

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

en Psicología General Sanitaria



PROGRAMA IMPEtú

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

PARA PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

05/2025

Maria Ferrando Zorío

Tutorización: Sandra Arnáez Sampedro

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO Y DEL PROYECTO.....	2
2.1 Ámbito de actuación: endometriosis.....	2
Concepto y sintomatología.....	2
Categorización.....	5
Prevalencia.....	6
Diagnóstico.....	6
Etiopatogenia.....	7
Prevención y tratamiento.....	7
Intervenciones y programas: un puente al futuro.....	8
2.2 Proyecto profesional.....	11
Contexto y ámbito de actuación.....	11
Recursos y materiales necesarios.....	13
Instrumentos de evaluación.....	14
Temporalización y cronograma de las sesiones.....	15
Evaluación de la propuesta.....	27
Análisis de viabilidad.....	28
Efectos positivos.....	29
Posibles obstáculos y subsanación.....	30
Efectos colaterales.....	31
Aspectos éticos y legales.....	32
3. COMPETENCIAS DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO.....	32
4. DISCUSIÓN.....	33
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
6. ANEXOS.....	43

1. RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta a una proporción significativa de mujeres en edad fértil, hasta un 20%. Además de los síntomas físicos más notorios como el dolor crónico, dispareunia, dismenorrea e infertilidad, estas pacientes también experimentan un impacto considerable en su salud mental, por ejemplo, niveles más altos de ansiedad y depresión, aislamiento social, baja autoestima, problemas de sueño, alteración de la imagen corporal y pensamientos catastrofistas, entre otros. Este complejo entramado de consecuencias físicas y psicológicas exige una intervención holística y multidisciplinar, sin embargo, el abordaje actual se enfoca principalmente en los aspectos médicos, subestimando el impacto profundo en la salud emocional, sexual y social de las pacientes. El programa IMPEtú nace con el propósito de suplir estas carencias y con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de las pacientes afectadas. Este trabajo será llevado a cabo por profesionales de la salud entre los que se encuentran: médico, nutricionista, psicólogo general sanitario y fisioterapeuta. Los grupos constarán de 15 personas que habrán sido seleccionadas después de haber obtenido sus datos personales y la confirmación de diagnóstico, así mismo, se creará un grupo de lista de espera que podrá iniciar el tratamiento cuando el anterior grupo finalice. A partir de la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT), se realizarán 13 sesiones en las que se utilizarán técnicas basadas en la evidencia, tales como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, escaneo corporal, aceptación activa, entre otras. Además, se incluirá una sesión transversal de actividad física al aire libre para promover el bienestar emocional y físico de las participantes. Se espera que las asistentes obtengan herramientas eficaces que puedan implementar en su día a día, cumpliendo así con el objetivo principal del programa.

2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO Y DEL PROYECTO

2.1 Ámbito de actuación: endometriosis

Concepto y sintomatología

La endometriosis (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen ginecológico, caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero (Horne y Missmer, 2022). Este tejido ectópico se comporta de forma similar al endometrio eutópico (el que se encuentra en su localización habitual): se engrosa, degrada y produce sangrado en el ciclo menstrual. Aunque la enfermedad es benigna, desencadena una respuesta inflamatoria

que provoca síntomas principales como dismenorrea, dolor pélvico crónico, dispareunia e infertilidad (Maddern et al., 2020). Sin embargo, los síntomas y las consecuencias de la enfermedad son muy variados y afectan a múltiples aspectos de la vida de las mujeres que la padecen.

Diversos estudios han observado que el dolor impacta significativamente en la calidad de vida de las pacientes y genera dificultades en la regulación emocional. Por ello, la EM suele estar asociada a alteraciones emocionales, altos grados de somatización y sentimientos de incertidumbre. Estas dificultades disminuyen la percepción de control sobre la enfermedad y afectan a la salud mental; de hecho, la ansiedad y depresión son los trastornos que suelen presentar mayor comorbilidad en la EM, con tendencia a manifestarse conjuntamente (Quintero et al., 2017). Con respecto a esto, un estudio longitudinal comparó esta población con un grupo control y concluyó, finalmente, que la EM se asociaba con una elevada probabilidad de desarrollar depresión y trastornos de ansiedad, elevando el riesgo de padecerlas (Chen et al., 2016).

Por otro lado, el estilo de afrontamiento de las pacientes, enfocado en el dolor y en una baja autopercepción para lidiar con la enfermedad, contribuye a un mayor riesgo de sufrimiento psicológico y físico. Así mismo, se han observado niveles más altos de psicoticismo e introversión en comparación con otras condiciones ginecológicas, además de una asociación con el trastorno bipolar. Estas pacientes también presentan baja autoestima, alteración de la imagen corporal y comportamientos agresivos, lo que favorece el aislamiento social (Quintero et al., 2017).

Se ha observado también en diversos estudios que la EM afecta negativamente a la calidad del sueño, especialmente en los casos donde se presenta dolor. Esto señala la necesidad de prestar mayor atención a la cuestión del sueño y el control del dolor en las mujeres con EM (Chaichian et al., 2024). Además, se ha observado que la ansiedad perjudica la calidad del sueño, ya que provoca una reducción del tiempo total de sueño y/o despertares frecuentes, y/o dificultad para conciliar el sueño. También se observa una mayor prevalencia de somnolencia diurna excesiva e insomnio en esta población (Iannuzzo et al., 2024).

Por otro lado, parece ser que el miedo al empeoramiento de una enfermedad crónica e incurable puede activar respuestas de miedo hormonales y cognitivas, asociándose con la fatiga y el insomnio relacionados con la EM, lo que refuerza la relación entre dolor y fatiga. Estas pacientes a menudo interpretan el dolor exacerbado como señal de que la enfermedad está avanzando o dañando órganos internos, lo cual incrementa el temor y la preocupación, conduciendo a una mayor fatiga. Esta fatiga, a menudo influida también por la depresión,

acaba afectando a varios ámbitos del funcionamiento, como el cuidado personal, las actividades físicas y sociales, el estado de ánimo, las relaciones y el trabajo (Pickup et al., 2024). De la misma manera, una revisión sistemática reciente observó que el dolor asociado a la EM impactaba negativamente en actividades esenciales como dormir, comer, moverse, las relaciones sexuales, la expansión de la vejiga y las deposiciones. Por otro lado, varios estudios informan una asociación entre la EM y la migraña, posiblemente debido a los cambios bioquímicos vinculados a la inflamación crónica que acompaña a la enfermedad (Maulenkul et al., 2024).

En el ámbito social, se han informado grandes pérdidas de productividad debidas al absentismo y al presentismo. La evitación (no hablar de su enfermedad) es uno de los mecanismos más utilizados, ya que muchas mujeres temen que los demás piensen que se utiliza la enfermedad como excusa para faltar al trabajo o a sus responsabilidades. Por este motivo, algunas reducen su carga de trabajo, abandonan su empleo si los síntomas son muy graves o desarrollan sentimientos de culpa cuando no asisten al trabajo por dichas causas (Maulenkul et al., 2024).

En cuanto al área sexual, se estima que hasta un 60-70% de las mujeres se quejan de algún tipo de disfunción sexual que afecta a su calidad de vida. De nuevo, el dolor es la causa central de ello, ya que la dispareunia tiene efectos en la disminución del deseo sexual, la excitación, la lubricación y el orgasmo. Este impacto no es solo individual; la dispareunia también se asocia con problemas sexuales en las parejas, provocando un peor desempeño sexual y sentimientos de angustia. Este círculo se retroalimenta y deriva en emociones negativas, alterando incluso las metas reproductivas. Con respecto a esto, hay evidencia suficiente para concluir que la infertilidad puede provocar depresión, sentimientos de inadecuación en las mujeres e incertidumbre, lo que parece empeorar aún más las relaciones sexuales e íntimas, y, a su vez, puede influir negativamente en la autoestima. Todo ello parece crear un entramado complejo de solventar que puede llegar a causar problemas en las relaciones conyugales al ejercer una presión psicológica persistente sobre las pacientes. A esto se le suma una fuerte sensación de estigmatización, invalidación y rechazo por parte de familiares, amigos, colegas, así como por los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria (Maulenkul et al., 2024). En última instancia, todo este engranaje de factores asociados interconectados entre sí acaban influyendo negativamente en la calidad de vida de las mujeres con EM, como puede observarse en la Figura 1.

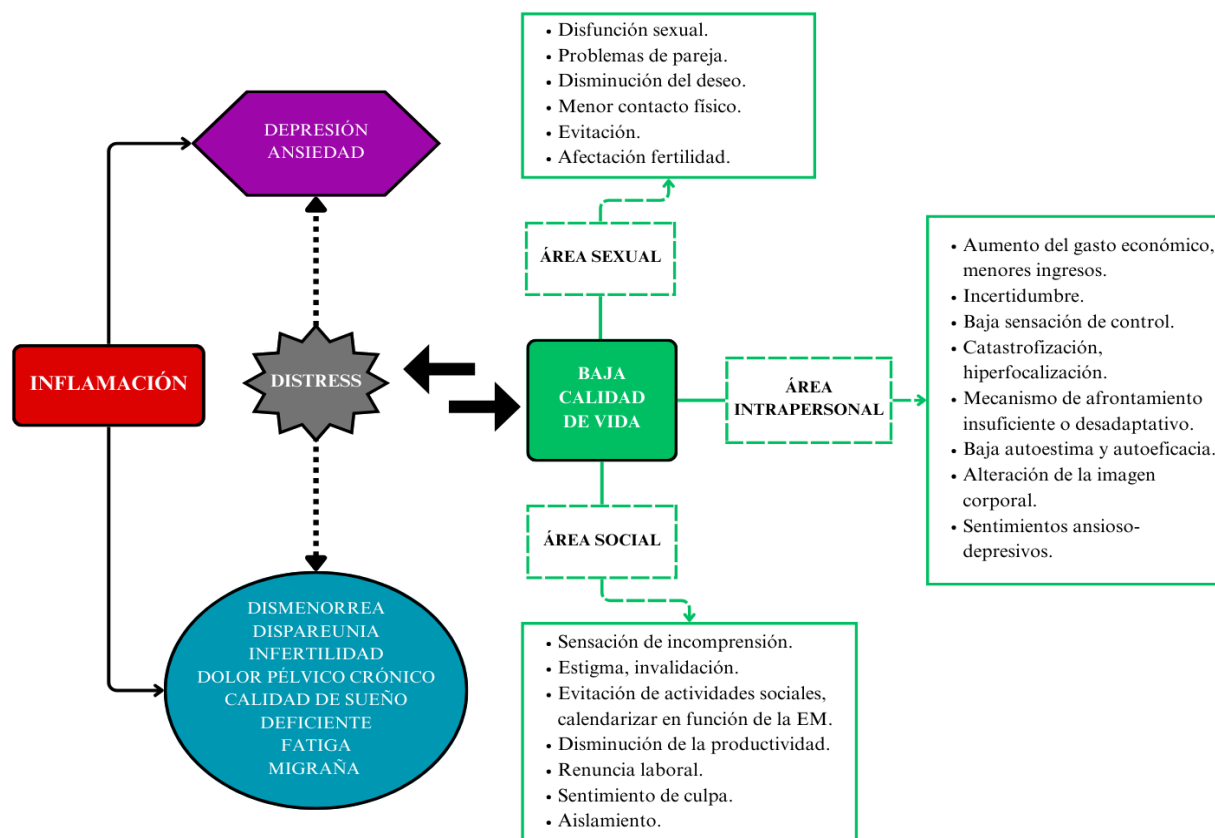


Figura 1. Factores asociados a la EM modificada de Maulenkul et al. (2024).

Categorización

La EM puede dividirse en base a la localización en la que se halla el tejido ectópico, en este caso encontramos: ovárica, peritoneal superficial y pélvica profunda, siendo la primera la más frecuente (Menéndez et al., 2021). Por otro lado, la Sociedad Americana de Fertilidad realizó otra distinción según la dimensión de las lesiones, quedando la enfermedad distribuida finalmente en: I (leve), II (moderada), III (grave) y IV (extensa). Tiempo después, estas puntuaciones fueron revisadas para luego, en 1995, pasar a llamarse la clasificación revisada de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (rASRM). Así mismo, en 2005 se introdujo la clasificación ENZIA con la finalidad de complementar a la anterior en caso de endometriosis profunda invasiva (DIE). Por último, en 2007, se creó la clasificación de la American Association of Gynecological Laparoscopists (AAGL) que cuantifica la extensión de la enfermedad en base a información básica importante así como las dificultades quirúrgicas, sin embargo, todavía no ha sido validada ni publicada. Hasta la fecha, ninguna taxonomía clasifica adecuadamente la EM, siendo la rASRM la más utilizada, pese a que la intensidad del dolor y el nivel de gravedad tienden a no correlacionarse (La Rosa et al., 2020; Lee et al., 2021; Szendei et al., 2005).

Prevalencia

Se estima que la incidencia de esta enfermedad estrógeno-dependiente es alrededor del 10-20% para mujeres en edad fértil, siendo su consecuencia principal una disminución en su calidad de vida debido en gran parte al dolor crónico experimentado, aunque también puede relacionarse con a las dificultades asociadas al diagnóstico, la insatisfacción con el sistema de salud o incluso la carga financiera (Quintero et al., 2017). En este sentido, un artículo de revisión reciente observó que el retraso en el diagnóstico y las altas tasas de recurrencia, llevan a las mujeres a sentirse frustradas y pensar de manera catastrofista, asimismo, un retraso diagnóstico de 3-4 años o más se asocia a una menor calidad de vida (Kufyah y Salem, 2024). Esto es importante tenerlo en cuenta debido a que el retraso del diagnóstico en el caso de la endometriosis es aproximadamente de 7 años (Swift et al., 2024).

Por otra parte, parece ser que el propio estigma sobre la enfermedad añade más dificultad al diagnóstico, ya que se ha observado cómo la familia, amigos o incluso el personal de salud normalizan el dolor o sufrimiento relacionado con la EM. Por ejemplo, en un estudio transversal cualitativo entrevistaron a 50 mujeres de Puerto Rico y observaron, de manera alarmante, que la mayoría de ellas eran tachadas de “changas”, término referido a una persona chillona, llorona o que se queja de todo sin causa aparente (Rivera y Gonzalez, 2021). Esta sensación de incompreensión podría empeorar el estado de ánimo y la calidad de vida de la mujer.

Diagnóstico

Este puede dividirse en cuatro grupos, entre los que se encuentran: clínico, histológico, pruebas de imagen, y laparoscopia. El diagnóstico clínico realiza un historial de síntomas y factores a investigar (antecedentes familiares, menarquía temprana, ciclos menstruales cortos o largos...), así mismo, lleva a cabo un diagnóstico diferencial con el fin de descartar que sean otras patologías las que originen el dolor pélvico. Este diagnóstico bien realizado llega a tener una sensibilidad alrededor del 80%, sin embargo, la ausencia de estos signos no descarta la enfermedad, al igual que sucede con el diagnóstico histológico. Las pruebas de imagen, por su lado, utilizan la ecografía, muy útil para excluir endometrioma ovárico, o la resonancia magnética, realizada cuando la ecografía no es concluyente. Por último, la laparoscopia, considerada el “gold standard”, permite visualizar las lesiones y llegar a un diagnóstico definitivo, sin embargo, conlleva una serie de desventajas, ya que supone un riesgo quirúrgico y un gasto económico, entre otras (Beltrán, 2021).

Etiopatogenia

No se sabe con exactitud cuál es la causa y origen de la enfermedad, pero existen dos vertientes principales: la teoría del desarrollo in situ y la teoría de la implantación. La primera teoría parte de la idea de que estos tejidos se originan ya en el lugar, a partir de un origen embriológico o por metaplasia. La segunda teoría, también llamada menstruación retrógrada, formula la idea de que el tejido se genera en el útero pero se desplaza luego a otro lugar. Esta teoría es la más aceptada aunque ninguna de las dos explica al completo la causa de la enfermedad, por lo que partimos, entonces, de una base multifactorial que encaja a su vez con la heterogeneidad sintomática que se observa (Beltrán, 2021). Por ejemplo, se conoce que factores mecánicos implicados en procesos inmunitarios pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad, así como otros factores etiológicos, como son los pesticidas, algunos conservantes, dioxinas, etc (Szendei et al., 2005). Sin embargo, es importante destacar que parece haber una fuerte influencia genética, ya que estudios de gemelos sugieren el 47-51% de la heredabilidad total con un 26% de variabilidad genética (Horne y Missmer, 2022).

Prevención y tratamiento

Hasta este momento, no existe cura para la enfermedad ni parece haber una forma de prevenirla, ya que, como bien se ha explicado anteriormente, se desconoce con exactitud su etiopatogenia, tratándose, además, de una enfermedad compleja con muchos factores contribuyentes. Actualmente, la forma de abordaje es principalmente médica, como la extirpación quirúrgica de las lesiones, analgésicos o tratamientos hormonales, como se observa en la *Guía de Atención a las Mujeres con Endometriosis* del Sistema Nacional de Salud (SNS), sin embargo, los tratamientos convencionales suelen asociarse a efectos adversos y los síntomas de dolor pueden reaparecer a pesar del tratamiento. Esta situación lleva a que muchas pacientes sientan que su enfermedad no es tomada en serio, lo que genera en ocasiones la elección de remedios caseros o medicina complementaria alternativa (Schwartz et al., 2019).

Además, tal y como hemos visto con anterioridad, la EM afecta a todas las áreas de la vida de la persona que lo padece, siendo especialmente importante la parte emocional y psicológica, por ello, urge la necesidad de cambiar el foco de un abordaje rígido y unimodal a otro integral y multidisciplinar, como ya ha sido expuesto en diversos artículos (Agarwal et al., 2019; Agarwal et al., 2021; Fang et al., 2018; Horne y Missmer, 2022; La Rosa et al., 2020 ; Quintero et al., 2017; Ruszala et al., 2022).

Hasta el momento se han desarrollado diversas intervenciones y programas para abordar la EM, aunque algunos de ellos se encuentran todavía en fase de prueba. Estos programas se centran principalmente en las siguientes áreas: intervención psicológica, ambiente enriquecido, actividad física y nutrición.

Intervenciones y programas: un puente al futuro

Desde 2001 en Brasil se lleva a cabo un *Grupo de Apoyo Psicológico y Fisioterapéutico para Mujeres con Endometriosis* (GAPFAME) complementario al abordaje médico habitual, estructurado dentro de la terapia cognitivo-conductual (TCC) junto con otras intervenciones multidisciplinarias para el dolor crónico. Además, en la intervención psicológica se tratan temas como: autoconocimiento, correlación mente-cuerpo, aceptación, significado y afrontamiento de la enfermedad y el dolor, estrés, manejo de los síntomas, tratamientos disponibles y sexualidad, entre otros. Los resultados son favorables, ya que al finalizar la intervención se observa una reducción significativa en las puntuaciones tanto de dolor como de los síntomas depresivos (Lorençatto et al., 2007). Otro programa aboga por la inclusión de la intervención psicológica en programas de tratamiento multimodal, como es el caso del *Programa Grupal de Terapia Cognitivo-Conductual y Mindfulness para Personas con Endometriosis*, que demostró altos niveles de aceptabilidad y mejora de todos los dominios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), así como la mejora de la autoimagen, concluyendo que la TCC y la atención plena son más eficaces que la atención habitual (Mitchell, 2024). Así mismo, otro estudio realizado en base a la intervención breve basada en Mindfulness (bMBI) observó mejoría en la salud mental y en el dolor en comparación con la atención médica estándar (Moreira et al., 2022). Por otro lado, un innovador protocolo pretende incluir ocho módulos de TCC a través de internet, centrándose en la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la regulación de las emociones, con retroalimentación por escrito de manera semanal a cargo de un terapeuta (Schubert et al., 2022).

Asimismo, una revisión sistemática demostró que la psicoeducación sobre la EM y sus repercusiones es una intervención valiosa y eficaz, y sugiere, además, que las intervenciones tanto para el dolor como para el malestar psicológico incluyan elementos de la TCC, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la reducción del estrés basada en el mindfulness (MBSR), bien sea solas o acompañadas (Van Niekerk et al., 2019). Por otra parte, un estudio cualitativo expone la falta de información en los centros sanitarios, cuyo resultado genera una búsqueda propia de estrategias de autogestión. Esta problemática debe

ser abordada con el fin de compensar la contradicción a la que se ven expuestas las pacientes, para ello es necesario mejorar la comunicación, crear programas de promoción de la salud, grupos de apoyo para facilitar un estilo de afrontamiento adaptativo y mejorar la cooperación entre los profesionales de la salud (Márki et al., 2022). Así mismo, debemos contar con respuestas basadas en la evidencia sobre la eficacia de la medicina complementaria alternativa (MCA), con la finalidad de que las pacientes que deseen optar por estos recursos puedan obtener un tratamiento de calidad. Por ejemplo, una reciente revisión sistemática realizada por Lima et al. (2023) concluyó que la acupuntura parece ser un tratamiento eficaz para pacientes con EM ya que la excitación de receptores y fibras nerviosas lleva a la liberación de opioides endógenos y produce, como consecuencia final, un alivio continuo del dolor.

Por otra parte, parece que otorgar a las pacientes un ambiente enriquecido, como puede ser zonas al aire libre, ayuda a favorecer el bienestar emocional de las asistentes, por ejemplo, De Hoyos et al. (2023) adaptó y probó la eficacia de una intervención de enriquecimiento ambiental sobre el dolor pélvico, la salud mental, el estrés percibido, la CVRS y la inflamación sistémica en pacientes con endometriosis, siendo los resultados de tal programa significativamente favorables. Estos resultados van de la mano de otro estudio piloto realizado por Nieves et al. (2023) que concluyeron que el ambiente enriquecido tiene potencial para integrarse en el tratamiento clínico de pacientes con EM y otros trastornos inflamatorios y dolorosos.

En cuanto a actividad física y endometriosis, encontramos dos protocolos a la espera de resultados. Este es el caso del programa Physio-EndEA, un programa de 1 + 8 semanas de ejercicio terapéutico desarrollado por un equipo de investigación multidisciplinar de expertos en fisioterapia y ginecología (Salinas et al., 2022). Por otro lado, encontramos el programa CRESCENDO, donde se incluye tanto actividad física (yoga, pilates, cardio...) como educación sobre los síntomas de la EM por videoconferencia. Esto está basado en la literatura científica reciente en la que se enfatizan los efectos beneficiosos de la actividad física regular y adaptada en pacientes con enfermedades crónicas. En cuanto a la educación, organizan sesiones con varios especialistas en la enfermedad, desde un experto en dolor hasta un micronutricionista o fisioterapeuta (Escriva et al., 2023). De igual modo, otro protocolo que combinó intervención física y psicológica resultó ser eficaz para reducir el estrés percibido, normalizar los niveles de cortisol, aumentar la vitalidad y mejorar el funcionamiento físico (Petrelluzzi et al., 2012).

Para finalizar con este bloque, varios estudios han investigado la práctica de yoga en esta población; por ejemplo, Gonçalves et al. (2017) observaron una reducción significativa de los niveles de dolor pélvico crónico, así como una mejora de la calidad de vida en mujeres con EM. Así mismo, otro estudio piloto que incluía ocho semanas de terapia convencional seguido de ocho semanas de yoga demostró mejoría en la calidad de vida, con una disminución del dolor y la intensidad del sangrado (Ravins et al., 2023). Además, una revisión sistemática realizada por Evans et al. (2019) concluyó que intervenciones “Psychological and mind-body (PMB)” que incluyen psicoterapia (p.ej., TCC) junto con otras de mente-cuerpo (p.ej., mindfulness, yoga, hipnosis) son prometedoras para tratar el dolor, la ansiedad, los síntomas depresivos, el estrés y la fatiga relacionados con la EM, siendo especialmente relevante en el primer caso. Por todo ello, se recomienda a las mujeres con endometriosis que practiquen yoga para reducir el dolor y el estrés y mejorar su calidad de vida.

En cuanto a la nutrición, varias son las investigaciones que se han llevado a cabo para evaluar tanto factores de riesgo como tratamiento. Por ejemplo, una revisión reciente concluye que el consumo de grasas trans, ácido palmítico y la carne roja está asociado a mayor riesgo de EM, mientras que alimentos de origen vegetal, en especial la fibra, los antioxidantes y la vitamina D pueden tener efectos interesantes tanto para la prevención como para el tratamiento (Barnard et al., 2023). Otra revisión sostiene que la modificación de hábitos alimenticios puede ayudar a reducir los niveles de marcadores inflamatorios, que suelen estar elevados en la EM, además, una alimentación adecuada podría minimizar también los efectos de las prostaglandinas las cuales se relacionan con el dolor, en este aspecto, dos metaanálisis sugieren que las vitaminas antioxidantes pueden aliviar el dolor experimentado reduciendo la respuesta inflamatoria (Oszajca y Adamus, 2024). En otras palabras, nuestra alimentación es un factor modificable que mejora nuestra salud otorgándonos una vida más plena, es por ello que este podría ser un enfoque asequible y accesible, ya que podríamos influir en la acción hormonal, los procesos inflamatorios y la función inmunitaria, relacionado con la patogénesis y la sintomatología de la EM (Türkoğlu et al., 2024).

Recapitulando, se concluye que la EM afecta de manera significativa a diversos aspectos de la calidad de vida, con un impacto importante en el área física debido al dolor crónico y otros síntomas debilitantes. Sin embargo, la afectación psicológica es igualmente relevante, ya que las pacientes suelen experimentar altos niveles de ansiedad, depresión y estrés, que no solo repercute en su bienestar emocional, sino que también afecta

profundamente a su vida social, laboral, y sus relaciones interpersonales (Kufyah y Salem, 2024). Es por ello, que un abordaje multidisciplinar se torna necesario para poder ofrecer a las pacientes una mejora real, eficaz y sostenida en el tiempo.

2.2 Proyecto profesional

El proyecto de *Intervención Multidisciplinar para Pacientes con Endometriosis (IMPEtú)* parte del deseo de unir las bases de los programas expuestos con anterioridad que han demostrado una mejora en la calidad de vida de las personas con EM, tanto con la intensidad del dolor como con otras sintomatologías como lo es la ansioso-depresiva.

El objetivo general, por tanto, es desarrollar y ofrecer un programa de intervención multidisciplinar para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de las pacientes con EM, teniendo en cuenta el gran impacto que tiene esta enfermedad en todas las áreas de la vida. Esto incluye como campo de acción la salud emocional, sexual, la actividad física, etc., ofreciendo una intervención holística a una enfermedad que requiere de un amplio espectro de conocimiento. Los objetivos específicos de cada sesión van desde reducir la incertidumbre o prever estilos de afrontamiento adaptativos hasta ampliar la red de apoyo. Para una información más detallada, los objetivos a trabajar en cada sesión pueden observarse en una tabla resumen del programa en Anexo 1.

Contexto y ámbito de actuación

La implementación del programa IMPEtú se propondrá para la **Asociación de Afectadas de Endometriosis de Valencia (AAEV)**, lo cual permitirá tanto acercarnos a nuevas pacientes como proporcionar a las asociadas una posibilidad de intervención gratuita. Así mismo, fomentará la coordinación y cooperación con las propias afectadas, haciendo más visible la enfermedad y aumentando su sensación de control. Además, se establecerá contacto con la Unidad de Patología Ovárica y Endometriosis de Generalitat Valenciana, que se encuentra ubicada en el Hospital La Fe de Valencia, para facilitar la derivación de pacientes y llevar a cabo la primera sesión informativa.

Pese a que el programa es multidisciplinar, el presente trabajo se centra en la parte psicológica, puesto que las pacientes ya vendrán con un diagnóstico y una medicación acordada según sus preferencias o situaciones vitales. Es por ello que la sesión uno tratará temas médicos no resueltos o alternativos que no se hayan tenido en cuenta con anterioridad, así como un nutricionista que aporte una visión novedosa de la enfermedad, sin embargo, esto

no pretende sustituir la educación e información que debe darse en los centros de salud tras el diagnóstico, sino más bien, funciona como complementación a ésta, siendo así un trabajo conjunto con otros profesionales de la salud (véase Figura 2).

El programa será publicitado mediante folletos, trípticos y carteles en el Ayuntamiento de Valencia y sus alrededores, así como en la AAEV y centros de salud públicos y privados, considerándose una intervención complementaria a la atención habitual que es fundamentalmente médica. Las pacientes podrán solicitar su plaza escaneando un código QR que aparecerá en los recursos publicitados, el cual las dirigirá a un cuestionario en línea donde deberán completar su información personal y dar su consentimiento informado.

Una vez verificados los datos y confirmado el diagnóstico, se procederá a formar un grupo con un máximo de 15 participantes. Cuando el grupo esté cerrado, las solicitantes serán notificadas por correo electrónico, con la opción de unirse a un grupo de WhatsApp creado con el fin de informarles sobre horarios, materiales y herramientas. Esta información también podrá ser enviada por correo electrónico según las preferencias de cada participante. El programa comenzará el lunes, una vez todas las participantes hayan confirmado su asistencia. En caso de no recibir respuesta por parte de las potenciales participantes en un plazo de 15 días, se ofrecerá la plaza a la siguiente persona en la lista de espera, con el fin de asegurar fluidez en el proceso de admisión.

En cuanto a las necesidades económicas, el programa será financiado por la Generalitat Valenciana con la finalidad de que todas las pacientes interesadas puedan participar, independientemente de su situación y estatus socioeconómico. Esto permitirá garantizar la inclusión y promover la equidad entre las participantes.

Para finalizar, el programa se llevará a cabo en las propias instalaciones de la asociación AAEV, a excepción de las sesiones de actividad física que se realizarán al aire libre, concretamente en el cauce del río Turia de Valencia, así como las sesiones de mindfulness que se llevarán a cabo en la Playa de la Malvarrosa de Valencia. Para ello, será necesario establecer un punto concreto y asegurarse que la zona está bien comunicada, limpia, segura y sin tránsito excesivo.

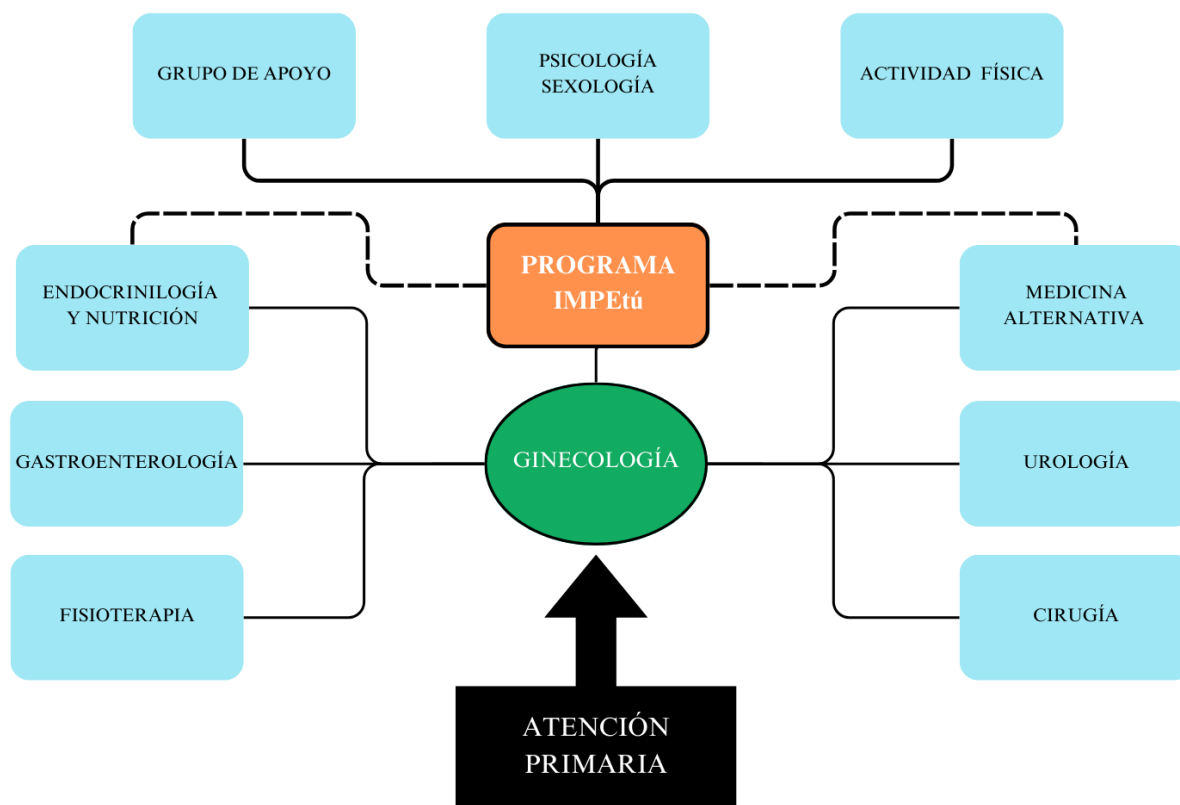


Figura 2. Propuesta de Intervención Multidisciplinar en Pacientes con EM basado en el modelo de atención multidisciplinar de la endometriosis del Centro de Investigación y Tratamiento de la Endometriosis de la Universidad de California en San Diego (Agarwal et al., 2019).

Recursos y materiales necesarios

Para llevar a cabo el programa, se requerirá una sala amplia y bien iluminada donde haya una pizarra que se pueda utilizar tanto para apuntar ideas o explicaciones básicas como para proyectar las diapositivas de cada sesión. Se necesitará también tiza y borrador, bolígrafos, una libreta pequeña (Anexo 2) para cada asistente, agua, teléfono móvil y los cuestionarios para realizar tanto la evaluación del programa como el seguimiento. Así mismo, para la difusión del programa será necesario folletos, trípticos y carteles con código QR que lleve al usuario al cuestionario explicado con anterioridad. Los trípticos serán utilizados mayoritariamente en las salas de ginecología tras el diagnóstico confirmatorio de EM y se otorgará como una intervención coadyuvante a la que se lleve a cabo a nivel médico. Así mismo, se enviarán varias sesiones grabadas de meditación, para que puedan recurrir a ellas en caso de desearlo, así como otros materiales explicativos de las sesiones trabajadas.

Instrumentos de evaluación

Endometriosis Health Profile (EHP-30; Jones et al., 2001). Se trata de una escala de 30 ítems con cinco subescalas que abarcan: dolor, control e impotencia, apoyo social, bienestar emocional y autoimagen. Además, se aplicará la opción suplementaria de 23 ítems que cubren áreas de trabajo, relación con los hijos, relación sexual, sentimientos sobre la profesión médica, sobre el tratamiento y sobre la infertilidad. Para ello, se pide a la participante que puntúe la frecuencia con la que ha aplicado cada afirmación en las últimas 4 semanas, en una escala Likert de 5 puntos, siendo 0 “*nunca*” y 4 “*siempre*”. Se calcula una puntuación total de 0 a 100 para cada una de las cinco escalas básicas y los módulos adicionales. Puntuaciones más altas indican una CVRS más baja (Mitchell, 2024).

Pain Catastrophizing Questionnaire (PCS; Sullivan et al., 1995). Es un instrumento de 13 ítems derivado de las definiciones de catastrofización ante el dolor descritas en la literatura, así como de ítems de la subescala de catastrofización del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Rosenstiel y Keefe, 1983). Las instrucciones del cuestionario piden a los participantes que reflexionen sobre experiencias dolorosas pasadas y que indiquen el grado en que experimentaron cada uno de los 13 pensamientos o sentimientos al experimentar dolor, en escala Likert de 5 puntos siendo 0 “*en absoluto*” y 4 “*todo el tiempo*”. Finalmente, se proporciona una puntuación total, oscilando entre 0 y 52, así como tres puntuaciones de subescala que evalúan la rumiación, la magnificación y la impotencia (Sullivan et al., 1995).

Cognitive and Mindfulness Scale, revisado (CAMS-R; Feldman et al., 2007). Se trata de un cuestionario de 12 ítems que recogen diferencias individuales en la atención plena cotidiana, tanto la atención centrada en el presente, como la conciencia o la aceptación sin prejuicios de pensamientos y emociones. Estos ítems tipo escala Likert, son afirmaciones sobre cómo la persona se relaciona con sus pensamientos y sentimientos, por lo que los participantes deben contestar si se aplica a ellos, siendo 0 “*en absoluto*” y 4 “*casi siempre*”. Se trata, pues, de una evaluación independiente de la atención plena útil tanto para la investigación observacional como para la intervención con muestras clínicas y no clínicas (Feldman et al., 2022).

Así mismo, al acabar el programa se pedirá a las asistentes que rellenen un cuestionario creado ad hoc para evaluar la satisfacción con el programa. Específicamente se evaluará: la eficacia del programa para ayudarles a gestionar experiencias emocionales y síntomas físicos relacionados con la EM, relación calidad-tiempo del programa, la intensidad

del esfuerzo requerido por su parte para finalizarlo, la satisfacción general, y si lo recomendarían a otras personas que padecen su enfermedad. Finalmente, se incluirá un espacio para que las participantes puedan expresar dificultades, inconformidades, sugerencias o propuestas de mejora. El objetivo es obtener retroalimentación que permita ajustar el programa IMPEtú a las necesidades específicas de la población destinataria.

Temporalización y cronograma de las sesiones

El programa IMPEtú constará de 13 sesiones, una de ellas de carácter transversal. Las sesiones durarán entre 50 y 90 minutos, y se realizarán todos los lunes a las 19:00h en la AAEEV, a excepción de las sesiones de mindfulness que se realizarán en la Playa de la Malvarrosa y la sesión transversal que se llevará a cabo todos los martes y jueves de la semana a las 18:00h en el Parque del Río Turia. El programa de intervención reúne a un equipo multidisciplinar altamente cualificado, cada uno con un rol específico para garantizar un enfoque integral y personalizado a las necesidades de las participantes. Por un lado, un médico especialista en ginecología y obstetricia aportará información valiosa sobre la enfermedad, sus síntomas y las opciones médicas disponibles, mientras que un nutricionista brindará información relevante sobre el impacto de la alimentación en la endometriosis. Así mismo, el Psicólogo General Sanitario (PGS) diseñará e implementará la intervención psicológica del programa. Su enfoque incluirá técnicas basadas en evidencia, que aborden aspectos emocionales y relacionales, incluyendo la gestión del estrés y la mejora de la sexualidad y autoestima. Para finalizar, un monitor de actividad física adaptada (AFA) guiado por un fisioterapeuta experto en dolor crónico dirigirá sesiones de yogalates y cardio, orientadas a mejorar la movilidad, aliviar el dolor y fomentar el bienestar físico y emocional de las participantes.

A continuación, se detallan cada una de las sesiones y se concreta su objetivo general. Otros elementos extra; objetivos específicos, duración de cada una de las sesiones, etc., pueden observarse en el Anexo 1.

Sesión 0. Charla de Bienvenida

El **objetivo general** de esta sesión es recoger información sobre las participantes, dar a conocer el trabajo multidisciplinar y su importancia en la EM, así como hacer que las intervinientes del programa se conozcan entre ellas. Un PGS especializado en dolor crónico, y, más concretamente en EM, estará a cargo de todas las sesiones del programa salvo aquellas en las que se indique lo contrario, cuyas especificaciones se detallarán en la sesión a abordar.

En este caso, el PGS realizará una pequeña charla sobre el trabajo multidisciplinar y la importancia de este enfoque en el abordaje de la EM. Seguidamente, cada una de las asistentes se presentará y se realizará una pequeña dinámica para favorecer la cohesión grupal. Para finalizar, las participantes deberán completar los cuestionarios de evaluación.

A partir de aquí y durante el resto de las sesiones, se les otorgará unos minutos restantes al finalizar para que puedan rellenar un pequeño cuaderno que se les dará en esta sesión. Se pretende con ello que tengan un espacio donde puedan apuntar sus impresiones de la sesión, breves resúmenes sobre lo aprendido, dudas, respuestas, etc... En general, se busca la idea de que reflexionen y tomen un papel activo en el programa, y, del mismo modo, puedan observar su propio progreso o recurrir a estos aprendizajes y herramientas si en un futuro les hiciera falta. Así mismo, se les dará acceso a materiales didácticos trabajados (meditaciones, autorregistros...) conforme vaya siendo necesario y se les propondrá tareas para casa.

Sesión 1. Endometriosis desde una perspectiva integral.

El **objetivo principal** de esta sesión es despejar dudas médicas y nutricionales así como ofrecer alternativas (Medicina Complementaria Alternativa - MCA) que las pacientes puedan introducir en su vida cotidiana. Para ello, un médico especialista de la Unidad de Patología Ovárica y Endometriosis y un nutricionista especializado en pacientes con endometriosis realizarán una charla sobre sus respectivos campos. Posteriormente, habrá un espacio libre para preguntas. Esta sesión tratará sobre todo temas como: relación de la EM con la infertilidad, alimentos a reducir o a aumentar su consumo, suplementos, ejercicio físico, búsqueda de otros profesionales en caso de necesitarlo, etc. Es de destacar que el abordaje de la infertilidad será tratado desde una perspectiva médica, tratándolo simplemente como una posible consecuencia y otorgando un espacio fuera del programa para aquellas pacientes que deseen abordarlo en profundidad. En este caso, se dejará de lado la parte psicológica debido a la complejidad que conlleva, además, se tiene en cuenta que puede no afectar a todas las mujeres por igual y podría actuar como un trigger, llegando a herir la sensibilidad de las asistentes. Para finalizar, se hablará sobre la MCA, con el fin de otorgar a las pacientes diversas opciones de tratamiento y alivio sintomático, como puede ser la acupuntura.

Sesión 2. Del análisis a la acción.

El **objetivo general** de esta sesión es promover un estado de acción, donde las asistentes adopten un estilo activo en cuanto a su enfermedad. Se iniciará la sesión con una entrevista motivacional a modo grupal, exponiendo a su vez todas las etapas de cambio

propias de los procesos de aprendizaje. Así mismo, se llevará a cabo la metáfora del jardín *“La vida es como un jardín con muchas flores, cada flor representa algo importante para tí, por eso hay que regarlas, cortarlas, cuidarlas. ¿Cuáles son las flores de tu jardín y qué haces para cuidarlas?”*. A través de esta idea, cada una de ellas irán definiendo sus prioridades, valores y metas. Seguidamente, se llevará a cabo la metáfora del lodo *“para llegar hasta aquella montaña que vemos desde nuestra posición, encontraremos barro, charcos, hoyos... etc. ¿estás dispuesto a llenarte de barro?”*, para vincularse con las acciones necesarias para conseguir lo que se proponen (Padilla, 2014).

Finalmente, reflexionarán y anotarán su objetivo principal durante este programa, así mismo, realizarán un contrato como símbolo de compromiso con ellas mismas y su proceso activo con el programa.

Sesión 3. El impacto psicológico en la salud.

El **objetivo central** en esta sesión es hablar sobre la influencia psicológica en el bienestar en este tipo de población y otorgar herramientas basadas en la evidencia para su salud emocional. De esta forma, se realizará una psicoeducación con todos los síntomas psicológicos comórbidos y se hablará sobre la regulación emocional e higiene del sueño (HS), del mismo modo, se incluirán consejos o herramientas para mejorar el ámbito tratado.

Se explicará también sobre los círculos viciosos entre dormir mal, fatiga, ansiedad/depresión, pensamientos negativos, dolor y como consecuencia final, el malestar general. Así mismo, se enfatizará en la importancia de cortar mediante cambios conductuales estos bucles que afectan a nivel emocional y físico, por ejemplo, con la inclusión de la actividad física para el dolor y/o sentimientos ansioso-depresivos, la reestructuración cognitiva para ciertas creencias que impulsan pensamientos negativos o incluso el mindfulness como práctica para la rumiación o catastrofización.

Asimismo, se ofrecerán algunas recomendaciones relacionadas con prácticas y factores ambientales que podrían impactar en la calidad del sueño, en concreto, se les presentarán una lista de diez ítems a evitar o mantener, que sirven como base para la higiene del sueño (Anexo 3). Para finalizar, se dejarán unos minutos para preguntas que puedan tener las asistentes, así como para rellenar su cuaderno con información que les pueda ser de utilidad o reflexiones propias.

Sesión 4. Habitar el dolor a través de la atención plena [Mindfulness I]

El **objetivo central** de esta sesión es enfatizar en la relación entre distrés y dolor, así como introducir la herramienta del mindfulness como posible regulador entre ambas variables. Para ello, un PGS especializado en mindfulness para dolor crónico realizará esta

sesión, abordando, primeramente, una psicoeducación sobre el estrés y sus tipos, las diferencias entre ellos, la parte adaptativa de éste y las consecuencias negativas de un distrés continuado en el tiempo. Seguidamente, se adentrará en la importancia de la regulación emocional y cómo la atención cumple un papel importante en ello, por otro lado, se tratarán temas como dejar ir los pensamientos o sensaciones y la aceptación de éstos conforme aparecen. Así pues, se introducirá la herramienta del mindfulness, qué es y qué no es, así como explicar, en base a sus mecanismos de acción, para qué nos puede ayudar, tanto en la vivencia con la endometriosis como en general, para la vida.

Para finalizar, se realizará una sesión de mindfulness centrada en la atención, primero se focalizará en la respiración y seguidamente se llevará a cabo un escáner corporal, siendo esta parte de la sesión de quince minutos. Al acabar, se pedirá a las asistentes que pongan en su cuaderno cómo se han sentido durante la meditación, si hay diferencias en cuanto al inicio de ésta y qué se llevan positivo que puedan implementar a partir de ahora. Esto se utilizará para que ellas mismas pongan el foco en cómo han procesado la sensación de habitar el dolor o las emociones, observar los pensamientos negativos, dejarlos ir, etc.

Sesión 5. Consciencia vs inconsciencia [Deconstrucción del pensamiento I]

El **objetivo central** de esta sesión es entender los pensamientos automáticos, cómo detectarlos y ser conscientes de ellos para que estos no guíen ni determinen nuestras emociones o acciones. En esta sesión se realizará una psicoeducación en la que se tratarán temas como los pensamientos automáticos negativos (PANs), la influencia de tales pensamientos en nuestras acciones, emociones, sentimientos incluso en la percepción y afrontamiento del dolor, del mismo modo, se explicará la retroalimentación entre PANs - depresión - ansiedad y viceversa. Para finalizar, se hablará sobre distintas formas de lidiar con dichos pensamientos, siendo, para empezar, plenamente conscientes de ellos (aquí se traerá de nuevo el concepto de mindfulness tratado en la sesión anterior) y pudiendo decidir qué hacemos con ellos y el significado que les otorgamos.

Se pretende desdramatizar los pensamientos devolviéndoles la magnitud que realmente tienen (*“son solo pensamientos”*), del mismo modo, se persigue un cambio de actitud ante ellos (*“no son ni buenos ni malos, simplemente son”*), así como una transformación en la sensación de control de las pacientes (pasar de un locus externo a uno interno). Una vez expuesto este tema, y a partir de algunos pensamientos que hayan salido en la sesión, se introducirá la reestructuración cognitiva grupal, haciendo énfasis en creencias comunes que parecen tener. En este sentido, se distinguirá entre racional e irracional, dando

varios ejemplos para que las asistentes vean las diferencias entre ambos, del mismo modo, también se hablará sobre los pensamientos útiles y aquellos que no lo son.

Seguidamente, se expondrá un ejemplo práctico de “Maria”, una paciente ficticia (Figura 3), para indagar en cómo los pensamientos pueden influir en las propias emociones y en el estado de ánimo general si estos se mantienen en el tiempo. Con este punto de partida, se llevará a cabo un debate abierto donde comentarán cómo cada uno de sus propias interpretaciones (sobre todo las referidas al dolor) puede estar influyendo en su estado emocional. Para finalizar, se introducirá el modelo ABC a partir de un pensamiento común que elijan las participantes, donde seguiremos una tabla con la finalidad de hacerlo todo más visual y permitir un mejor aprendizaje. Se propondrá, a su vez, alternativas en cuanto a “B” con el fin de observar si esto generaría un cambio en las consecuencias de dicha situación.



Figura 3. Ejemplo Práctico de la Relación entre Pensamiento y Emoción.

Sesión 6. Volviendo a la raíz [Deconstrucción del pensamiento II]

El **objetivo principal** de esta sesión es modificar el proceso natural del pensamiento de uno desadaptativo a uno adaptativo, con el propósito final de mejorar el estado anímico. Para ello, se llevará a cabo una introducción y recapitulación de todo lo visto en la sesión 5, pues ésta consiste en su segunda parte. De forma abierta y didáctica, se propondrá a las participantes que nos cuenten qué recuerdan y qué aprendieron, del mismo modo, se volverá a traer de vuelta conceptos básicos necesarios para poder seguir con la reestructuración cognitiva, llegando al modelo ABCDE (Anexo 4).

Así mismo, se utilizarán los pensamientos que se expongan para explicar diferentes distorsiones cognitivas como la catastrofización, magnificación o minimización, personalización, razonamiento emocional, lectura mental, etiquetado, imperativos o los “debería” (Beck y Greenberg, 1984).

Se finalizará la sesión con una puesta en común sobre la influencia de nuestras creencias y pensamientos sobre nuestro estado emocional, haciendo énfasis en la idea de que, podemos pensar que es el acontecimiento el que activa per se las consecuencias, sin embargo, y como se observa a través del modelo, es más la interpretación que se hace de “A” lo que influye en “C”. Por todo ello, la importancia de relativizar, reorganizar y reencuadrar aquello que se jura como cierto, pues puede estar influenciado por propios esquemas rígidos que impiden un acercamiento al problema más eficaz y adaptativo. Además, se animará a las participantes a que prueben a realizar experimentos conductuales (probar una acción distinta a la habitual y ver si cambia el resultado) y actuar en contra de la emoción, con el fin de cortar los bucles que se retroalimentan entre sí.

Sesión 7. Herramientas de afrontamiento para la vida cotidiana.

El **objetivo principal** de esta sesión es proporcionar formas de afrontar las distintas situaciones a las que puedan verse expuestas las pacientes en su vida cotidiana, sobre todo aquellas relacionadas con el dolor y su enfermedad. Esta empezará con una pequeña introducción sobre los problemas cotidianos y la importancia de nuestro afrontamiento a la hora de las consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, para ello, se enfatizará en la idea de que los problemas son repercusiones propias de la vida, desdramatizando así el acercamiento a ellos y promoviendo una visión más positiva y activa.

Así mismo, se hará una pequeña conceptualización sobre constructos clave como: problema, solución, estrés, afrontamiento, emoción y cómo estos se ven influidos o tienen relación con el malestar emocional incluso físico. Algunos de ellos ya habrán sido explicados en sesiones anteriores (p.ej., emoción), por lo que se aprovechará esta sesión para traer de vuelta el concepto y solidificar el aprendizaje. Por consiguiente, se hablará de la técnica de resolución de problemas de D’Zurilla que se implementará, cuyo pretexto final es poner en marcha herramientas sólidas y efectivas para cada tipo de situación. En este sentido, también será necesario introducir otros constructos que faciliten la comunicación como: percepción, atribución y valoración del problema, modificable versus no modificable, control personal (locus de control interno/externo), etc. Seguidamente, y basándonos en lo expuesto por Bados y Garcia (2014), se utilizará el siguiente esquema:

1. Definición y formulación del problema. En esta etapa es fundamental la recogida de

información, comprensión del problema y el establecimiento de metas realistas. La solución final escogida dependerá en gran parte del objetivo principal de cada persona, por tanto ha de adaptarse a la idiosincrasia de cada individuo. Así mismo, será importante considerar los beneficios y costos que tendrá resolver el problema en oposición a no hacerlo (véase Anexo 5).

2. Generación de soluciones alternativas. Se debe dar soluciones específicas, por ejemplo, a través de una lluvia de ideas que tendrá tres puntos claves: cantidad (cuanto más mejor), variedad y originalidad. En este punto no se trata de proponer soluciones meramente factibles o totalmente lógicas, si no dejar salir cualquier idea que pueda servir como base a la solución final.
3. Toma de decisión. Aquí se realiza una criba preliminar, así mismo, se plantean los beneficios y dificultades de cada una de las soluciones, usando una tabla similar a la anterior. Para ello, también puede utilizarse cuatro criterios propuestos por D’Zurilla: resolución del problema, bienestar emocional, tiempo/esfuerzo y bienestar personal/social general.
4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. Esta etapa consistirá en explicar cómo pueden evaluar la solución elegida como, por ejemplo, a través del autorregistro, del mismo modo, será importante comentar la importancia del feedback continuo y de la corrección en caso en que los resultados no sean favorables.

Es importante recalcar que no todos los problemas van a poder ser atendidos a través de esta técnica, ya que de ser un problema estructural o de gran magnitud y complejidad será necesario la terapia individualizada con el fin de llegar a la raíz del problema y mejorar la salud mental de la persona. Es por eso, que es necesario que el profesional sepa distinguirlo y traiga a esta sesión únicamente problemas que puedan ser fácilmente resueltos y cuya base central sea la dificultad con el afrontamiento a éste, así pues, serán obstáculos de la vida cotidiana.

Sesión 8. ¿Quién Soy? [Mindfulness II]

El **objetivo central** de esta sesión es desligar la enfermedad a la identidad para así evitar la etiquetación fija e inamovible, aumentando la flexibilidad en las asistentes. Primeramente, un PGS especializado en mindfulness para dolor crónico realizará una breve psicoeducación sobre la relación entre los pensamientos, el cuerpo y las emociones, así mismo, se comentará porqué es importante que se vean a sí mismos como personas que habitan las emociones, el dolor y su enfermedad en vez de ser directamente eso. Para ello, se expondrá algo con lo que se sienten identificadas y se buscará la forma de separar aquella

identidad que se ha fusionado con el “yo” y que pueda ser problemática para un afrontamiento adaptativo. Se les pedirá a las asistentes que cierren los ojos y se focalicen en su respiración, poco a poco se les irá dando instrucciones, como fijarse en un punto concreto de su cuerpo y que sientan cómo el aire entra y sale “¿es el aire frío? ¿cambia al exhalar?”, seguidamente, se les pedirá que traigan a la mente una frase, se podría proponer, por ejemplo, la afirmación “*soy una persona enferma*”. Así pues, durante unos minutos esta frase se repetirá, pidiéndoles que presten especial atención a las emociones que vayan surgiendo, incluso a las sensaciones físicas, eventualmente, se pedirá que abandonen esta frase, que la dejen ir como una nube en el cielo. Para finalizar, se introducirá una nueva afirmación, mucho más flexible y adaptativa, como podría ser “*tengo endometriosis, pero soy mucho más que mi diagnóstico, por ejemplo...*”, se les pedirá entonces que se digan para sí mismas todo aquello positivo con lo que se identifican. Así, tras estos mensajes más alentadores y positivos, volverán de nuevo a la respiración, para, finalmente, abrir los ojos. Con esto, se pretende observar la amplitud de características que las definen más allá de su enfermedad o dolor, incidiendo en cultivar así una actitud curiosa y empática hacia ellas mismas. Se pedirá que compartan su experiencia y las diferencias entre las emociones surgidas en la primera y la segunda frase. Seguidamente, se les pedirá que identifiquen a través de las frases que se han dicho para ellas mismas, sus valores y principios íntegros, destacando la importancia de actuar y sentir acorde a ellos, pues son la base de todos los seres humanos y son independientes de la enfermedad.

Para finalizar, se propondrá la metáfora del *tablero de ajedrez*, esta consiste en observar la lucha entre las figuras negras (representan pensamientos negativos, creencias aversivas) y las blancas (sentimientos placenteros, pensamientos de confianza). Así pues, el paciente se sitúa en un lado de los bandos, desde donde tiene que ganar la batalla, sin embargo, se le plantea la posibilidad de no ser las fichas, sino el tablero. Se establece así una comparación entre el tablero de ajedrez y la consciencia del paciente, donde se da su batalla interna, pero enseñándole que el “yo” no se ve afectado (De Castro, 2018).

Sesión 9. Estrategias para la salud sexual.

El **objetivo principal** de esta sesión es mejorar la calidad de vida sexual en las personas que conviven con la endometriosis, debido a los efectos que se ven afectados también en esta área. Esta sesión se iniciará con una psicoeducación sobre la enfermedad, sus consecuencias a nivel sexual, interpersonal y social, para después dar lugar a un debate abierto sobre sus propias experiencias. Así pues, cuando sean expuestas sus problemáticas y necesidades concretas, se buscará trabajar en ellas, ofreciendo herramientas basadas en la

evidencia. Por ejemplo, se podrá indagar en las consecuencias de la endometriosis sobre las relaciones de pareja, como puede ser la evitación del acto sexual o incluso del propio acercamiento físico y romántico (acariciarse, darse un beso...). Se expondrá así el círculo de la evitación y cómo no es sostenible ni eficaz a largo plazo, así mismo, se presentará la necesidad de actuar en contra de la “urgencia” básica, pues esta incrementa aún más la ansiedad y el miedo a dicha acción evitada, que a su vez, incrementa el dolor, generando así un bucle donde cada vez hay más evitación y generalización. Se planteará a su vez consecuencias a largo plazo, donde las propias asistentes dirán en voz alta y se apuntará en la pizarra todo aquello que piensan que puede suceder (ej., perder una relación, no volver a sentir placer sexual, etc).

Finalmente, se presentará la exposición gradual, como forma de cortar el bucle de retroalimentación negativa, haciendo que cada participante realice su propia pirámide en base a su propia ansiedad a partir de las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs), así mismo, cada una otorgará a cada situación una puntuación de 0 al 100, siendo 0 completamente relajada y 100 extremadamente nerviosa. Tras ello, deberán reorganizarlas de menor a mayor, y se les pedirá que poco a poco vayan introduciendo estas acciones en su vida, que vayan observando y anotando cómo se sienten y cuando consideren que esa acción ya no produce tanta ansiedad (se ha rebajado la puntuación hasta ser aceptable) pasen a la siguiente que se encuentre por encima de esa. Se enfatizará en la idea de que no se va a perder completamente la ansiedad, y se expondrá también la parte positiva de esta emoción. Lo que se busca en realidad es que observen por ellas mismas que pueden afrontar la situación y que poco a poco irán encontrando la forma de hacerlo cada vez de forma más efectiva y positiva. Así mismo, se recordará la importancia de hacer y el problema de no hacer, pues a largo plazo el afrontamiento activo de la situación les permitirá introducir herramientas emocionales nuevas.

Finalmente, también será importante hablar sobre formas de autorregulación emocional, la búsqueda de apoyo social o familiar y el autoconocimiento, dejando que cada persona elija sus propios tiempos. Por otro lado, se realizará una psicoeducación sobre habilidades sociales para poder gestionar las dificultades que puedan haber en la comunicación tanto sexual como del día a día, así pues, se introducirán los tipos de comunicación problemática (pasiva, agresiva), los conflictos internos y externos que surgen como consecuencia así como la solución a esto; la comunicación asertiva. Para concluir con la sesión, se llevará a cabo una ronda final de preguntas y se dejará, como siempre, un espacio para las anotaciones convenientes.

Sesión 10. Como me veo, me cuido.

El **objetivo principal** de esta sesión es mejorar la imagen corporal de las pacientes y su relación con ellas mismas. Se empezará indagando en la opinión que tienen las asistentes acerca de su propio cuerpo y, del mismo modo, si consideran que la enfermedad ha alterado la forma en la que piensan acerca de su persona y su imagen corporal. Se apuntarán en la pizarra comentarios que considere destacables y con los que pueda trabajar, por ejemplo, *“me cuesta ponerme vestidos ajustados porque se me marca la barriga”* o *“cuando estoy en la playa me comparo con los vientres planos y me pregunto por qué el mío no luce así”*. A partir de esto, se llevará a cabo un recordatorio sobre la base central de su enfermedad; la inflamación, y cómo esto puede afectar en su cuerpo, por ejemplo, a través de la distensión abdominal.

Una vez comprendan que es un síntoma que no pueden controlar al completo, se introducirá la aceptación del cuerpo tal cual se muestra en la actualidad, incluso, con los distintos cambios que pueda tener a lo largo del día o semanas, trayendo también a sesión los cánones de belleza y la inestabilidad de estos.

Seguidamente, se pedirá a las asistentes que reflexionen y compartan todo aquello que gracias a su cuerpo pueden hacer, por ejemplo *“gracias a mi cuerpo puedo bailar”* o *“gracias a mi cuerpo puedo abrazar a las personas que amo”*. Poco a poco, se pretenderá que cambien su foco atencional con respecto a su cuerpo, siendo ya no solo *“esa parte que no me gusta”* sino *“eso que me permite...”*.

Al ampliar el foco del cuerpo a un todo y a una herramienta que podemos usar a nuestro favor, se indagará en aquellas actividades placenteras que las asistentes disfrutaban, así pues, se introducirá la importancia de realizarlas, incluso, y con más motivo, cuando el estado de ánimo es bajo. Se aprovechará este momento para hacer una psicoeducación sobre la relación entre: inactividad física, pérdida de reforzadores y bajo estado de ánimo, así como la influencia de la propia imagen corporal sobre nuestras acciones, con el lema de: *como me veo, me cuido*. Esto es de especial importancia, ya que generar una mejor percepción sobre nosotros mismos genera un aumento de acciones de cuidado, y, al mismo tiempo, estos actos refuerzan la idea positiva sobre nosotros mismos, creando así una espiral positiva.

Con todo ello, cada asistente deberá apuntar en su libreta aquellas actividades agradables que le hace feliz y mejora su bienestar, además, se les pedirá que reflexionen sobre el papel que tiene el propio cuerpo en tales acciones. Una vez llevado a cabo, se enfatizará en la idea de que, la vida sigue pese a que no estés bien contigo misma, por lo que *“la idea negativa sobre nuestro cuerpo no puede inundar todo nuestro espacio mental”*, pues

esto bloquea y genera un caldo de cultivo para la evitación.

Así pues, se les pedirá que en su día a día adopten una actitud curiosa, amorosa y compasiva hacia ellas mismas y a su vez generen respuestas contrarias a su emoción. Por ejemplo, *“hoy no me veo bien porque estoy hinchada, pero pese a ello, saldré con mis amigas porque sé que es una forma de cuidarme”*. Con esto, se les pedirá a las asistentes que escriban en su libreta, teniendo en cuenta qué es lo que suele pensar y hacer cada una de ellas, una frase similar que utilizarán como un mantra. Esto progresivamente irá mejorando su estado emocional y permitiéndoles tener un nuevo concepto sobre ellas mismas y su cuerpo, y a su vez, mejorará su red de apoyo al disminuir el aislamiento social.

Para finalizar, realizarán una lista de cómo se pueden cuidar, sobre todo en momentos de vulnerabilidad, se les pedirá así, que en esos momentos lean el listado y observen qué pueden hacer para la situación concreta que estén viviendo. Esto les permitirá que no tengan que reflexionar sobre qué hacer en el momento álgido de la emoción, sino que ya tengan un plan de acción que les facilite el autocuidado. Para finalizar, se incitará a que dejen por escrito en forma de autorregistro sus sentimientos y emociones al realizar tales acciones (Anexo 6).

Sesión 11. El poder de la ternura [Mindfulness III]

El **objetivo principal** de esta sesión es fomentar el amor, la compasión y el autocuidado. Para ello, un PGS especializado en mindfulness para dolor crónico empezará la sesión trayendo de vuelta ideas que se trabajaron en la sesión anterior, así pues, se volverá a hablar de autocuidado, actividades agradables, el cuerpo como vehículo para el disfrute y la autocompasión. Del mismo modo, se preguntará a las asistentes si han empezado a implementar estos cambios y cómo se han sentido al respecto. Se indagará de forma más plena en los beneficios de este acercamiento compasivo, como solución directa a la autocrítica. Tras una introducción, se realizará una sesión de mindfulness centrada en la aceptación de la situación y de las emociones que experimentan, pasando luego a introducir la meditación *metta*, cuyo procedimiento consiste en repetir ciertas fases hacia:

1. Nosotros mismos.
2. Un buen amigo/a.
3. Una persona indiferente.
4. Una persona difícil.
5. Todos los seres.

Las frases serán algunas como: que esté libre de sufrimiento, que tenga paz mental, que esté a salvo, que sea feliz (Galve, 2014). Finalmente, se les pedirá a las asistentes que

con esta sensación de calidez y bondad escriban una carta de agradecimiento a sí mismas, esto les podrá ser útil en momentos de vulnerabilidad donde necesiten recordar esa sensación de gratitud y todo lo que han trabajado en este proceso.

Sesión 12. Prevención de recaídas.

El **objetivo general** de esta sesión es prevenir las recaídas futuras o, en el caso de darse, que estas sean lo más leves y breves posibles. Así mismo, se iniciará una recapitulación de todo lo visto hasta el momento y se aprovecharán los primeros 15 minutos para recordar lo trabajado, incitando a las asistentes a que cuenten lo aprendido, sus sensaciones haciendo el programa y reflexiones. Después de esta introducción se llevará a cabo la prevención de recaídas, para ello, se empezará con una psicoeducación en cuanto a qué es una recaída, el proceso de la recaída (etapas), posibles sensaciones y emociones ante una recaída, etc. Será esencial normalizar emociones típicas como vergüenza o culpa, así como la recaída en sí, ya que ésta, en realidad, forma parte del proceso. Es por ello, que se indagará en qué es para cada persona una recaída y que implicaría, así mismo, se otorgarán herramientas tanto para afrontar este momento y que la recuperación sea lo más rápido posible como para evitar que llegue a suceder. Del mismo modo, se hablará de las condiciones para la prevención de recaídas, las cuales según Ortiz (2009) son:

1. Estar en proceso de cambio
2. Creer que es posible recaer
3. Creer que es posible prevenirlo
4. Aprender de prevención de recaídas
5. Estar dispuesto a trazar los parámetros
6. Estar dispuesto a poner en práctica las estrategias
7. Pagar el precio de la recuperación

Después de esta explicación, se otorgarán diversas estrategias, como puede ser, aislarse de lugares o ambientes que considere que son de riesgo, reevaluar su red de apoyo, amistades o incluso pareja, identificar situaciones de riesgo y describir con detalle cómo puede actuar en esos momentos de vulnerabilidad, trabajar la paciencia y la compasión, organizar una red de apoyo, recordar y en caso de que sea necesario, reestructurar su proyecto de vida o sentido vital (Ortiz, 2009). También se enfatizará en la idea de que recurran a herramientas y estrategias trabajadas en el programa e intenten implementarlas en su día a día, por ejemplo, pequeñas meditaciones al despertar, ejercicio físico regular, autorregistros, actividades agradables, etc.

Por otro lado, se pedirá que escriban en su libreta un establecimiento de objetivos a corto, medio y largo plazo, con el fin de que tengan en mente aquello que guiará sus acciones y puedan actuar en consecuencia a lo que realmente desean para ellas. Seguidamente, se pasarán los cuestionarios de la primera sesión con la intención de observar los resultados inmediatamente después de finalizar el programa y el cuestionario creado ad hoc sobre la satisfacción por parte de las pacientes con el programa. Para finalizar, se otorgarán unos minutos para que cada una de las asistentes, así como el propio profesional, se despidan del grupo, además, se les alentará a que continúen con el grupo formado como un grupo de apoyo tanto para el día a día como para los momentos de vulnerabilidad.

Sesión transversal. El ejercicio físico como piedra angular en el manejo de la EM.

El **objetivo principal** de estas sesiones llevadas a cabo a lo largo del programa es aumentar la activación conductual y mejorar el estado de ánimo de las pacientes. Estas sesiones serán llevadas a cabo por un monitor de actividad física adaptada (AFA) con la ayuda de un fisioterapeuta experto en dolor crónico, para ello, deberá conocer las implicaciones de la enfermedad en el cuerpo, limitaciones, así como puntos clave y ejercicios basados en la evidencia que muestren efectividad y mejora de la salud en esta población concreta.

Las sesiones se centrarán en la disciplina del yogalates, una combinación entre yoga y pilates, cuyos beneficios han sido observados y explicados con anterioridad, además, también se introducirán algunas sesiones de cardio. En la primera sesión, un fisioterapeuta realizará una educación sobre qué harán en sus clases, los beneficios de realizarlas y por qué es importante para su enfermedad, tanto a nivel físico como psicológico, después, las sesiones serán únicamente físicas a cargo del monitor AFA.

En general, en estas clases se pretende que las asistentes se activen conductualmente y tonifiquen su cuerpo al mismo tiempo que mejoran su estado de ánimo o su percepción del dolor. Así mismo, se pretende crear un ambiente agradable que favorezca la cohesión grupal y les permita extender su red de apoyo, además de fortalecerla.

Evaluación de la propuesta

Con el objetivo de evaluar la eficacia del programa IMPEtú, se empleará un diseño de investigación pre y post intervención con un grupo control en lista de espera. El grupo control estará compuesto por personas que, aunque hayan mostrado interés en participar, no recibirán la intervención de manera inmediata, sino que permanecerán en una lista de espera. Tanto las

participantes del grupo experimental (que recibirá la intervención) como las del grupo control (que no recibirán la intervención inicialmente), serán evaluadas en dos momentos: una evaluación inicial al comienzo del estudio y otra al finalizar las 13 semanas que comprende el programa.

Es importante destacar que las participantes asignadas al grupo control no quedarán sin intervención de manera permanente. Una vez finalizada la intervención para el grupo experimental, el grupo control tendrá acceso al programa IMPEtú. De esta manera, se asegura que todas las personas que participan en el estudio reciban los beneficios potenciales de la intervención, lo cual es un aspecto ético fundamental. La inclusión del grupo control tiene como objetivo principal comparar los resultados entre quienes han completado el programa y quienes aún no lo han iniciado, permitiendo una estimación más precisa del impacto de la intervención en la calidad de vida y el bienestar emocional de las participantes.

Además, se realizará un seguimiento en el que se aplicarán nuevamente los instrumentos de evaluación en línea a las participantes de ambos grupos (experimental y control), en los tres y seis meses posteriores al inicio al inicio del estudio. Esto permitirá evaluar si los resultados alcanzados durante la intervención se mantienen a lo largo del tiempo.

Análisis de viabilidad

El programa IMPEtú se considera viable al analizar los recursos, la infraestructura y el personal necesarios para su implementación. En primer lugar, los materiales de propaganda (i.e., folletos, trípticos, carteles) y los que se utilizarán en las sesiones (e.g., bolígrafos, libretas, cuestionarios, etc) son fáciles de conseguir y de bajo costo, así como lo son las herramientas de trabajo requeridas.

La infraestructura del programa se puede llevar a cabo en la propia asociación (AAEV) y al aire libre; ambas opciones son viables y no requieren grandes modificaciones. Las sesiones de ejercicio físico requerirán únicamente esterillas y que el espacio sea cómodo para las asistentes, con lo que cualquier espacio verde junto al río Turia de Valencia es compatible, así mismo, las sesiones de mindfulness que se realizan en la playa Malvarrosa de Valencia solo requieren sillas de plástico.

En cuanto al personal, España cuenta con gran número de profesionales en áreas clínicas, deportivas y de nutrición. Se planea contactar con un PGS capacitado a través del COP, especializado en dolor crónico y con experiencia en la enfermedad, para liderar las sesiones. En cuanto al médico especialista, se contactará con los trabajadores que se

encuentren actualmente en la Unidad de Patología Ovárica y Endometriosis de Generalitat Valenciana, con la finalidad de proporcionarles información y ofrecerles la posibilidad de formar parte del programa. Es importante recalcar que será posible el cambio entre cada una de las ediciones, otorgando flexibilidad a los trabajadores en caso de que los requerimientos por parte del hospital necesiten del profesional elegido. Así mismo, España dispone de un gran número de nutricionistas, muchos de los cuales tienen experiencia o especialización en endometriosis, por tanto, no debería ser difícil que participen en una sesión explicativa. Además, se puede contar también con médicos especialistas en nutrición y endocrinología, lo que facilitaría la inclusión de una sesión inicial (sesión 0) con un solo especialista.

En lo que respecta a la financiación, dada la relevancia de la problemática abordada por el programa y su impacto en la calidad de vida de las participantes, tanto en los aspectos sociales, emocionales, físicos como económicos, se puede considerar razonable que la Generalitat Valenciana asuma la inversión necesaria para la implementación de la propuesta planteada. Este apoyo permitiría, a su vez, fomentar la cohesión y el trabajo multidisciplinar, facilitar la derivación de pacientes por parte de ginecología y garantizar la participación de profesionales cualificados en el proyecto. Además, se observa una tendencia creciente en la financiación y apoyo de programas que promueven la mejora de la calidad de vida y el bienestar emocional de la población, con un enfoque particular en las problemáticas de género, que históricamente han sido desatendidas en el ámbito público.

Resumiendo, el programa IMPETÚ es viable debido a las facilidades para realizarlo y necesario dada la importancia del tema trabajado. Se espera que las instituciones públicas fomenten este tipo de programas y que los resultados sean favorables y mantenidos en el tiempo.

Efectos positivos

El programa IMPETÚ busca generar una serie de beneficios no solo para las participantes que lo completan, sino también para la población general y los profesionales implicados. Además, se anticipan efectos positivos a nivel económico y social. Entre los efectos de esta intervención se destacan los siguientes:

- **Mejora de la calidad de vida y bienestar emocional** de las mujeres con EM, a través de un enfoque integral que favorezca su bienestar general y su salud emocional.
- **Ampliación de la red de apoyo social** para las mujeres con EM, fortaleciendo sus relaciones interpersonales y contribuyendo a la creación de un entorno seguro y de apoyo.

- **Reducción de los efectos invalidantes** de la enfermedad, al mitigar los síntomas y mejorar la funcionalidad y autonomía de las participantes.
- **Promoción de hábitos saludables**, que fomenten un estilo de vida activo y equilibrado, favoreciendo un impacto positivo en la salud general de las participantes.
- **Subsanación de los vacíos actuales en el abordaje** de la EM mediante una perspectiva holística y multidisciplinar que complemente los enfoques actuales.
- **Fomento del trabajo multidisciplinar en el tratamiento** de la EM, creando un modelo que pueda ser extrapolado a otras enfermedades crónicas y condiciones de salud.
- **Concienciación y desestigmatización de la enfermedad** en la población general, así como entre los profesionales de la salud, familiares, y amigos, para promover una comprensión más profunda y una reducción del estigma asociado a la EM.
- **Mejor capacidad de afrontamiento** de la enfermedad y de las dificultades cotidianas, proporcionando herramientas prácticas para manejar tanto la enfermedad como los distintos retos de la vida.
- **Acceso a la intervención de manera gratuita y basada en la evidencia**, reduciendo las barreras socioeconómicas para las participantes, y otorgando recursos útiles, efectivos y eficaces.
- **Reducción del costo económico a largo plazo** para las instituciones públicas y las propias pacientes, a través de una intervención preventiva que ayude a reducir la sintomatología, prevenir la aparición de nuevos síntomas y minimizar las recaídas.
- **Fomento de la preocupación social por la enfermedad**, mayor investigación en el campo, futuras intervenciones y profesionales altamente cualificados en este ámbito de trabajo.

Por todo ello, se considera necesaria la implementación del programa IMPEtú, no solo para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de las mujeres que padecen dicha enfermedad, sino también para promover una sociedad y un entorno que actúen como una red de apoyo segura y férrea.

Posibles obstáculos y subsanación

Como toda intervención, pueden surgir inconvenientes tanto en la fase de implementación del proyecto como durante su desarrollo. Por ello, resulta fundamental identificar las posibles barreras y proponer soluciones viables para cada una de ellas.

Un obstáculo potencial es la falta de financiación por parte de la Generalitat de Valencia. En este caso, una alternativa sería ofrecer el programa como un servicio privado, en el que las participantes asumirían el coste total o parcial de la intervención. Sin embargo, esta opción podría limitar el acceso, exacerbando las desigualdades socioeconómicas y restringiendo el alcance del proyecto a una fracción de la población afectada. Para mitigar este efecto, se podría colaborar con la AAEV para establecer un sistema de donaciones que permita a las mujeres con menos recursos acceder al programa.

Otro desafío posible son las diferencias culturales y lingüísticas de las participantes, dada la potencial heterogeneidad de la población objetivo. Para garantizar un acceso equitativo, sería esencial que los profesionales involucrados tengan formación en diversidad cultural y sean capaces de adaptarse a la idiosincrasia de cada participante. Por otro lado, en caso de ser necesario, podría considerarse la contratación de traductores o la creación de grupos específicos basados en un idioma común para facilitar la comunicación y el proceso de intervención.

Concluyendo con este apartado, la limitada investigación existente sobre programas destinados a pacientes con endometriosis puede representar una barrera adicional. Muchos de estos programas aún están en fase piloto o cuentan con poca experiencia acumulada, lo que puede dificultar la consecución del objetivo central del programa IMPETÚ. Para abordar este desafío, será importante mantener el programa flexible y en constante evaluación, así como indagar en nuevos hallazgos con el fin de introducir o modificar aspectos que se consideren necesarios trabajar y hayan sido firmemente avalados por la comunidad científica.

Efectos colaterales

Es posible que la implementación del programa lleve consigo algunos efectos perjudiciales o problemáticos que deben tenerse en cuenta. Por ejemplo, puede ser que al finalizar el programa las asistentes sientan desolación, falta de recursos para afrontar su día a día de manera autónoma o incertidumbre respecto al futuro. Para prevenir esta situación se ha diseñado una sesión final de prevención de recaídas, en la que se abordarán estas inquietudes y se ofrecerá una perspectiva positiva respecto al proceso iniciado.

Ligado con esta cuestión, puede ser que las participantes sientan la necesidad de seguir en el programa, por lo que, para evitar generar dependencia, en todas las sesiones se enfatizará en la adquisición de herramientas y recursos prácticos que las asistentes puedan utilizar de manera independiente. Además, se fomentará la confianza, la autoeficacia y la

autoestima, al mismo tiempo que se trabajará en el fortalecimiento y ampliación de sus redes de apoyo.

Por otro lado, y teniendo en cuenta la amplitud y profundidad del programa, algunas asistentes podrían experimentar frustración, cansancio mental y/o emocional, agotamiento, o incluso hastío. En este sentido, se tendrá en cuenta las realidades de cada persona, reconociendo la diversidad en los procesos de aprendizaje y el autoconocimiento. Las sesiones de mindfulness servirán para cultivar la paciencia, la compasión y la quietud, favoreciendo un acercamiento mucho más liviano al programa. Además, el trabajo de motivación y la fijación de metas personales permitirán mantener presente el objetivo central de su participación, ayudando a contrarrestar posibles momentos de desánimo.

Aspectos éticos y legales

Para garantizar la implementación del programa desde una perspectiva ética, todas las sesiones se han diseñado respetando las normas bioéticas establecidas en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. Además, se solicitará el consentimiento informado de las participantes, proporcionando previamente información clara y detallada sobre los objetivos del programa, los posibles riesgos y beneficios, el tratamiento de sus datos personales y su derecho a retirarse en cualquier momento.

Los datos recopilados serán tratados de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y el Reglamento (UE) 2016/679 (GDPR). Esto incluye la anonimización de la información sensible, el uso de plataformas seguras para su almacenamiento y la restricción de acceso únicamente al personal autorizado.

3. COMPETENCIAS DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO

Teniendo en cuenta que el programa IMPetú es un trabajo multidisciplinar dedicado a pacientes que padecen endometriosis, será un requisito necesario para los psicólogos que formen parte del proyecto tener conocimientos sobre la psicopatología de esta enfermedad, sus consecuencias físicas, emocionales y sociales, la evaluación psicológica, áreas de intervención, coordinación con otros profesionales, conocimiento profundo sobre los aspectos éticos, habilidades sociales y comunicación efectiva con los pacientes y demás implicados.

Así pues, podrá recurrirse al European Certificate in Psychology (EuroPsy) con tal de asegurar el cumplimiento de estándares de calidad de formación y trabajo, en este sentido, y

teniendo en cuenta los aspectos que se trabajan en este proyecto profesional, se enmarcará dicho programa en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud, siendo necesario que el psicólogo a cargo de las sesiones sea psicoterapeuta (PGS) y conozca las competencias profesionales de su campo.

Así mismo, será imprescindible seguir unos estándares deontológicos guiados por el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) en todas las fases de evaluación e intervención terapéutica, con el fin de alcanzar unos criterios que permitan la correcta realización de su actividad profesional.

Por todo ello, será de gran importancia conocer el objetivo general del programa para que todas las acciones realizadas estén acordes al mismo, requiriendo flexibilidad para llegar a la idiosincrasia y situación vital de cada una de las asistentes. A su vez, se precisa conocer los objetivos específicos de cada sesión y las técnicas e intervenciones necesarias para cada una de ellas, para ello, el conocimiento deberá ser concreto y adaptarse a los temas trabajados en cuestión.

Por otro lado, es relevante que el psicólogo domine formas eficaces de conocer la evaluación de efectividad de un programa, tanto para observar su impacto inmediato como a medio y largo plazo. Con todo ello, debe poder manejar el pase y corrección de cuestionarios, así como llegar a conclusiones a partir de los resultados observados y plantear escenarios de mejora, manteniendo una perspectiva amplia, rigurosa y de progreso.

Por último, y teniendo en cuenta que el programa presenta la intervención de varios profesionales, se requiere una gran capacidad de organización y comunicación a la vez que se es consciente de los límites profesionales, reflexionando sobre los campos de acción que se alejan de la propia competencia y especialización y que, por tanto, precisa de la actuación de otros expertos.

4. DISCUSIÓN

El objetivo principal del programa era desarrollar un programa multidisciplinar que permitiera mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen endometriosis y mejorar su bienestar emocional.

Esta enfermedad crónica estrógeno-dependiente tiene una prevalencia entre el 10 y 20% de mujeres en edad fértil, entre los síntomas encontramos: dismenorrea, dolor pélvico crónico, dispareunia e infertilidad (Horne y Missmer, 2022; Maddern et al., 2020). Asimismo, conlleva repercusiones psicológicas y sociales importantes como puede ser mayor

prevalencia de ansiedad y depresión, alteración de la imagen corporal, aislamiento, absentismo laboral, estigma, entre otros (Maulenkul et al., 2024 ; Quintero et al., 2017).

En la actualidad el abordaje de la endometriosis y su problemática es principalmente médica con intervenciones dirigidas a disminuir el dolor, sin embargo, este tratamiento parece no ser suficiente, ya que a veces el dolor no desaparece y el retraso asociado al diagnóstico puede haber generado una afectación profunda en todas las áreas de su vida (Kufyah y Salem, 2024; Schwartz et al., 2019). Además, parece que la parte psicológica juega un papel importante en la enfermedad, a través del estilo de afrontamiento, las creencias sobre sí mismas, el mundo y la enfermedad, o el control que sienten sobre su propia vida (Faranga et al., 2024; Quintero et al., 2017). Así pues, se considera imprescindible conceder una intervención adicional al tratamiento habitual que supla las carencias expuestas, confiriendo un abordaje multidisciplinar en el que cada profesional realiza un trabajo indispensable (Agarwal et al., 2019; Agarwal et al., 2021; Fang et al., 2018; Horne y Missmer, 2022; La Rosa et al., 2020 ; Quintero et al., 2017; Ruszala et al., 2022).

Con todo ello, el programa IMPETú pretende ser la herramienta que mejore la calidad de vida y bienestar emocional de las mujeres con endometriosis, a través de 13 sesiones con diversos profesionales (médico, nutricionista, psicólogo) y una sesión transversal (fisioterapeuta y monitor AFA). Se trabajarán aspectos fundamentales para una mejor aceptación y adaptación de la enfermedad, así como de su sintomatología y consecuencias que han derivado de esta. Es por eso que, a través de los servicios de atención primaria u hospitales privados, se ofrecerá la posibilidad de derivación al programa a todas aquellas personas interesadas, una vez confirmado el diagnóstico de endometriosis.

En cuanto al trabajo psicológico, la implementación de este programa permite al profesional desarrollar y consolidar competencias esenciales del ámbito clínico, como el diseño de intervenciones grupales, la gestión de procesos emocionales complejos y la adaptación de estrategias terapéuticas a las necesidades particulares de las participantes. Por otro lado, se trabajan diferentes competencias nucleares descritas por EuroPsy, entre las que se encuentran la competencia de evaluación, intervención e información. Además, también se desenvuelven competencias facilitadoras como son el desarrollo profesional continuo, estrategia, gestión de la responsabilidad profesional, autorreflexión, entre otras (Mendizabal, 2019). Asimismo, fomenta habilidades como el pensamiento crítico, la creatividad y el compromiso ético en el ejercicio profesional.

Por consiguiente, y gracias a la esperada financiación de la Generalitat de Valencia, se les podrá proporcionar a las pacientes una intervención adicional que supondrá, ya no solo

una mejora en su calidad de vida y la de sus seres cercanos, sino también una minoración en la saturación del sistema nacional de salud pública, un menor gasto económico a medio y largo plazo, una reducción del estigma y el posible inicio de un nuevo abordaje multidisciplinar que podría extrapolarse a otras enfermedades crónicas, generando una espiral positiva de beneficios personales, sociales y gubernamentales.

En cuanto a posibles limitaciones del programa, puede que haya problemas de financiación, en cuyo caso debería ser costado por las pacientes o a través de donaciones, sin embargo, perdería la esencialidad de ser un programa accesible para todas, independientemente de su estatus socioeconómico. Por otro lado, el tiempo puede ser demasiado reducido para tratar todos los temas importantes para la enfermedad así como estar enfocado única y exclusivamente en la paciente, dejando de lado su entorno, el cual podría estar ejerciendo una presión adicional o por el contrario podría perderse la oportunidad de trabajar con su red de apoyo. Para futuras líneas de actuación, todas estas limitaciones podrían tenerse en cuenta a la hora de modificar el programa, con la inclusión, por ejemplo, de sesiones con familiares y/o amigos, así como la posibilidad de una extensión del programa para aquellas que deseen trabajar más en profundidad. Por último, y para intervenir sobre la infertilidad, a aquellas mujeres interesadas se las podría remitir a Unidades de Salud Sexual y Reproductiva, con el fin de ofrecer asesoramiento sobre las técnicas de preservación de la fertilidad, como la congelación de ovocitos y tejido ovárico, ya que este es un aspecto crucial reafirmado por la literatura científica debido a sus crecientes tasas de éxito (La Rosa et al., 2020). Así mismo, se podría establecer la posibilidad de crear otro programa que trabaje únicamente este tema en cuestión, ya que la complejidad del mismo requiere de otros especialistas formados en el ámbito de la reproducción humana. En este sentido, se ha observado que estas personas afectadas pueden manifestar pérdida de autoestima, depresión, culpa, ansiedad, estrés sexual, frustración, angustia emocional y problemas conyugales. Todo esto parece empeorar debido a la incertidumbre sobre la duración indefinida del tratamiento, las preocupaciones económicas y la presión de amigos y familiares (Maroufizadeh et al., 2015). Además, este malestar referido a la psicopatología general, ansiedad, depresión y autoestima parece ser mayor en las mujeres que en sus parejas varones (El Kissi et al., 2013). Con todo ello, y pese a que el programa en cuestión pueda mejorar estos aspectos psicológicos y emocionales, se considera necesario proporcionar una alternativa única para aquellas pacientes que deseen trabajar en profundidad la infertilidad, con tal de otorgar un abordaje completo y específico que tenga en cuenta en su totalidad la idiosincrasia de estas mujeres.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal, S., Foster, W. G., y Groessl, E. (2019). Rethinking endometriosis care: Applying the chronic care model via a multidisciplinary program for the care of women with endometriosis. *International Journal of Women's Health*, 11, 405-410. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S207373>
- Agarwal, S. K., Antunez-Flores, O., Foster, W. G., Hermes, A., Golshan, S., Soliman, A. M., Arnold, A., y Luna, R. (2021). Real-world characteristics of women with endometriosis-related pain entering a multidisciplinary endometriosis program. *BMC Women's Health*, 21, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01139-7>
- Bados López, A. y García Grau, E. (2014). Resolución de problemas. *Universitat de Barcelona*, 1-34. <https://hdl.handle.net/2445/54764>
- Barnard, N. D., Holtz, D. N., Schmidt, N., Kolipaka, S., Hata, E., Sutton, M., Znayenko-Miller, T., Hazen, N. D., Cobb, C., y Kahleova, H. (2023). Nutrition in the prevention and treatment of endometriosis: A review. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1089891. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1089891>
- Beck, A. T. y Greenberg, R. L. (1984). Cognitive Therapy in the Treatment of Depression. En N. Hoffman (Ed.), *Foundations of Cognitive Therapy* (pp. 155-178). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2641-0_7
- Beltrán, E. S. (2021). *Impacto de la endometriosis en la calidad de vida de las mujeres con endometriosis. Proyecto internacional para armonización del fenotipo clínico de la endometriosis* [Trabajo fin de grado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio Institucional de Documentos ZAGUAN. <https://zaguan.unizar.es/record/111241>
- Chaichian, S., Mehdizadehkashi, A., Haghgoo, A., Ajdary, M., Derakhshan, R., Rokhgireh, S., Sarhadi, S., y Nikfar, B. (2024). Sleep disorders in patients with endometriosis; a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 24(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03185-x>
- Chen, L. C., Hsu, J. W., Huang, K. L., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., ..., y Chen, M. H. (2016). Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: a longitudinal follow-up study. *Journal of affective disorders*, 190, 282-285.
- De Castro, A. C. (2018). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad* [Trabajo fin de grado, Universidad Pontificia de Comillas]. Repositorio de Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/22405>

- De Hoyos, G., Ramos, D., Torres, A., Barros, B., López, V., Nieves, C., Santiago, F., Appleyard, C. B., Castro, E. M., y Flores, I. (2023). Efficacy of an environmental enrichment intervention for endometriosis: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 14, 1225790. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1225790>
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K. A., Khairi, H., y Ali, B. B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167(2), 185-189. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014>
- Escriva, G., Philip, A., Warembourg, S., Lenotre, L., Flore, P., Faure, P., Michy, T., Letouzey, V., Arnold, C., Piluso, C., Chalmel, L., Kacem, R., Blum, G. F., De Tayrac, R., Trocmé, C., Brigaud, I., Herbach, U., Branche, P., Faller, E., y Chalabaev, A. (2023). Effects of a physical activity and endometriosis-based education program delivered by videoconference on endometriosis symptoms: The CRESCENDO program (inCREASE physical Exercise and Sport to Combat ENDometriosis) protocol study. *Trials*, 24(1), 759. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07792-1>
- Evans, S., Fernandez, S., Olive, L., Payne, L. A., y Mikocka, A. (2019). Psychological and mind-body interventions for endometriosis: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 124, 109756. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109756>
- Fang, Y., Campbell, N., Mooney, S., Holdsworth, J., y Tyson, K. (2024). Evidence for the role of multidisciplinary team care in people with pelvic pain and endometriosis: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 64(3), 181-192. <https://doi.org/10.1111/ajo.13755>
- Farenga, E., Bulfon, M., Dalla, C., Tersar, C., Ricci, G., Di Lorenzo, G., y Clarici, A. (2024). A Psychological Point of View on Endometriosis and Quality of Life: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 14(5), 466. <https://doi.org/10.3390/jpm14050466>
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., y Laurenceau, P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.

- Feldman, G., Westine, M., Edelman, A., Higgs, M., Renna, M., y Greeson, J. (2022). Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). En O. N. Medvedev, C. U. Krägeloh, R. J. Siegert, y N. N. Singh (Eds.), *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* (pp. 1-24). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77644-2_19-1
- Galve, J. (2014). Meditación y emociones. *Medicina naturista*, 8(2), 19-23.
- García, S. y Navarro, B. (2017). Higiene del sueño en estudiantes universitarios: conocimientos y hábitos. Revisión de la bibliografía. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 170-178.
- Gonçalves, V., Barros, F., y Bahamondes, L. (2017). The practice of hatha yoga for the treatment of pain associated with endometriosis. *The journal of alternative and complementary medicine*, 23(1), 45-52.
- Herrera, C., Jiménez, Á., Frías, A., Herrera, F., Sebastián, M. M., y García, S. (2013). Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad Servicios Sociales E Igualdad. España*, 1-85. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf>
- Horne, A. y Missmer, S. (2022). Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis. *BMJ*, 379, 1-19. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070750>
- Iannuzzo, F., Garzon, S., Lazzari, C., Porcari, I., Bosco, M., Etrusco, A., Laganà, A., Uccella, S., Chiantera, V., Celebre, L., Mento, C., Muscatello, M., y Bruno, A. (2024). Sleep disorders and hyperarousal among patients with endometriosis: A case-control survey study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 300, 287-295. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.07.031>
- Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., y Jenkinson, C. (2001). Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstetrics and Gynecology*, 98(2), 258-264. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01433-8](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01433-8)
- Kufyah, M., y Salem, T. (2024). Health-related quality of life in women with endometriosis; a systematic review. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 8(1), 379–386. <https://doi.org/10.24911/IJMDC.51-1700386379>

- La Rosa, V., Barra, F., Chiofalo, B., Platania, A., Di Guardo, F., Conway, F., Di Angelo Antonio, S., y Lin, L. (2020). An overview on the relationship between endometriosis and infertility: The impact on sexuality and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 41(2), 93-97. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1659775>
- Lee, S., Koo, Y., y Lee, D. (2021). Classification of endometriosis., *yeungnam University Journal of Medicine*, 38(1), 10-18. <https://doi.org/10.12701/yujm.2020.00444>
- Lima, A., Luz K., Sanguino, G., Filipin, L., Sampaio, G., Murrugarra, L., Dias, G., Luckner, A., Santos, L., Santoro, F., Carvalho, R., y Frez, F. (2023). The use of acupuncture as a complementary treatment for endometriosis: A systematic review. *Seven Editora*. <https://doi.org/10.56238/sevened2023.004-010>
- Lorençatto, C., Vieira, M. J., Marques, A., Benetti-Pinto, C. L., y Petta, C. A. (2007). Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53, 433-438. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000500020>
- Maddern, J., Grundy, L., Castro, J., y Brierley, S. M. (2020). Pain in Endometriosis. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 14, 590823. <https://doi.org/10.3389/fncel.2020.590823>
- Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S., y Samani, R. O. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130(3), 253-256.
- Márki, G., Vársárhelyi, D., Rigó, A., Kaló, Z., Ács, N., y Bokor, A. (2022). Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 22(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01603-6>
- Maulenkul, T., Kuandyk, A., Makhadiyeva, D., Dautova, A., Terzic, M., Oshibayeva, A., Moldaliyev, I., Ayazbekov, A., Maimakov, T., Saruarov, Y., Foster, F., y Sarria-Santamera, A. (2024). Understanding the impact of endometriosis on women's life: An integrative review of systematic reviews. *BMC Women's Health*, 24(1), 524. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>
- Menéndez, S., González, P., y Moris, A. (2021). ENDOMETRIOSIS: revisión de los hallazgos radiológicos y presentación de casos de localización infrecuente. *Seram*, 1(1).

- Mendizabal, J. B. (2019). EuroPsy: Un modelo basado en competencias.¿ Es aplicable a la formación sanitaria especializada en Psicología Clínica?. *Educación Médica*, 20, 154-162.
- Mitchell, G. (2024). *Feasibility and acceptability of a group-based cognitive behavioural therapy and mindfulness program for people living with endometriosis* [Doctoral dissertation, University of Tasmania]. <https://doi.org/10.25959/25711242.v1>
- Moreira, M. de F., Gamboa, O. L., y Oliveira, M. A. (2022). A single-blind, randomized, pilot study of a brief mindfulness-based intervention for the endometriosis-related pain management. *European Journal of Pain*, 26(5), 1147-1162. <https://doi.org/10.1002/ejp.1939>
- Neenan, M. (2008). From Cognitive Behaviour Therapy (CBT) to Cognitive Behaviour Coaching (CBC). *Journal of Rational-Emotive y Cognitive-Behavior Therapy*, 26(1), 3-15. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0073-2>
- Nieves, C. I., Detrés, A., Torres, A., Appleyard, C. B., Llorens, A., Resto, I., ..., y Flores, I. (2023). Feasibility and acceptability of an adapted environmental enrichment intervention for endometriosis: A pilot study. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 1058559.
- Ortiz, E. (2009). *Prevención de Recaídas: Un libro de herramientas para personas en recuperación*. Colectivo Aquí y Ahora.
- Oszejka, K. y Adamus, A. (2024). Diet in Prevention and Treatment of Endometriosis: Current State of Knowledge. *Current Nutrition Reports*, 13(1), 49-58. <https://doi.org/10.1007/s13668-024-00518-y>
- Padilla, F. T. (9 al 12 de abril de 2014). *La metáfora en el proceso de inserción de una persona inmersa en un proceso terapéutico* [Discurso principal]. II Congreso Nacional de sensibilización al Estigma en Salud Mental y III Congreso Internacional de Actividad Física y Deporte Adaptado, Almería.
- Petrelluzzi, K., Garcia, M., Petta, C., Ribeiro, D., Monteiro, N., Céspedes, I., y Spadari, R. (2012). Physical therapy and psychological intervention normalize cortisol levels and improve vitality in women with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 33(4), 191-198.
- Pickup, B., Bain, D., y Todd, J. (2024). Fear of progression, depression, and sleep difficulties in people experiencing endometriosis-pain: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 178, 111595. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111595>

- Quintero, M. F., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Quintero, M. F., Vinaccia, S., y Quiceno, J. M. (2017). Endometriosis: Aspectos Psicológicos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 447-452. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000400447>
- Ravins, I., Joseph, G., y Tene, L. (2023). The Effect of Practicing “Endometriosis Yoga” on Stress and Quality of Life for Women with Endometriosis: AB Design Pilot Study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 29(3).
- Rivera, H. A. y González, F. I. (2021). Endometriosis: Una visión detrás del estigma. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 5(4), 53–62. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i4.308>
- Rosenstiel, A. K. y Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44.
- Ruszała, M., Dłuski, D. F., Winkler, I., Kotarski, J., Rechberger, T., y Gogacz, M. (2022). The state of health and the quality of life in women suffering from endometriosis. *Journal of clinical medicine*, 11(7), 2059.
- Salinas, M. D., Ocón, O., Mundo, A., Fernández, C., Peinado, F. M., Padilla, C., Álvarez, F., Postigo, P., Lozano, M., Lara, A., Arroyo, M., Cantarero, I., y Artacho, F. (2022). ‘Physio-EndEA’ Study: A Randomized, Parallel-Group Controlled Trial to Evaluate the Effect of a Supervised and Adapted Therapeutic Exercise Program to Improve Quality of Life in Symptomatic Women Diagnosed with Endometriosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1738. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031738>
- Schubert, K., Lohse, J., Kalder, M., Ziller, V., y Weise, C. (2022). Internet-based cognitive behavioral therapy for improving health-related quality of life in patients with endometriosis: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06204-0>
- Schwartz, A. S., Gross, E., Geraedts, K., Rauchfuss, M., Wölfler, M. M., Häberlin, F., Von Orelli, S., Eberhard, M., Imesch, P., Imthurn, B., y Leeners, B. (2019). The use of home remedies and complementary health approaches in endometriosis. *Reproductive BioMedicine Online*, 38(2), 260-271. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.10.009>
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., y Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524-532.

- Swift, B., Taneri, B., Becker, C. M., Basarir, H., Naci, H., Missmer, S. A., Zondervan, K. T., y Rahmioglu, N. (2024). Prevalence, diagnostic delay and economic burden of endometriosis and its impact on quality of life: Results from an Eastern Mediterranean population. *European Journal of Public Health*, 34(2), 244-252. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad216>
- Szendei, G., Hernádi, Z., Dévényi, N., y Csapó, Z. (2005). Is there any correlation between stages of endometriosis and severity of chronic pelvic pain? Possibilities of treatment. *Gynecological Endocrinology*, 21(2), 93–100. <https://doi.org/10.1080/09513590500107660>
- Türkoğlu, İ., Sacinti, K. G., Panattoni, A., Namazov, A., Sanlier, N. T., Sanlier, N., y Cela, V. (2024). Eating for Optimization: Unraveling the Dietary Patterns and Nutritional Strategies in Endometriosis Management. *Nutrition Reviews*, nuae120. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuae120>
- Van Niekerk, L., Weaver-Pirie, B., y Matthewson, M. (2019). Psychological interventions for endometriosis-related symptoms: A systematic review with narrative data synthesis. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 723-735. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00972-6>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310 (20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

6. ANEXOS

ANEXO 1. TABLA RESÚMEN DEL PROGRAMA IMPEtú

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
0	Presentación del programa y charla de bienvenida. Cuestionarios (pre): EHP-30, PCS, CAMS-R.	PGS especializado en dolor crónico (EM)	- Presentar el proyecto y a los asistentes. - Concienciar sobre la importancia del trabajo multidisciplinar. - Despejar dudas. - Aumentar la cohesión grupal. - Ampliar la red de apoyo. - Evaluar pre-intervención.	60 min	AAEV
1	Educación: Medicina Complementaria Alternativa	Médico y nutricionista especializado en EM.	- Despejar dudas médicas y nutricionales. - Proporcionar información veraz y de calidad. - Ofrecer alternativas.	60 min	AAEV

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
	(MCA), nutrición.		- Reducir la incertidumbre. - Aumentar el locus de control interno. - Promover un estilo de vida saludable. - Indagar en la relación entre alimentación y salud. - Mejorar la salud integral.		
2	Entrevista Motivacional. Contrato + Goal Setting. Metáforas.	PGS especializado en dolor crónico (EM)	- Incrementar la motivación. - Cambiar de un estado de contemplación a uno de acción. - Resolver ambivalencias. - Definir objetivos. - Aumentar el compromiso. - Elevar el interés del paciente. - Cambiar de un locus de control externo a uno interno.	60 min	AAEV
3	Psicoeducación: sintomatología	PGS especializado en	- Realzar la importancia del trabajo psicológico.	60 min	AAEV

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
	psicológica de la EM, emociones e higiene del sueño.	dolor crónico (EM)	- Exponer posibles síntomas psicológicos (estado emocional, fatiga, dolor). - Explicar las emociones, función y su regulación. - Impacto de estado emocional bajo y ansiedad. - Conocer la influencia psicológica en el bienestar. - Otorgar herramientas basadas en la evidencia para su salud emocional. - Reducir la catastrofización. - Aliviar sintomatología ansioso-depresiva. - Promover una higiene del sueño. - Mejorar la calidad del sueño. - Disminuir la fatiga.		
4	Psicoeducación: distrés y dolor. Mindfulness:	PGS especializado en mindfulness para	- Enfatizar en la relación entre distrés y dolor. - Introducir la herramienta del mindfulness como posible regulador entre ambas	50 min	Playa Malvarrosa

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
	centrada en la respiración, body scan.	dolor crónico.	variables. - Proporcionar información sobre el dolor y su impacto en la salud mental (y viceversa). - Aumentar la sensación de control. - Ampliar el rango atencional. - Disminuir la fijación atencional (estímulo doloroso). - Aceptar el dolor sin resistirse. - Aliviar sintomatología ansioso-depresiva. - Proporcionar un estado de relajación.		
5	Psicoeducación: PANs. Diálogo socrático. Reestructuración cognitiva.	PGS especializado en dolor crónico (EM)	- Entender los pensamientos automáticos, detectarlos y ser conscientes de ellos. - Reducir la catastrofización. - Comprender la asociación entre pensamiento-acción-emoción. - Mejorar la capacidad de introspección. - Fomentar el autoconocimiento. - Aliviar sintomatología ansioso-depresiva.	60 min	AAEV

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
			- Aumentar la sensación de control.		
6	Diálogo socrático. Reestructuración cognitiva. Flecha descendente. Creencias nucleares. Actuar en contra de la emoción. Experimentos conductuales.	PGS especializado en dolor crónico (EM)	- Modificar el proceso natural del pensamiento de uno desadaptativo a uno adaptativo. - Explorar la línea de pensamiento. - Contrastar pensamientos catastrofizantes. - Exponer creencias nucleares. - Mejorar la capacidad de introspección. - Fomentar el autoconocimiento. - Buscar alternativas de acción. - Favorecer cambios emocionales y cognitivos a través del cambio de acción. - Aliviar la sintomatología ansioso-depresiva. - Aumentar la sensación de control. - Permitirse el cambio. - Mejorar la relación con los demás y consigo.	60 min	AAEV

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
7	Psicoeducación: estilos de afrontamiento. Diálogo socrático. Resolución de problemas.	PGS especializado en dolor crónico (EM)	- Proporcionar formas de afrontar situaciones de la vida cotidiana, sobre todo aquellas relacionadas con el dolor y su enfermedad. - Mejorar el acercamiento al problema. - Proveer estilos de afrontamiento adaptativos. - Mejorar la capacidad de introspección. - Fomentar el autoconocimiento. - Aliviar la sintomatología ansioso-depresiva. - Aumentar la capacidad de resolver conflictos. - Poner en marcha la acción. - Aumentar la sensación de control. - Ampliar la red de apoyo. - Exacerbar la autoeficacia. - Implementar conductas eficaces ante diversos problemas.	60 min	AAEV
8	Psicoeducación: ser vs estar.	PGS especializado en	- Desligar la enfermedad a la identidad. - Explorar distintas facetas personales.	50 min	Playa Malvarrosa

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
	Mindfulness: meditación centrada en la respiración, defusión. Metáforas.	mindfulness para dolor crónico.	- Exponer el continuo cambio. - Aumentar la resiliencia y la compasión. - Cambiar patrones rígidos por unos más flexibles. - Permitirse fluctuar. - Identificar valores y principios íntegros. - Fomentar el autoconocimiento. - Mejorar el manejo de las emociones y los síntomas. - Incrementar la autoestima. - Aceptar el dolor sin resistirse. - Dejar ir sin aferrarse. - Proporcionar un estado de relajación.		
9	Psicoeducación: sexología. HHSS: comunicación asertiva.	PGS especializado en dolor crónico (EM)	- Mejorar la calidad de vida sexual. - Ofrecer herramientas para el afrontamiento y acercamiento a las relaciones sexuales. - Informar sobre la influencia de la ansiedad con el deseo, dolor durante el coito, placer,	60 min	AAEV

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
	Exposición gradual.		etc. - Disminuir el dolor durante las relaciones sexuales. - Reducir el miedo a las relaciones sexuales. - Reforzar el placer en las relaciones sexuales. - Aumentar las habilidades sociales. - Incrementar la calidad de las relaciones interpersonales. - Mejorar la autoconciencia. - Fortalecer la red de apoyo.		
10	Aceptación activa. Imagen corporal. Autocuidado. Listado de actividades agradables. Actuar en contra de la emoción.	PGS especializado en dolor crónico (EM)	- Mejorar la imagen corporal de las pacientes y su relación con ellas mismas. - Aumentar la autoestima. - Fomentar el autocuidado. - Reducir la autocrítica. - Mejorar la autocompasión. - Aumentar la resiliencia. - Promover la aceptación corporal y los	60 min	AAEV

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
			cambios naturales del cuerpo. - Expresarse con gratitud hacia el cuerpo. - Reforzar la puesta en marcha de acciones agradables. - Explicar la relación entre autocuidado/actividades placenteras y estado de ánimo. - Aliviar la sintomatología ansioso-depresiva. - Fortalecer la red de apoyo. - Disminuir el aislamiento social.		
11	Mindfulness: compasión, meditación <i>metta</i>. Carta de agradecimiento a una misma.	PGS especializado en mindfulness para dolor crónico.	- Fomentar el amor y el autocuidado. - Aceptar la situación y sus emociones. - Realizar introspección. - Aceptar el dolor sin resistirse. - Aumentar la empatía. - Mejorar la gratitud. - Reducir la autocrítica. - Generar emociones agradables hacia una	50 min	Playa Malvarrosa

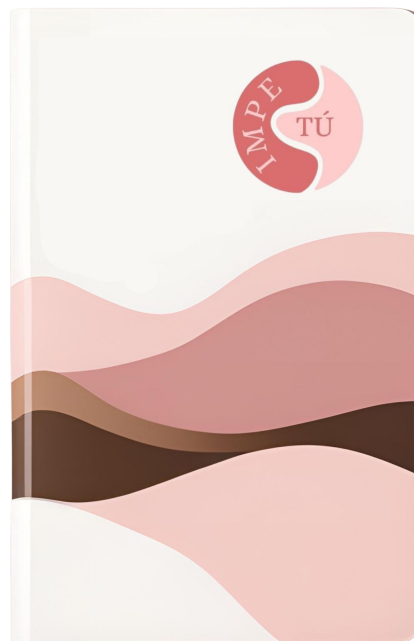
Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
			misma y los demás. - Aliviar la sintomatología ansioso-depresiva. - Mantener en el tiempo la actitud compasiva. - Proporcionar un estado de relajación.		
12	Prevención de recaídas. Establecimiento de objetivos a corto, medio y largo plazo. Cuestionarios (post). Cuestionario ad hoc sobre satisfacción con el programa. Despedida.	PGS especializado en dolor crónico (EM)	- Prevenir las recaídas futuras en la medida de lo posible. - Identificar situaciones de riesgo. - Proporcionar herramientas útiles ante momentos vulnerables. - Promover la autoeficacia obtenida durante el programa. - Explicar los procesos de cambio y aprendizaje. - Realizar un plan de acción ante una posible recaída. - Favorecer la sensación de control. - Mantener los resultados favorables. - Obtener datos.	90 min	AAEV

Sesión	Técnicas	Profesional	Objetivos	Duración	Ubicación
			- Conocer la satisfacción con el programa.		
Transversal	Yogalates + Cardio	Monitor AFA Fisioterapeuta	- Aumentar la activación conductual. - Mejorar el estado anímico y la energía. - Conocer la importancia de la actividad física en el manejo de síntomas. - Disminuir el dolor. - Reducir el estrés, la ansiedad y la fatiga. - Aumentar la autoeficacia y la autoestima. - Aliviar la sintomatología ansioso-depresiva. - Incrementar la elasticidad y fuerza del cuerpo. - Mejorar la relación con su cuerpo. - Favorecer la unión cuerpo-mente. - Ampliar la red de apoyo.	60 min (M-J)	Río Túrria

ANEXO 2. MATERIAL DEL PROGRAMA IMPEtú



Logotipo programa IMPEtú.



Ejemplo libreta de trabajo con logotipo.

ANEXO 3. HIGIENE DEL SUEÑO

Tabla 1. Recomendaciones para una mejor higiene del sueño.

Evitar	Mantener
Productos que contienen cafeína al menos 4 horas antes de acostarse.	Horarios regulares de vigilia-sueño.
Nicotina al menos 1 hora antes de acostarse o si se despierta a media noche.	El dormitorio tranquilo y ordenado, intentando que la cama sea lo más cómoda posible.
Alcohol en las horas próximas a irse a dormir.	
Comidas copiosas inmediatamente antes de irse a la cama / acostarse con hambre.	
Practicar ejercicio intenso en las 2 horas previas a irse a la cama.	
Temperaturas extremas en el dormitorio.	
Ruidos y luces durante toda la noche.	
Utilizar la cama para otras tareas que no sean dormir o practicar sexo.	

Nota. Extraído de García y Navarro (2017).

ANEXO 4. MODELO ABCDE

Modelo ABCDE				
A	B	C	D	E
<i>Acontecimiento</i>	<i>“Belief”</i>	<i>Consecuencias</i>	<i>Discusión</i>	<i>Encuadre</i>
Descripción objetiva de la situación. Descripción subjetiva del aspecto preocupante de la situación.	PANs. Creencias limitantes o derrotistas desencadenadas por A. ¿Qué interpreto de este hecho?	Repercusión física, emocional, conductual, cognitiva e interpersonal.	Cuestionarse B. ¿Es flexible o rígida? ¿Es extremista o absolutista? ¿Es lógica, realista y útil?.	Reenfocar la perspectiva inicial a una más eficaz, adaptativa, equilibrada y compasiva.

Nota. Adaptado de Neenan (2008).

ANEXO 5. REEVALUACIÓN DEL PROBLEMA

	Consecuencia	Resolver el problema	No resolverlo
Corto plazo	+		
	-		
Largo plazo	+		
	-		
Elección final			

Nota. Adaptado de Bados y García (2014).

ANEXO 6. AUTOCUIDADO ANTE SITUACIONES DESAGRADABLES (AUTORREGISTRO)

¿Qué ha sucedido?	¿Cómo me siento?	¿Cómo me cuido?	¿Cómo me siento?	¿Ha sido efectiva?
Comenta con detalle la <u>situación</u> que te ha causado malestar. Introduce, en la medida de lo posible, día, hora, lugar, personas implicadas... En el caso en el que no haya nadie implicado escribe tu nombre.	Escribe las emociones y pensamientos que observas <u>inmediatamente después</u> del acontecimiento activador. Puedes enumerar tu emoción del 0 al 10. Aprovecha para encontrar el núcleo del malestar; ¿Qué es realmente lo que me disgusta de esta situación?	Aplica una <u>respuesta</u> acordada por el listado trabajado en sesión. Ej., darme un paseo por el parque mientras escucho música. Recuerda darte espacio y tiempo para ventilar y gestionar tus emociones.	Date unos minutos para entender realmente cómo te encuentras <u>ahora</u>. Puedes aplicar mindfulness. Si las emociones son las mismas que antes, enumera de nuevo del 0 al 10, puede que no pases de una emoción desagradable a otra agradable, pero sí que haya disminuido su intensidad.	<u>Reflexiona</u> sobre la acción que has llevado a cabo para gestionar la situación y cuidarte. Si consideras que no ha sido efectiva plantea las barreras que has observado y qué puedes hacer para mejorar la estrategia. <u>Evita la autocrítica</u>, toda estrategia requiere de un feedback e irá mejorando con el tiempo.
¡Recuerda! La idea es observar qué estrategias funcionan y cuales requieren de algún cambio o incluso deben ser eliminadas. A veces, la puesta en práctica nos cuesta más de lo que pensábamos (no son viables) o no tienen la repercusión que creíamos (no son efectivas), por ello, es importante analizar las consecuencias de nuestras respuestas con la finalidad de cuidarnos de la forma más amable posible.				