica farmacéutica como la gestión de la salud de las pacientes.

De esta forma, el estudio no solo tiene el potencial de visibilizar la experiencia terapéutica de las mujeres que sufren la enfermedad, sino que también proporcionaría información valiosa para los profesionales de la salud y para quienes están al frente de las autoridades en el sistema de políticas públicas y programas educativos en salud que promueven la adherencia. Esto optimiza la comunicación entre el profesional y la paciente, además de fomentar la coordinación entre los diferentes niveles de atención. En última instancia, este estudio busca contribuir a un modelo de atención más humanizado, personalizado y efectivo, donde la mujer sea el eje central del proceso terapéutico.

III – OBJETIVOS

III- OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la calidad de vida y grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico en mujeres diagnosticadas con endometriosis en la Región de Murcia.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el estado de salud de mujeres con endometriosis en la Región de Murcia.
- Determinar el tratamiento farmacológico en mujeres con endometriosis en la Región de Murcia.
- Analizar el grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico en las mujeres con endometriosis en la Región de Murcia.
- Analizar la adherencia al tratamiento farmacológico de mujeres con endometriosis en la Región de Murcia.
- Analizar la calidad de vida de las pacientes con endometriosis en la Región de Murcia.
- Realizar una encuesta de seguimiento de dieta mediterránea para conocer el tipo de alimentación de las pacientes con endometriosis.
- Analizar la importancia del farmacéutico en cuanto a dispensación activa, seguimiento y adherencia terapéutica.

IV - MATERIAL Y MÉTODO

IV- MATERIAL Y MÉTODO

4.1. DISEÑO

Esta investigación se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, orientado a analizar de manera objetiva y medible la calidad de vida, la adherencia terapéutica, el grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico y el seguimiento de la dieta mediterránea en mujeres con endometriosis.

4.2. POBLACIÓN DIANA Y ÁMBITO DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Este hospital cuenta con una unidad especializada en salud reproductiva y endometriosis, donde se identificaron y contactaron a las pacientes que cumplían con los criterios de elegibilidad. El ámbito de elección se basó en la accesibilidad de la población objetivo y en la experiencia clínica del equipo investigador en el abordaje multidisciplinar de la endometriosis.

El estudio incluyó a mujeres entre 18 y 55 años residentes en la Región de Murcia con diagnóstico clínico de endometriosis validado por un especialista. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta la disponibilidad de las participantes y su accesibilidad. La muestra final se compuso de 120 mujeres. Todas las participantes fueron informadas de los objetivos del estudio y firmaron el consentimiento informado (Anexo 1). El tamaño muestral se consideró suficiente para garantizar un análisis estadístico robusto dentro de un diseño descriptivo. El grupo de pacientes estuvo formado por mujeres de diferentes niveles educativos y estados civiles, lo que permitió realizar análisis por subgrupos sociodemográficos.

4.3. RECOGIDA DE DATOS

4.3.1. Procedimientos de recogida de datos

La recogida de datos se realizó entre noviembre de 2023 y enero de 2024. Las participantes fueron contactadas en la consulta específica de endometriosis del departamento de ginecología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia donde completaron los cuestionarios de forma presencial, mediante entrevistas individuales y cuestionarios autoadministrados. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos y el cumplimiento de la normativa ética vigente de protección de datos personales.

Los instrumentos de medida usados fueron:

- **Encuesta sociodemográfica y antropométrica:** diseñada para este estudio.

El análisis de las variables sociodemográficas y antropométricas permite obtener una visión integral de las características de la población participante facilitando la interpretación de los resultados clínicos y su posible relación con la evolución de la enfermedad.

Las variables antropométricas como el peso y la talla describen parámetros físicos que pueden influir en el estado metabólico y hormonal de las pacientes, mientras que las variables sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, etnia y número de hijos, aportan información contextual relevante para comprender los factores sociales y personales asociados a la endometriosis (Anexo 2).

- **Cuestionario SF-12:** el cuestionario SF-12 (Short Form-12 Health Survey) es una herramienta internacionalmente validada para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Se compone de 12 ítems derivados del cuestionario original SF-36, con el objetivo de ofrecer una medida más breve y práctica, sin perder la capacidad de captar información relevante sobre el estado de salud percibido por las personas encuestadas (81).

Este cuestionario explora ocho áreas clave: la función física(salud relacionada con las actividades físicas), la función social (abarca la salud física y emocional que influye en la vida social diaria), el rol físico(cómo la salud física puede afectar las tareas cotidianas y laborales), el rol emocional(examina el impacto de los problemas emocionales en la vida diaria y en el trabajo), la salud mental, la vitalidad(

sensación de energía y vigor), el dolor corporal(mide la intensidad del dolor) y, por último, la salud general(evaluación personal de cómo nos sentimos en términos de salud). Estas dimensiones se agrupan en dos componentes principales: componente físico y componente mental, lo que facilita una visión integral del impacto de la enfermedad en la vida diaria de las pacientes:

- Componente físico (PCS - Physical Component Summary): refleja la percepción de la salud física, la presencia de limitaciones para realizar actividades de la vida diaria, el grado de dolor y su impacto en el desempeño físico, así como la autopercepción del estado de salud general.
- Componente mental (MCS - Mental Component Summary): permite evaluar cómo se percibe la salud mental, el bienestar emocional y el funcionamiento social. Se exploran aspectos como el nivel de energía, la vitalidad, la presencia de síntomas de ansiedad o depresión y cómo los problemas emocionales afectan el desarrollo de las actividades diarias.

En este estudio, se utilizó el cuestionario SF-12 como herramienta para evaluar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con endometriosis. La aplicación del SF-12 es especialmente valiosa en investigaciones clínicas y epidemiológicas, gracias a su brevedad, fiabilidad y validez en diversos contextos culturales (81). Además, este cuestionario se utiliza ampliamente en estudios que involucran a personas con enfermedades crónicas, ya que permite distinguir claramente el impacto físico y emocional de la enfermedad en la calidad de vida, proporcionando un perfil completo del estado de salud que se percibe (Anexo 3).

- **Test de Morisky-Green-Levine:** también se denomina *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ) o 4-item *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-4). Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica, para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica. Por lo que su objetivo principal es identificar a aquellos pacientes que pueden tener dificultades para seguir pautas de tratamiento prescritas por los profesionales de salud. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento.

Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/ No. Permite detectar comportamientos como olvido, abandono o alteración en la toma del medicamento.

Se trata de un cuestionario ampliamente implantado en la práctica clínica y utilizado de forma transversal en la evaluación de la adherencia farmacológica en diversas patologías crónicas (82)(Anexo 4).

- Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSMQ v1.4).

Para evaluar el grado de satisfacción de las participantes con el tratamiento farmacológico recibido, se utilizó el cuestionario TSMQ (Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire). Se trata de un instrumento utilizado ampliamente en diversos contextos clínicos para valorar cómo los pacientes perciben su medicación, especialmente en enfermedades crónicas.

El TSMQ evalúa la satisfacción con el tratamiento en cuatro dimensiones claves:

- Efectividad: percepción del paciente sobre cuánto le ayuda el medicamento a controlar los síntomas de su enfermedad.
- Efectos secundarios: grado en que los efectos adversos afectan negativamente la experiencia del tratamiento.
- Conveniencia: facilidad de uso del tratamiento (posología, vía de administración y la rutina asociada al tratamiento).
- Satisfacción global: evaluación general del paciente sobre el tratamiento, integrando todas las dimensiones anteriores. La satisfacción global actúa como un indicador sintético que integra las valoraciones parciales sobre los beneficios percibidos, los efectos adversos sufridos y la facilidad de uso del tratamiento.

Esta herramienta consta de 14 elementos que el paciente debe completar. Las respuestas se dan en una escala Likert de 7 puntos, que va desde “extremadamente insatisfecho” hasta “extremadamente satisfecho”. Para evaluar el grado de molestia e interferencia de ciertos ítems en la categoría de efectos secundarios, se utilizan escalas diferentes (83)(Anexo 5).

Cada dimensión se transforma a una escala de tipo Likert de 0 a 100, donde puntuaciones más altas indican mayor satisfacción. El nivel de satisfacción se clasifica como baja (0–40), moderada (41–70) y alta (>70).

- **Cuestionario adherencia a la dieta mediterránea:** Es una herramienta válida y confiable para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea en la población, centrado en la frecuencia de consumo de alimentos clave como frutas, verduras, cereales integrales, pescado, aceite de oliva, lácteos, carnes, embutidos, huevos y bebidas alcohólicas, teniendo en cuenta las porciones diarias y la frecuencia de consumo (84)(Anexo 6).

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

En la siguiente tabla (Tabla 4) se muestran los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión

Paciente femenina en edad entre 18 y 55 años	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Diagnóstico concreto de endometriosis
	Pertenecer a la Región de Murcia
	Consentimiento informado
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Presencia de Cáncer
	Presentar obesidad mórbida $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$
	Estar embarazada
	Incapacidad física y /o cognitiva para participar en el estudio

Elaboración propia

4.5. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables analizadas se clasificaron en cuatro grandes categorías: socio-demográficas, clínicas, relacionadas con el tratamiento y la adherencia, y de calidad de vida y hábitos nutricionales. Esta organización brindó una visión completa sobre la salud de las participantes, su adherencia a los tratamientos y su nivel de satisfacción con el tratamiento recibido.

Las variables dependientes que se analizaron fueron el grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico, la adherencia a la terapia y la calidad de vida. Además, se consideró la adherencia a la dieta mediterránea como una variable

complementaria, debido a su importancia en el manejo nutricional de la endometriosis.

También se establecieron correlaciones entre las puntuaciones de los cuestionarios aplicados y diversas variables clínicas, como la edad, el grado de endometriosis, las comorbilidades y el tipo de tratamiento, con el objetivo de identificar patrones clínico-terapéuticos significativos.

4.5.1. Variables sociodemográficas

Estas variables se obtuvieron a través de una encuesta estructurada, lo que nos permitió definir el perfil social y educativo de las participantes, además de investigar posibles vínculos con el nivel de adherencia y la satisfacción con el tratamiento. Se incluyeron en esta categoría edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación.

4.5.2. Variables clínicas y antropométricas

Comprendieron los datos relativos al diagnóstico de la enfermedad, las comorbilidades asociadas, el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC).

El estado de salud general se evaluó por medio del Cuestionario SF-12, una herramienta validada en población española que se utiliza para medir la salud desde las perspectivas mental y física, proporcionando un indicador global de la calidad de vida relacionada con la salud.

4.5.3. Variables de satisfacción con el tratamiento

Se consideró la satisfacción del paciente como una variable cuantitativa y continua. Para llevar a cabo la evaluación, se utilizó el Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM v1.4), una herramienta validada que analiza la percepción del paciente sobre su tratamiento farmacológico. Este cuestionario se enfoca en cuatro aspectos clave: la facilidad de uso, la satisfacción general, los efectos secundarios y la eficacia que el paciente siente. Las respuestas se dan en una escala Likert de siete puntos, lo que permite obtener calificaciones que se pueden comparar entre diferentes tratamientos. En situaciones clínicas crónicas, este instrumento ha demostrado tener una gran validez y fiabilidad psicométrica.

4.5.4. Variables de adherencia al tratamiento farmacológico

Se consideró la adherencia terapéutica como una variable cualitativa dicotómica, es decir, se clasifica en dos categorías: adherente y no adherente.

Para evaluarla, se utilizó el Test de Morisky (82), que consta de cuatro preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) que ayudan a identificar comportamientos de incumplimiento, como olvido, cambio de la pauta de medicación o abandono. La simplicidad, confiabilidad y utilidad clínica de este cuestionario lo convierten en una herramienta muy utilizada para detectar comportamientos relacionados con la adherencia a la terapia.

4.5.5. Variables de calidad de vida y hábitos nutricionales

La calidad de vida se valoró mediante el Cuestionario SF-12, que mide el estado de salud físico y mental percibido por la paciente. Esta variable se consideró cuantitativa continua, y su análisis permitió identificar relaciones entre la satisfacción con el tratamiento, la adherencia a la terapia y el bienestar general.

Por otra parte, se incluyó la adherencia a la dieta mediterránea como variable complementaria, evaluada mediante el Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. Esta herramienta examina la frecuencia de consumo de los alimentos de este patrón alimenticio (frutas, verduras, cereales integrales, pescado, aceite de oliva, lácteos, carnes, embutidos, huevos y bebidas alcohólicas), teniendo en cuenta las porciones diarias y la frecuencia de consumo.

Todos los instrumentos utilizados cuentan con validación psicométrica en la población española o tienen una adaptación cultural equivalente. Se seleccionaron por su solidez metodológica, su utilidad clínica y su capacidad para detectar cambios en la adherencia, la satisfacción y la salud percibida.

Tabla 5. Variables de la investigación

Objetivo específico	Variable	Dimensión	Instrumento	Ítems / Escala
Describir el estado de salud y perfil de la población con endometriosis en la Región de Murcia.	Estado de salud y características sociodemográficas	Demografía y antropometría	Encuesta sociodemográfica y antropométrica	1-16
Evaluar el tratamiento farmacológico recibido por mujeres entre 18 y 55 años con endometriosis.	Tratamiento farmacológico	Tipo, dosis, duración, efectos adversos	Cuestionario breve de medicación	Variables abiertas
Analizar el grado de satisfacción con el tratamiento farmacológico.	Satisfacción con el tratamiento	Tratamiento farmacológico	TSQM v1.4 (versión española)	14 ítems, escala Likert 1-7
Analizar la adherencia al tratamiento farmacológico.	Adherencia terapéutica	Cumplimiento del tratamiento	Test Morisky-Green-Levine	4 ítems, respuesta dicotómica
Evaluar la calidad de vida percibida en mujeres con endometriosis.	Calidad de vida	Salud física y mental	Cuestionario SF-12	12 ítems
Determinar la adherencia a la dieta mediterránea como factor complementario en la mejora sintomática.	Adherencia a la dieta mediterránea	Nutrición y estilo de vida	Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea	15 ítems, escala cuantitativa

Elaboración propia

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Tras la aprobación del comité de ética de la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia)(Anexo 7), todas las participantes firmaron un consentimiento informado de manera voluntaria, pudiéndose retirar del estudio en cualquier momento. La privacidad de los datos se garantizó siguiendo la Ley Orgánica 3/2018 sobre la protección de datos personales (85) y la Declaración de Helsinki (86,87). Esta declaración fue adoptada inicialmente por la Asociación Médica Mundial en 1964 y revisada en múltiples ocasiones para establecer principios éticos fundamentales en las investigaciones médicas que involucran a seres humanos, asegurando

que todos los participantes estén debidamente informados antes de aceptar formar parte del estudio, así como sobre los beneficios, riesgos y objetivos de la investigación.

La Declaración de Helsinki enfatiza que el bienestar del participante individual debe prevalecer siempre sobre los intereses científicos o sociales, esto garantiza que toda investigación médica se lleve a cabo con el máximo respeto por la dignidad y los derechos de los involucrados (86,87).

4.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez realizada la recolección de los datos, producto de las respuestas aportadas por los instrumentos aplicados, se procedió a organizar y cuantificar la información.

Los datos que se obtuvieron fueron procesados utilizando el software IBM SPSS Statistics. En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos univariantes para caracterizar las variables individuales. Posteriormente, se examinaron las relaciones entre pares de variables a través de análisis bivariantes. Para determinar si había asociaciones significativas entre las variables categóricas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, estableciendo un umbral de significación estadística con un valor de $p < 0,05$. Este tipo de análisis es especialmente útil cuando se trabaja con variables cualitativas categóricas, ya que permite determinar si las tendencias en las frecuencias absolutas son simplemente aleatorias o si, por el contrario, reflejan una asociación estructural entre las variables que se están analizando.

Para hacer más fácil el análisis cuantitativo, se transformaron las variables cualitativas a través de una codificación numérica (por ejemplo, se asignó el valor 1 a 'Sí' y el valor 0 a 'No'). Además, las variables ordinales, como la edad y el grado de gravedad de la endometriosis, se agruparon en rangos específicos.

Se elaboraron tablas de contingencia para explorar las posibles tendencias y patrones de relación entre los grupos de edad, la adherencia al tratamiento prescrito y los resultados obtenidos en las evaluaciones de calidad de vida. Adicionalmente, se llevaron a cabo pruebas de correlación, utilizando el coeficiente de Pearson para evaluar las relaciones lineales entre variables continuas y el coeficiente de Spearman para analizar la correlación entre variables ordinales o no

paramétricas. El propósito de estas pruebas fue identificar tanto la fuerza como la dirección de las asociaciones lineales entre las variables en evaluación.

4.8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se desarrolló de forma organizada y exhaustiva con la finalidad de recopilar la evidencia científica más reciente sobre la endometriosis, su sintomatología, opciones terapéuticas farmacológicas y nutricionales, adherencia al tratamiento de las pacientes y el impacto en la calidad de vida.

El proceso se llevó a cabo en varias fases. Primero, se realizó una revisión general para identificar los descriptores más comunes y las áreas de estudio más importantes. Seguidamente, se realizó una búsqueda específica en bases de datos científicas reconocidas. Las principales fuentes consultadas fueron PubMed/MEDLINE, ScienceDirect (Elsevier), Google Scholar, Biblioteca Cochrane (Cochrane Library), así como documentos técnicos y guías clínicas emitidas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE).

Se emplearon descriptores normalizados de los tesauros MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), combinados mediante operadores booleanos ("AND", "OR" y "NOT") para optimizar la precisión de los resultados. Las palabras clave principales incluyeron términos como endometriosis, tratamiento farmacológico, adherencia terapéutica, satisfacción con el tratamiento, calidad de vida, dieta mediterránea y atención farmacéutica.

Para garantizar la pertinencia y actualidad de la información, se seleccionaron artículos publicados entre 2013 y 2025, en español o inglés, que abordaran aspectos clínicos, terapéuticos, nutricionales o psicosociales de la endometriosis. Se priorizaron estudios originales, revisiones sistemáticas, metanálisis, guías clínicas y documentos institucionales que aportaran evidencia contrastada y aplicable al contexto sanitario actual. No obstante, se incluyeron de modo puntual algunos estudios anteriores por ser referencias fundamentales en el ámbito de estudio de la endometriosis o por su relevancia conceptual.

La revisión bibliográfica se completó con una búsqueda manual en las referencias de los artículos seleccionados, con el fin de identificar publicaciones complementarias no recuperadas en las búsquedas iniciales. Este proceso permitió construir una base documental sólida, centrada en fuentes científicas de alta calidad y relevancia temática, que sirvió de fundamento para el desarrollo teórico y metodológico del trabajo.

V – RESULTADOS

V- RESULTADOS

5.1. RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTROPOMÉTRICOS DE LA POBLACIÓN DIANA

El análisis de las variables sociodemográficas y antropométricas permite obtener una visión integral de las características de la población participante.

La tabla 6 recoge las principales características de la muestra, organizada en tres grupos etarios (18-35 años, 36-45 años y mayores de 45 años), con el fin de comparar la evolución clínica y las condiciones generales de salud según la etapa vital de las participantes.

Tabla 6. Características antropométricas y sociodemográficas en función de la edad.

	Grupo 1 (18-35 años) n=33	Grupo 2 (36-45 años) n=64	Grupo 3 (>45 años) n=23
Edad	29,1±4,3	41,1±2,7	49,0±2,2
Años desde diagnóstico	4,3±3,6	8,6±6,9	8,9±6,6
Tiempo desde síntomas	7,5±6,1	20,9±10,6	15,3±10,8
Peso	63,2±11,7	69,6±11,9	74,7±12,0
Talla	165,4±6,0	164,3±8,3	162,6±6,0
Grado de enfermedad			
Grado 1 (% , (n))	15,6% (5)	3,2%(2)	4,3% (1)
Grado 2 (% , (n))	18,8% (6)	14,3% (9)	17,4% (4)
Grado 3 (% , (n))	34,4% (11)	33,3% (21)	30,4% (7)
Grado 4 (% , (n))	31,3% (10)	49,2% (31)	47,8% (11)

En el Grupo 1 (18-35 años), las mujeres presentaron la edad media más baja ($29,1 \pm 4,3$ años), con el menor tiempo desde la aparición de síntomas ($7,5 \pm 6,1$ años) y desde el diagnóstico ($4,3 \pm 3,6$ años). Además, este grupo mostró los valores de peso corporal más bajos ($63,2 \pm 11,7$ kg) y la talla más alta ($165,4 \pm 6,0$ cm). En relación con el grado de la enfermedad, destaca que el 15,6 % de estas pacientes presentaba endometriosis en grado 1, siendo este el porcentaje más alto en comparación con los otros grupos. Sin embargo, también un 31,3% presentaba ya enfermedad en grado 4.

En el Grupo 2 (36-45 años), el más numeroso de la muestra ($n=64$), la edad media fue de $41,1 \pm 2,7$ años. Este grupo mostró un tiempo medio desde la aparición de síntomas de $20,9 \pm 10,9$ años y desde el diagnóstico de $8,6 \pm 6,9$ años, indicando una evolución clínica más prolongada. La media de peso fue ligeramente superior ($69,6 \pm 11,9$ kg), mientras que la talla disminuyó respecto al grupo más joven ($164,3 \pm 8,3$ cm). El porcentaje más elevado de gravedad se registró en este grupo, con un 49,2% de las pacientes clasificadas en grado 4. Además, el porcentaje de pacientes en grado 1 fue particularmente bajo (3,2%).

En cuanto al Grupo 3 (>45 años), compuesto por 23 pacientes, la edad media alcanzó los $49,0 \pm 2,2$ años. En este grupo, el tiempo desde la aparición de síntomas fue de $15,3 \pm 10,8$ años y el tiempo desde el diagnóstico $8,9 \pm 6,6$ años. El peso medio fue el más elevado entre los tres grupos ($74,7 \pm 12,0$ kg), mientras que la talla fue la más baja ($162,6 \pm 6,0$ cm). En relación con el grado de severidad, el 47,8% de las mujeres presentó grado 4, siendo este porcentaje elevado y similar al del grupo intermedio. El porcentaje de pacientes con grado 1 fue bajo (4,3%).

5.1.1. Distribución por edad

Se identificó una muestra total de 120 mujeres, agrupadas en tres rangos etarios (figura 12):

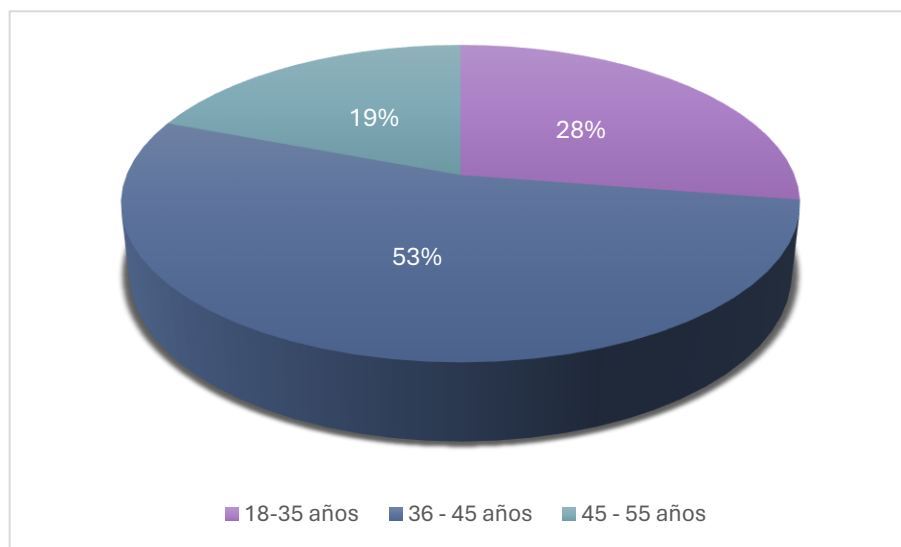


Figura 12. Distribución por edad de la muestra. Elaboración propia

La figura 12 ilustra la distribución por edad de la muestra compuesta por 120 mujeres, clasificadas en tres grupos etarios: 18–35 años, 36–45 años y mayores de 45 años. El grupo más representado corresponde a las mujeres de 36 a 45 años, que conforman el 53% de la muestra. Por su parte, las mujeres de 18 a 35 años representan el 28%, constituyendo el segundo grupo más numeroso. En contraste, las mujeres de 45 años o más representan apenas el 19% de la muestra.

5.1.2. Distribución según nivel de estudios

En el análisis de los resultados, se presenta la distribución de la muestra en función del nivel educativo alcanzado por las participantes. La Figura 13 muestra la proporción de mujeres según su nivel de estudios, diferenciando entre formación primaria, secundaria, universitaria y de posgrado.

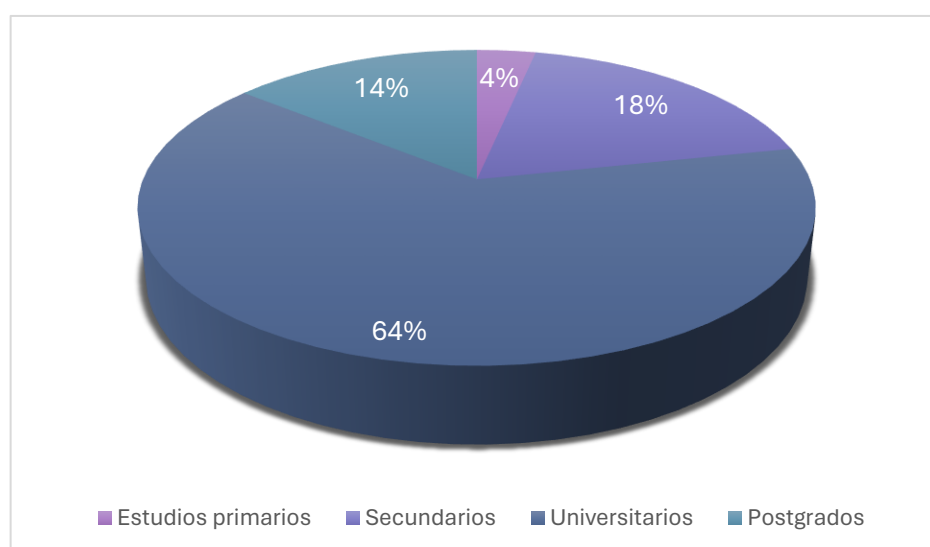


Figura 13. Distribución según nivel de estudios de la muestra. Elaboración propia

El análisis del nivel educativo de las 120 participantes muestra una clara predominancia del nivel universitario, alcanzado por el 64% de la muestra.

En segundo lugar, el 18% de las mujeres reportó haber completado estudios secundarios, constituyendo un grupo intermedio en cuanto a formación académica. Solo un 4% indicó haber alcanzado únicamente estudios primarios, mientras que un 14% adicional declaró contar con formación de nivel de postgrado, indicando que la muestra está conformada mayoritariamente por mujeres con un alto nivel educativo.

5.1.3. Etnia

Las participantes identificaron su origen étnico según la siguiente distribución (Figura 14).

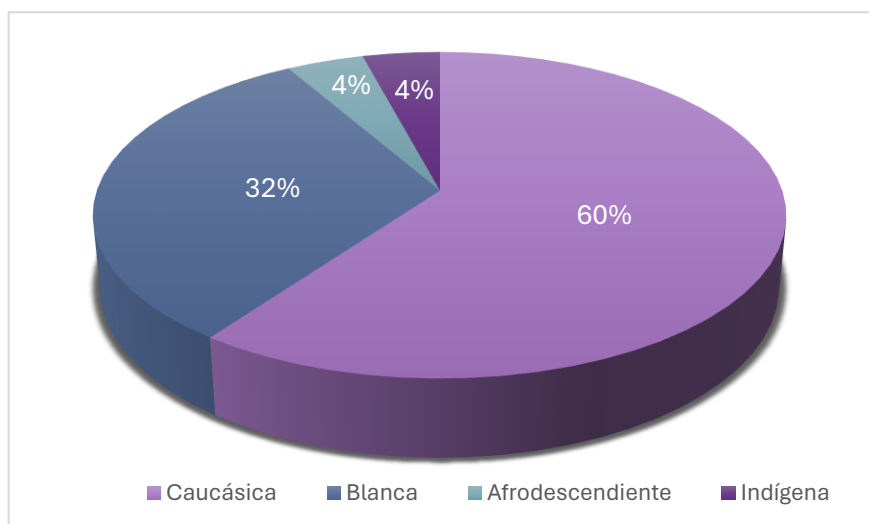


Figura 14. Distribución étnica de la muestra. Elaboración propia

En cuanto a la identificación étnica, la gran mayoría de las mujeres participantes se reconoció como caucásica (60%), seguida de un 32% que se identificó como blanca. En menor proporción, se reportaron mujeres afrodescendientes (4%) e indígenas (4%). Estos datos reflejan la diversidad étnica presente en la muestra, aunque con un predominio claro del grupo caucásico.

5.1.4. Distribución según número de hijos

La distribución de la muestra en función del número de hijos, se muestra en la Figura 15:

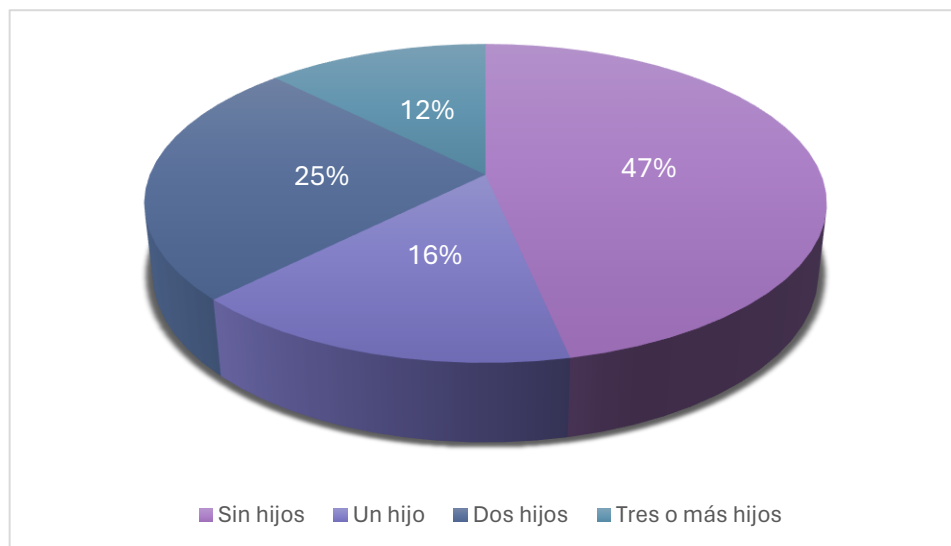


Figura 15. Distribución según número de hijos. Elaboración propia

En relación con la paridad, más de la mitad de las participantes (47%) indicó no tener hijos. Un 16 % manifestó tener un hijo, un 25% dos hijos, y un 12% declaró tener tres hijos o más.

5.1.5. Principales ocupaciones laborales

La tabla 7 presenta la distribución de las principales ocupaciones declaradas por las 120 mujeres participantes, agrupadas en seis categorías representativas de los sectores laborales más frecuentes dentro de la muestra.

Tabla 7. Principales ocupaciones laborales.

Ocupación principal	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Personal sanitario y asistencial	28	23,3
Administración y oficina	24	20,0
Docencia y educación	19	15,8
Comercio y atención al cliente	16	13,3
Sector servicios (hostelería, estética, limpieza)	14	11,7
Desempleadas o amas de casa	19	15,9
Total	120	100

Elaboración propia

La tabla muestra una alta representación de mujeres vinculadas al ámbito sanitario y asistencial (23,3%). En segundo lugar, destaca el grupo dedicado a tareas administrativas (20%), seguido de las profesionales del ámbito educativo (15,8%).

Por otra parte, el 13,3% trabaja en el sector comercial o de atención al público, mientras que un 11,7% desempeña ocupaciones de servicios generales, como hostelería, estética o limpieza. Finalmente, un 15,9% de las participantes se encontraba en situación de desempleo o dedicadas al hogar en el momento de la encuesta.

5.1.5. Enfermedades asociadas presentadas

En nuestra muestra, las participantes presentaron diversas patologías concomitantes, cuyos porcentajes se presentan en la Figura 16.

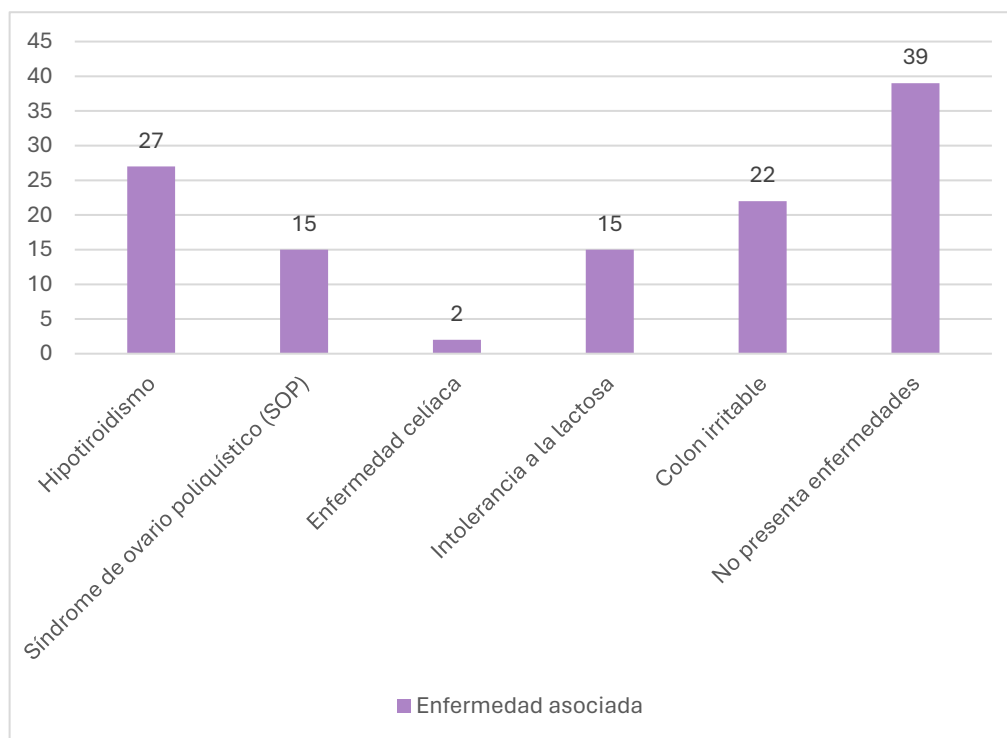


Figura 16. Enfermedades coexistentes de las participantes. Elaboración propia

Los resultados muestran que el 39% de las participantes no tenía ninguna enfermedad adicional en el momento de ser diagnosticadas con endometriosis, lo que representa una parte significativa de la muestra. Sin embargo, un 61% mencionó que vive con al menos una enfermedad relacionada.

Entre las afecciones más frecuentes, el hipotiroidismo destaca con un 27% de los casos, seguido del síndrome de colon irritable, reportado por el 22% de las participantes. El síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la intolerancia a la lactosa fueron presentados en el 15% de la muestra respectivamente. Por último, la enfermedad celíaca fue manifestada solo por el 2% de las pacientes.

5.2. RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SEGÚN EL CUESTIONARIO MORISKY-GREEN

Se llevaron a cabo cuatro preguntas basadas en el cuestionario de Morisky-Green para analizar la adherencia al tratamiento en mujeres diagnosticadas con endometriosis (82). Los ítems evaluados fueron: si las pacientes olvidan tomar su medicación, si la ingieren a las horas recomendadas, si dejan de tomarla cuando se sienten bien y si la interrumpen cuando se sienten mal. Los datos se revisaron en conjunto y por grupos de edad, con un total de 120 participantes: Grupo 1(18 a 35 años), Grupo 2 (36 a 45 años) y Grupo 3 (46 a 55 años.)

● Cumplimiento de las tomas del tratamiento según edad

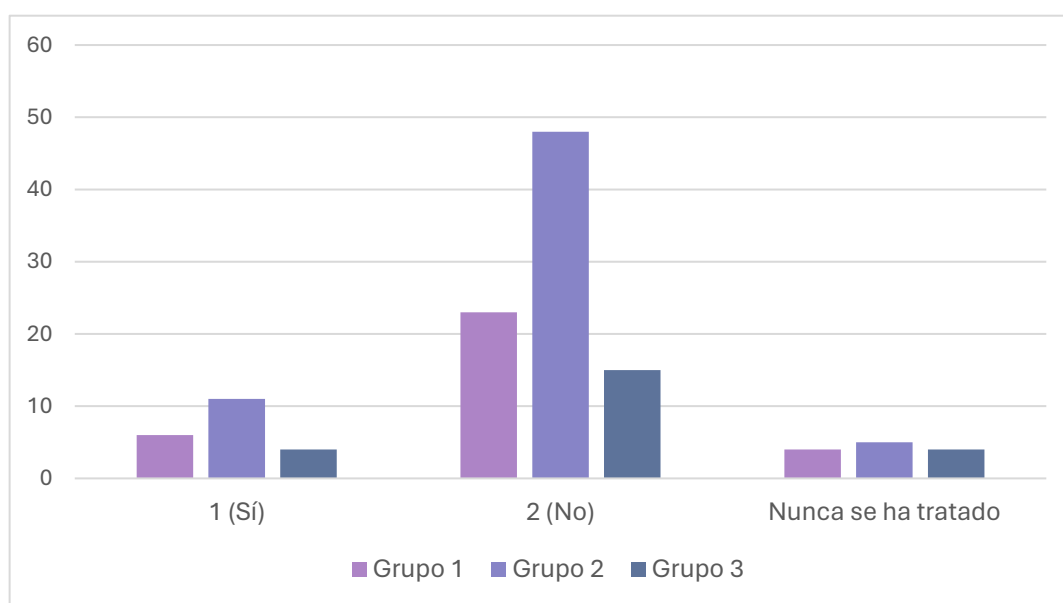


Figura 17. Distribución por grupos de edad según el olvido de la medicación. Elaboración propia

La variable analizada en esta sección corresponde al olvido de la medicación por parte de las participantes. A partir de los datos expuestos en la figura 17, se observa que la mayoría de las mujeres, independientemente del grupo etario, manifestaron no olvidar la medicación, siendo esta opción (respuesta 2) la más frecuente en los tres grupos: 23 casos en el Grupo 1 (18–35 años), 48 en el Grupo 2 (36–45 años) y 15 en el Grupo 3 (46–55 años), lo que equivale al 69,4% del total de la muestra analizada (n=120).

No obstante, destaca también que el segundo grupo etario (36-45 años) fue el que presentó el mayor número absoluto de mujeres que sí olvidan la medicación ($n=11$), lo cual representa más del 50% del total de casos con olvido dentro de la muestra total ($n=21$). El Grupo 1 presentó 6 casos y el Grupo 3, 4 casos. En términos proporcionales, el porcentaje de olvido fue ligeramente superior en el Grupo 1 (6 de 33; 18,2%) frente al Grupo 2 (11 de 64; 17,2%).

Otro dato relevante es el número de mujeres que indicaron que nunca han recibido tratamiento farmacológico para la endometriosis. En total, fueron 13 casos distribuidos equitativamente entre los tres grupos de edad (4 en Grupo 1, 5 en Grupo 2 y 4 en Grupo 3), lo que supone un 10,5% de la muestra total.

Tabla 8. Pruebas de Chi-cuadrado – Asociación entre edad y olvido de la medicación

Estadístico	Valor	Gl	Significación (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,514	6	0,011
Razón de verosimilitud	14,372	6	0,026
N de casos válidos			120

Elaboración propia

La Tabla 8 muestra los resultados de la razón de verosimilitud y del test de Chi-cuadrado de Pearson, que se utilizaron para comprobar si existe una relación estadísticamente significativa entre las diferentes categorías de edad y la variable relacionada con el olvido al tomar medicamentos. El valor del estadístico Chi-cuadrado de Pearson fue de 16,514, con 6 grados de libertad (gl) y un nivel de significación bilateral (p) igual a 0,011, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($p < 0,05$). Este resultado se ve reforzado por la razón de verosimilitud, que alcanzó un valor de 14,372, también con 6 grados de libertad y un p -valor de 0,026, igualmente inferior al umbral del 5% establecido convencionalmente como criterio de significancia.

Dicho hallazgo permite rechazar la hipótesis nula, que planteaba la ausencia de relación entre la edad y el hecho de olvidar la medicación, y aceptar la hipótesis alternativa, la cual sostiene que la edad constituye un factor asociado a la adherencia en términos de cumplimiento.

- **Cumplimiento horario del tratamiento según edad**

Tabla 9. Distribución por grupos de edad – ¿Toma a las horas indicadas?

Respuesta	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
1 (Sí)	24	52	18	94
2 (No)	5	7	1	13
Nunca se han tratado	4	5	4	13
Total	33	64	23	120

Elaboración propia

La tabla 9 muestra cómo se distribuyen las respuestas sobre el cumplimiento del horario indicado para tomar el medicamento, desglosado por grupos de edad. En todos los grupos, se observa que la mayoría de las mujeres afirma seguir tomando su medicación a las horas recomendadas. El grupo de 36 a 45 años (Grupo 2) es donde se concentran la mayor parte de las respuestas positivas, seguido del grupo de 18 a 35 años (Grupo 1), y por último, del grupo de mujeres mayores de 46 años (Grupo 3).

No obstante, también se identifican casos de incumplimiento horario, aunque en proporciones reducidas y distribuidas de forma poco homogénea entre los grupos. El número más alto de mujeres que declara no cumplir con los horarios prescritos se localiza igualmente en el grupo de 36 a 45 años.

En conjunto, los datos ponen de manifiesto una tendencia positiva hacia el cumplimiento terapéutico respecto al horario de la medicación en mujeres con endometriosis, aunque con diferencias observables que justifican un análisis estadístico más profundo, como el presentado en la tabla siguiente.

Tabla 10. Pruebas de Chi-cuadrado – Asociación entre edad y cumplimiento horario

Estadístico	Valor	Gl	Significación (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,553	2	0,460
Razón de verosimilitud	1,682	2	0,431
Asociación lineal por lineal	1,530	1	0,216
N de casos válidos			120

Elaboración propia

La tabla muestra los resultados del análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson y otras medidas orientadas a identificar si existe una relación significativa entre la edad de las participantes y su adherencia horaria al tratamiento farmacológico.

El valor del Chi-cuadrado de Pearson es de 1,553, con 2 grados de libertad y un nivel de significancia (p) de 0,460, lo cual se encuentra muy por encima del umbral convencional de 0,05. En consecuencia, no se puede rechazar la hipótesis nula, lo que implica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable edad y el cumplimiento de los horarios de medicación. La razón de verosimilitud, con un valor similar (1,682; $p = 0,431$), refuerza esta conclusión.

Asimismo, la asociación lineal por lineal, que explora una posible relación lineal creciente o decreciente entre edad y conducta de adherencia, también resulta no significativa ($p = 0,216$). Esto sugiere que el patrón observado en la distribución de respuestas no sigue una progresión lineal por edades.

- **Abandono del tratamiento al sentirse bien según edad**

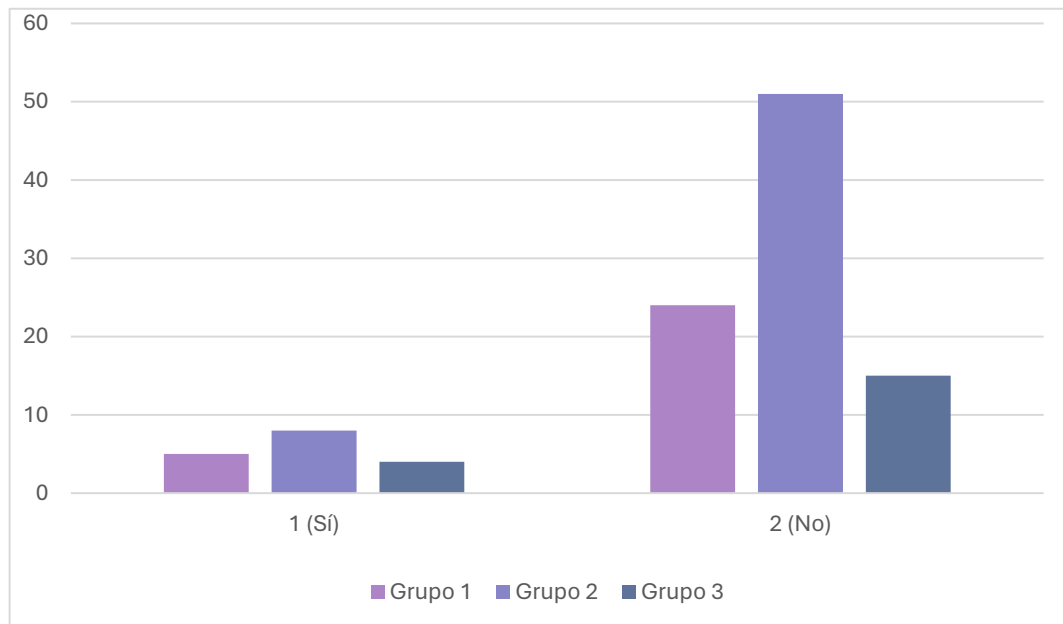


Figura 18. Distribución por grupos de edad – ¿Deja de tomarla al sentirse bien?. Elaboración propia

Los datos muestran que, 90 participantes (84,1%) afirmaron no abandonar la medicación al sentirse bien, mientras que 17 mujeres (15,9%) indicaron que sí lo hacen. Esta tendencia se mantiene relativamente constante en los tres grupos etarios definidos.

En el grupo 1 (menores de 35 años), 24 mujeres continúan el tratamiento incluso al sentirse bien, mientras que 5 interrumpen la medicación. En el grupo 2 (36 a 45 años), 51 pacientes mantienen la adherencia frente a 8 que no lo hacen. Finalmente, en el grupo 3 (mayores de 45 años), 15 continúan con la medicación mientras que 4 la suspenden. A pesar de que las diferencias numéricas son mínimas entre grupos, se aprecia que el grupo de edad intermedia presenta una ligera mayor frecuencia de suspensión del tratamiento en comparación con los extremos etarios.

Del mismo modo, se realizó un análisis de asociación mediante la prueba de Chi-cuadrado con el propósito de determinar si existía una relación estadísticamente significativa entre la edad de las participantes y la tendencia a suspender el tratamiento farmacológico al sentirse bien.

Tabla 11. Pruebas de Chi-cuadrado – Asociación entre edad y suspensión al sentirse bien

Estadístico	Valor	gl	Significación (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,658	2	0,720
Razón de verosimilitud	0,639	2	0,726
Asociación lineal por lineal	0,055	1	0,815

Elaboración propia

El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado arrojó un valor de 0,658 con 2 grados de libertad y un valor de significación bilateral ($p = 0,720$). Este resultado se complementa con la razón de verosimilitud (0,639; $p = 0,726$) y la asociación lineal por lineal (0,055; $p = 0,815$), todos ellos muy superiores al umbral de significancia estadística del 0,05.

Estos datos indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y la tendencia a dejar de tomar la medicación al sentirse bien. Aunque se observan variaciones numéricas entre los grupos, estas diferencias no son lo suficientemente relevantes como para establecer un patrón dependiente de la edad. El comportamiento de suspensión del tratamiento por mejora subjetiva

parece ser un fenómeno transversal a los distintos grupos etarios, sin predilección por un rango de edad específico.

- **Abandono de tratamiento al sentirse mal según edad**

La tabla 12 presenta la distribución de las respuestas a la pregunta “¿Deja de tomarla al sentirse mal?” según los distintos grupos de edad, con el fin de identificar posibles diferencias generacionales en la tolerancia y continuidad del tratamiento.

Tabla 12. Distribución por grupos de edad – ¿Deja de tomarla al sentirse mal?

Respuesta	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
1 (Sí)	7	5	4	16
2 (No)	22	54	15	91

Elaboración propia

Los resultados muestran que 91 mujeres (85%) no suspenden la medicación cuando experimentan malestar, mientras que 16 participantes (15%) sí interrumpen el tratamiento ante esta situación.

Al desglosar por grupos etarios, se observa que en el grupo 1 (menores de 35 años), 22 mujeres mantienen el tratamiento pese al malestar y 7 lo interrumpen, lo que representa el mayor número absoluto de abandono por malestar entre los tres grupos. En el grupo 2 (36 a 45 años), 54 mujeres continúan con la medicación y 5 la suspenden. Finalmente, en el grupo 3 (mayores de 45 años), 15 mujeres siguen con el tratamiento y solo 4 lo abandonan cuando se sienten mal.

Aunque el porcentaje de adherencia es alto en los tres grupos, el grupo de menor edad destaca por tener una proporción más alta de abandono relativo en comparación con su tamaño muestral.

Tabla 13. Pruebas de Chi-cuadrado – Asociación entre edad y suspensión al sentirse mal.

Estadístico	Valor	gl	Significación (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,427	2	0,109
Razón de verosimilitud	4,430	2	0,109
Asociación lineal por lineal	0,375	1	0,540

Elaboración propia

Los valores obtenidos en la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ($\chi^2 = 4,427$; $p = 0,109$) y en la razón de verosimilitud ($p = 0,109$) indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la conducta de suspender la medicación al sentirse mal. Al ser el valor de significación mayor al umbral convencional de 0,05, no se rechaza la hipótesis nula. Del mismo modo, el análisis de asociación lineal por lineal ($p = 0,540$) confirma que no se observa una tendencia lineal entre la edad y el abandono del tratamiento en presencia de malestar. Esto indica que, si bien hay diferencias numéricas entre grupos de edad, estas no son suficientes para establecer una relación significativa desde el punto de vista estadístico.

● Adherencia al tratamiento Global

Para finalizar, al combinar las cuatro variables del test de Morisky-Green, se encontró que 41 mujeres (34,2%) no cumplían con el tratamiento, mientras que 79 (65,8%) sí lo hacían. Al analizar los diferentes grupos de edad, en el Grupo 1 (de 18 a 35 años), de las 33 mujeres analizadas, 21 (63,6%) eran adherentes y 12 (36,4%) no lo eran; en el Grupo 2 (de 36 a 45 años), de las 64 mujeres, 41 (64,1%) mostraron adherencia y 23 (35,9%) no la mostraron; finalmente, en el Grupo 3 (de 46 a 55 años), de las 23 mujeres analizadas, solo seis (26,1%) no eran adherentes. La prueba de Chi-cuadrado aplicada para evaluar la asociación entre edad y adherencia global no mostró diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1,287$; $p = 0,525$), lo que indica que la adherencia farmacológica no varía de manera significativa entre las distintas franjas etarias.

Tabla 14. Adherencia global según el test de Morisky-Green por grupos de edad

Grupo de edad	Adherentes (%)	No adherentes (%)
18–35	21 (63,6%)	12 (36,4%)
36–45	41 (64,1%)	23 (35,9%)
46–55	17 (73,9%)	6 (26,1%)
Total	79 (65,8%)	41 (34,2%)

Elaboración propia

5.3. RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SEGÚN EL CUESTIONARIO TSMQ

Para evaluar el grado de satisfacción de las participantes con el tratamiento farmacológico recibido, se utilizó el cuestionario TSMQ (Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire). Este instrumento permite valorar la satisfacción con el tratamiento en cuatro dimensiones: efectividad, efectos secundarios, convivencia y satisfacción global.

Cada dimensión se transforma a una escala de tipo Likert de 0 a 100, donde puntuaciones más altas indican mayor satisfacción. El nivel de satisfacción se clasifica como baja (0–40), moderada (41–70) y alta (>70). Los resultados obtenidos fueron:

Tabla 15. Estadísticos descriptivos generales

Variable	N	Media	Desviación típica
Efectividad	102	59,2	21,0
Efectos secundarios	55	28,4	10,2
Conveniencia	101	73,4	17,4
Satisfacción global	102	45,6	16,7

Elaboración propia

● Convivencia

Al analizar los estadísticos descriptivos generales obtenidos en la muestra, se observa que la dimensión mejor valorada por las participantes fue la conveniencia del tratamiento, con una media de 73,4 puntos (DT = 17,4) sobre un total de 101 respuestas válidas. Este resultado se encuentra por encima del umbral que delimita la alta satisfacción. La dispersión moderada en las respuestas indica que, si bien existen variaciones individuales, una proporción relevante de las participantes valora positivamente la facilidad de uso del tratamiento farmacológico prescrito.

● Efectividad

En segundo lugar, la dimensión de efectividad obtuvo una media de 59,2 puntos (DT = 21,0), con un total de 102 casos válidos. Este valor se sitúa dentro del

rango de satisfacción moderada, lo cual sugiere que, aunque el tratamiento logra controlar en parte los síntomas de la endometriosis, no lo hace de forma óptima ni suficiente como para generar un alto grado de satisfacción. La desviación típica relativamente elevada (superior al 20 % del total de la escala) indica una alta variabilidad en las respuestas, reflejando diferencias relevantes en la valoración de la efectividad entre las participantes.

- **Efectos secundarios**

Por el contrario, la dimensión correspondiente a los efectos secundarios fue la peor valorada del cuestionario, con una media de 28,4 puntos (DT = 10,2), en base a solo 55 respuestas válidas. Este resultado se encuadra en el rango de satisfacción bajo. La baja puntuación, sumada a la escasa dispersión, refleja una percepción negativa generalizada sobre la tolerabilidad del tratamiento. No obstante, debe advertirse que el número de respuestas válidas en esta dimensión representa menos de la mitad de la muestra total, lo cual podría estar relacionado con que una parte significativa de las encuestadas no estaban recibiendo medicación en el momento de la evaluación o no habían presentado efectos secundarios. Esta alta tasa de no respuesta condiciona la representatividad de los resultados obtenidos en esta dimensión.

- **Satisfacción Global**

Finalmente, la satisfacción global alcanzó una media de 45,6 puntos (DT = 16,7), a partir de 102 respuestas válidas, ubicándose también dentro del nivel de satisfacción moderada, pero muy próxima al límite inferior de esta categoría. Este valor, fue inferior al obtenido en la dimensión de efectividad y sustancialmente más bajo que el correspondiente a la conveniencia.

Asimismo, la desviación estándar indica nuevamente una gran variabilidad en las respuestas, lo que confirma que la experiencia con el tratamiento es marcadamente desigual entre las pacientes evaluadas.

Todo lo anterior, queda plasmado en el resumen y sintetizado en la siguiente tabla:

Tabla 16. Interpretación de resultados del TSMQ

Dimensión	Media	Nivel Satisfacción	Interpretación
Efectividad	59,2	Moderada	Percepción intermedia sobre el control de los síntomas.
Efectos secundarios	28,4	Alta carga negativa	Indica que los efectos adversos impactan negativamente.
Conveniencia	73,4	Alta	El tratamiento es considerado fácil de seguir y administrar.
Satisfacción global	45,6	Baja-Moderada	Resultado influido por la efectividad limitada y los efectos secundarios.

Elaboración propia

- La conveniencia del tratamiento es el aspecto mejor valorado.
- La efectividad tiene una valoración media moderada.
- La satisfacción global es baja.

Hay pérdida de datos considerable en la dimensión de efectos secundarios (N=55).

● Resultados satisfacción al tratamiento según edad

A continuación, se presentan los resultados del cuestionario TSMQ desglosados según grupos etarios. Para ello, las participantes fueron clasificadas en tres rangos de edad: Grupo 1 (18–35 años), Grupo 2 (36–45 años) y Grupo 3 (46–55 años). Se calcularon las medias y desviaciones estándar para cada una de las cuatro dimensiones evaluadas: efectividad, efectos secundarios, conveniencia y satisfacción global.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos por grupo de edad

Estadísticos descriptivos						
Edad Grupos		N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
1	EfectividadTSMIQ	27	16,67	100	61,1111	22,99666
	EfectosSecundariosTSMQ	18	6,67	46,67	29,8148	9,86658
	ConvenienciaTSMQ	27	44,44	100	74,2798	14,62966
	SatisfacciónGlobalTSMQ	27	0	77,78	46,7078	17,98618
	N válido (por lista)	18				
2	EfectividadTSMQ	57	0	100	56,2865	19,68758
	EfectosSecundariosTSMQ	30	0	43,33	28,5556	10,95737
	ConvenienciaTSMQ	57	5,56	100	72,9045	18,5173
	SatisfacciónGlobalTSMQ	57	0	77,78	42,9825	15,83669
	N válido (por lista)	30				
3	EfectividadTSMQ	18	16,67	100	65,7407	21,3684
	EfectosSecundariosTSMQ	7	16,67	36,67	24,2857	7,86796
	ConvenienciaTSMQ	17	50	100	73,5294	18,27109
	SatisfacciónGlobalTSMQ	18	16,67	77,78	52,1605	16,29642
	N válido (por lista)	7				

Elaboración propia

◦ Efectividad según edad

En el ámbito de la efectividad, el Grupo 3, que incluye a mujeres de mayor edad, logró la puntuación más alta con 65,7 puntos (DT = 21,4). Le sigue el Grupo 1 con 61,1 puntos (DT = 23,0). Por otro lado, el Grupo 2 se quedó con la media más baja, alcanzando solo 56,3 puntos (DT = 19,7). En todos los casos, las puntuaciones se sitúan dentro de un rango de satisfacción moderada. Además, la notable variabilidad en las opiniones dentro de cada grupo, reflejada por las altas desviaciones estándar, indica que la experiencia terapéutica no fue la misma para todos. La figura que sigue ilustra los datos presentados:

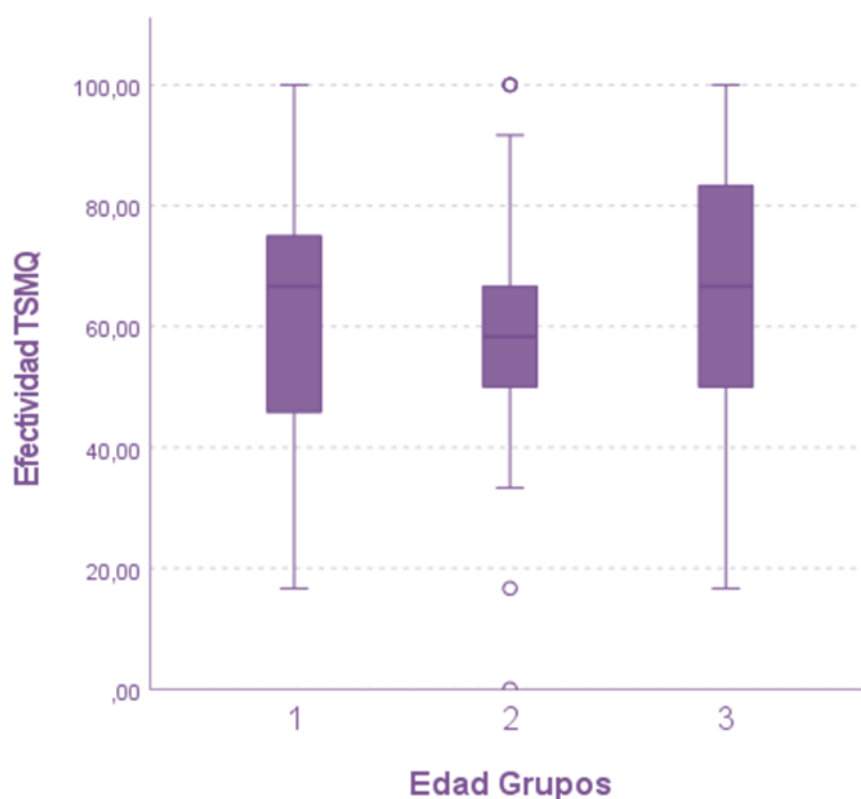


Figura 19. Percepción de efectividad según grupos de edad. Elaboración propia

◦ Efectos secundarios según edad

En cuanto a la percepción de efectos secundarios, los resultados reflejan valores bajos en todos los grupos, con medias inferiores a 30, lo cual se corresponde con un nivel bajo de satisfacción en esta dimensión. Sin embargo, se observa una ligera mejora progresiva con la edad: el Grupo 3 obtuvo la media más baja de impacto negativo por efectos secundarios (24,3; DT = 7,9), en comparación con 28,6 (DT = 11,0) en el Grupo 2 y 29,8 (DT = 9,9) en el Grupo 1. Cabe destacar que el número de respuestas válidas en esta dimensión es limitado, especialmente en el Grupo 3 (n=7). Dicha información se plasma en la siguiente figura:

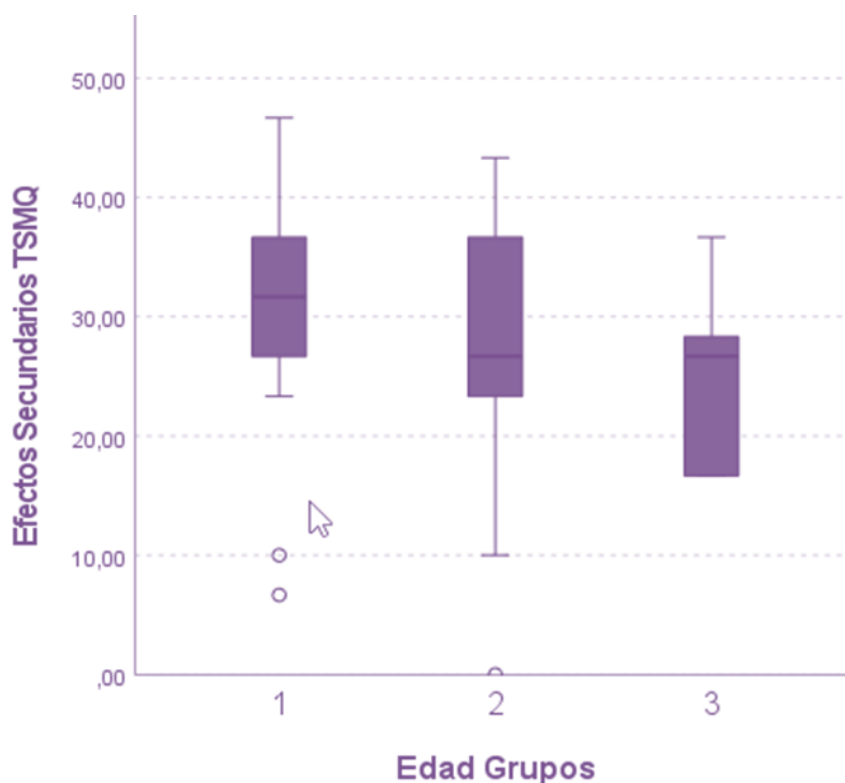


Figura 20. Percepción de efectos secundarios según grupos de edad. Elaboración propia

◦ Convivencia según edad

Respecto a la conveniencia del tratamiento, los tres grupos mostraron niveles elevados de satisfacción, con medias superiores a 72 puntos. El Grupo 1 presentó la media más alta (74,3; DT = 14,6), seguido del Grupo 3 (73,5; DT = 18,3) y del Grupo 2 (72,9; DT = 18,5). Estos resultados indican una valoración favorable de la convivencia del tratamiento en todos los grupos de edad. La siguiente figura ilustra los resultados expuestos:

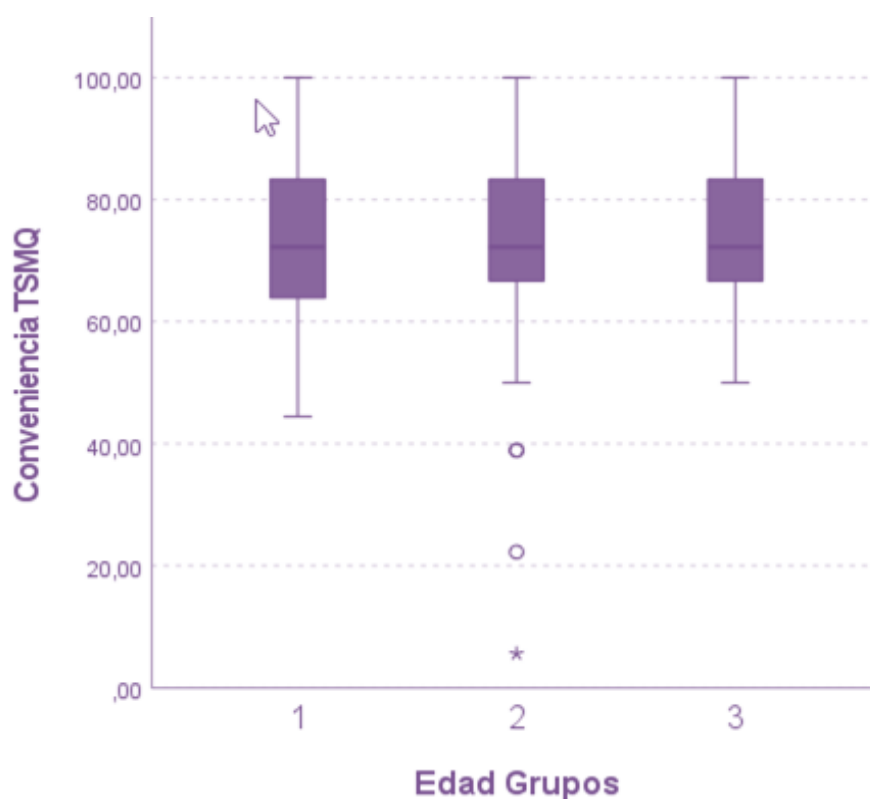


Figura 21. Percepción de convivencia según grupos de edad. Elaboración propia

◦ Satisfacción Global según edad

Finalmente, en la dimensión de satisfacción global, se observó que el Grupo 3 alcanzó la puntuación más elevada con una media de 52,2 puntos (DT = 16,3), seguido por el Grupo 1 con 46,7 (DT = 18,0) y el Grupo 2 con 43,0 (DT = 15,8). Si bien todas las medias se encuentran dentro del rango de satisfacción moderada, los datos sugieren una tendencia creciente de satisfacción general conforme avanza la edad. Las puntuaciones del Grupo 3, en particular, se sitúan más próximas al umbral de alta satisfacción, mientras que las del Grupo 2 se ubican cerca del límite inferior del rango moderado. Esta información queda reflejada en la siguiente figura:

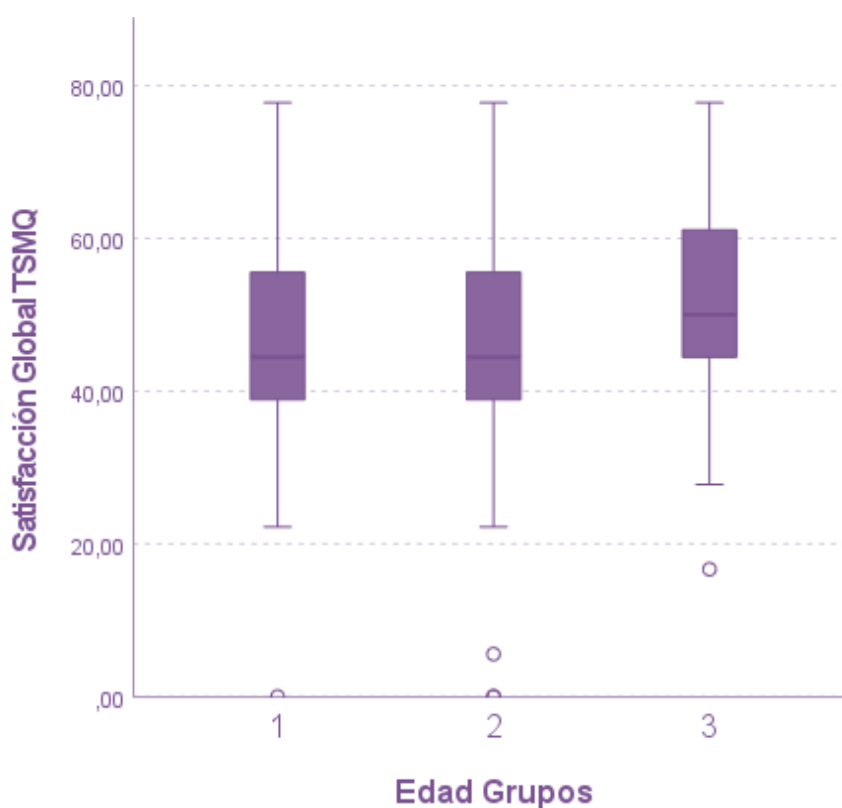


Figura 22. Percepción de satisfacción global según grupos de edad. Elaboración propia

Como conclusión, se resumen a continuación los resultados más relevantes:

El grupo 3 muestra la mayor puntuación en efectividad y satisfacción global, y la menor en efectos secundarios.

El grupo 2, pese a ser el más numeroso, presenta la valoración más baja en efectividad y satisfacción global.

La conveniencia se mantiene alta y bastante estable entre grupos, siendo el tratamiento aceptable en términos de facilidad de uso.

Para evaluar si existían diferencias significativas entre los tres grupos de edad en relación con las dimensiones del cuestionario TSMQ, se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes observándose que no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de edades. Esto indica que, desde un punto de vista estadístico, la edad no se asocia de forma significativa con la percepción de satisfacción farmacológica en esta muestra.

De forma global, los resultados confirman que la satisfacción de las mujeres con el tratamiento farmacológico para la endometriosis se caracteriza por una valoración alta de la conveniencia, una percepción moderada de la efectividad, una carga negativa importante atribuida a los efectos secundarios y una satisfacción global intermedia.

5.4. RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO SF-12

La muestra que se analizó incluyó a 120 mujeres diagnosticadas de endometriosis, con una edad promedio de $39,3 \pm 7,6$ años. El tiempo medio desde que recibieron el diagnóstico fue de $13,4 \pm 9,2$ años, y los síntomas habían estado presentes durante $7,4 \pm 6,4$ años.

Los resultados globales obtenidos, quedan reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 18. Resultados globales de la encuesta SF-12 sobre calidad de vida en pacientes con endometriosis.

Dimensión evaluada (SF-12)	Pacientes afectadas	Descripción del impacto
Salud percibida como "buena"	35,5 %	Consideran su salud como aceptable
Salud percibida como "regular"	40,8 %	Percepción de salud intermedia, no satisfactoria
Sin limitación para esfuerzos moderados	43 %	No presentan restricciones ante actividad física moderada
Limitación para subir varios pisos	45 %	Presentan dificultad para actividades físicas exigentes
Realizaron menos tareas por problemas físicos	61,7 %	Han reducido su actividad habitual en las últimas 4 semanas
Dejaron de hacer tareas por salud física	50,8 %	Han interrumpido tareas habituales debido a su condición física
Reducción de actividades por problemas emocionales	64,2 %	Las emociones han limitado su funcionamiento diario
Abandono de tareas cotidianas por causas emocionales	56,7 %	Problemas emocionales impidieron realizar actividades normales
Dolor dificultó su trabajo de forma regular	28,3 %	El dolor tuvo un efecto funcional claro en su rendimiento

Dimensión evaluada (SF-12)	Pacientes afectadas	Descripción del impacto
Se sintieron calmadas y tranquilas solo algunas veces	47,5 %	Indicador de inestabilidad emocional o ansiedad moderada
Sintieron mucha energía solo algunas veces	40,8 %	Reflejo de vitalidad disminuida
Se sintieron tristes o desanimadas algunas veces	43,3 %	Indicador de afectación del estado de ánimo
La salud afectó su vida social algunas veces	36,7 %	La enfermedad impactó en su interacción y participación social

Elaboración propia

- El 35,5% de las participantes consideró que su salud era buena, mientras que un 40,8% la calificó como regular, según su percepción global de salud.
- Al analizar las limitaciones físicas, un 43% de las pacientes mencionó que su salud no les impedía realizar esfuerzos moderados, sin embargo, un 45% admitió que sí tenía dificultades para subir varios pisos, lo que refleja limitaciones funcionales en una proporción relevante.
- En cuanto al impacto de la salud en las actividades laborales y domésticas, el 61,7% indicó que había realizado menos actividades en las cuatro semanas anteriores debido a su estado físico, y el 50,8% señaló que había dejado de hacer tareas cotidianas por razones de salud física.
- Desde el punto de vista emocional, el 64,2% de las pacientes mencionó que había hecho menos cosas debido a problemas emocionales, y el 56,7% admitió haber dejado de realizar actividades diarias por la misma causa.
- El dolor físico también tuvo un impacto considerable, ya que el 28,3% indicó que el dolor solía interferir con su trabajo.
- En cuanto a la salud mental, el 43,3% confesó sentirse triste o desanimada de vez en cuando, mientras que el 47,5% manifestó haber estado calmada y tranquila solo en algunas ocasiones.
- En lo que respecta a la vitalidad, el 40,8% de las participantes señaló que había tenido mucha energía solo de manera ocasional.

- Por último, en cuanto a la participación en actividades sociales, el 36,7% de las pacientes indicaron que en el último mes, su salud física y emocional les había dificultado en ocasiones para mantener una vida social normal.

La Figura 23 resume el impacto de la endometriosis sobre la salud percibida, la funcionalidad y el bienestar emocional según los resultados del cuestionario SF-12:

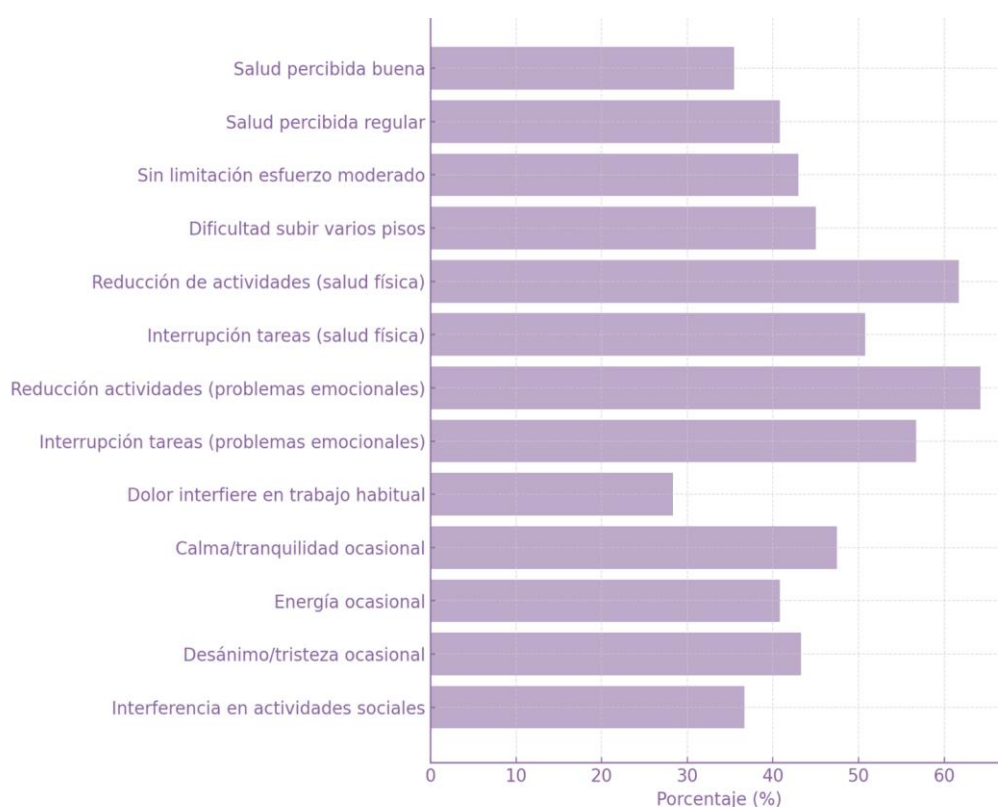


Figura 23. Impacto de la endometriosis en salud percibida, funcionalidad y bienestar emocional. Elaboración propia

● Resultados calidad de vida según edad

La figura 24 presenta una comparación detallada del impacto de la endometriosis en diferentes aspectos de la calidad de vida, según los tres grupos de edad establecidos en el estudio: Grupo 1 (18 a 35 años), Grupo 2 (36 a 45 años) y Grupo 3 (45 años o más).

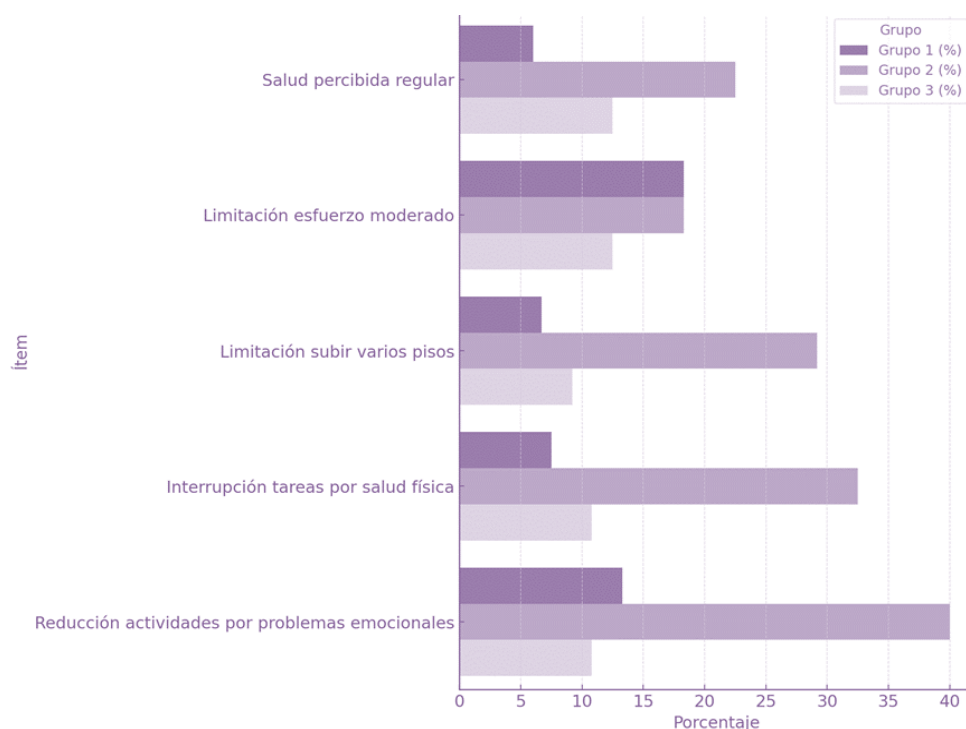


Figura 24. Impacto de la endometriosis en distintas dimensiones de calidad según grupos de edad. Elaboración propia

- En lo referente a la Salud percibida como regular, el grupo más afectado fue el Grupo 2, que concentró el porcentaje más alto en este ítem.
- Respecto a la limitación para realizar esfuerzos moderados, los Grupos 2 y 3 mostraron porcentajes elevados y similares, mientras que el Grupo 1 presentó los porcentajes más bajos.
- En la limitación para subir varios pisos, el Grupo 3 presentó el porcentaje más alto, seguido de los grupos de menor edad.
- En cuanto a la interrupción de tareas por problemas de salud física, nuevamente, el Grupo 3 presentó el porcentaje más alto de mujeres que manifestaron haber abandonado temporalmente sus actividades.
- Respecto a la reducción de actividades por problemas emocionales, a diferencia de la tendencia física, las mujeres jóvenes (Grupo 1) fueron las que mostraron mayor afectación emocional, seguidas del Grupo 2, mientras que el Grupo 3 presentó los valores más bajos.

En conjunto, las pacientes del Grupo 1 muestran una mayor puntuación en ítems relacionados con el impacto psicológico, el Grupo 2 concentra valores significativos a nivel físico y emocional, y el Grupo 3 muestra mayores porcentajes en los ítems asociados a limitaciones físicas.

● Resultados de calidad de vida según grado de enfermedad

Cuando se clasificó a las pacientes según la gravedad de su enfermedad, se observaron diferencias significativas en el ítem 3: "¿Su salud actual le impide subir varios pisos por la escalera?" (solo el 3% de las pacientes con grado 1 respondió con el peor valor de esta escala, frente al 9%, el 16% y el 14% de las pacientes con grados 2, 3 y 4, respectivamente; $p=0,047$), y en el ítem 5: "Durante las últimas 4 semanas, ¿a causa de su salud física tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?" (el 2% de las pacientes con grado 1 respondió que sí, el 4% de las pacientes con grado 2, el 15% de las pacientes con grado 3 y 32% de las pacientes con grado 4 $p=0,042$).

En resumen, los hallazgos muestran una tendencia clara: a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad, se incrementan las limitaciones físicas y las interrupciones en la vida diaria. Las pacientes con grados 3 y 4 informaron que enfrentaban mayores dificultades para realizar esfuerzos y mayor impacto en su rendimiento diario.

5.5. RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Se evaluó la adherencia a la dieta mediterránea en la muestra total ($N=120$) con el cuestionario validado correspondiente, con el objetivo de identificar el patrón alimentario de las participantes.

La media de los resultados globales fue de 5,04 ($DE=1,15$), con puntuaciones que variaron entre 0,67 y 7,33 puntos, lo que indica un nivel moderado de adherencia de las pacientes.

Tabla 19. Adherencia a la dieta mediterránea.

N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
120	0,67	7,33	5,04	1,15

Elaboración propia

● Resultados según grupos de edad

A continuación, se analizaron los niveles de adherencia a la dieta mediterránea según los grupos de edad establecidos (18-35 años, 36-45 años y mayores de 46 años), con el fin de detectar posibles variaciones en el patrón alimentario según la edad.

Tabla 20. Adherencia a la dieta mediterránea por grupos de edad

Grupo de edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
18–35 años	33	0,67	6,67	4,87	1,15
36–45 años	64	2,00	7,33	5,04	1,20
46–55 años	23	3,33	7,33	5,28	1,00

Elaboración propia

Los resultados por grupos etarios, mostraron una ligera tendencia ascendente en la media de adherencia conforme aumenta la edad, obteniendo el grupo más joven (18–35 años) una media de 4,87, mientras que el grupo intermedio (36–45 años) alcanzó 5,04 y el de mayor edad (46–55 años) presentó la media más elevada (5,28). No obstante, la prueba de Kruskal-Wallis no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,552$), lo que indica que la edad no constituye un factor determinante en la adherencia dietética en esta muestra.

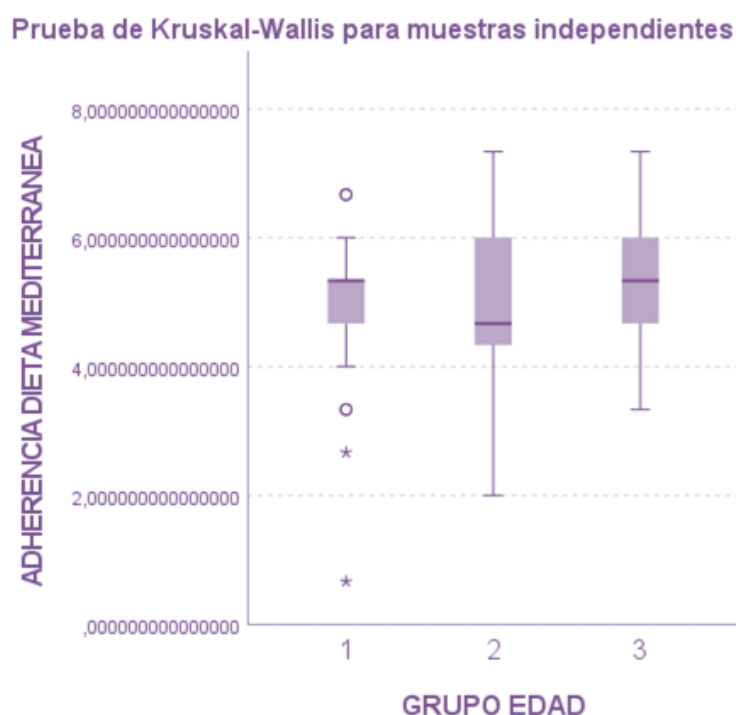


Figura 25. Distribución de la adherencia a la dieta mediterránea según grupos de edad. Elaboración propia

● Resultados según grado de endometriosis

Tabla 21. Adherencia a la dieta mediterránea según grado de endometriosis. Elaboración propia

Grado	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
I	8	4,67	7,33	5,75	0,79
II	19	2,00	7,33	5,05	1,16
III	39	0,67	7,33	4,96	1,25
IV	52	2,00	7,33	4,99	1,13

Las medias fueron bastante similares entre los grados II y IV. En cambio, el grado I mostró una media un poco más alta y una menor dispersión. Sin embargo, es importante tener en cuenta que este grupo tenía un tamaño de muestra pequeño ($N=8$), lo que limita la posibilidad de hacer comparaciones directas. Los rangos mínimo y máximo fueron amplios y se superpusieron en todos los grados, oscilando entre 0,67 y 7,33, con desviaciones estándar que variaron entre 0,79 y 1,25. Esto

indica que hay una heterogeneidad dentro del grupo y que hay valores que se alejan del centro de la distribución.

La prueba de Kruskal-Wallis no mostró diferencias significativas en la adherencia entre los cuatro grados ($p=0,268$). Por lo tanto, no se puede afirmar que la adherencia a la dieta mediterránea varíe según el grado de gravedad de la endometriosis.

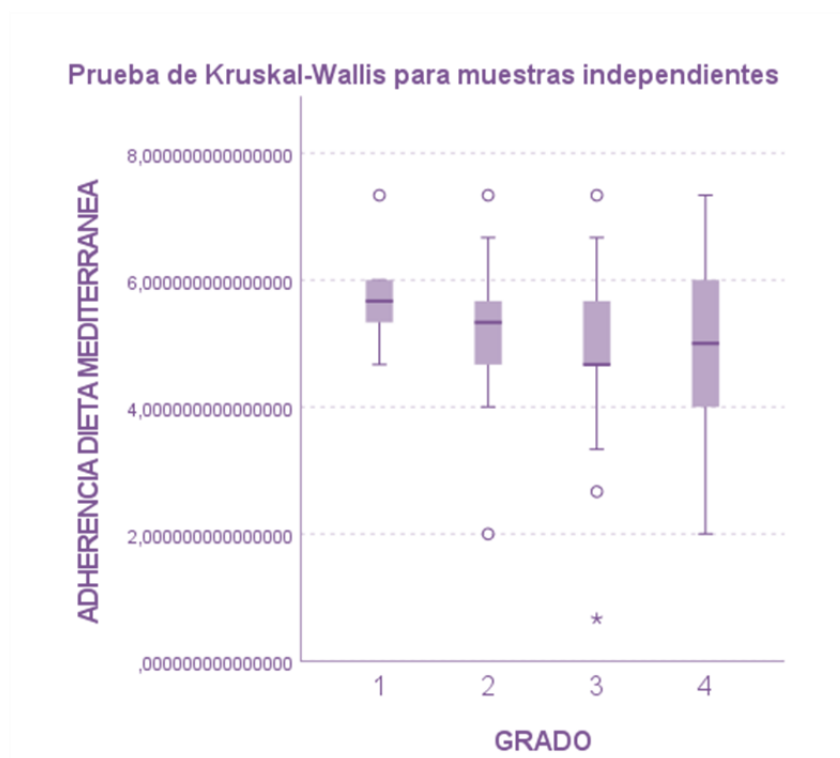


Figura 26. Distribución de la adherencia a la dieta mediterránea según el grado de endometriosis. Elaboración propia

VI – DISCUSIÓN

VI- DISCUSIÓN

La discusión se estructura a partir del análisis de la calidad de vida y grado de satisfacción con el tratamiento en mujeres diagnosticadas con endometriosis en la Región de Murcia. En este contexto, se ha descrito el estado de salud de las pacientes, el tratamiento farmacológico recibido, el nivel de adherencia terapéutica y el grado de satisfacción con el mismo, así como la adherencia a la dieta mediterránea como pauta nutricional potencialmente relacionada con la mejora de los síntomas de la enfermedad. Los resultados obtenidos en este estudio proporcionan una comprensión integrada de estos aspectos y sirven como base para establecer los principales puntos de discusión.

6.1. FACTORES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTROPOMÉTRICAS DE LA MUESTRA

En conjunto, la interpretación de los datos evidencia una evolución clínica progresiva de la endometriosis asociada al incremento de la edad, con mayor peso corporal, un predominio de grados severos (III y IV), y un historial sintomático más prolongado en los grupos de edad media y avanzada.

Asimismo, el bajo porcentaje de pacientes de grado I en este grupo etario, refuerza la hipótesis de que el diagnóstico, en muchas de estas mujeres, ocurre una vez que la enfermedad ha avanzado considerablemente.

El predominio de pacientes en grado IV en los grupos 2 y 3 subraya la persistencia de un diagnóstico principalmente tardío, mientras que la mayor presencia de casos leves en el grupo 1 podría señalar una tendencia reciente hacia una identificación más temprana de la enfermedad, aunque todavía insuficiente.

En este contexto, el retraso diagnóstico constituye uno de los principales problemas en la atención a la endometriosis y ha sido ampliamente documentado en la literatura. Tradicionalmente, las mujeres han experimentado un intervalo prolongado entre el inicio de los síntomas y la confirmación diagnóstica, que en muchos casos supera los 7 a 10 años, contribuyendo a una trayectoria asistencial larga y frustrante. En consonancia con esta problemática, el estudio de Lamvu et al. (88),

pone de manifiesto que el retraso continúa siendo significativo, ya que más del 50% de las mujeres refirió haber esperado 6 o más años para obtener el diagnóstico. Además, se describe una alta carga sintomática, con dolor relacionado con endometriosis de carácter diario en una proporción relevante y un impacto sustancial sobre la calidad de vida al interferir con la vida familiar y social, la educación, la carrera profesional y la función sexual. En este marco, también se recoge una notable insatisfacción con la atención recibida, especialmente en relación con la capacidad de escucha del profesional y con recomendaciones terapéuticas percibidas como poco alineadas con las necesidades y objetivos de las pacientes, lo que refuerza la necesidad de estrategias que mejoren el itinerario asistencial y reduzcan las demoras diagnósticas (88).

Además, la mayoría de las participantes contaban con estudios universitarios o de postgrado, un perfil coherente con la interferencia de la enfermedad sobre la educación y la trayectoria profesional indicada en el estudio de Lamvu et al. (88).

El grupo más representativo corresponde a las mujeres de 36 a 45, lo que sugiere que esta franja etaria podría coincidir con el periodo de mayor diagnóstico o mayor demanda asistencial relacionada con la endometriosis, lo que resulta coherente con estudios previos que indican que la endometriosis afecta mayoritariamente a mujeres en edad reproductiva activa, con una prevalencia pico entre los 40 y 44 años (14). Por su parte, las mujeres de 18 a 35 años constituyen el segundo grupo más numeroso, indicando una creciente detección precoz de la enfermedad, posiblemente asociada a un mayor acceso a diagnósticos ginecológicos en edades tempranas o a una mayor conciencia sobre síntomas compatibles con la patología. En contraste, las mujeres mayores de 45 años representan el menor porcentaje de la muestra, lo cual podría explicarse por la tendencia a una reducción de síntomas tras la menopausia o por una menor participación en estudios clínicos en este grupo etario.

Desde el punto de vista étnico, predominó la autopercepción como caucásico, reflejando la composición demográfica general del país donde se realizó el estudio. No obstante, aunque la representación de otros grupos étnicos fue minoritaria, su inclusión permite considerar una perspectiva intercultural en el análisis de los resultados, especialmente en lo referente a calidad de vida, percepción de la salud y prácticas de autocuidado. En este sentido, estudios previos han señalado que las mujeres de grupos étnicos minoritarios pueden enfrentar mayores barreras para el

diagnóstico oportuno de endometriosis, en parte debido a sesgos clínicos y estructurales en el acceso a la atención sanitaria (89).

Asimismo, este componente podría resultar relevante para futuras investigaciones, ya que distintas etnias pueden presentar diferencias culturales en la forma de afrontar enfermedades crónicas como la endometriosis, así como en su relación con la medicina convencional y alternativas nutricionales o terapéuticas. En este sentido, es importante en el diseño de estrategias de salud considerar la pertinencia cultural y las posibles barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento.

En relación con la paridad, más de la mitad de las mujeres no tenían hijos, lo cual resulta relevante si se considera que la infertilidad es una de las principales manifestaciones clínicas asociadas a la endometriosis, afectando entre el 30% y 50% de los casos diagnosticados (90).

En cuanto a las enfermedades asociadas, destaca la alta frecuencia de hipotiroidismo, colon irritable y síndrome de ovario poliquístico (SOP), condiciones que han sido descritas previamente como comorbilidades comunes en mujeres con endometriosis, probablemente debido a mecanismos inflamatorios compartidos y a una falta de regulación del eje neuroinmunoendocrino. Estas comorbilidades no solo pueden agravar la sintomatología, sino también tener un impacto significativo en la calidad de vida y la respuesta al tratamiento (91).

En este contexto, los resultados refuerzan la consideración de la endometriosis como una enfermedad compleja y sistémica, que puede coexistir con otros trastornos crónicos, especialmente de naturaleza endocrina, digestiva o autoinmune, con potencial influencia sobre la gravedad de los síntomas, la adherencia a la terapia y la calidad de vida.

Por último, es importante resaltar que una proporción considerable de las mujeres no presentó enfermedades adicionales, lo cual resalta la heterogeneidad clínica de la endometriosis y refuerza la necesidad de un abordaje individualizado en su manejo.

6.1.1. Factores relacionados con las principales ocupaciones laborales

El análisis de las ocupaciones laborales de las mujeres participantes muestra elementos clave para comprender la interacción entre las condiciones laborales, el bienestar psicológico y la adherencia terapéutica en el contexto de la endometriosis.

La distribución observada evidencia una población mayoritariamente activa en el mercado laboral y vinculada a sectores como la sanidad, la educación, la administración y los servicios personales, caracterizados por un alto nivel de exigencia emocional y responsabilidad constante, lo cual podría constituir un determinante funcional en el impacto de la endometriosis. En términos generales, la literatura describe que la continuidad laboral en presencia de dolor crónico se asocia con mayor carga psicosocial en el puesto de trabajo, menor percepción de apoyo por parte de la supervisión, más experiencias de discriminación y mayor exposición a entornos percibidos como poco protectores, aspectos que pueden amplificar el malestar y la sensación de desgaste en quienes conviven con síntomas persistentes (92).

Desde una perspectiva de productividad, la evidencia disponible muestra que la endometriosis se vincula a pérdidas relevantes de rendimiento y a un descenso de la efectividad mientras se trabaja, más allá del absentismo, con un impacto transversal en distintos países y con traducción directa en costes por pérdida de productividad (74). Esta repercusión económica se sustenta en la combinación de costes directos sanitarios y, de forma especialmente consistente, en costes indirectos derivados de absentismo y presentismo, considerados componentes centrales de la carga financiera atribuible a la enfermedad (93).

La coexistencia de mujeres sin empleo o dedicadas a actividades no remuneradas obliga a considerar que la limitación funcional no solo reduce la capacidad productiva formal, sino que también condiciona oportunidades vitales y estabilidad económica. En el análisis cualitativo, la afectación de empleo y oportunidades emerge como un impacto destacado en determinadas etapas, mientras que la dimensión financiera adquiere especial relevancia en edades más avanzadas, lo que apoya una lectura del trabajo como eje de vulnerabilidad diferencial según el momento vital (76). En consecuencia, resulta pertinente reforzar medidas de apoyo laboral y organizativo, con énfasis en prevenir dinámicas de exclusión y mejorar el soporte del entorno profesional, dado su vínculo con el estrés psicosocial cuando existe dolor mantenido.

En conjunto, los hallazgos respaldan la necesidad de incorporar la variable ocupacional como un componente determinante en el abordaje integral de la endometriosis. La identificación de los factores laborales que influyen en la calidad de vida y la adherencia terapéutica permitiría diseñar intervenciones más efectivas, orientadas a promover entornos laborales inclusivos y sensibles a la salud

menstrual y reproductiva (94). Se recomienda fomentar políticas públicas que integren la perspectiva de género y la conciliación, garantizando condiciones laborales que no perpetúen desigualdades estructurales ni obstaculicen la atención sanitaria continua de las mujeres afectadas por esta patología.

6.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los resultados obtenidos en este estudio permiten identificar patrones relevantes sobre la adherencia terapéutica de mujeres con endometriosis, a partir de indicadores del test de Morisky-Green. Se trata de un cuestionario ampliamente implantado en la práctica clínica y utilizado de forma transversal en la evaluación de la adherencia farmacológica en diversas patologías crónicas, como muestra su aplicación en estudios sobre hipertensión arterial, entre otros (82,95).

• Olvido de la toma de medicación

En primer lugar, en relación con el olvido de la toma de medicación, la mayoría de las participantes refirió no presentar esta dificultad, lo que indica una adherencia global elevada en la muestra estudiada. No obstante, el análisis estadístico mostró una asociación significativa entre la edad y el olvido de la medicación, si bien las diferencias entre los grupos etarios fueron discretas.

En términos proporcionales, el olvido de la medicación fue ligeramente más frecuente en las mujeres más jóvenes, lo que sugiere que determinados momentos del ciclo vital podrían influir en la adherencia terapéutica. Este hallazgo es congruente con estudios previos en mujeres con enfermedades crónicas como el lupus eritematoso sistémico, en los que el olvido se identifica como una forma de no adherencia no intencional, enmarcada dentro de un conjunto multifactorial de barreras relacionadas con el paciente, el sistema sanitario, la medicación y la propia enfermedad (96).

De manera concordante, en artritis reumatoide se ha observado que una mayor edad se asocia a una mayor adherencia al tratamiento, lo que se ha relacionado con una mayor estabilidad en las rutinas diarias y una percepción más consolidada de la enfermedad (97).

En este sentido, revisiones cualitativas sobre no adherencia en tratamientos crónicos, como la realizada por Khan et al. (98), en el ámbito de la hipertensión arterial, manifiesta que las exigencias relacionadas con el cuidado de hijos, la vida

profesional y las dinámicas del hogar, interfieren en la organización del tratamiento farmacológico en la vida diaria, sobre todo cuando no se cuenta con redes de apoyo o sistemas de recordatorio estructurados (98).

En contextos clínicos, esto es especialmente relevante, ya que el olvido de dosis o toma irregular del tratamiento hormonal, puede comprometer la eficacia del tratamiento para la endometriosis, incrementando el riesgo de recurrencia del dolor pélvico o dismenorrea crónica (99).

Resultados similares han sido observados en investigaciones sobre adherencia terapéutica en contextos europeos, donde la utilización de herramientas tecnológicas como recordatorios digitales sigue siendo limitada en la práctica clínica, pese a su potencial para apoyar la adherencia. Este hallazgo sugiere que la familiaridad con tecnologías digitales, más prevalente entre mujeres jóvenes, podría favorecer el cumplimiento del tratamiento, mientras que en grupos de edad intermedia o mayores, la consolidación de rutinas tradicionales podría explicar patrones relativos de adherencia (100).

- **Cumplimiento horario de la medicación**

El segundo ítem evaluado, correspondiente a la toma del medicamento en los horarios indicados, mostró altas tasas de cumplimiento, siendo de un 87,9% de las pacientes, sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios. Este patrón sugiere que, cuando la pauta se integra en la rutina cotidiana, una proporción amplia de pacientes consigue sostener una disciplina horaria relativamente estable. En coherencia con ello, la evidencia disponible en endometriosis señala que las mujeres describen con frecuencia conductas de autogestión y autocuidado para manejar la sintomatología, combinando medidas no farmacológicas con el uso de medicación, lo que refleja una participación activa en el manejo diario de la enfermedad y puede favorecer la consolidación de hábitos estructurados (53).

Asimismo, los hallazgos cualitativos sobre autogestión describen que la percepción de control, la incorporación deliberada de conductas de autocuidado y el establecimiento de una alianza paciente-profesional junto con el apoyo social, constituyen componentes centrales del manejo cotidiano, lo que resulta compatible con la existencia de una adherencia horaria elevada cuando el tratamiento se percibe como parte del plan personal de manejo (101).

Comparaciones con pacientes con otras patologías crónicas como diabetes o hipertensión muestran un patrón similar, indicando que la adherencia al horario

suele ser elevada y transversal a los grupos etarios, siempre que exista conciencia de la importancia de la medicación, independientemente de la edad (102).

Varios estudios han indicado que cuando las pacientes reciben una información clara, empática y adaptada a su nivel de comprensión por parte del personal de salud, el cumplimiento del régimen terapéutico mejora de manera significativa (101). Por otro lado, el uso de estrategias basadas en herramientas digitales como aplicaciones móviles, pastilleros digitales o notificaciones automatizadas, también ha sido vinculado con un aumento de la adherencia al tratamiento y cumplimiento horario, especialmente en mujeres jóvenes con mayores niveles de alfabetización digital, lo que pone de manifiesto el potencial de ayuda complementaria de estas intervenciones en el tratamiento de enfermedades crónicas como la endometriosis (103).

- **Suspensión del tratamiento al sentirse bien**

Respecto a la suspensión del tratamiento al sentirse bien, se evidenció un porcentaje reducido de abandono (15,9%), sin diferencias significativas por edad. Este hallazgo resulta consistente con investigaciones que señalan que las pacientes con endometriosis, al lograr comprender la naturaleza persistente de su condición, tienden a mantener el tratamiento a largo plazo, siendo menos propensas a suspender el tratamiento de forma no planificada (101). La adherencia en este contexto se ve favorecida cuando las pacientes son partícipes de su plan terapéutico, comprenden la importancia del tratamiento de mantenimiento y se identifican con objetivos a largo plazo como la reducción de complicaciones o la mejora de la fertilidad en el caso de la endometriosis (76). Investigaciones europeas realizadas en mujeres diagnosticadas de endometriosis, incluyendo población de Italia y España, han descrito porcentajes comparables de suspensión del tratamiento tras una mejoría subjetiva, situándose en rangos comparables a los observados en nuestra muestra. Estos estudios señalan que la comprensión de la naturaleza crónica de la enfermedad y la participación activa de las pacientes en la toma de decisiones terapéuticas se asocian con una menor probabilidad de abandono, confirmando que se trata de un fenómeno frecuente y consistente en distintos contextos europeos (104).

Sin embargo, estudios realizados en otras patologías crónicas, como el de Guerra et al. (105), apuntan a que la percepción de mejora puede actuar como factor de riesgo de abandono, especialmente en pacientes sin una buena educación médica o sin seguimiento clínico frecuente (105). Esta percepción errónea de bienestar puede verse reforzada en contextos donde el dolor constituye el principal indicador

subjetivo del estado de salud. En enfermedades de dolor crónico, la disminución o ausencia temporal de síntomas no siempre refleja la resolución del proceso patológico subyacente, lo que puede llevar a las pacientes a subestimar la importancia de mantener el tratamiento farmacológico incluso en ausencia de manifestaciones clínicas evidentes. Esta discordancia entre percepción subjetiva y actividad real de la enfermedad ha sido ampliamente descrita tanto en el abordaje del dolor crónico como en patologías ginecológicas como la endometriosis (106,107). Esta situación no es exclusiva de la endometriosis, ya que también ha sido ampliamente descrita en otras enfermedades crónicas como el asma y la artritis reumatoide. En estos contextos, la desaparición o mejoría temporal de los síntomas se asocia con la interrupción o reducción del tratamiento de mantenimiento, a pesar del mayor riesgo descrito de recaídas y exacerbaciones cuando la medicación se suspende prematuramente (108,109).

- **Suspensión del tratamiento cuando se siente mal**

Un 85% de las participantes, en relación a la interrupción del tratamiento cuando se sienten mal, mostró que continuaron con el tratamiento, lo que indica una fuerte adherencia incluso ante efectos adversos o incomodidad. Sin embargo, el grupo de mujeres menores de 35 años, presentó altas tasas de abandonos (24,1%), lo que podría sugerir que tienen menos tolerancia a los efectos secundarios o menos experiencia con tratamientos prolongados. Aunque la prueba de Chi-cuadrado no arrojó resultados estadísticamente significativos, se han descrito factores similares en otros estudios, que podrían influir en la adherencia terapéutica en pacientes jóvenes, como una menor conciencia sobre el curso crónico de la enfermedad u obstáculos emocionales frente a los tratamientos hormonales (110). Algunos trabajos describen que la interrupción del tratamiento se vincula a la aparición de efectos adversos, como el sangrado o los cambios de ánimo. Es plausible que estos efectos impacten de forma diferencial según características individuales, incluida la edad, aunque se requieren análisis específicos por grupos etarios para confirmarlo (111).

Las mujeres jóvenes pueden presentar mayor sensibilidad emocional frente a la aparición de efectos colaterales como alteraciones del estado de ánimo, cambios en la sexualidad, aumento de peso o modificaciones en el sangrado menstrual, aspectos que, si no son adecuadamente abordados por el equipo médico, inciden negativamente en la continuidad del tratamiento. Estudios recientes en salud reproductiva han documentado que los efectos psicológicos y físicos percibidos

como adversos, especialmente aquellos relacionados con el estado emocional y la función sexual, son motivos frecuentes de discontinuación de terapias hormonales entre jóvenes, y que la falta de información y de comunicación efectiva con los profesionales de la salud contribuye a estas decisiones (112). Además, el inicio del tratamiento en edades tempranas puede generar un sentimiento de frustración o de resistencia frente a la idea de un régimen farmacológico prolongado, especialmente en aquellas pacientes que proyectan expectativas de fertilidad a corto o mediano plazo. La literatura sobre adherencia a tratamientos crónicos indica que las creencias y percepciones negativas sobre el uso continuo de medicamentos, incluidas preocupaciones sobre los efectos adversos o el “peso” de la medicación en la vida diaria, se asocian con una menor adherencia a largo plazo. Estos factores psicológicos y actitudinales hacia la medicación pueden dificultar la continuidad del tratamiento si no se abordan adecuadamente en la comunicación clínica y el apoyo terapéutico (113).

La falta de significancia estadística en algunos ítems no implica irrelevancia clínica. Por el contrario, sugiere la necesidad de incorporar otros factores explicativos, como el nivel educativo, la percepción de eficacia del tratamiento, el apoyo familiar o el acceso a sistemas de salud. Estudios previos señalan que la adherencia terapéutica en endometriosis se encuentra estrechamente relacionada con la percepción del control del dolor, la calidad de vida, la relación médico-paciente y el tipo de régimen farmacológico (17,114).

Asimismo, el tiempo desde el diagnóstico y la experiencia previa con diferentes terapias influyen considerablemente en la forma en que las pacientes valoran el tratamiento prescrito y decide continuar o suspender su uso ante ciertas sensaciones físicas (3).

Es conveniente resaltar que, según estudios de revisión, los factores psicosociales como la ansiedad, la depresión, el estrés y la percepción de autoeficacia pueden encontrarse asociados a la adherencia terapéutica, siendo estos componentes frecuentemente subestimados en la atención ginecológica tradicional (17). En consecuencia, un enfoque biopsicosocial integrador se vuelve necesario para comprender plenamente los patrones de cumplimiento terapéutico observados, trascendiendo el análisis cuantitativo y abordando dimensiones emocionales, cognitivas y sociales de la adherencia (9).

Por último, volviendo a la utilidad demostrada como herramienta accesible para identificar patrones de adherencia del test de Morisky-Green, su valor predictivo del test se incrementa cuando se combina con entrevistas clínicas estructuradas

y herramientas digitales de seguimiento, lo que sugiere su utilidad como parte de un modelo mixto de evaluación de adherencia. Se ha propuesto incluso que su periodicidad de aplicación en consulta podría ajustarse al perfil de riesgo identificado, aumentando su efectividad en el monitoreo longitudinal de pacientes crónicas (115).

Siendo así, los resultados obtenidos reflejan un panorama heterogéneo de la adherencia terapéutica en mujeres con endometriosis, donde el grupo etario influye significativamente en el olvido de la medicación, mientras que otras conductas como la toma a horarios indicados o el abandono ante el malestar, parecen estar determinadas por factores más complejos y multidimensionales. Estas observaciones deben servir como base para replantear las estrategias de intervención, incluyendo programas personalizados de educación sanitaria, seguimiento continuo, y atención psicosocial integrada, con el objetivo de optimizar el cumplimiento terapéutico y, con ello, mejorar la calidad de vida de las mujeres que conviven con esta enfermedad.

6.3. FACTORES RELACIONADOS CON EL GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO.

Los resultados del presente estudio, centrado en la satisfacción de las mujeres con endometriosis respecto al tratamiento farmacológico, muestran una percepción compleja e influida por múltiples dimensiones. La conveniencia del tratamiento fue el aspecto mejor valorado, seguido de la efectividad, mientras que los efectos secundarios fueron claramente el punto más débil. La satisfacción global, resultado integrado de los demás dominios, se mantuvo en un nivel moderado, evidenciando la existencia de factores compensatorios entre eficacia, tolerabilidad y facilidad de uso.

Este patrón se alinea con lo descrito en la literatura científica reciente sobre enfermedades crónicas, donde se observa que los tratamientos tienden a recibir valoraciones relativamente elevadas en la dimensión de conveniencia o manejabilidad de los regímenes terapéuticos cuando estos se integran adecuadamente en su vida diaria y respetan sus preferencias personales, lo que puede compensar, en parte, las insatisfacciones relacionadas con eficacia o efectos secundarios. En revisiones sobre adherencia terapéutica se ha señalado que aspectos como la frecuencia de dosis, la forma de administración y el impacto en la rutina cotidiana influyen en

la percepción del tratamiento y en su mantenibilidad a largo plazo, siendo estos elementos clave para lograr adherencias más altas en enfermedades crónicas (116). Esto también se ha documentado en casos de asma, diabetes e hipertensión, donde la percepción de un tratamiento como "manejable" puede ayudar a aliviar, al menos en parte, las insatisfacciones relacionadas con su eficacia o efectos secundarios (117). En el caso específico de la endometriosis, una alta valoración de la conveniencia puede reflejar que el régimen terapéutico se ajusta, en cierta medida, a las condiciones de vida de las pacientes, incluso si los resultados clínicos no siempre cumplen con sus expectativas.

La percepción de efectividad, con una puntuación media de 59,2, se mantuvo dentro del rango de satisfacción moderada. Este dato es coherente con estudios previos que han señalado la limitada eficacia de los tratamientos farmacológicos actuales para endometriosis en cuanto al alivio sostenido del dolor, especialmente en pacientes con enfermedad de larga evolución (99). En una revisión sistemática realizada por Brown et al. (99), señalan que una proporción relevante de mujeres con endometriosis experimentan únicamente una mejoría parcial del dolor con los tratamientos hormonales, y que la recurrencia de los síntomas en los seis primeros meses tras la instauración del tratamiento, es un fenómeno frecuente. Estos hallazgos podrían contribuir a explicar el nivel intermedio de satisfacción hallado en el presente estudio y sugieren que la percepción de eficacia puede estar condicionada tanto por los resultados clínicos como por las expectativas iniciales de las pacientes.

Referente a los efectos secundarios, la puntuación promedio fue de 28,4, lo que claramente indica un nivel de satisfacción bajo. Este resultado coincide con varios estudios que alertan sobre el impacto negativo que los efectos adversos pueden tener en el tratamiento de la endometriosis. Este hallazgo es coherente con la literatura científica, que señala que los tratamientos hormonales utilizados en endometriosis se asocian con una elevada carga de efectos adversos, incluyendo sofocos, alteraciones del estado de ánimo, disminución de la libido y síntomas depresivos, especialmente en terapias que inducen estados hipoestrogénicos. Estos efectos secundarios constituyen una de las principales limitaciones del tratamiento farmacológico a largo plazo y representan un factor clave que impacta negativamente en la tolerabilidad, la adherencia y la calidad de vida de las pacientes (118).

La satisfacción global, con una media de 45,6, se posicionó también en el rango moderado. Este resultado puede interpretarse como la expresión de un

balance entre las dimensiones positivas como la conveniencia y negativas como los efectos adversos, moduladas por la eficacia percibida.

En el análisis por grupos etarios, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se observó que el grupo de mujeres de mayor edad (46–55 años) presentó valores más elevados de satisfacción global y de efectividad percibida, así como una menor percepción de efectos secundarios. Estas observaciones son compatibles con las propuestas teóricas de adaptación progresiva a la enfermedad crónica, según las cuales las pacientes con mayor experiencia clínica tienden a presentar mejores niveles de aceptación y ajustes en sus expectativas terapéuticas (119).

Asimismo, es posible que las prioridades terapéuticas varíen según la etapa vital, es decir, mientras que las mujeres jóvenes otorgan un peso importante a aspectos como la preservación de la fertilidad o la ausencia de efectos hormonales disruptivos, las mujeres mayores tienden a centrarse en el control del dolor y la funcionalidad diaria (110).

Por el contrario, el grupo intermedio (36–45 años), mostró en el presente estudio las puntuaciones más bajas en satisfacción global y efectividad percibida. Este dato podría deberse a que este grupo se encuentra en una etapa de alta exigencia vital, donde se conjugan responsabilidades laborales, familiares y reproductivas, lo que podría hacer más difícil asumir las limitaciones de los tratamientos. Asimismo, diversos estudios han señalado que las mujeres pueden experimentar una carga acumulada derivada de diagnósticos tardíos y recorridos terapéuticos fragmentados, lo cual podría incidir en una percepción de frustración acumulada hacia el sistema sanitario (104).

Esta investigación, al utilizar el cuestionario TSQM adaptado, permite identificar estas dimensiones subjetivas de manera estructurada y compararlas con estudios internacionales. El TSQM ha demostrado ser una herramienta válida y fiable para evaluar la satisfacción en diversas patologías, y sus resultados han sido correlacionados con medidas objetivas de adherencia en enfermedades crónicas (120,121). En el caso de la endometriosis, su aplicación aporta valor al captar la experiencia del tratamiento desde la perspectiva de la usuaria, integrando dimensiones frecuentemente subestimadas por los indicadores clínicos tradicionales.

A pesar de ello, deben considerarse las limitaciones metodológicas de este estudio. La pérdida de datos en la dimensión de efectos secundarios (respuesta válida en 55 de 102 casos), restringe la generalización de los hallazgos y sugiere un sesgo de autoselección en el que las participantes más afectadas por los efectos

adversos se mostraron más proclives a responder. Este fenómeno ha sido observado en otros estudios sobre calidad de vida en endometriosis, donde las pacientes con peor experiencia clínica tienden a participar de manera más activa en encuestas o cuestionarios (122).

Asimismo, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Del mismo modo, la distribución desigual de la muestra por edad reduce la potencia estadística. A pesar de ello, los datos obtenidos son clínicamente relevantes. Las tendencias observadas refuerzan la necesidad de estrategias terapéuticas individualizadas, que consideren tanto la etapa vital de la paciente como sus expectativas y experiencias previas. La literatura sobre estrategias multimodales en el abordaje del dolor pélvico crónico respalda la necesidad de integrar intervenciones complementarias al tratamiento farmacológico, como la fisioterapia del suelo pélvico, la terapia cognitivo-conductual y la educación en dolor. Estos enfoques interdisciplinarios han demostrado mejorar el control del dolor, el afrontamiento y la experiencia terapéutica global de las pacientes, resultando especialmente relevantes en subgrupos con respuesta limitada al tratamiento farmacológico, como ocurre con frecuencia en la endometriosis (123).

Un ejemplo concreto del enfoque interdisciplinario en el manejo del dolor crónico es el uso de programas que combinan educación sobre dolor, acompañamiento psicológico, ejercicio dirigido y otros componentes rehabilitadores. Estudios de programas interdisciplinarios, han demostrado que este tipo de intervenciones pueden reducir significativamente la interferencia del dolor en las actividades diarias y mejorar aspectos funcionales y psicosociales de los pacientes en comparación con el manejo estándar, reforzando la utilidad de integrar estrategias más amplias que la sola farmacoterapia. Este tipo de estrategias multimodales, al ofrecer un repertorio de herramientas más amplio, podría mitigar la percepción negativa de la efectividad y los efectos secundarios entre mujeres con dolor crónico, incluida la endometriosis (124).

Otro factor relevante para la satisfacción es la implicación activa de la paciente en las decisiones terapéuticas. La investigación de Young et al. (110), muestra que las mujeres que participan en la elección del tratamiento describen una mayor sensación de control y una mayor valoración subjetiva del proceso, independientemente del resultado clínico final (110). Esta evidencia ha impulsado el desarrollo de ayudas a la decisión denominadas *Patient Decision Aids*, específicas para endometriosis que facilitan la comparación equilibrada de beneficios y riesgos de cada opción terapéutica, potenciando el empoderamiento de las pacientes y la

adherencia. Incorporar formalmente estas herramientas en la práctica clínica podría mejorar la percepción global del proceso terapéutico reflejada en los resultados presentes (125).

En la vertiente de intervenciones no farmacológicas, la alimentación antiinflamatoria, y particularmente la dieta mediterránea, ha adquirido relevancia como coadyuvante en el control de los síntomas de la endometriosis. Diversos estudios observacionales han mostrado reducciones percibidas del dolor pélvico tras varias semanas de adherencia estricta a este patrón dietético, con descensos importantes en la escala visual analógica (126). Los mecanismos propuestos para explicar estos efectos incluyen la modulación de la microbiota intestinal, la reducción de la síntesis de prostaglandinas y el aumento en la ingesta de antioxidantes naturales, siendo procesos que contribuyen a disminuir la inflamación sistémica. Estos beneficios podrían actuar de manera sinérgica con el tratamiento hormonal, reduciendo la necesidad de dosis elevadas y, en consecuencia, mejorando la tolerancia y la percepción de los efectos secundarios (127).

Finalmente, los resultados obtenidos respaldan la recomendación de adoptar una perspectiva centrada en la paciente, en consonancia con las guías internacionales más recientes. Dichas guías enfatizan la importancia de proporcionar información transparente sobre la probabilidad de alivio sintomático, los posibles efectos adversos, considerar las preferencias reproductivas y valorar desde las etapas iniciales del tratamiento, la inclusión de intervenciones complementarias como la dieta antiinflamatoria y la fisioterapia del suelo pélvico (128). La integración de estos componentes dentro de un modelo asistencial multidisciplinar podría incrementar la satisfacción global, reducir las tasas de abandono terapéutico y mitigar el impacto negativo de la enfermedad sobre la productividad, la salud emocional y el bienestar general.

6.4. FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA

La investigación confirma que la endometriosis impacta de manera profunda y en múltiples niveles la calidad de vida de las mujeres, afectando no solo su salud física, sino también sus aspectos sociales, emocionales y clínicos. Los resultados del cuestionario SF-12 indican que la salud general ha ido en deterioro, con limitaciones funcionales notables y un impacto psicológico considerable. Estos hallazgos están en línea con la literatura más reciente, que describe la endometriosis como una

enfermedad inflamatoria y crónica capaz de alterar significativamente el bienestar general de las pacientes (76,129).

Cuando se trata de la gravedad de la enfermedad, se observó que una parte considerable de las participantes tenía endometriosis en etapas 3 y 4. Esto podría indicar que el diagnóstico se está realizando en fases clínicas más avanzadas. Este patrón refleja un retraso continuo en el diagnóstico, un fenómeno que ha sido ampliamente documentado en la literatura internacional, con un promedio estimado de siete a diez años desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se confirma el diagnóstico (74,130). La normalización del dolor menstrual, la falta de formación específica del personal médico y los estigmas culturales en torno a la salud ginecológica son factores que a menudo contribuyen a este retraso. Además, el hecho de que la mayoría de los casos se concentren en mujeres de mediana edad (36-45 años) podría indicar que hoy en día hay una mayor sensibilidad al diagnóstico. Por otro lado, el porcentaje más bajo de diagnósticos entre las personas mayores de 45 años sugiere que ha habido un infradiagnóstico histórico de la enfermedad. Esta situación resalta la necesidad de implementar tácticas de atención temprana que prevengan la progresión hacia etapas más avanzadas y las consecuencias emocionales y físicas que pueden surgir (74).

Los resultados del SF-12 indican un impacto significativo en la funcionalidad. Alrededor del 50% de las mujeres mencionó que tienen dificultades para subir varios pisos, y más del 60% señaló que en el último mes sus actividades diarias se vieron afectadas por problemas de salud. Un 50,8% de las encuestadas dejó de trabajar debido a problemas físicos, mientras que el 64,2% lo hizo por razones emocionales. Esto resalta la conexión constante entre la carga psicológica y el malestar físico. Estas limitaciones son coherentes con hallazgos de estudios anteriores, que subrayan cómo el dolor pélvico crónico se asocia con un deterioro significativo de la calidad de vida, la capacidad laboral y la participación en actividades cotidianas (9,74,131).

El dolor, que es el principal factor que afecta nuestra salud emocional y funcional, no solo limita nuestra movilidad y energía, sino que también actúa como un obstáculo para nuestro bienestar social y psicológico (9,17). Si no se maneja adecuadamente, podría crearse un ciclo vicioso entre el desgaste emocional y el sufrimiento físico. Por eso, es crucial abordar su tratamiento de manera integral para poder mejorar la calidad de vida.

En la dimensión emocional, los indicadores obtenidos resultan especialmente relevantes. Más del 40% de las pacientes refirió sentirse triste o desanimada al menos ocasionalmente, y menos de la mitad manifestó sentirse tranquila o calmada con frecuencia. Estos datos se alinean con estudios previos que demuestran la elevada prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad y disminución de la autoestima en mujeres con endometriosis, donde el dolor persistente y la incertidumbre respecto al futuro reproductivo contribuyen a un deterioro emocional progresivo (16,76,132). La interacción entre dolor crónico y sufrimiento psicológico genera un efecto de retroalimentación negativa que acentúa la fatiga emocional y limita la capacidad de afrontamiento, subrayando la necesidad de incluir la evaluación y el tratamiento de la salud mental dentro del manejo estándar de la enfermedad.

El impacto social constituye otro eje crítico de afectación. Las mujeres más jóvenes señalaron mayores dificultades para mantener su vida social activa, especialmente en contextos donde el dolor y el cansancio interfieren en su rutina diaria. La naturaleza invisible de los síntomas, unida al estigma social hacia los problemas ginecológicos, contribuye al aislamiento y la pérdida de redes de apoyo (133). Este aislamiento se traduce en menor participación en el entorno laboral y familiar, afectando la autoestima y la percepción de utilidad personal. La literatura confirma que la alteración de la vida social y profesional agrava el malestar psicológico y disminuye el bienestar general consolidando una cadena de consecuencias interrelacionadas entre el dolor físico, la carga emocional y la exclusión social (134).

Desde el punto de vista clínico, el análisis de las respuestas al SF-12 permitió identificar diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios y grados de enfermedad, especialmente en los ítems relacionados con la percepción de salud general, las limitaciones físicas y las repercusiones emocionales. Este patrón demuestra que la calidad de vida en la endometriosis depende tanto del estadio clínico como del contexto vital de la paciente. El hallazgo de mayores limitaciones físicas en mujeres con grados avanzados reafirma la necesidad de un abordaje personalizado que integre el manejo del dolor, la educación sanitaria y el acompañamiento emocional dentro del plan terapéutico.

El análisis por grupos de edad refuerza esta relación multifactorial. El Grupo 1 (18–35 años) mostró la mejor percepción general de salud y una menor afectación funcional en comparación con los demás grupos, aunque persistieron signos de vulnerabilidad emocional relacionados con la incertidumbre sobre la fertilidad y el futuro diagnóstico. Este perfil sugiere que estas pacientes mantienen una mayor capacidad física, pero requieren apoyo psicológico dirigido a la aceptación

temprana de la enfermedad (135). El Grupo 2 (36–45 años) fue el más afectado, mostrando la peor percepción global de salud y los mayores niveles de limitación física y emocional. Este hallazgo puede interpretarse a la luz de la literatura que describe el impacto acumulativo de la endometriosis sobre la calidad de vida, donde la progresión clínica de la enfermedad junto con su carácter crónico y persistente, se asocia a un deterioro progresivo del bienestar físico y psicológico, con repercusiones en la funcionalidad diaria y la carga emocional de las pacientes. (136). Finalmente, el Grupo 3 (mayores de 45 años) presentó una percepción intermedia, ya que, aunque presentó peor función física, mostró cierta estabilidad emocional, probablemente relacionado con la disminución de la presión reproductiva, la experiencia acumulada y el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas, en consonancia con lo descrito en la literatura (137,138). Sin embargo, la persistencia de casos avanzados en este grupo reafirma la presencia de diagnósticos tardíos y la necesidad de seguimiento clínico continuo (130).

En conjunto, los hallazgos del presente estudio confirman que la endometriosis afecta la calidad de vida desde una perspectiva integral, comprometiendo el bienestar físico, mental y social. El dolor crónico, el deterioro emocional y el retraso diagnóstico emergen como los principales determinantes del malestar global (76,132,137). Por ello, en el abordaje de la enfermedad debe trascender el control farmacológico del dolor y orientarse hacia un modelo biopsicosocial que integre la evaluación psicológica, la educación terapéutica y el acompañamiento social. Las evidencias actuales respaldan la implementación de unidades especializadas multidisciplinarias que reduzcan los tiempos diagnósticos y ofrezcan atención integral (76). Adaptar las intervenciones a la etapa vital de cada paciente, priorizando el apoyo emocional en mujeres jóvenes y la preservación funcional en mujeres de mayor edad, constituye una vía fundamental para mejorar la satisfacción terapéutica y la calidad de vida a largo plazo.

6.5. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA

Según el rango de edad, los resultados del presente estudio muestran un nivel de adherencia a la dieta mediterránea globalmente moderado. Al analizar los resultados por grupos etarios, se observó una ligera tendencia ascendente en la media de adherencia conforme aumenta la edad. No obstante, la prueba de Kruskal-Wallis no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, lo que

indica que la edad no constituye un factor determinante en la adherencia dietética en esta muestra.

Estos hallazgos coinciden parcialmente con estudios previos. En estudios poblacionales, una mayor adherencia al patrón de dieta mediterránea se ha asociado con indicadores de envejecimiento saludable, como la preservación de la función cognitiva y la atenuación del riesgo de fragilidad en adultos mayores, lo que sugiere que este patrón alimentario tiende a acompañar estilos de vida más estables y saludables con el avance de la edad (139).

En esta línea, Leó-Muñoz et al. (140), observaron que los jóvenes españoles tienden a seguir patrones más occidentales, caracterizados por un mayor consumo de productos ultraprocesados y una menor ingesta de pescado, frutas y legumbres. Esto contrasta con los adultos mayores, quienes mantienen una conexión más fuerte con la dieta mediterránea. De modo complementario, Dernini y Berry (141), ya habían señalado que el desplazamiento de los alimentos frescos y tradicionales se asocia a una pérdida progresiva del modelo mediterráneo tradicional.

Así mismo, diversos estudios han mostrado que la adherencia a este patrón alimentario está condicionada por factores contextuales como el nivel socioeconómico, el entorno residencial, el estilo de vida y el marco sociocultural, que parecen desempeñar un papel más relevante que la edad en sí misma (142).

No obstante, la literatura científica reciente indica que la adherencia a patrones alimentarios saludables, como la dieta mediterránea puede mostrar variaciones según la edad y el contexto de salud. En revisiones sistemáticas de poblaciones mediterráneas se ha observado que, aunque los resultados varían según el país y el método de medición, algunos estudios muestran mayores niveles de adherencia en adultos de mayor edad y en aquellos con enfermedades crónicas, probablemente debido a la mayor conciencia sobre recomendaciones nutricionales en contextos de prevención y tratamiento (143).

Por otro lado, también es relevante considerar el estilo de vida. En estudios poblacionales se ha documentado que las personas más jóvenes, en el contexto de determinados ritmos laborales y modos de organización de vida cotidianos, adoptan con mayor frecuencia patrones alimentarios basados en comidas rápidas o poco estructuradas, lo que puede asociarse con una menor adherencia a patrones dietéticos saludables (144). Esta dinámica podría contribuir a interpretar la ligera diferencia encontrada en el grupo más joven de la muestra.

En conclusión, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, los resultados sugieren que la edad puede influir indirectamente en la adherencia al patrón mediterráneo, en interacción con otros factores educativos, socioeconómicos y de salud.

En relación con el grado de severidad de la enfermedad, los resultados mostraron medias muy próximas entre los distintos grados de endometriosis. El análisis estadístico con la prueba de Kruskal-Wallis no evidenció diferencias significativas entre los grupos, lo que sugiere que la severidad clínica de la endometriosis no condiciona de manera determinante la adherencia a la dieta mediterránea.

Este hallazgo difiere de lo planteado por Nirgianakis et al. (126), quienes sugieren que las mujeres con endometriosis más sintomática pueden adoptar con mayor frecuencia dietas antiinflamatorias como estrategia de autocuidado frente al dolor pélvico crónico. Sin embargo, en la muestra estudiada no se observaron diferencias relevantes, lo que indica que las elecciones dietéticas de las pacientes no están necesariamente vinculadas a la progresión clínica de la enfermedad.

Una explicación plausible podría radicar en la creciente difusión de información sobre los beneficios de la dieta mediterránea para el control de enfermedades crónicas, incluidas patologías de base inflamatoria como la endometriosis. En este sentido, se ha documentado su efecto antioxidante, antiinflamatorio y modulador de la microbiota intestinal, con impacto 'potencialmente positivo en la respuesta inmune y la sintomatología asociada a la enfermedad (145). La generalización de este conocimiento a través de fuentes médicas, programas de salud y redes sociales podría explicar la homogeneidad en los hábitos observados, independientemente del grado clínico.

Además, el hecho de que los rangos mínimos y máximos fueran similares entre los grados, refuerza la idea de un comportamiento dietético relativamente estable entre las pacientes. En línea con ello, la literatura reciente ha señalado que las elecciones dietéticas de las pacientes con endometriosis están más relacionadas con las limitaciones funcionales y sintomatológicas que con el estadio clínico de la enfermedad (146). Este planteamiento refuerza la conveniencia de integrar la educación nutricional desde fases tempranas del diagnóstico como parte del abordaje integral de la enfermedad.

Metodológicamente, los resultados refuerzan que la adherencia al patrón mediterráneo se mantiene moderada y estable en todos los grados clínicos. Sin embargo, es necesario reconocer que el cuestionario PREDIMED, aunque validado, no permite capturar la complejidad cualitativa de las motivaciones alimentarias. Futuras investigaciones podrían integrar análisis cuantitativos con métodos cualitativos para comprender mejor la experiencia de las mujeres con endometriosis.

De manera práctica, el hallazgo de que la adherencia dietética no varía en función de la severidad sugiere que la intervención nutricional debería plantearse de forma transversal e inmediata desde el diagnóstico, reforzando hábitos saludables independientemente del estadio clínico de la enfermedad. Esto permitiría un abordaje preventivo más integral, con impacto potencial en la calidad de vida y el control sintomático de todas las pacientes.

6.6. PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA DISPENSACIÓN ACTIVA, SEGUIMIENTO, ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES

La endometriosis condiciona una elevada carga clínica, psicológica y socioeconómica, afectando a la funcionalidad diaria, a la productividad laboral y al bienestar emocional, por lo que demanda modelos asistenciales que integren, más allá del abordaje médico, intervenciones estructuradas sobre uso seguro y efectivo de medicamentos y autocuidado (22). En este contexto, la atención farmacéutica no solo mejora los resultados de la farmacoterapia, sino que también ayuda a reducir las reacciones adversas y apoya a las pacientes en la toma de decisiones informadas. Todo esto tiene un impacto directo en la calidad de vida relacionada con la salud. Esta visión se alinea con la gravedad del problema y la necesidad urgente de contar con planes de atención coordinados para manejar enfermedades crónicas complejas (74,147).

La dispensación activa en farmacia comunitaria y hospitalaria debe superar la entrega pasiva del medicamento e incluir verificación sistemática de indicaciones, contraindicaciones y posibles duplicidades terapéuticas, revisión de interacciones medicamentosas, así como información comprensible sobre posología, expectativas de eficacia y consejo anticipatorio sobre efectos adversos y su manejo, lo que se alinea con las estrategias descritas par la mejora de la adherencia farmacológica a los tratamientos a largo plazo en enfermedades crónicas (21). Este acto

profesional, documentado y estandarizado, previene problemas relacionados con medicamentos, favorece el uso racional y fortalece la autonomía terapéutica de la paciente, elementos claves para mejorar la continuidad del tratamiento hormonal y analgésico en endometriosis (72,80,148).

El seguimiento farmacoterapéutico aporta continuidad, monitoriza resultados y seguridad, y permite detectar precozmente barreras individuales a la toma, como olvidos, dudas sobre eficacia, temores a efectos adversos. La evidencia muestra que los programas de atención farmacéutica mejoran la adherencia y se asocian a menos ingresos y mortalidad en poblaciones crónicas. La competencia clínica del farmacéutico basada en la educación sanitaria, revisión de tratamientos, conciliación y coordinación interprofesional, es un determinante demostrado del cumplimiento (20,75,79).

La adherencia terapéutica constituye un requisito esencial para que la farmacoterapia alcance su efectividad. Su déficit explica parte de la persistencia del dolor y de la percepción de ineficacia (78). Las causas son multifactoriales e incluyen la complejidad de pauta, las creencias, la comunicación clínica, los efectos adversos y la carga psicosocial, y requieren intervenciones adaptadas (149). Las guías y revisiones sobre adherencia recomiendan evaluar de forma sistemática con instrumentos validados, como el test de Morisky-Green, combinado con educación personalizada, simplificación posológica, recordatorios y seguimiento proactivo, estrategia que el farmacéutico está en posición privilegiada de implementar (69).

La comunicación clínica de calidad mejora la adherencia y los resultados, facilita la toma de decisiones compartidas, alinea expectativas y ofrece información clara sobre beneficios y riesgos incrementando el compromiso terapéutico (150). En patologías crónicas donde la trayectoria asistencial es larga y a menudo frustrante como ocurre en la endometriosis, el acompañamiento farmacéutico reduce la incertidumbre, refuerza el afrontamiento y promueve la continuidad del plan terapéutico dentro de un modelo multimodal centrado en la paciente (151).

El impacto positivo sobre la calidad de vida de mujeres con endometriosis se asocia a múltiples factores, entre ellos, un mayor control del dolor, una menor carga de efectos adversos y el fomento de intervenciones coadyuvantes con evidencia, como el ejercicio terapéutico, la educación del dolor y las estrategias dietéticas antiinflamatorias (53,54).

En este contexto, el farmacéutico puede reforzar durante el seguimiento la integración y mantenimiento de éstas estrategias en el día a día de las pacientes.

La literatura destaca que la tolerabilidad y la adherencia condicionan tanto la satisfacción con el tratamiento como la calidad de vida, por lo que la actuación farmacéutica es una palanca clave para mejorar ambas (131,152).

Operativamente, el circuito farmacéutico recomendado incluye una evaluación inicial estructurada sobre medicación completa, objetivos de la paciente y barreras percibidas, estratificación de riesgo de no adherencia, diseño de un plan educativo individualizado con información escrita y verbal y manejo de expectativas, medición periódica mediante herramientas validadas y la aplicación de intervenciones escalonadas como recordatorios, simplificación terapéutica y coordinación con ginecología/atención primaria ante eventos adversos o falta de respuesta (153). Este modelo, integrado en equipos interdisciplinarios y evaluado mediante métricas de proceso y resultado, contribuyen a alinear la calidad, seguridad y experiencia de las pacientes (154).

VII – CONCLUSIONES

VII- CONCLUSIONES

- La endometriosis es una enfermedad crónica con impacto físico, emocional y social significativo.
- El dolor pélvico, la dismenorrea, la dispareunia y la fatiga deterioran la funcionalidad y la calidad de vida de las mujeres que la padecen.
- Aunque se observa una tendencia hacia diagnósticos más tempranos, persisten numerosos casos detectados en estadios avanzados III y IV.
- Es prioritario reforzar los programas de detección precoz y desarrollar estrategias de educación sanitaria dirigidas tanto a profesionales como a la población general.
- La satisfacción con el tratamiento farmacológico fue moderada, mostrando equilibrio entre la percepción de eficacia y la aparición de efectos secundarios.
- La individualización terapéutica y la participación activa de la paciente en la toma de decisiones, mejoran la satisfacción y la percepción de control sobre la enfermedad.
- La adherencia terapéutica presenta márgenes de mejora, especialmente en mujeres de edad media, en quienes las responsabilidades familiares y laborales dificultan la constancia.
- El olvido, la interrupción al sentirse mejor y los efectos secundarios son las principales causas de incumplimiento.
- El uso de estrategias específicas por grupo etario, la educación continuada, los recordatorios digitales y la coordinación interdisciplinar mejoran la adherencia al tratamiento farmacológico.
- La calidad de vida se ve afectada en todos los grupos, aunque con patrones diferentes según la edad y el grado de enfermedad.
- Las mujeres jóvenes presentan mejor función física, pero mayor afectación emocional vinculada al dolor, la incertidumbre diagnóstica y el impacto en la fertilidad.

- Las mujeres de edad media son las más afectadas globalmente, al conjugar una sintomatología severa con una posible sobrecarga laboral y familiar.
- Las mujeres mayores presentan menor impacto emocional, pero una reducción funcional más marcada.
- El dolor crónico y la fatiga, junto al impacto emocional, generan un círculo de empeoramiento progresivo.
- La dieta mediterránea y modelos antiinflamatorios pueden contribuir a mejorar la sintomatología y el bienestar general.
- Es necesario avanzar hacia un modelo asistencial integral, centrado en la paciente, con acompañamiento emocional, orientación nutricional y seguimiento continuado.

VIII - LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

VIII- LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

LIMITACIONES

Este estudio aporta información relevante y valiosa sobre la calidad de vida y satisfacción con el tratamiento en mujeres con endometriosis. No obstante, presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados.

En primer lugar, la dificultad derivada de la autopercepción y subjetividad de los cuestionarios realizados a nivel individual, con el uso de un determinado tiempo por parte de la paciente, añadido a las complicaciones que derivan de la propia enfermedad en materia de comunicación y expresión subjetiva de sus propias percepciones. La calidad de vida y satisfacción con el tratamiento son variables subjetivas y su medición mediante cuestionarios puede verse influida por el estado emocional o personal del momento en que se respondieron.

En segundo lugar, la falta de generalización geográfica, al centrarse en una sola región, los resultados podrían ser no representativos de otras poblaciones con distinta cultura, nivel socioeconómico o acceso al sistema de salud.

Por último, se trata de un estudio transversal, realizado en un determinado momento, lo cual no permite evaluar la evolución en el tiempo, lo que impide establecer relaciones causales y solo permite obtener una “fotografía” de la situación en ese momento.

Por consiguiente, sería muy positivo implementar estrategias que puedan dar solución a estas limitaciones, como ampliar la muestra geográfica a diferentes regiones, culturas o sistemas de salud, implementar un seguimiento longitudinal a largo plazo y completar los cuestionarios de calidad de vida con biomarcadores objetivos (como niveles hormonales o inflamatorios) para evaluar la respuesta al tratamiento de manera más objetiva.

FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Como futuras líneas de investigación para el tratamiento y seguimiento personalizado de endometriosis, podríamos destacar:

- Uso de medicina personalizada **y seguimiento individualizado**. Adoptar un enfoque más personalizado en la elección del tratamiento, considerando las características individuales de cada persona y realizando una escucha activa a las pacientes para comprender su experiencia y ajustar el tratamiento en función de sus necesidades.
- Investigar las **principales barreras para la adherencia** al tratamiento farmacológico y la dieta, desarrollando programas de acompañamiento desde la farmacia y la consulta médica, llamadas de seguimiento y consultas de apoyo personalizado.
- Implementar un **enfoque multidisciplinar** con atención psicológica integrada, incorporando psicólogos y terapeutas especializados en dolor crónico y terapias cognitivo-conductual para ayudar a manejar el impacto emocional de la enfermedad.
- Desarrollo de **nuevas terapias biológicas y farmacológicas**, apoyando la investigación de tratamientos dirigidos a la modulación hormonal, inflamación crónica y terapias inmunomoduladoras basadas en el microbiota intestinal para reducir la sintomatología de la endometriosis, minimizando los efectos secundarios.

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mikuš M, Šprem Goldštajn M, Laganà AS, Vukorepa F, Ćorić M. Clinical Efficacy, Pharmacokinetics, and Safety of the Available Medical Options in the Treatment of Endometriosis-Related Pelvic Pain: A Scoping Review. *Pharmaceuticals*. 18 de septiembre de 2023;16(9):1315.
2. Elbasueny B, Geerts M, Yang EC, Allaire C, Yong PJ, Bedaiwy MA. Medical treatments of endometriosis: a review. *Reprod Dev Med*. septiembre de 2023;7(3):166-79.
3. Mundo A. Impacto psicosocial y calidad de vida en mujeres con endometriosis; situación actual en España [Internet] [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2021. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/68024/88852.pdf?sequence=4&isAllowed=y#page=38.59>.
4. Artacho Cordon F, Lorenzo Hernando E, Pereira Sánchez A, Quintas Marquès L. Conceptos actuales en dolor y endometriosis: diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico. *Clín Investig Ginecol Obstet*. 2023; 50:100843. Enlace: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-conceptos-actuales-dolor-endometriosis-diagnostico-S0210573X23000138>.
5. Pérez-Escamilla B, Aguilar J, Valverde MI, Amaro L, Torres AJ, Varas R, Benrimoj SI, Peiró T, Martín L, García-Cárdenas V. Proyecto adherenciaMED: impacto, diseño y evaluación de un servicio de adherencia terapéutica en la farmacia comunitaria. Caracterización al inicio del estudio. *Farm Comunitarios*. 2018;10(Supl 1).
6. Burla L, Kalaitzopoulos DR, Metzler JM, Scheiner D, Imesch P. Popularity of endocrine endometriosis drugs and limited alternatives in the present and foreseeable future: A survey among 1420 affected women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. julio de 2021; 262:232-8.

7. Goienetxea E. Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. *Farm Comunitarios*. 2017 Dec 30;9(4):14-17. doi: 10.5672/FC.2173-9218. (2017/Vol9).004.03.
8. Giudice LC. Endometriosis. *N Engl J Med*. 24 de junio de 2010;362(25):2389-98.
9. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GAJ, Dirksen CD, Hummelshoj L, WERF EndoCost Consortium, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod*. 1 de octubre de 2013;28(10):2677-85.
10. Chapron C, Marcelino L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019 Nov;15(11):666-82. doi: 10.1038/s41574-019-0245-z.
11. Becker K, Heinemann K, Imthurn B, Marions L, Moehner S, Gerlinger C, et al. Real-world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis. *Sci Rep*. 14 de octubre de 2021;11(1):20404.
12. Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment [Internet]. F1000Research; 2019 [citado 31 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/8-529>.
13. Quintero MF, Vinaccia S, Quiceno JM. Endometriosis: aspectos psicológicos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(4):447-452. Enlace: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000400447&script=sci_arttext.
14. García-Manero. Endometriosis, la enfermedad de la edad reproductiva [Internet]. 2017 [citado 31 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/endometriosis-enfermedad-durante-la-edad-reproductiva/>.
15. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum Reprod*. 1 de mayo de 2012;27(5):1292-9.

16. Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Hum Reprod Update*. 1 de noviembre de 2013;19(6):625-39.
17. Facchin F, Barbara G, Saita E, Mosconi P, Roberto A, Fedele L, et al. Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(4):135-41.
18. Carbone M G, Campo G, Papaleo E, Marazziti D, Maremmani I. The Importance of a Multi-Disciplinary Approach to the Endometriotic Patients: The Relationship between Endometriosis and Psychic Vulnerability. *J Clin Med*. April de 2021;10(8):1616.
19. Aung T, Myung G, FitzGerald J. Treatment approaches and adherence to urate-lowering therapy for patients with gout. *Patient Prefer Adherence*. abril de 2017; Volume 11:795-800.
20. Boskovic J, Mestrovic A, Leppée M, Bago M, Sostar Z, Naletilic D. Pharmacist competences and impact of pharmacist intervention on medication adherence: an observational study. *Psychiatr Danub*. 2016;28(4).
21. Chaudri NA. Adherence to long-term therapies: evidence for action [review]. *Ann Saudi Med*. 2004;24(3):221–222. doi:10.5144/0256-4947.2004.221.
22. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2023 [citado 31 de mayo de 2025]. Endometriosis. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>.
23. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
24. Ávalos Marfil A, Barranco Castillo E, Martos García R, Mendoza Ladrón de Guevara N, Mazheika M. Epidemiology of Endometriosis in Spain and Its Autonomous Communities: A Large, Nationwide Study. *Int J Environ Res Public Health*. 25 de julio de 2021;18(15):7861.

25. Melo M. La endometriosis en cifras [Internet]. Statista Daily Data; 2025 [citado 31 de mayo de 2025]. Infografía:. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/31841/datos-clave-de-la-endometriosis-en-el-mundo>.
26. Asociación de Afectadas de Endometriosis (ADAEC). ¿Qué es la endometriosis? [Internet]. España: ADAEC; [citado 31 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://adaec.es>.
27. INE. Población por sexo, edad (grandes grupos) y lugar de nacimiento. (68523) [Internet]. 2024 [citado 31 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=68523&L=0>.
28. Carrillo Torres P, Martínez Zamora MA, Carmona Herrera F. Endometriosis. Un largo camino. Clínica E Investig En Ginecol Obstet. 1 de octubre de 2021;48(4):100686.
29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS) [Internet]. Madrid: Centro de Publicaciones; 2013. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>.
30. Lamceva J, Uljanovs R, Strumfa I. The Main Theories on the Pathogenesis of Endometriosis. Int J Mol Sci. 21 de febrero de 2023;24(5):4254.
31. Ayala-Yáñez R, Soto-Aburto CE, Fuentes-Astudillo ZR, Martínez-Ruiz M, Morales-Velázquez M. Inmunología, el fulcro de la endometriosis: fisiopatología y blancos terapéuticos. Ginecol Obstet Mex. 2025;93(10):447-62. doi: 10.24245/gom.v93i10.197.
32. Bulun SE, Cheng YH, Pavone ME, Xue Q, Attar E, Trukhacheva E, et al. Estrogen Receptor- β , Estrogen Receptor- α , and Progesterone Resistance in Endometriosis. Semin Reprod Med. enero de 2010;28(1):36-43.
33. Lebovic DI, Mueller MD, Taylor RN. Immunobiology of endometriosis. Fertil Steril. enero de 2001;75(1):1-10.

34. Peñafiel DEP, Yanchaliquin JLB, Sailema ALN, Pazmiño CAM, Acurio CJM. Diagnóstico y manejo de la endometriosis: una revisión actualizada. *Polo Conoc.* 9 de abril de 2024;9(4):117-37.
35. McLaren J. Vascular endothelial growth factor and endometriotic angiogenesis. *Hum Reprod Update.* 1 de enero de 2000;6(1):45-55.
36. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The Pains of Endometriosis. *Science.* 10 de junio de 2005;308(5728):1587-9.
37. Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnosis and management of endometriosis. *Can Med Assoc J.* 14 de marzo de 2023;195(10): E363-71.
38. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell.* 27 de mayo de 2021;184(11):2807-24 .
39. Patzkowsky K. Rethinking endometriosis and pelvic pain. *J Clin Invest.* 2021 Oct 15;131(20):e154876. doi: 10.1172/JCI154876.
40. Tapia C. Endometriosis, veinte años con dolor estéril [Internet]. *Diario de León*;2021 [citado 1 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.diariodeleon.es/sociedad/210315/612272/endometriosis-veinte-anos-dolor-esteril.html>.
41. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2009 Jan 15;360(3):268-79. <https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMr0804690>.
42. Pearce CL, Templeman C, Rossing MA, Lee A, Near AM, Webb PM, et al. Association between endometriosis and risk of histological subtypes of ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Lancet Oncol.* 2012 Apr;13(4):385-94. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70404-1.
43. Bartley EJ, Alappattu MJ, Manko K, Lewis H, Vasilopoulos T, Lamvu G. Presence of endometriosis and chronic overlapping pain conditions negatively impacts the pain experience in women with chronic pelvic-abdominal pain: a cross-sectional survey. *Womens Health (Lond).* 2024;20:17455057241248017. doi: 10.1177/17455057241248017.
44. Carmona DF, Lyona. Endometriosis: La guía para entender qué es y cómo cuidarte. GRIJALBO; 2021. 192 p.

45. European Society of Human Reproduction and Embryology. Endometriosis: ESHRE Guideline 2022. Brussels: ESHRE; 2022.
46. Koninckx PR, Fernandes R, Ussia A, Schindler L, Wattiez A, Al-Suwaidi S, et al. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Front Endocrinol* [Internet]. 25 de noviembre de 2021 [citado 1 de junio de 2025];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2021.745548/full> .
47. Brown J, Kives S, Akhtar M. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(3):CD002122. doi: 10.1002/14651858.CD002122.pub2.
48. Uranga-Romano JG, Hernández-Valencia M, Zárate A. Evaluación de dienogest en el tratamiento del dolor pélvico asociado a la endometriosis. Un metaanálisis de su efectividad*. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55.
49. Patwardhan S, Nawathe A, Yates D, Harrison GR, Khan KS. Systematic review of the effects of aromatase inhibitors on pain associated with endometriosis. *BJOG*. 2008;115(6):672–6. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01740.x.
50. Słopień R, Męczekalski B. Aromatase inhibitors in the treatment of endometriosis. *Prz Menopauzalny*. 2016;15(1):43–7. doi:10.5114/pm.2016.58773.
51. Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *Obstet Gynecol*. marzo de 2018;131(3):557-71.
52. FASGO. Actualización de consenso de endometriosis [Internet]. Buenos Aires: FASGO; 2019 oct. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_de_Consenso_Endometriosis_2019.pdf.
53. Armour M, Sinclair J, Chalmers KJ, Smith CA. Self-management strategies amongst Australian women with endometriosis: a national online survey. *BMC Complement Altern Med*. 2019;19(1):17.

54. Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health*. 9 de octubre de 2021;21(1):355.
55. Gil L, Echart A, Conde R, Ruíz I, Santaliestra R, Belloc S. Alimentación y endometriosis. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado 31 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/alimentacion-y-endometriosis/>.
56. Huijs E, Stigt BJ van, Roos N de, Nap A. The feasibility of an anti-inflammatory diet in endometriosis: barriers and facilitators perceived by endometriosis patients. *Reprod Biomed Online* [Internet]. 1 de febrero de 2024 [citado 31 de mayo de 2025];48(2). Disponible en: [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(23\)00723-X/fulltext](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(23)00723-X/fulltext).
57. Bahr LS, Franz K, Mähler A. Assessing the (anti)-inflammatory potential of diets. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. septiembre de 2021;24(5):402.
58. Gil Á. Indicadores de evaluación de la calidad de la dieta. *Nutr Hosp*. 26 de febrero de 2015;(3):128-44.
59. Parazzini F, Chiaffarino F, Surace M, Chatenoud L, Cipriani S, Chiantera V, et al. Selected food intake and risk of endometriosis. *Hum Reprod*. 1 de agosto de 2004;19(8):1755-9.
60. Missmer SA, Chavarro JE, Malspeis S, Bertone-Johnson ER, Hornstein MD, Spiegelman D, et al. A prospective study of dietary fat consumption and endometriosis risk. *Hum Reprod*. 2010;25(6):1528-35.
61. Roco Videla Á, Silva-González O, Maureira Carsalade N. [Diet and endometriosis, an area of research in development]. *Nutr Hosp*. 25 de agosto de 2022;39(4):949-50.
62. Harris HR, Eke AC, Chavarro JE, Missmer SA. Fruit and vegetable consumption and risk of endometriosis. *Hum Reprod*. 1 de abril de 2018;33(4):715-27.

63. Zaragoza-Martí A, Cabrera-González K, Martín-Manchado L, Moya-Yeste AM, Sánchez-Sansegundo M, Hurtado Sánchez JA. La importancia de la nutrición en la prevención de la endometriosis: revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2024;41(4):906-15.
64. Abulughod N, Valakas S, El-Assaad F. Dietary and nutritional interventions for the management of endometriosis. *Nutrients.* 2024;16(23):3988.
65. Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional Farmacéutica, & Organización Panamericana de la Salud. (1993). El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud: Atención farmacéutica. Informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Normas de calidad de los servicios farmacéuticos: *Buenas prácticas de farmacia (Declaración de Tokio)*. Oficina Sanitaria Panamericana. <https://www.forofarmacaceutico.org/wp-content/uploads/2018/04/Documento-de-Tokio-1993.pdf>.
66. Oñatibia-Astibia A, Aizpurua-Arruti X, Malet-Larrea A, Gastelurrutia MA, Goyenechea E. El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. *Ars Pharm.* 2021;62(1):1–14.
67. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003 [citado 31 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>.
68. Lynch SS, Vivian EM. Adherencia a la medicación. En: Manual MSD, versión para público general [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck Sharp & Dohme LLC; 2025 [actualizado mar 2025; citado 2025 may 31]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/>.
69. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 [citado 2025];59(4). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>.
70. Stewart SJF, Moon Z, Horne R. Medication nonadherence: health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health.* 2022;37(6):726–765. doi:10.1080/08870446.2022.2144923.

71. World Health Organization. Antimicrobial resistance: global report on surveillance. Geneva: WHO; 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564748>.
72. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med*. 4 de agosto de 2005;353(5):487-97.
73. Paraiso B, Carti GD, Aparicio-Caballero M, Barranquero-Gómez M, Fernández M, Azaña-Gutiérrez S, Salvador Z. ¿Cómo afecta la endometriosis a la fertilidad de la mujer? [Internet]. Reproducción Asistida ORG; 2025 Oct 2 [citado 2025 May 31]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/endometriosis-y-fertilidad/>.
74. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, Jenkinson C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011 Aug;96(2):366–73. <https://www.bago.com.ar/vademecum/bibliografia/analizan-las-consecuencias-de-la-endometriosis-sobre-la-calidad-de-vida-y-la-productividad-laboral/>.
75. Olesen C, Harbig P, Buus KM, Barat I, Damsgaard EM. Impact of pharmaceutical care on adherence, hospitalisations and mortality in elderly patients. *Int J Clin Pharm*. 1 de febrero de 2014;36(1):163-71.
76. Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 4 de octubre de 2014;14(1):123.
77. Szabo T, Mitranovici MI, Crisan A, Melinte IM, Cotrus T, Tudorache V, et al. Exploring Patient Adherence to Post-Surgical Follow-Up in Pelvic Endometriosis. *Medicina (Mex)*. julio de 2023;59(7):1210.
78. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJ, Vervloet M, van Dijk L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Prefer Adherence*. 10 de julio de 2013; 7:675-82.

-
79. Torres-Robles A, Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Peiro T, Perez-Escamilla B, et al. Effectiveness of a medication adherence management intervention in a community pharmacy setting: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf.* febrero de 2022;31(2):105-15.
 80. Schwartz K, Llarena NC, Rehmer JM, Richards EG, Falcone T. The role of pharmacotherapy in the treatment of endometriosis across the lifespan. *Expert Opin Pharmacother.* 23 de mayo de 2020;21(8):893-903.
 81. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Med Clínica.* diciembre de 2012;139(14):613-25.
 82. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-0000773.
 83. Atkinson MJ, Sinha A, Hass SL, et al. Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM) in chronic disease. *Value Health.* 2004;7:83-90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14987333/>.
 84. Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P, Corella D, Covas MI, Schröder H, Arós F, Gómez-Gracia E, Fiol M, Ruiz-Gutiérrez V, Lapetra J, Lamuela-Raventós RM, Serra-Majem L, Pintó X, Muñoz MA, Mitjavila MT, Tur JA, et al. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: The PREDIMED trial. *PLoS One.* 2012;7(8):e43134. doi:10.1371/journal.pone.0043134.
 85. España Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294,6 dic 2018.

86. OPS. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (oct., 2024) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-helsinki-amm-principios-eticos-para-investigaciones-medicas-seres-humanos>.
87. Asociación Médica Mundial. WMA - The World Medical Association- Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. 2024 [citado 9 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
88. Lamvu G, Antunez-Flores O, Orady M, Schneider B. Path to diagnosis and women's perspectives on the impact of endometriosis pain. *J Endometriosis Pelvic Pain Disord.* 2020 Feb;12(1):2284026520903214. doi: 10.1177/2284026520903214.
89. Bougie O, Nwosu I, Warshafsky C. Revisiting the impact of race/ethnicity in endometriosis. *Reprod Fertil.* 17 de marzo de 2022;3(2):R34–R41. doi: 10.1530/RAF-21-0106.
90. Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and Infertility: A review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am.* diciembre de 2012;39(4):535–549. doi: 10.1016/j.ogc.2012.10.002.
91. Capezzuoli T, Orlandi G, Clemenza S, Ponziani I. Gynaecologic and Systemic Comorbidities in Patients with Endometriosis: Impact on Quality of Life and Global Health. *Clin Exp Obstet Gynecol.* julio de 2022;49(7):157. doi: 10.31083/j.ceog4907157.
92. Adams G, Salomons TV. Attending work with chronic pain is associated with higher levels of psychosocial stress. *Can J Pain.* 18 de mayo de 2021;5(1):107–116. doi: 10.1080/24740527.2021.1889925.

93. Soliman AM, Yang H, Du EX, Kelley C, Winkel C. The direct and indirect costs associated with endometriosis: a systematic literature review. *Hum Reprod.* 2016;31(4):712-722. doi:10.1093/humrep/dev335
94. Howe D, Duffy S, O'Shea M, Hawkey A, Wardle J, Gerontakos S, et al. Policies, guidelines, and practices supporting women's menstruation, menstrual disorders and menopause at work: a critical global scoping review. *Healthcare (Basel).* 2023 Nov 10;11(22):2945. doi: 10.3390/healthcare11222945.
95. Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care.* 2009;15(1):59-66.
96. Emamikia S, Gentline C, Enman Y, Parodis I. How can we enhance adherence to medications in patients with systemic lupus erythematosus? Results from a qualitative study. *J Clin Med.* 2022 Mar 27;11(7):1857. doi: 10.3390/jcm11071857
97. Berner C, Erlacher L, Fenzl KH, Dorner TE. Medication adherence and coping strategies in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Int J Rheumatol.* 2019 Mar 4;2019:4709645. doi: 10.1155/2019/4709645.
98. Khan Z, Karataş Y, Rahman H. Anti-hypertensive medication non-adherence: a systematic review and meta-analysis of qualitative studies. *J Hum Hypertens.* 2021 May;35(5):454-465. doi: 10.1038/s41371-020-00433-5.
99. Brown J, Crawford TJ, Datta S, Prentice A. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5:CD001019. doi:10.1002/14651858.CD001019.pub3.
100. Kamusheva M, van Boven JFM, Toppila I, Vrijens B, Antoniou S, Lewek P, et al. Pan-European survey on medication adherence management by healthcare professionals. *Br J Clin Pharmacol.* 2024 Oct;90(10):2410-2420. doi: 10.1111/bcp.16183.
101. Evans S, Moen MH, Håstein M, Böhler E, Steen E, Holm M, et al. Health literacy, self-management and medication adherence among women with endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(4):656-664. doi:10.1111/aogs.14061.

102. Oliveira CJ, José HMG, Costa EIMT. Medication adherence in adults with chronic diseases in primary healthcare: a quality improvement project. *Nurs Rep*. 2024 Jul 17;14(3):1735–1749. doi: 10.3390/nursrep14030129.
103. García-Gómez JM, de Heredia-Torres A, Martínez-Millana A, Fernández-Llatas C, Traver V. Mobile phone apps for improving medication adherence in women: systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2022;10(2):e31994. doi:10.2196/31994.
104. Facchin F, Barbara G, Saita E, Mosconi P, Roberto A, Fedele L, et al. Impact of endometriosis on quality of life and adherence to long-term treatment: a European cross-sectional study. *J Clin Med*. 2020 Jun 9;9(6):1802. doi: 10.3390/jcm9061802.
105. Guerra C, Conte E, Del Rio AI, Motta J, Moreno Velásquez I, Quintana HK. Medication adherence in hypertensive individuals in Panama 2019: a national cross-sectional study. *Healthcare (Basel)*. 2022 Nov 9;10(11):2244. doi: 10.3390/healthcare10112244.
106. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the ICD-11. *Pain*. 2022 Jan 1;163(1):19–29. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002353.
107. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2020 Mar 26;382(13):1244–1256. doi: 10.1056/NEJMra1810764.
108. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 1]. Available from: <https://ginasthma.org/>.
109. Ritschl V, Stamm TA, Aletaha D, Smolen JS. Patient perspectives on discontinuation of disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *RMD Open*. 2021 Jul 15;7(2):e001799. doi: 10.1136/rmdopen-2021-001799.
110. Young K, Fisher J, Kirkman M. Women's experiences of endometriosis: a systematic review and synthesis of qualitative research. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2015;41(3):225–234. doi:10.1136/jfprhc-2013-100853.

111. Nirgianakis K, Vaineau C, Agliati L, McKinnon B, Gasparri ML, Mueller MD. Risk factors for non-response and discontinuation of dienogest in endometriosis patients: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021 Jan;100(1):30-40. doi: 10.1111/aogs.13969.
112. Martell S, Marini C, Kondas CA, Deutch AB. Psychological side effects of hormonal contraception: a disconnect between patients and providers. *Contracept Reprod Med*. 2023 Jan 17;8(1):9. doi: 10.1186/s40834-022-00204-w.
113. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The consequences of general medication beliefs measured by the Beliefs about Medicine Questionnaire on medication adherence: a systematic review. *Pharmacy (Basel)*. 2020 Aug 17;8(3):147. doi: 10.3390/pharmacy8030147.
114. Arboleda J, Hackethal A. Patient preferences and treatment adherence in endometriosis: A systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2018 Nov;298(5):957–970. doi: 10.1007/s00404-018-4885-3.
115. AlGhurair SA, Hughes CA, Simpson SH, Guirguis LM. A systematic review of patient self-reported barriers to medication adherence: A major cause of adverse outcomes in patients with chronic disease. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:87–100. doi: 10.2147/PPA.S27912.
116. Losi S, Berra CCF, Fornengo R, Pitocco D, Biricolti G, Federici MO. The role of patient preferences in adherence to treatment in chronic disease: a narrative review. *Drug Target Insights*. 2021 Nov 8;15:13-20. doi: 10.33393/dti.2021.2342.
117. Sav A, Kendall E, McMillan SS, Kelly F, Whitty JA, King MA, et al. 'You say treatment, I say hard work': treatment burden among people with chronic illness and their carers in Australia. *Health Soc Care Community*. 2013 Nov;21(6):665-74. doi: 10.1111/hsc.12052.
118. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014 May;10(5):261–275. doi:10.1038/nrendo.2013.255.

119. Hreńczuk MK, Rudnicka W, Piątek TD, Małkowski P. Acceptance of illness and health behaviours of patients with end-stage renal disease treated with haemodialysis: a single-centre study. *Healthcare (Basel)*. 2024 Dec 19;12(24):2562. doi: 10.3390/healthcare12242562.
120. Atkinson MJ, Kumar R, Cappelleri JC, Hass SL. Hierarchical construct validity of the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM Version II) among outpatients with HIV. *Ann Pharmacother*. 2005;39(6):1117–1123. doi:10.1345/aph.1E594
121. AlHewiti A. Adherence to long-term therapies and beliefs about medications. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:1157–1165. doi:10.2147/PPA.S66674.
122. Lagana AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Valenti G, Sapia F, Chiofalo B, et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *Int J Womens Health*. 2017;9:323–330. doi:10.2147/IJWH.S119729.
123. Siqueira-Campos VM, de Deus MSC, Poli-Neto OB, Rosa-e-Silva JC, de Deus JM, Conde DM. Current challenges in the management of chronic pelvic pain in women: from bench to bedside. *Int J Womens Health*. 2022 Feb 18;14:225–244. doi: 10.2147/IJWH.S224891.
124. Katz L, Patterson L, Zacharias R. Evaluation of an interdisciplinary chronic pain program and predictors of readiness for change. *Can J Pain*. 2019 Apr 12;3(1):70–78. doi: 10.1080/24740527.2019.1582296.
125. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4):CD001431. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5.
126. Nirgianakis K, Egger K, Kalaitzopoulos DR, Lanz S, Bally L, Mueller MD. Effectiveness of Dietary Interventions in the Treatment of Endometriosis: a Systematic Review. *Reprod Sci*. 2021 Mar;29(1):26–42. doi: 10.1007/s43032-020-00418-w.
127. Zhou L, Liu B, Jian X, Jiang L, Liu K. Effect of dietary patterns and nutritional supplementation in the management of endometriosis: a review. *Front Nutr*. 2025;12:1539665. doi: 10.3389/fnut.2025.1539665.

-
128. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne AW, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022;2022(2):hoac009. doi:10.1093/hropen/hoac009.
 129. La Rosa VL, De Franciscis P, Barra F, Schiattarella A, Török P, Shah M, et al. Quality of life in women with endometriosis: a narrative overview. *Minerva Med*. 2020 Feb;111(1):68-78. doi: 10.23736/S0026-4806.19.06298-0.
 130. Moradi M, Niazi A, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Endometriosis-associated symptoms and diagnostic delay: an online survey. *J Obstet Gynecol Cancer Res*. 2022;7(6):479–488. doi: 10.30699/jogcr.7.6.479.
 131. Soliman AM, Coyne KS, Zaiser E, Castelli-Haley J, Fuldeore MJ. The burden of endometriosis symptoms on health-related quality of life in women in the United States: a cross-sectional study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017 Dec;38(4):238-248. doi: 10.1080/0167482X.2017.1289512.
 132. Szyplowska M, Tarkowski R, Kułak K. The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. *Front Public Health*. 2023 Sep 6;11:1230303. doi: 10.3389/fpubh.2023.1230303.
 133. Matías-González Y, Sánchez-Galarza A, Rosario-Hernández E, Flores-Caldera I, Rivera-Segarra E. Stigma and social support and their impact on quality of life and self-esteem among women with endometriosis in Latin-America and the Caribbean. *PLOS Glob Public Health*. 2022 Dec 2;2(12):e0001329. doi: 10.1371/journal.pgph.0001329.
 134. Della Corte L, Di Filippo C, Gabrielli O, Reppuccia S, La Rosa VL, Ragusa R, et al. The burden of endometriosis on women's lifespan: a narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 29;17(13):4683. doi: 10.3390/ijerph17134683.
 135. Dipankar SP, Kushram B, Unnikrishnan P, Gowda JR, Shrivastava R, Daitkar AR, et al. Psychological distress and quality of life in women with endometriosis: a narrative review of therapeutic approaches and challenges. *Cureus*. 2025 Mar 6;17(3):e80180. doi: 10.7759/cureus.80180.

136. Cano-Herrera G, Salmun Nehmad S, Ruiz de Chávez Gascón J, Méndez Vionet A, van Tienhoven XA, Osorio Martínez MF, et al. Endometriosis: a comprehensive analysis of the pathophysiology, treatment, and nutritional aspects, and its repercussions on the quality of life of patients. *Biomedicines*. 2024 Jul 4;12(7):1476. doi: 10.3390/biomedicines12071476.
137. Rempert AN, Rempert TH, Liu A, Hernández A, Blanck J, Segars J, Singh B. A Systematic Review of the Psychosocial Impact of Endometriosis before and after Treatment. *Reprod Sci*. 2024 Mar;31(7):1828–1860. doi: 10.1007/s43032-024-01515-w.
138. Vitale SG, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Laganà AS. Impact of endometriosis on quality of life and psychological well-being. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017 Dec;38(4):317-319. doi: 10.1080/0167482X.2016.1244185. Epub 2016 Oct 18.
139. Allcock L, Mantzioris E, Villani A. Adherence to a Mediterranean diet is associated with physical and cognitive health: a cross-sectional analysis of community-dwelling older Australians. *Front Public Health*. 2022 Nov 15;10:1017078. doi: 10.3389/fpubh.2022.1017078.
140. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, et al. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *J Nutr*. 2012 Oct;142(10):1843-50. doi: 10.3945/jn.112.164616.
141. Dernini S, Berry EM. Mediterranean diet: from a healthy diet to a sustainable dietary pattern. *Front Nutr*. 2015;2:15. doi:10.3389/fnut.2015.00015.
142. Grosso G, Marventano S, Buscemi S, Scuderi A, Matalone M, Platania A, et al. Factors associated with adherence to the Mediterranean diet among adolescents living in Sicily, Southern Italy. *Nutrients*. 2013 Dec 4;5(12):4908-23. doi: 10.3390/nu5124908.
143. Obeid CA, Gubbels JS, Jaalouk D, Kremers SPJ, Oenema A. Adherence to the Mediterranean diet among adults in Mediterranean countries: a systematic literature review. *Eur J Nutr*. 2022 Oct;61(7):3327–3344. doi: 10.1007/s00394-022-02885-0.

144. Si Hassen W, Castetbon K, Péneau S, Tichit C, Nechba A, Lampuré A, et al. Socio-economic and demographic factors associated with snacking behavior in a large sample of French adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018 Mar 15;15:25. doi: 10.1186/s12966-018-0655-7.
145. Cirillo M, Argento FR, Becatti M, Fiorillo C, Coccia ME, Fatini C. Mediterranean diet and oxidative stress: a relationship with pain perception in endometriosis. *Int J Mol Sci.* 2023 Sep 27;24(19):14601. doi: 10.3390/ijms241914601.
146. Mazza E, Troiano E, Mazza S, Ferro Y, Abbinante A, Agneta MT, et al. The impact of endometriosis on dietary choices and activities of everyday life: a cross-sectional study. *Front Nutr.* 2023 Sep 21;10:1273976. doi: 10.3389/fnut.2023.1273976.
147. Rotta I, Salgado TM, Silva ML, Correr CJ, Fernandez-Llimos F. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000-2010). *Int J Clin Pharm.* 2015 Oct;37(5):687-97. doi: 10.1007/s11096-015-0137-9.
148. Deb T, Das A, Ojha B, Das P. Ensuring safe and effective pharmacotherapy: The role of “community pharmacology” in attaining “health for all” from the Indian perspective. *J Family Med Prim Care.* 2024 Dec 9;13(12):5465–5471. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_1226_24.
149. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* 2012 May;73(5):691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x.
150. McCabe R, Healey PGT. Miscommunication in Doctor-Patient Communication. *Top Cogn Sci.* 2018 Apr;10(2):409-424. doi: 10.1111/tops.12337.
151. van Eikenhorst L, Salema NE, Anderson C. A systematic review in select countries of the role of the pharmacist in consultations and sales of non-prescription medicines in community pharmacy. *Res Social Adm Pharm.* 2017 Jan-Feb;13(1):17-38. doi: 10.1016/j.sapharm.2016.02.010.

152. Tommelein E, Mehuys E, Van Hees T, Adriaens E, Van Bortel L, Christiaens T, et al. Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 May;77(5):756-66. doi: 10.1111/bcp.12242.
153. Farhana L, Rahayu FP, Sholihah S, Sweileh W, Abdulah R, Alfian SD. Effectiveness of Pharmacist-Led Intervention on Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Patient Prefer Adherence*. 2025 Jul 22;19:2161-2178. doi: 10.2147/PPA.S530503.
154. Morgan KH, Barroso CS, Bateman S, Dixon M, Brown KC. Patients' Experiences of Interprofessional Collaborative Practice in Primary Care: A Scoping Review of the Literature. *J Patient Exp*. 2020 May 27;7(6):1466–1475. doi: 10.1177/2374373520925725.

X – ANEXOS

X- ANEXOS**ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ..., con DNI:
DECLARO: Haber sido informada del estudio y procedimientos de la investigación del Proyecto titulado: Los investigadores que van a acceder a mis datos personales y a los resultados de las pruebas son: Asimismo, he podido hacer preguntas del estudio, comprendiendo que me presto de forma voluntaria al mismo y que en cualquier momento puedo abandonarlo sin que me suponga perjuicio de ningún tipo. CONSIENTO: 1.-) Someterme a las siguientes pruebas: Entrevista, Encuestas. 2.-) El uso de los datos obtenidos según lo indicado en el párrafo siguiente: En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, le comunicamos que la información que ha facilitado y la obtenida como consecuencia de las exploraciones a las que se va a someter pasará a formar parte de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN ANTONIO, con la finalidad de INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN LAS ÁREAS DE CONOCIMIENTO CIENCIAS EXPERIMENTALES Y CIENCIAS DE LA SALUD. Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento confidencial de dichos datos.

En Murcia a de de 202_-.

El investigador,

Fdo:.....Fdo:

ANEXO 2. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA Y ANTROPOMÉTRICA**1. Encuesta sociodemográfica y antropométrica****a) Edad:** _____**b) Estado civil**

1. Casada
2. Soltera.
3. Divorciada

c) Etnia:

1. Caucásica
2. Negra
3. Mestiza
4. Afrocolombiana
5. Eslava

d) Estado

1. Activo
2. Paro

e) Nivel educativo (Estudios)

1. Primaria
2. Bachillerato
3. Universitario

f) Ocupación: _____**g) Talla:** _____**h) Peso:** _____**i) Enfermedades**

1. Si____ /2. No____
¿Cual? _____

j) Años desde diagnóstico:

- 0: este año.
Resto: 1,2,3...

k) Años desde primeros síntomas: _____

l) Grado:

1. Grado 1
2. Grado 2
3. Grado 3
4. Grado 4

m) Puesto de trabajo_____

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE SALUD SF-12**Instrucciones:**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo

responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

- Ⓐ Excelente
- Ⓑ Muy buena
- Ⓒ Buena
- Ⓓ Regular
- Ⓔ Mala

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- Ⓐ Sí, me limita mucho
- Ⓑ Sí, me limita un poco
- Ⓒ No, no me limita nada

3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- Ⓐ Sí, me limita mucho
- Ⓑ Sí, me limita un poco
- Ⓒ No, no me limita nada

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- Ⓐ Sí
- Ⓑ No

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Ⓐ Sí

Ⓑ No

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Ⓐ Sí

Ⓑ No

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Ⓐ Sí

Ⓑ No

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Ⓐ Siempre

Ⓑ Casi siempre

Ⓒ Algunas veces

Ⓓ Muchas veces

Ⓔ Sólo alguna vez

Ⓕ Nunca

9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

Ⓐ Siempre

Ⓑ Casi siempre

Ⓒ Algunas veces

Ⓓ Muchas veces

Ⓔ Sólo alguna vez

Ⓕ Nunca

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- Ⓐ Siempre
- Ⓑ Casi siempre
- Ⓒ Algunas veces
- Ⓓ Muchas veces
- Ⓔ Sólo alguna vez
- Ⓕ Nunca

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- Ⓐ Siempre
- Ⓑ Casi siempre
- Ⓒ Algunas veces
- Ⓓ Muchas veces
- Ⓔ Sólo alguna vez
- Ⓕ Nunca

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Ⓐ Siempre
- Ⓑ Casi siempre
- Ⓒ Algunas veces
- Ⓓ Muchas veces
- Ⓔ Sólo alguna vez
- Ⓕ Nunca

Tomado de. SECOT. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
<https://www.secot.es/media/docs/escalas/Cuestionario%20de%20salud%20SF12.pdf>

ANEXO 4. TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE

Test de Morisky-Green. Según Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino (2018)

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? Sí / No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí / No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Sí / No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Sí / No

**ANEXO 5. CUESTIONARIO TREATMENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE FOR
MEDICATION (TSMQ v1.4)**

**TSQM (version 1.4) Cuestionario sobre la satisfacción con el medicamento
(versión española del TSQM)**

Instrucciones: Piense por unos minutos sobre su nivel de satisfacción o insatisfacción con el medicamento que está tomando en este estudio clínico. Nos interesa que evalúe durante las últimas dos a tres semanas o desde la última vez que lo tomó, la eficacia, los efectos secundarios del medicamento, y si resulta práctico tomarlo. En cada pregunta, coloque una sola marca al lado de la respuesta que corresponde mejor a su experiencia particular.

1. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con la capacidad del medicamento para prevenir o tratar su condición.

- ☐ 1 Sumamente insatisfecho(a)
- ☐ 2 Muy insatisfecho(a)
- ☐ 3 Insatisfecho(a)
- ☐ 4 Algo satisfecho(a)
- ☐ 5 Satisfecho(a)
- ☐ 6 Muy satisfecho(a)
- ☐ 7 Sumamente satisfecho(a)

2. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con la manera en que el medicamento alivia sus síntomas.

- ☐ 1 Sumamente insatisfecho(a)
- ☐ 2 Muy insatisfecho(a)
- ☐ 3 Insatisfecho(a)
- ☐ 4 Algo satisfecho(a)
- ☐ 5 Satisfecho(a)

- ☐ 6 Muy satisfecho(a)
- ☐ 7 Sumamente satisfecho(a)

3. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con el tiempo que demora el medicamento en empezar a hacer efecto.

- ☐ 1 Sumamente insatisfecho(a)
- ☐ 2 Muy insatisfecho(a)
- ☐ 3 Insatisfecho(a)
- ☐ 4 Algo satisfecho(a)
- ☐ 5 Satisfecho(a)
- ☐ 6 Muy satisfecho(a)
- ☐ 7 Sumamente satisfecho(a)

4. ¿Tiene algún efecto secundario a consecuencia de este medicamento?

- ☐ 1 Sí
- ☐ 0 No (Si su respuesta es No, pase a la pregunta 9)

5. Indique el grado de molestia de los efectos secundarios del medicamento que toma para el tratamiento de su afección.

- ☐ 1 Molestias excesivas
- ☐ 2 Muchas molestias
- ☐ 3 Algunas molestias
- ☐ 4 Pocas molestias
- ☐ 5 Ninguna molestia

6. ¿Hasta qué punto interfieren los efectos secundarios con su salud física y con su capacidad de funcionamiento (es decir, fuerza, nivel de energía, etc.)?

- ☐ 1 Muchísimo
- ☐ 2 Mucho
- ☐ 3 Algo
- ☐ 4 Muy poco
- ☐ 5 Nada

7. ¿Hasta qué punto interfieren los efectos secundarios con su capacidad mental (es decir, la capacidad de pensar con claridad, mantenerse despierto, etc.)?

- ☐ 1 Muchísimo
- ☐ 2 Mucho
- ☐ 3 Algo
- ☐ 4 Muy poco
- ☐ 5 Nada

8. ¿Hasta qué punto influyeron los efectos secundarios en su satisfacción general con el medicamento?

- ☐ 1 Muchísimo
- ☐ 2 Mucho
- ☐ 3 Algo
- ☐ 4 Muy poco
- ☐ 5 Nada

9. ¿Hasta qué punto fue fácil o difícil usar/tomar el medicamento en su forma actual?

- ☐ 1 Sumamente difícil
- ☐ 2 Muy difícil
- ☐ 3 Difícil
- ☐ 4 Algo fácil
- ☐ 5 Fácil
- ☐ 6 Muy fácil
- ☐ 7 Sumamente fácil

10. ¿Hasta qué punto es fácil o difícil planear cada vez que debe usar/tomar el medicamento?

- ☐ 1 Sumamente difícil
- ☐ 2 Muy difícil
- ☐ 3 Difícil
- ☐ 4 Algo fácil

- ☐ 5 Fácil
- ☐ 6 Muy fácil
- ☐ 7 Sumamente fácil

11. ¿Hasta qué punto es o no es práctico tomar el medicamento tal como se indica?

- ☐ 1 Nada práctico
- ☐ 2 Muy poco práctico
- ☐ 3 Poco práctico
- ☐ 4 Algo práctico
- ☐ 5 Práctico
- ☐ 6 Muy práctico
- ☐ 7 Sumamente práctico

12. En términos generales, ¿qué confianza tiene de que tomar este medicamento es bueno para usted?

- ☐ 1 Ninguna confianza
- ☐ 2 Un poco de confianza
- ☐ 3 Algo de confianza
- ☐ 4 Mucha confianza
- ☐ 5 Confianza absoluta

13. ¿Hasta qué punto está convencido(a) de que las ventajas del medicamento superan las desventajas?

- ☐ 1 Nada convencido(a)
- ☐ 2 Un poco convencido(a)
- ☐ 3 Algo convencido(a)
- ☐ 4 Muy convencido(a)
- ☐ 5 Totalmente convencido(a)

14. Teniendo en cuenta todos los aspectos, ¿cuál es su grado de satisfacción o insatisfacción con este medicamento?

- ☐ 1 Sumamente insatisfecho(a)

-
- ☐ 2 Muy insatisfecho(a)
 - ☐ 3 Insatisfecho(a)
 - ☐ 4 Algo satisfecho(a)
 - ☐ 5 Satisfecho(a)
 - ☐ 6 Muy satisfecho(a)
 - ☐ 7 Sumamente satisfecho(a)

ANEXO 6. CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA.

1. ¿CONSUME CEREALES (ARROZ, PASTA, PAN, GALLETAS, CEREALES...)?
 - a. MAS DE 7 RACIONES AL DIA
 - b. 5-7 RACIONES
 - c. 1-2 RACIONES
 - d. NUNCA

2. ¿CUÁNTAS PIEZAS DE FRUTA CONSUME AL DÍA?
 - a. MAS DE 7 RACIONES AL DIA
 - b. MAS DE 6 RACIONES AL DÍA
 - c. 5-6 RACIONES AL DIA
 - d. 3-4 RACIONES AL DIA
 - e. 1-2 RACIONES AL DIA
 - f. NINGUNA

3. ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME LEGUMBRES?
 - a. MAS DE 4 VECES A LA SEMANA
 - b. 3-4 VECES A LA SEMANA
 - c. 1-2 VECES A LA SEMANA

4. ¿CUÁNTAS VECES CONSUME VERDURAS Y HORTALIZAS AL DÍA?
 - a. MAS DE 2 VECES AL DIA
 - b. 2 VECES AL DIA
 - c. 1 VEZ AL DIA
 - d. MENOS DE UNA VEZ AL DIA
 - e. NUNCA

5. ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME PESCADO?
 - a. MAS DE 4 VECES A LA SEMANA
 - b. 3-4 VECES A LA SEMANA
 - c. 1-2 VECES A LA SEMANA
 - d. MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA

6. ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME CARNE DE AVE?
 - a. MAS DE 4 VECES A LA SEMANA
 - b. 3-4 VECES A LA SEMANA
 - c. 1-2 VECES A LA SEMANA
 - d. NUNCA
7. ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME OTRO TIPO DE CARNE?
 - a. MAS DE 4 VECES POR SEMANA
 - b. 3-4 VECES POR SEMANA
 - c. 1-2 VECES POR SEMANA
 - d. NUNCA
8. ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS?
 - a. MAS DE 4 RACIONES AL DIA
 - b. 3-4 RACIONES AL DIA
 - c. 1-2 RACIONES AL DIA
 - d. NUNCA
9. ¿QUÉ TIPO DE ACEITE CONSUME HABITUALMENTE?
 - a. ACEITE DE OLIVA
 - b. ACEITE DE SEMILLAS
 - c. ACEITE DE OLIVA Y DE SEMILLAS
10. ¿UTILIZA ACEITE DE OLIVA PARA COCINAR?
 - d. DIARIAMENTE
 - e. 3-5 VECES A LA SEMANA
 - f. 1-2 VECES A LA SEMANA
 - g. MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA
 - h. NUNCA
11. ¿CONSUME NORMALMENTE FRUTOS SECOS?
 - a. MAS DE 5 VECES A LA SEMANA
 - b. 3-4 VECES A LA SEMANA
 - c. 1-2 VECES A LA SEMANA
 - d. MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA
 - e. NUNCA

12. ¿CUÁNTOS HUEVOS CONSUME A LA SEMANA?
 - a. MAS DE 5 HUEVOS A LA SEMANA
 - b. 3-5 HUEVOS A LA SEMANA
 - c. MENOS DE 1 HUEVO A LA SEMANA
 - d. NUNCA

13. ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME EMBUTIDO?
 - a. TODOS LOS DIAS
 - b. 3-5 VECES POR SEMANA
 - c. 1-2 VECES POR SEMANA
 - d. MENOS DE 1 VEZ POR SEMANA
 - e. NUNCA

14. ¿CONSUME NORMALMENTE VINO TINTO (125ML, UN VASITO)?
 - a. MAS DE 7 VASITOS A LA SEMANA
 - b. 4-7 VASITOS A LA SEMANA
 - c. 1-3 VASITOS A LA SEMANA
 - d. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA
 - e. NUNCA

15. ¿CON QUE FRECUENCIA CONSUME PRODUCTOS DE BOLLERÍA INDUSTRIAL?
 - a. DIARIAMENTE
 - b. 3-4 VECES POR SEMANA
 - c. 1-2 VECES POR SEMANA
 - d. MENOS DE 1 VEZ POR SEMANA
 - f. NUNCA

ANEXO 7. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM



COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

DATOS DEL PROYECTO

Título:	"Atención farmacéutica en pacientes con endometriosis: Tratamiento farmacológico, nutricional, calidad de vida y satisfacción con el tratamiento"	
Investigador Principal	Nombre	Correo-e
Dra.	Pilar Zafrilla Rentero	mpzafrilla@ucam.edu

INFORME DEL COMITÉ

Fecha	26/05/2023	Código	CE052309
--------------	-------------------	---------------	-----------------

Tipo de Experimentación

Investigación experimental clínica con seres humanos	
Investigación experimental no clínica con seres humanos	X
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, personas sanas, tejidos embrionarios o fetales	
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos	
Investigación observacional, psicológica o comportamental en humanos	X
Uso de datos personales, información genética, etc.	X
Experimentación animal	
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas	
Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs)	

Comentarios Respecto al Tipo de Experimentación

Nada Obsta

Comentarios Respecto a la Metodología de Experimentación

Nada Obsta





COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

Sugerencias al Investigador

A la vista de la solicitud de informe adjunto por el Investigador y de las recomendaciones anteriormente expuestas el dictamen del Comité es:

Emitir Informe Favorable	X
Emitir Informe Desfavorable	
Emitir Informe Favorable condicionado a Subsanación	
MOTIVACIÓN	
Incrementará conocimientos en su área	

Vº Bº El Presidente,

Fdo.: José Alberto Cánovas Sánchez



El Secretario,

Fdo.: José Alarcón Teruel