**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**Carrera de Arte y Diseño Empresarial**

# EL DETERIORO PSICOLÓGICO, A CONSECUENCIA DE UN PADECIMIENTO DE ENDOMETRIOSIS EN MUJERES TRABAJADORAS ADULTAS DE 40 A 45 AÑOS DEL SECTOR SOCIOECONÓMICO B, DE LA CIUDAD DE LIMA METROPOLITANA

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Arte y Diseño Empresarial**

**DANIELA FERNANDA CANALES SALINAS**

**Asesor(es):**
**Rafael Vivanco Alvarez**

**Lima – Perú**
**2019**

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado para mi familia, en especial mi padre, mi madre, mi hermana y mi novio. Que me acompañaron y ayudaron durante este proceso.

Además, dedicar este trabajo a la Universidad San Ignacio de Loyola, por permitir el estudio continuo para lograr las metas del trabajo y en especial a mi asesor Rafael Vivanco, por guiarme en el proyecto, tener paciencia y sus palabras para salir adelante y seguir con la investigación

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi padre, que pudo permitir continuar con los estudios, y las palabras de aliento, a mi madre, que siempre estuvo ahí cada vez que quería rendirme, a mi hermana que me ayudó sin dudarlo y a mi novio, por su apoyo incondicional y rol importante en esta investigación.

A la Universidad San Ignacio de Loyola, por ofrecer este programa y presentar estas oportunidades académicas. A mi asesor por tener la paciencia que lo caracteriza, por guiarme, por despertarme y exigirme al máximo.

“El deterioro psicológico, a consecuencia de un padecimiento de endometriosis en mujeres trabajadoras adultas de 40 a 45 años del sector socioeconómico b, de la ciudad de lima metropolitana"

**ÍNDICE**


1. **Resumen. Abstract**
2. **Introducción**
3. **Capítulo I**
   - **3.1 Descripción del problema**
   - **3.2 Problema principal**
   - **3.3 Problema secundario**
4. **Capítulo II**
   - **4.1 Justificación de la investigación**
   - **4.2 Objetivo principal**
   - **4.3 Objetivo secundario**
5. **Capítulo III: Marco teórico**
   1. Sistema reproductivo femenino
   2. Anatomía del aparato reproductivo femenino
      - 2.1 Partes del aparato reproductivo femenino
      - 2.2 Menstruación. Ciclo menstrual. Menopausia
      - 2.3 Complicaciones de la menstruación
      - 2.4 Control ginecológico
        - A. Examen de Papa Nicolaou. Periodicidad
        - B. Métodos anticonceptivos
      - 2.5 Menstruación a lo largo de la historia
      - 2.6 Complicaciones relacionadas a la menstruación
        - A. Amenorrea menstrual
        - B. Ovarios poliquísticos
        - C. Endometriosis
   3. Endometriosis
      - 3.1 Evolución natural de la endometriosis
      - 3.2 Clasificación de la endometriosis
      - 3.3 Diagnóstico de la endometriosis
      - 3.4 Tratamiento de la endometriosis
   4. Efectos de la endometriosis en la vida reproductiva de las mujeres

4.1 Infertilidad

4.2 Abortos clínicos

4.3 Tratamiento de la endometriosis

A. Inseminación artificial

B. Fecundación in vitro

C. Donación de óvulos

D. Tratamiento Quirúrgico

5. Factores psicológicos

5.1 Depresión

5.2 Ansiedad

5.3 Baja autoestima

5.4 Tratamientos

6. Medicamentos usados para el tratamiento de la endometriosis

6.1 Danazol

6.2 Dienogest

6.3 Dispositivo intrauterino hormonal ( DIU – LNG )

6.4 Letrozol

6.5 Leuprolide

7. Atención psicosocial de pacientes durante el tratamiento de infertilidad

7.1 Necesidades conductuales

7.2 Necesidades sociales

7.3 Necesidades emocionales

7.4 Necesidades cognitivas

8. Estados del arte nacionales

9. Estado del arte internacionales

**6. Capítulo IV**

a. Estructura del proyecto

i. Concepto del proyecto

ii. Nombre del proyecto

iii. Fundamentación del proyecto

b. Público objetivo

i. Actores involucrados en el problema
ii. Fundamentación del público objetivo elegido
iii. Descripción del público objetivo

7. **Capítulo V**
   a. Análisis del diseño
   b. Diseño de la comunicación
8. **Capítulo VI. Análisis de los resultados**
   a. Aplicación del proyecto
   b. Diseño de la metodología
   c. Evaluación de la metodología
   d. Registro de la implementación
   e. Documentos que acrediten evaluación de pares comentarios de profesionales del diseño.
9. **Capítulo VII**
   a. Conclusiones, recomendaciones
10. **Referentes bibliográficos**

## 1.Resumen.

Este proyecto de investigación quiere demostrar, junto con estadísticas de especialistas que la endometriosis es una enfermedad verídica, que afecta a cierto porcentaje de la población femenina. Puede haber accidentes con una mala praxis o en medio de una operación, que por consecuencia del diagnóstico decretado por el médico pueda conllevar a una vida con alteraciones psicológicas debido a la enfermedad.

Esta enfermedad aparece en mujeres cuando empiezan a menstruar, y es posible que empiecen desde cierto nivel o que ya presenten un cuadro mucho más avanzado. Existen mujeres que pueden ser asintomáticas y tener endometriosis, como mujeres que presentan una lesión y experimentar el peor dolor de su vida.

No hay una cura para esta enfermedad, ya que sólo se pueden curar o aliviar los síntomas que la mujer experimenta, y nunca desaparecerá la endometriosis del todo. Ningún especialista sabe cómo se origina esta enfermedad, nadie sabe cómo tratarla, pero si saben que existe.

En la investigación se verán como factores psicológicos afectan a una mujer con endometriosis, y la consecuencia de dicha enfermedad, además se demostrarán estadísticas y estudios que prueban los siguientes argumentos. Junto con los tratamientos que se pueden realizar.

## ABSTRACT

This investigation proyect wants to show next to statistics about endometriosis and the reallness of de disease, this implies a percentage of female population. It might be acccidents for a bad operation or not noticing the real diagnosis of the disease that can be involved with psychological alterations.

This disease appears normally in women, and this shows up when the womens start to menstruate and its posible that thet start experimentig with a mínimum level of pain or an extremely level of pain that can´t be beareble, this might be the most advanced subject of endometriosis. The existence of women without pain can be real, as well the existence of the disease but there´s not to much of a percentage of women without pain symptoms.

It doesn´t exist a cure for endometriosis, the pacients can have only a tratment for life and relieve the symptoms (pain, excessive blood, infertility, etc) , but the disease will never disappear. Any specialist knows the origins of the disease, and any doctors doesn´t know how to real treat it, but they can be sure of the existence of endometriosis.

The investigation will reveal the psychological factors that affects women with the disease, and the consequences of the disease , besides it will show real statistics of different studies, from different countries that proves the arguments in the investigation, next to the different treatments and the posibilities of the patients.

## 2. Introducción

La endometriosis es una condición ginecológica que afecta a un cierto porcentaje de mujeres. Esto se da por la presencia de glándulas y tejido endometrial fuera del útero, los cuales se ubican en la zona pélvica sobre la superficie peritoneal (zona abdominal) del órgano reproductivo o en posiciones próximas a estos.

De acuerdo a un estudio en la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres USMP (2006) se analizó a 426 pacientes para ser parte de una prueba de infertilidad con la condición de endometriosis, quienes fueron presentadas a un tratamiento laparoscópico. De todas las pacientes, 45 fueron sometidas al estudio, ya que no presentaron otro agente asociado a infertilidad. El estudio a este grupo duró dos años.

En el resultado final del estudio se encontró que, de las 45 mujeres, 26 sufrían de endometriosis leve. Diez de estas 26, quedaron embarazadas y siete pudieron proceder al trabajo de parto. De las 45 mujeres estudiadas, 19 sufrían de endometriosis moderada y severa. Ocho de estas lograron llegar al embarazo, pero solo pudieron culminarlo. Los índices correspondientes de la fecundidad fueron de 26,92% y 15,78%. El aborto inducido ocurrió en el 20% y 37,50%. Gracias al estudio de la Universidad de San Martín de Porres se demuestra un alto indicio de las altas probabilidades de perder el feto durante el embarazo, y de las consecuencias que ocasionan la endometriosis incluyendo la demostración de la infertilidad a causa de esta.

Según Balasch J, Viscasillas P (1999)[1] La endometriosis se describió por Von Rokitansky en 1860. Actualmente se muestra la presencia de glándulas y tejido endometrial activos, fuera de la cavidad uterina.

1. Balasch J., Viscasillas P. Capítulo 7. Endometriosis y esterilidad, Fertilidad y Esterilidad humana, Masson 2° edición 1999; 89-106.

Esta condición afecta a muchas mujeres desde el momento en el que inician su periodo o edad reproductiva; usualmente está asociada a la infertilidad y dolor pélvico.

Además del dolor pélvico y la infertilidad, se presentan problemas psicológicos; desde baja autoestima hasta depresión. Kumar. A, Gupta. V y Maurya. A (2010) demostraron en un estudio[2] acerca de la calidad de vida en mujeres de la India, que muestran dolores crónicos pélvicos y endometriosis. En este estudio se exploraron dos factores: la depresión y alejamiento de las pacientes hacia sus seres queridos. En el estudio se consideró a 100 mujeres con dolor crónico pélvico, 100 mujeres con endometriosis y a 100 mujeres sin ninguna dolencia. Los resultados revelaron que las mujeres con dolor crónico pélvico se encontraron con mayores signos de depresión, un alto índice de alejamiento hacia sus familiares y una calidad de vida dañada a comparación con las pacientes de endometriosis. Estos pacientes muestran una actitud pesimista, y exhibieron una marcada personalidad antisocial, una baja autoestima o pésima idea de imagen personal, fatiga, falta de interés en su trabajo, se sintieron menospreciadas, disminuyó su actividad y deseo sexual, y sus actividades normales a comparación de las pacientes que sufren de endometriosis.HAY " TAMAÑOS DE LETRAS
Junto con los signos de depresión y la baja calidad de vida, se presenta el intenso dolor, el cual es complicado y universal en la experiencia humana. Se muestra como un proceso comunicativo vinculado al desarrollo con el consuelo, el castigo, la agresión y la pérdida de la sexualidad.

En los años recientes, el dolor crónico pélvico y la endometriosis han sido un gran problema de salud en la sociedad actual. Además de este dolor los factores son cambios de personalidad, junto con un gran índice de depresión. Franz (1986), menciona que mientras el dolor crónico pélvico incrementa, mayores serán los indicativos de depresión, síntomas histéricos y síntomas hipocondriacos.

---

[2] Kumar, A., Gupta, V., & Maurya, A. (2010). Mental health and quality of life of chronic pelvic pain and endometriosis patients. SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health, 17(2), 153-157.

# 3. Capítulo I

## 3.1 Descripción del problema

La Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el sistema nacional de la salud (SNS) [3] menciona que la prevalencia de endometriosis en la población general estima entre un 2% y un 10 % de mujeres en edad reproductiva. Si se siguiera analizando la población mencionada las cifras aumentaría a un nivel muy elevado.

Comparando las estadísticas de la SNS junto con las estadísticas de Macer. ML y Taylor. HS (2012), un 10 a 15 % de mujeres son afectadas en edad reproductiva, junto con la asociación entre endometriosis e infertilidad, a pesar de este factor no se determina si existe alguna causa efecto de acuerdo a la relación entre parejas con dicha enfermedad. Además el autor presenta otro porcentaje con respecto al incremento de la prevalencia de endometriosis, que corresponde a un 25 a 50 % de mujeres sólo con infertilidad y un 30 a 50% de mujeres con endometriosis e infertilidad.[4]

Según dichas observaciones de dos autores diferentes se puede llegar a la conclusión de que hay una gran cantidad de mujeres que padecen de endometriosis y son infértiles a causa por esta enfermedad.

Con respecto al factor de depresión por llevar una vida infértil en mujeres con endometriosis, se demuestra un estudio de 35 mujeres australianas que tienen

---

[3] Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. 2013 Jul 29;:1–85.

[4] Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and Infertility. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2012 Dec;39(4):535–49

dicha enfermedad, son separadas en 3 grupos, con el factor de edad. El rango de edad es de 17 a 53 años y el historial de 2 a 40 años de una vida con endometriosis, junto con el diagnóstico de hace 8 años. De acuerdo a este estudio las mujeres que estaban el último grupo con edades de 45 a 53 años tuvieron un puntaje mayor con respecto a la presencia de depresión ante la infertilidad por causa de la endometriosis.[5]

Este análisis demuestra que las mujeres pasados de los 40 años y diagnosticadas tienen mayor incidencia a la depresión por ser infértiles.

### 3.2 Problema principal

El deterioro psicológico, a consecuencia de un padecimiento de endometriosis en mujeres trabajadoras adultas de 40 a 45 años del sector socioeconómico B, de la ciudad de Lima Metropolitana.

### 3.3 Problemas secundarios

a) **El alto índice de infertilidad** debido al deterioro psicológico, a consecuencia de un padecimiento de endometriosis en mujeres trabajadoras adultas de 40 a 45 años del sector socioeconómico B, de la ciudad de Lima Metropolitana.

b) **Los efectos en la vida reproductiva** como consecuencia de un padecimiento de endometriosis en mujeres trabajadoras adultas de 40 a 45 años del sector socioeconómico B, de la ciudad de Lima Metropolitana.

[5] Moradi.M, Parker.M y Ellwood.D (2014). Impact of endometriosis on womens lives: a qualitative study. BBc wome´s health.

## 4. Capítulo II

### 4.1 Justificación de la investigación

La siguiente investigación se empieza analizando el inicio del problema, que es cuando las chicas inician sus ciclos menstruales, con síntomas anormales de una menstruación normal, que son dolor pélvico excesivo, mayor sangrado, entre otros. Frente a esta problemática nadie hace nada, es por esto que se ven las consecuencias 30 años después, en mujeres de 40 a 45 años, con problemas de infertilidad, dolencias mayores, entre otros problemas.

La calidad de vida de estas mujeres es en algunos casos deplorables, ya que están constantemente atentas y angustiadas por la venida de su ciclo menstrual, es ahí en donde los problemas reaparecen, y es aquí en donde buscar la solución se vuelve un martirio, ya que no todos los ginecólogos están enterados o no saben que es la endometriosis, y aparecen los diagnósticos equivocados, las recetas mal prescritas y las falsas esperanzas de la paciente. Es por eso que el factor psicológico se vuelve un punto más en esta investigación.

Este problema no es de gran conocimiento ante la sociedad peruana, a pesar de ser un tema grave y de gran preocupación para el sector femenino, sin embargo existen algunos colectivos en redes sociales tratado de cambiar o revertir la problemática demostrando la existencia de la enfermedad y las consecuencias que esta trae.

### 4.2 Objetivo principal

El objetivo principal de la investigación es i**nformar** las condiciones psicológicas en mujeres trabajadoras adultas de 40 a 45 años del sector socioeconómico B, de la ciudad de Lima Metropolitana

### 4.3 Objetivo secundario

a) **Demostrar el alto índice de ansiedad** debido al deterioro psicológico como consecuencia de un padecimiento de endometriosis en mujeres trabajadoras adultas de 40 a 45 años del sector socioeconómico B, de la ciudad de Lima Metropolitana

b) **Dar a conocer los efectos en la vida reproductiva** como consecuencia de un padecimiento de endometriosis en mujeres trabajadoras adultas de 40 a 45 años del sector socioeconómico B, de la ciudad de Lima Metropolitana

## 5. Capítulo III: Marco teórico

1. Sistema reproductivo femenino

Hay aproximadamente 400.000 folículos, es decir glándulas en la menarquia, o sea en la primera regla, que se van perdiendo 1.000 por cada mes. La función de este sistema empieza a disminuir alrededor de los 35 años, con la presencia de la menopausia, que gira entorno a los 51 años[6]. ( Aguinaga (2012) )

El sistema reproductor femenino de la mujer está formado principalmente por dos ovarios, los ovarios son los productores de gametos, es decir las células sexuales, los gametos se encuentran suspendidos en el área de la cavidad abdominal. También está conformado por las trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva. En el útero es en donde se encuentra mayor actividad. Este es un órgano hueco, muscular, de apariencia de pera, y se encuentra en la zona abdominal. Está forrado por el tejido endometrial, el cual tiene 2 capas de revestimiento. Una de ellas se expulsa cuando a la mujer le viene el periodo. Las paredes del útero se mueven en ondas seguidas que incrementan el transporte de los espermatozoides en el recorrido hacia el oviducto.

La vagina es un tubo muscular que comunica el cuello del útero con el exterior del cuerpo. Este órgano es una cavidad en función al canal del parto, junto con la recepción del pene. Se encuentran la uretra (conducto con la vejiga), el clítoris y los labios menores.

La principal función del sistema reproductor femenino es reproducirse, y de esta manera prevalece la raza humana. Todo empieza cuando los ovocitos, es decir células generadas en los ovarios, cuando están rodeados de una capa de células epiteliales, en otras palabras, células relacionadas con la piel, estas de les denomina folículos primordiales. De acuerdo con el nacimiento, los dos ovarios contienen 2 millones de ovocitos primarios, y estos han llegado a la primera fase de división. Los ovocitos se mantienen hasta que la mujer madure sexualmente. Después de la influencia de las hormonas se prosigue el procedimiento de la primera división de un ovocito primario y

[6] Aguinaga, I.(2012). Si eres mujer y tienes entre 40-54 años deberás de saber…(tesis de maestría).

el resultado es un segundo ovocito y un cuerpo polar. La primera división se termina alrededor del momento de la ovulación. Se inicia con 2 millones de ovocitos primarios, en el inicio de la pubertad, y solo 300 a 400 de ovocitos llegan a la madurez, usualmente un por uno, luego de 28 días desde la pubertad hasta la menopausia, esto procedimiento termina luego de 50 años. En el momento en el que un ovocito madura, incrementa su tamaño debido a la agrupación de reservas alimenticias almacenadas y de la maquinaria metabólica. La evolución de los ovocitos implica la meiosis, es decir la división de las células.

Como consecuencia de las divisiones celulares desiguales, la gran parte de las reservas alimenticias reservadas en el ovocito pasan a un sólo óvulo. El cuerpo polar también puede dividirse, pero no existe razón funcional para que esto suceda.

Los ovocitos se desarrollan cerca de la superficie del ovario. Las células del folículo aportan nutrientes al ovocito en crecimiento y además generan estrógenos, estas hormonas mantienen el crecimiento del folículo e en ese momento se inicia la generación del tejido endometrial.

Después se mueve a la superficie y produce una elevación delgada , de manera de ampolla, y por último este explota liberando el ovocito, el desarrollo se denomina como ovulación .

## 2. Anatomía del aparato reproductor femenino

Según Suárez. J, Iturrieta. I, Rodríguez. A y García. F (2015), el aparato reproductor femenino está formado por los órganos genitales internos y externos. Los órganos internos están conformados por:

- Gónadas: constituidas por dos ovarios productores de óvulos
- Trompas uterinas o trompas de Falopio: direccionan los óvulos hacia el útero.
- Útero: donde se implanta y desarrolla el óvulo fecundado
- Vagina: Este órgano femenino interno de cópula que sirve de receptáculo del pene, además de formar parte del canal del parto.

Los órganos genitales externos están conformados por:

- Monte venus

- Labios menores y labios mayores
- Clítoris y glándulas anexas

De acuerdo a Suárez. J, Iturrieta. I, Rodríguez. A y García. F (2015) la conexión entre el ovario y las trompas de Falopio se describen como “vascularización (presencia de vasos sanguíneos y linfáticos) e inervación (presencia de nervios en un órgano)” y se clasifica de la siguiente manera:

a) Vascularización e inervación del ovario y de las trompas de Falopio

-Vascularización arterial y venosa: el ovario está irrigado por la arteria ovárica y por la arteria uterina, y al mismo tiempo por la arteria ilíaca interna. La trompa de Falopio esta introducida por la arteria tubárica lateral, que forma parte de la rama ovárica, y la rama tubárica, que pertenece a la arteria uterina, y de esta manera se juntan. Las venas del ovario limpian los ganglios latero aórticos, mientras que las trompas de Falopio lo hacen en afluentes de la vena ilíaca interna (ubicadas en la zona pélvica).

- Drenaje linfático: Los linfáticos, (células que pertenecen al sistema circulatorio) del ovario limpian los ganglios latero aórticos, y los de a trompa, incluso los ganglios de la zona ilíaca interna.

- Inervación: Nervios ascienden del plexo hipogástrico interno, es decir el centro que coordina las neuronas principales y administra estructuras viscerales de las pelvis.(Plancarte. R (2002))[7]

b) Vascularización e inervación del útero

-Vascularización arterial y venosa: están irrigadas por ramas de la arteria ilíaca interna; las venas forman plexos y son tributarias de la vena ilíaca interna

- Drenaje linfático: En este caso realizan el mismo trabajo de drenaje, en la vascularización del ovario y trompas de Falopio, excepto en la zona de los ganglios intrapélvicos y en los ganglios inguinales.

- Inervación: los nervios se derivan del plexo hipogástrico interno.

[7] Plancarte. R. (2002). Dolor Abdominopélvico y su tratamientos (No. 25)México:R.M.A

c) Vascularización e inervación de la vagina

- Vascularización arterial y venosa: Ocurre exactamente lo mismo que en la vascularización de las trompas de Falopio, excepto que no hay presencia de las arterias tubárica laterales, ni venas de los ovarios.

- Drenaje linfático: En este caso, solo ocurre el drenaje de los ganglios pélvicos.

- Inervación: Sucede que los nervios emplean el mismo papel con respecto al plexo hipogástrico interno, excepto que el nervio procede junto con el plexo hipogástrico.

2.1 Partes del aparato reproductivo femenino

De acuerdo con Fuller.J y Ness.E (2008)[8] , el sistema reproductivo de la mujer se divide en dos partes, órganos internos y órganos externos.

En los órganos internos, se presentan:

El útero: este parte se encuentra en la cavidad pélvica, en un órgano piriforme de unos 8 centímetro de largo y 5 centímetros de ancho. Se divide por una capa muscular y está fijado a la cavidad pelviana por una serie de ligamentos que lo rodean. A los lados del útero estarán ubicadas las trompas de Falopio. Las paredes del útero están separadas por diferentes capas: el endometrio, el miometrio, es decir capa muscular y el perimetrio, en otras palabras, membrana que recubre el útero. El endometrio recubre la cavidad uterina y muestra cambios temporales y periódicos, ya que la influencia de las hormonas femeninas, junto con el embarazo. A diferencia del endometrio, el miometrio es una capa muscular gruesa del útero, además de continuo con los músculos de las trompas uterinas y de la vagina. El miometrio tiene la habilidad de contraerse en el momento del parto y la menstruación. El perimetrio es una capa serosa, es decir una capa que recubre al útero.

Según Fuller.J y Ness.E (2008)[9] el útero además de ser un órgano interno, también tiene partes internas, a continuación se mencionaran algunas, como:

[8] Fuller.J y Ness. E (2008) Instrumentación quirúrgica. Teoría, técnicas y procedimientos (4ta edición).Argentina: edición panamericana médica.

a) El cuello: es la parte inferior del útero que se extiende hacia la cúpula vaginal
b) El orificio cervical es una abertura que puede dilatarse o expandirse de manera quirúrgica o de forma natural, con ayuda de hormonas. Este orifico se divide en dos partes: el orificio cervical externo y el orificio cervical interno. Estos dos orificios se conectan entre sí.
c) Los ligamentos uterinos: estos son difíciles de tratar en una operación pélvica, es por eso que se debe tener una buena localización, ya que estos rodean el útero, además de encontrarse cerca de las trompas de Falopio. Estos ligamentos ayudan a sostener el útero desde el área de adelante.
d) La vagina es otro órgano interno del sistema reproductivo de la mujer, este órgano es conocido por ser tubular muscular que conecta con el recto y la vejiga. El epitelio vaginal, es decir el tejido en base a células planas, este demuestra diferentes pliegues, estos se distienden o expande durante el nacimiento. Otra función de la vagina es generar su propio lubricante, a través de las glándulas Bartolino y aparece en el cuello de esta.
e) Las trompas de Falopio se conectan de manera directa con el útero. Cada trompa tiene cuatro secciones: el intersticio (la comunicación con el útero), el istmo (sector medio), la ampolla (el área más ancha de la trompa) y el infundíbulo (tiene una apariencia de pequeño embudo) en el extremo final. Las fiambra, o sea segmentos muy finos ubicados al borde de las trompas, estas son proyecciones minúsculas, que se estiran desde el extremo de cada trompa y dirigen el óvulo hacia el infundíbulo a lo largo de la ovulación. Las trompas de Falopio son muy angostas, no existe conexión con el ovario, porque están suspendidas del borde superior de la pelvis por el ligamento infundibulopélvico.
f) Los ovarios son las glándulas sexuales femeninas. Existen dos, y son responsables de generar hormonas sexuales; estos se encuentran de cada lado del útero en la parte superior pelviana. Al igual que las trompas de Falopio, estos están suspendidos gracias al mesovario, que es un segmento de tejido peritoneal, interpuesto en el útero a través de los ligamentos útero ováricos. Cada ovario mide entre 3 y 4 centímetros, tiene forma ovalada incluyendo un millón de óvulos, presentes en el momento del

[9] Fuller.J y Ness. E (2008) Instrumentación quirúrgica. Teoría, técnicas y procedimientos (4ta edición).Argentina: edición panamericana médica.

nacimiento. El ovario tiene una superficie fibrosa, este es irregular y comprende folículos, de los cuales cada uno conlleva un óvulo en distinto estado de maduración

Los órganos externos comprenden el monte del pubis o venus, los labios mayores, labios menores, clítoris, glándulas vestibulares y el himen.

a) El monte venus: es el área en la que está cubierta con vellos púbicos, esta engloba al tejido conectivo y graso, además de representar el límite del aparato reproductor.
b) Los labios mayores: son dos pliegues simétricos, de tejido adiposo (tejido grasoso) que están alrededor del área perineal (zona de pelvis). Estos van en dirección a la parte interior de la vulva y protegen los genitales internos.
c) Los labios menores: al igual que los labios mayores son una estructura simétrica, tienen un tejido más delicado que los otros labios, además estar fijado hacia delante del frenillo. Estos se extienden desde la zona del clítoris hasta la abertura vaginal, en donde se junta la mucosa vaginal.

## 2.2 Menstruación. Ciclo menstrual. Menopausia

Según Saltillo (2002)[10], la primera menstruación en un proceso físico y emocional que debe ser claramente explicado a la mujer, quien está dando un paso más en la madurez de su cuerpo.

Este es uno de los eventos más íntimos en la vida de una mujer, además de tener un mayor impacto físico y psicológico, la primera menstruación o primer sangrado se representa como el inicio de la vida reproductiva. Por lo general la primera menstruación inicia a la edad de los 10 a 14 años, usualmente los 12 años es una edad promedio.

Saltillo ( 2002 ) menciona que un año antes de la primera menstruación las hormonas femeninas han empezado a funcionar, creando una clara evolución del cuerpo, aumento de talla, aparición de senos, crecimiento del vello púbico, ensanchamiento de

[10] La primera..(2002, Nov 07). Palabra, pp. 1.

las caderas, redondeamiento de glúteos y muslos, y estrechamiento de la cintura. Luego de un año de la primera menstruación, inician a producir óvulos maduros y por ende son capaces de concebir.

Al principio el flujo menstrual aparece como una sustancia blanquecina, pero al manifestarse la primera menstruación se crean una serie de nutrientes y sangre que se encuentran en las paredes del útero. El punto aparte es cuando se cambia de idea en este caso muchos de estos párrafos son en realidad punto seguido

La menstruación sucede aproximadamente cada 28 días y continúa alrededor de 3 a 5 días. Al inicio, la irregularidad de las próximos períodos es completamente normal, dentro de los primero 6 a 9 meses. Después de unos años se corrigen al alcanzar la madurez en los ovarios.

Es muy importante que se esté preparado o preparada para la reacción de la jovencita, ya que estará confundida y sorprendida, incluso por la novedad de los cambios hormonales. Es por esto que se necesita comprensión por parte de familiares, profesores, y personas cercanas; ya que estos ayudarán a asimilar el proceso de cambios hormonales y los cambios físicos que esté pasando. Se debe proporcionar las normas respecto a la higiene. A través de la menstruación no deben faltar el baño diario y los métodos de contención del flujo sanguíneo, ya que esto podría generar consecuencias como infecciones y desbalance de PH.

- Ciclo Menstrual

El ciclo menstrual consta de cambios morfológicos y fisiológicos que ocurren en los ovarios y el útero. Por lo general, el ciclo menstrual muestra veintiocho días. No obstante, pueden ocurrir ciclos menstruales de veintiuno e incluso de treinta y cinco días.

Se designa el primer día de la menstruación como el primer día del ciclo menstrual. El ciclo menstrual muestra cinco días de menstruación aproximadamente, luego de una

etapa de desarrollo en el día catorce, y después una fase secretora hasta la siguiente menstruación.

En la página de Xunta de Galicia(2013) [11], se presentó un artículo las fases de la menstruación, en los que presentan las fases del ciclo menstrual.

En la primera fase se desarrolla el folículo 1 desde la fase primordial hasta el preovulatorio. De estos folículos primordiales (glándula que se ubica en la superficie de la mucosa o de la piel) uno está destinado a ovular y el resto sufrirá un proceso de atresia, (proceso de degeneración y reabsorción del folículo ovárico).

i) Fase Ovulatoria

En esta etapa el folículo crece rápidamente y se produce la ruptura folicular con la salida del ovocito, ( son células germinales femeninas que se generan en ovarios) que termina la primera división de la meiosis, ( proceso de división celular en la reproducción sexual, en el cual el número de cromosomas es reducido a la mitad). La segunda división se produce sólo si es fecundado por un espermatozoide. El ovocito es atraído por las trompas de Falopio y llevado en su interior hacia el útero.

ii) Fase Lútea

El ovocito produce una serie de cambios en el folículo tanto desde el punto de vista morfológico como endocrinólogo.

Estas células se quedan en el folículo y cambian, además forman el cuerpo lúteo o amarillo. Este se mantendrá unos 14 días en ausencia del embarazo. Ahí se elaboran la progesterona y estrógeno. La progesterona es responsable del aumento de la temperatura en la fase lútea.

- Edad promedio fin. Menopausia

[11] Xunta de Galicia. (2013). El ciclo femenino, entrada o post de la web a referenciar [Xunta de Galicia, consellería de cultura, educación e ordenación universitaria].

La menopausia se puede definir como la parte final permanente de la menstruación que resulta la pérdida de actividad folicular ovárica. Puede pasar de manera espontánea o de manera inducida. Usualmente la aparición se encuentra entre los 45 a 52 años, esto se convierte en un proceso lento a lo largo de la vida de la mujer, los síntomas característicos son: insomnio, sudoración, sofocos, entre otros. Las situaciones fundamentales que muestran los síntomas son las siguientes:

a. La disminución de la actividad ovárica, con insuficiencia hormonal, que, como consecuencia los síntomas precoces, vinculados a cambios metabólicos importantes en órganos terminales que son afectados por la falta hormonal.
b. Factores socio – culturales: el entorno y el medio ambiente es un punto determinante en el que la mujer se desenvuelve.
c. Factor psicológico: esto depende de las facetas de su carácter.

Pueden encontrarse riesgos de osteoporosis, junto con síntomas vaginales.

2.3 Complicaciones de la menstruación

Según Hernández (1850) La menstruación considerada bajo su aspecto fisiológico y patológico. ( pp. 441-495 ). Barcelona: Juan Olivares, impresor de S.M[12], las irregularidades durante la regla se presentan en disminuciones, dismenorrea, amenorrea sintomática, afecciones de pecho, tisis pulmonar, lesiones de intestinos, afecciones del útero , entre otras, pero el más común de estos es la amenorrea sintomática y dismenorrea.

a) Amenorrea sintomática: es un síntoma de Flegmasia del ovario o útero, es decir una hinchazón del ovario o del útero. En el caso de una edad avanzada, la Flegmasia sería fatal, ya que se volvería en carcinomas (tumor cancerígeno).
b) Dismenorrea: Se entiende coloquialmente como síndrome premenstrual , es un dolor que proviene del útero que es acompañada de la regla. Son todos los dolores y trastornos en un estado completo que están junto a la menstruación. En otras palabras, la dismenorrea es simplemente un dolor uterino.

[12] Según Hernández.R ( 1850 ) La menstruación considerada bajo su aspecto fisiológico y patológico. ( pp. 441-495 ). Barcelona: Juan olivares,impresor de S.M

Hay mujeres que sólo experimentan el dolor de la regla como un único síntoma; sin embargo, hay una gran parte, que además del dolor uterino, tienen dolores de cabeza intensos, fatiga, vómitos, náuseas, entre otros síntomas. Por lo general estas molestias son soportables, pero según Botella. J y Clavero A. (1993), existe un porcentaje que varía entre el 5 % y el 15 % por 100 % de todos los casos[13]; estas molestias son una enfermedad que impone descanso en la cama y presentan una cantidad significante de importancia social.

La dismenorrea puede aparecer antes y después de la regla, pero lo más usual es que se presente como premenstrual, es por eso que se le dice “síndrome premenstrual” de manera coloquial.

Además, esta se presenta como primaria y secundaria. La primaria es la que se muestra en la pubertad, al empezar la regla, o como después. Es extraña la dismenorrea que se muestra con la primera menstruación. Frecuentemente pasan entre uno o diferentes años antes de que los síntomas comiencen. En general es de un tipo espasmódico (contracciones musculares), más fuerte en la zona inferior del abdomen y que puede esparcirse hacia la zona de los muslos. Estos empiezan unas horas antes de la regla y empieza a salir acné en el primer día de la regla. Según Bajo Arenas J. este caso puede durar desde unas horas hasta 2 – 3 días y en más de la mitad de los casos se puede acompañar de náuseas o vómitos (89%), astenia (85%), diarrea (60%), mareo, cefalea (60%).

La dismenorrea secundaria, en cambio, se muestra en mujeres maduras, y es un síntoma más determinado en dolencias ginecológicas de la cuales la más evidentes es la endometriosis. La dismenorrea primaria no tiene en cambio un origen visible y, aunque ahora se conoce la etiología, durante varios años se la llamaron dismenorrea esencial, e incluso ese nombre se sigue empleando. Esta es de manera más continua,

[13] Botella. J y Clavero A.. (1993). Tratado de ginecología (catorceava edición). Madrid: Ediciones Días de Santos S.A.

persistente y sorda, este va a incrementando conforme el tiempo o nivel de dismenorrea.

La dolencia en la dismenorrea secundaria es más seguido, duradero y sordo, y esto va incrementando durante el periodo menstrual. Las principales causas de dismenorrea secundaria son: adenomatosis, es decir que el útero aumente de tamaño, enfermedad pélvica inflamatoria, tumores uterinos, endometriosis, congestión pélvica y tumores ováricos. Por ahora aceptan que la dismenorrea se crea por un crecimiento anormal de la actividad uterina.

Existen diferentes tratamientos a la dismenorrea: Según [14] Bajo.J (2009) presenta dos tipos de tratamientos para la dismenorrea:

a) Inhibidores de la síntesis de PG (Prostaglandinas):
   Esto consta en la construcción del primer paso o etapa para el tratamiento. La administración se hace durante los 2 o 3 primeros días de la regla, no habiéndose reconocido la utilidad de la toma en días previos. Para evaluar su funcionalidad es necesario mantener tratamientos 5 – 6 meses e incluso cambiar de uno a otro hasta alcanzar lo más eficaz para cada paciente.

b) Anovulatorios:
   Si la dismenorrea no aumenta positivamente con la terapia anterior, si se asocian hemorragias cuantiosas o si el paciente quiere un método anticonceptivo, estas medicinas constituyen la segunda arma terapéutica, los cuales se consigue la eliminación del dolor en casi todos los casos.
   Si las opciones terapéuticas anteriores no logran un resultado efectivo ante el cuadro de dolor, se debe proceder con una “Laparoscopía” para descartar patología orgánica responsable.

[14] Bajo.J. (2009). Patología ginecológica de la infancia y adolescencia., Fundamentos de la ginecología (265 - 274) Bogotá: Editorial médica panamericana.

Aún no se han establecido las herramientas responsables de la alteración de la biodisponibilidad de eicosanoides (reguladores) en la dismenorrea ; [15] Según Jácome.A. (2005). los eicosanoides se les denominan como autacoides, son un grupo de células que alivian, que son formadas por el metabolismo, alterando algunas funciones de otras células a nivel local, e incluso son consideradas como mediadores químicos de la inflamación y en un grande concepto de la sinología intercelular, de la regulación visceral y de la neuro – inmune – endocrinología, estos elementos y algunas otras serán señaladas como hormonas locales, ya que no hay depósitos de ellas en las células, sino que se simplifican y desatan localmente según la demanda, se metabolizan con agilidad, debido que son revelados sólo por periódos cortos; se interpone la regulación visceral, junto con el sistema nerviosos autónomo – a través de los neurotransmisores – y hormones convencionales.- Se conoce desde hace unos años que las concentraciones plasmáticas de vasopresina estimulan la contractilidad uterina no es bloqueado por agentes hormonales derivados de ácidos grasos, es decir prostaglandinas. Al fin y al cabo, las concentraciones plasmáticas de vasopresina (hormona que disminuye la cantidad de orina) están elevándose en las mujeres, dado que la dismenorrea es tratada con un gran éxito ante el uso de inhibidores de las prostaglandinas, lo que propone que la vasopresina puede desempeñar un rol etiológico mediado por algún canal distinto de la síntesis uterina de prostaglandinas.

Los resultados proyectan un efecto directo de la vasopresina sobre el endometrio o algún mecanismo alternativo, con el fin de que la vasopresina pueda estimular la contracción uterina.

Pacientes con dismenorrea primaria que prefieren usar anticonceptivos pueden recibir alguna pastilla anticonceptiva oral, y esta produce un alivio casi entero de la dismenorrea.

## 2.4 Control ginecológico

[15] Jácome.A. (2005). Patología ginecológica de la infancia y adolescencia., Fisiología Endocrina (121-129) Bogotá: Kimpres Ltda.

De acuerdo con el libro de Margulis. M, Urresti.M y Lewin. H (2007). Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires: investigaciones desde la dimensión cultural. Página 213-217. Argentina: editorial Biblios sociedad[16] demuestra que el contacto de las mujeres con profesionales médicos, generó un incremento en el acceso a la información y de esta manera la ayuda para regularizar ciertos conceptos. Además, las consultas médicas ayudaron al aprendizaje de cuidados meticulosos a través del acceso a los exámenes de Papanicolaou, colposcopía, mamografía, y examen físico de mamas, que solucionan el diagnóstico temprano de las patologías ginecológicas. A pesar de esto, no todas las mujeres están informadas como ahora, esto influyo en la asistencia a los controles ginecológicos. Las técnicas que actualmente se utilizan son mucho más avanzadas que hace 10 años atrás. Estando de acuerdo con el pensamiento de Margulis. M, Urresti.M y Lewin. H (2007), las prácticas de prevención aparecen de manera tardía, junto con las recomendaciones y el aprendizaje para contralarse, el cual las jóvenes de ahora si obtienen.

En algunos casos se ve la presencia de factores como la buena comunicación que incidieron de una manera positiva en la confluencia de forma periódica. A sí mismo la continuidad en el sistema educativo fomento la comunicación con otras personas que prestaron información a las mujeres.

A. Examen de Papa Nicolaou

Según Cooke. K (2014)[17]La función de este examen es buscar cambios en el cuello uterino, en otras palabras, busca alguna malformidad o abultamiento anormal en la parte esponjosa entre la parte de arriba de la vagina y la apertura del útero. Si el ginecólogo encuentra alguna malformidad, y la paciente no se trata, puede ocasionar algún cáncer cervical en un largo periodo. Este tipo de cáncer es muy raro de

[16] Margulis. M, Urresti.M y Lewin. H (2007). Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires: investigaciones desde la dimensión cultural. Página 213-217. Argentina: editorial Biblios sociedad

[17] Cooke. K (2014) Cosas de chicas. Primera edición. México: penguin random house group editorial de México

encontrar en mujeres jóvenes, pero es necesario y es por esto que el examen de Papanicolaou se realiza a partir de los veinte años.

Existen tipos de cáncer que se desarrollan en el cuello uterino, por no ser encontrados a través de este examen, como: cáncer cervical (causado por variantes del virus de papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual, entre otras.

La presencia de múltiples tratamientos para las infecciones, enfermedades, entre otras existen vacunas o inyecciones que evita una gran parte de variantes de cánceres, pero no sólo se debe aplicar y la paciente está completamente curada; se debe hacer el examen con periodicidad. Este examen no detecta cáncer al ovario, ni de otro tipo, sólo detecta variantes de cánceres cervicales.

Este examen toma 5 minutos o menos, y consiste en estar echada con las piernas abiertas, para que el doctor o doctora ponga un instrumento previamente esterilizado y lubricado, llamado espéculo, el cual será empujado con cuidado en el área de la vagina, este instrumento se abrirá de manera vertical para separar las paredes vaginales, este procedimiento no debería doler, ya que las paredes vaginales son muy elásticas, pero si se sentirá una sensación extraña. Luego el doctor empujará un hisopo largo para tomar una muestra del cuello uterino, y así analizarlo al laboratorio.

B. Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos tienen múltiples funciones, pero las dos más resaltantes son: evitar el embarazo no planificado y evitar las infecciones de transmisión sexual (sífilis, VIH, hepatitis, etc.). Según el libro de “Métodos anticonceptivos, consejos para mejorar la calidad de vida[18], el único método que puede prevenir estas dos funciones es el preservativo.

De acuerdo con el libro de “Métodos anticonceptivos, consejos para mejorar la calidad de vida[19] , el hombre ha necesitado ajustar el número de hijos, para poder planificar una familia. Esta necesidad ha variado a lo largo del tiempo. Los índices de mortalidad

[18] Ciarmatori.S, Dicacciati.V, y Mülli,V (2016).Métodos anticonceptivos. Consejos para mejorar la calidad de vida (primera edición).España.delhospital ediciones

[19] Ciarmatori.S, Dicacciati.V, y Mülli,V (2016).Métodos anticonceptivos. Consejos para mejorar la calidad de vida (primera edición).España.delhospital ediciones

relacionadas con el embarazo, el parto, la infancia, la niñez eran extremadamente altas para asegurar la continuidad de la especie humana. Actualmente las condiciones son distintas y las parejas que desean regular la fertilidad, de esta manera las relaciones sexuales no terminarán en embarazos no deseados. Con este objetivo se crearon diferentes estrategias, es de esta manera que se definieron los dos métodos anticonceptivos o métodos de planificación familiar.

El libro de “Métodos anticonceptivos, consejos para mejorar la calidad de vida[20] muestra los siguientes datos: “De cada cien parejas en edad reproductiva que mantienen relaciones sexuales periódicas (aproximadamente dos veces por semana), sin medidas anticonceptivas, en el ochenta y cinco por ciento se producirá un embarazo dentro del primer año.”

Ahora son más las parejas que usan métodos anticonceptivos, y a pesar de esto hay muchas personas que no tienen la información necesaria para la elección de un método y utilizarlo de manera adecuada, o existen miedos injustificados por los efectos secundarios que estos podrían desatar. En ocasiones los medios de información no son los correctos e incluso los canales de comunicación no son del todo adecuados, es por eso que se debe consultar a especialistas.

Según el Instituto nacional de estadística e informática (INEI) (2014)[21]La primera relación sexual ocurre antes del matrimonio. El 50% de mujeres entre 25 y 49 años tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 18,6 años y se encontró un crecimiento entre los años del 2000 al 2016, en el uso de anticonceptivos (todos los métodos) de 68.9 a 76.2 % (mujeres con pareja) respectivamente. (4 de cada 5 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo). Existen distintos métodos anticonceptivos y absolutamente todos son eficaces, siempre y cuando se utilicen de manera adecuada, y así no será perjudicial para la salud. Las parejas están en todo el derecho de disfrutar al máximo de la sexualidad, pero previniendo infecciones de transmisión sexual, al igual que decidir libre y responsablemente, junto con la planificación familiar.

[20] Ciarmatori.S, Dicacciati.V, y Mülli,V (2016).Métodos anticonceptivos. Consejos para mejorar la calidad de vida (primera edición).España.delhospital ediciones

[21] INEI (2014, 21 de Mayo ). Inei presento los resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar 2013,

Las mejores características de un anticonceptivo ideal son las siguientes:

a) Eficacia, es decir, que su eficacia anticonceptiva sea del 100%.

b) Seguridad, que no ocasione tantos efectos secundarios ni complicaciones.

c) Reversible, debe existir la posibilidad de revertir el efecto anticonceptivo.

d) Fácil, que sea fácil de entender y de usar.

e) Accesible, tiene que ser apto para todo el público, de manera económica.

f) Cómodo, que no moleste con la relación sexual.

Aceptable, quiere decir que la pareja debe estar de acuerdo con el método elegido.

## 2.5 Menstruación a lo largo de la historia

Anderson.B y Zinsser. J.(2009[22]), hablan de la época de los griegos, romanos, hebreos, germánicos y celtas, en las que existieron escritos o relatos de historias o creencias acerca de la menstruación, y la historia de las mujeres en este contexto; con el paso del tiempo la ideología acerca de la inferioridad femenina persistió. Este pensamiento limitó cometidos, junto con funciones de las mujeres, de esta manera se dieron la libertad, de menospreciarlas física y psicológicamente. Esta manera de pensar logró replicarse en la nueva cultura europea que emergió en el siglo IX. Continuando con el pensamiento o la idea sobre mujeres, que eran por naturaleza dependientes, e inferiores a los hombres. Así por lo largo del tiempo, estas percepciones adquirieron poder en la cultura europea: de que esto era algo natural, inevitable, y en ocasiones que era un castigo expresado por Dios.

Cada una de estas culturas argumentaba que el cuerpo de la mujer era uso único para la maternidad, como objeto sexual y para cumplir tareas dentro del hogar, por ello las excluían de las guerras, de las leyes, el gobierno y de la religión.

---

[22] Anderson.B y Zinsser. J. (2009). Historia de las mujeres, una historia propia (segunda edición). Madrid: Crítica Barcelona.

Cada religión sostuvo que el cuerpo de la mujer necesitaba ser resguardado como la esfera del hogar a toda costa. Cada una de las mujeres le otorgó a sus esposos u hombres el poder y dominio sobre ellas, y todas ellas consideraron su vida como algo relacionado exclusivamente con la familia.

Está claro que los hombres valoraban menos a las mujeres, que llegaron al punto de mirarlas como personas que no eran tomadas en cuenta, además de relacionar el intelecto de las mujeres con debilidad, también se mencionaba que cada mujer debía ser custodiada por una figura masculina, debida a lo frágiles e inestables que eran, que incluso eran ignorantes con respecto a asuntos materiales. En dónde se notó más el incremento de este pensamiento fue en la era de los celtas, en Irlanda consideraban o denominaban a las mujeres como insensatas y las colocaban o comparaban al lado de los esclavos, prisioneros y borrachos. Incluso los judíos crearon antecedentes para la educación de niños, demostrando la naturaleza inferior de las mujeres.

Esta ideología incluso estaba presente en la religión católica, se declaraba en el Génesis (la biblia) , que las mujeres sí tenían alma, que tenían morada, esas eran las semejanzas con respecto al hombre, pero a pesar de esto se comenta que los pensamientos del hombre eran sabios, correctos, justos, prudentes, llenos de sabiduría, entre otros adjetivos positivos, entonces en el pensamiento de las mujeres se presentaban pensamientos irracionales, temores, placeres, debilidad incurable (menstruación) y enfermedades irracionales. Existieron leyes en hebreo dictando que la mujer era un ser defectuoso a comparación del hombre; a las mujeres se les prohibió testificar, por las mentes ligeras o volubles, esto básicamente implicaba la incapacidad de este género.

La denominación de la menstruación es de algo impuro, o un castigo del Dios. Se crearon reglas con respecto a la contaminación de las mujeres menstruantes. Esta impureza por periódos era otra de tantas ocasiones para excluirlas del templo del Dios - existe en la cultura Céltica-.

En otras palabras, en tiempos pasados la menstruación fue algo considerado del demonio, algo sucio e impuro, que sólo traía negatividad y mala fortuna a la familia, y hasta el día de hoy, se observa como algo sucio y tabú.

## 2.6 Complicaciones relacionadas a la menstruación

### A. Amenorrea menstrual

Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecología[23] mantiene una definición con respecto a la amenorrea; esta se produce por ausencia de la función menstrual, la amenorrea es un síntoma, no enfermedad. Este síntoma se podría diferenciar a cierto grupo de enfermedades que pueden perjudicar diferentes órganos.

Para que se pueda considerar la existencia de amenorrea debe cumplir con las siguientes observaciones:

a) Ausencia de menstruación a la edad de 14 años, junto con el retraso del crecimiento y la evolución de los caracteres sexuales secundarios, o en el caso de que hayan aparecido a más de 2 años desde la aparición de aquellos.
b) La falta de periodo menstrual a los 16 años, a parte del crecimiento y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
c) Cuando el ciclo menstrual se establece y desaparece al menos 3 o 6 meses.

En el caso de las 2 primeras observaciones de les califica como amenorrea primaria y la tercera se le conoce como amenorrea secundaria.

En el diagnóstico de la amenorrea se debe descartar las oligomenorreas (ciclos menstruales que duran más de 45 días pero menos de 6 meses), que por lo general se genera por el síndrome de Ovarios poliquísticos, pero también se asocia con hiperprolactinemias, alteración de peso, entre otros.

El origen de la amenorrea se puede clasificar dependiendo del momento de aparición, en amenorrea secundaria o primaria, junto con la localización de la alteración. Es fundamental eliminar la existencia de embarazo, porque la primera causa de amenorrea fisiológica.

[23] Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecología y su lista para la consideración de amenorrea.(primera edición).

El porcentaje de incidencia de amenorrea primaria es baja, de acuerdo con Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecología[24] el 60% está en relación con alteraciones del desarrollo genital por anomalías genéticas y el otro 40% es debido a trastornos endocrinológicos.

Dentro de la clasificación de las amenorreas primarias se muestra 2 subtipos:

Centrales: estas producen una disfunción en el sistema productor de GnRH, por falta de maduración y de esta manera se crea un déficit en el GnRH. Cuando se ocasiona esto de presentan diferentes síndromes como: el síndrome de Kallman, se caracteriza por una malformación olfatoria e infantilismo sexual, los pacientes demuestran hiposmia, pero ellos no se percatan de aquello; otro síndrome llamado Insuficiencia de hormonas gonadotropas hipofisarias no se presenta mucho, pero como su nombre los dice, existe la disminución selectiva de gonadotropinas; a parte de estos síntomas se muestra uno que se muestra de forma obvia, es el adelgazamiento, obesidad y ejercicio físico, la pérdida de peso significativa a gran velocidad, puede ocasionar la aparición de la amenorrea. La obesidad se relaciona con los ciclos anovulatorios, encontrándose LH y FSH dentro de los límites normales. El ejercicio físico de manera muy dura y competitiva se relaciona con los trastornos menstruales.

Otro de los subtipos se denomina como Periféricas; estas son más usuales, ya que pueden ser provocadas por falta de menstruación, que se encuentra a nivel del útero o por la alteración u bloqueo de la vía de salida de la menstruación, al igual que el primer subtipo se muestran diferentes síndromes: Himen perforado, en este síndrome presentan un mayor avance puberal de lo normal, junto con la retención de la menstruación, produciendo hematocolpos y luego hematómetra, que por lo general se presenta como amenorrea acompañada de dolor abdominal.

El síndrome de agenesias müllerianas, este es uno de los síndromes más frecuentes en la amenorrea primaria. Este se ocasiona por una alteración en la permeabilidad de los conductos de müller, esto lo desencadena una falta completa de vagina, útero

[24] Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecologíay su lista para la consideración de amenorrea. .(primera edición

rudimentario no canalizado, junto con la falta de trompas de Falopio, pero manteniendo los ovarios normales. Y al existir un propósito ovárico adecuado el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios es normales. Se presenta el siguiente tratamiento, que consiste en la formación de una restauración de vagina, a través de una laparoscopía o dilatadores.

El síndrome de Morris, se basa en la existencia de un déficit de receptores intranucleares androgénicos por los que se crea una resistencia a la acción periférica de la testosterona. Hay una malformación en los genitales, ya que se muestran los genitales externos femeninos, pero presenta la ausencia de útero. Se presentan testículos, pero intraabdominales, por lo que se debe extirpar.

En el caso de las amenorreas secundarias se oscila en un 0.7%,de acuerdo con Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecología[25] . Es afirmativo discutir de la presencia de amenorrea cuando la mujer encaja en las observaciones o reglas previamente presentado. La causa se debe a cierta alteración en la secreción de GnRH, decir la hormona gonadotropina. Este ocasiona la falta de estimulación de la liberación de gonadotropinas, ya que estas no actúan sobre el ovario se clasifican como hipogonadotropas y se diferencian en 3 tipos: diferenciando de acuerdo con el estudio de las siguientes causas:

Causa hipotalámica:

- Orgánicas: son secundarias a cierta lesión que afecta a vías eferentes alterando la secreción pulsátil de GnRH. Estas pueden ocasionar infecciones como meningitis, tuberculosis, entre otros.
- Funcionales: a pesar de ser la más frecuente en amenorrea secundaria, se puede demorar el ritmo de la alteración de secreción hasta la desaparición.
- Causa psicógena: esto se demuestra en mujeres pospúberes, y se presenta con estados depresivos o ante situaciones conflictivas personales.

[25] Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecologíay su lista para la consideración de amenorrea. .(primera edición).

- Pérdida de peso: al disminuir de peso de manera drástica en poco tiempo, se produce una disminución en la producción de pulsos de GnRH. Si el componente adiposo en menor del 20%, se pude generar alteraciones menstruales, además de amenorrea. Lo positivo de esto es que puede ser reversible si se recobra el peso normal.
- Anorexia nerviosa: esta causa es un conjunto de 3 de las causas anteriores, en situaciones la menstruación puede retirarse, ya que las hormonas de gonadotropina, prolactina y tiroxina se presentan bajas.

  Causa hipofisaria:

- Síndrome de la silla turca vacía: Este puede ser congénita o secundaria a alguna cirugía. En diferentes ocasiones no presenta síntomas y no presenta una característica clínica. Se presenta como un compromiso vascular que dificultará la circulación de hormonas hipotalámicas, presentándose como una afectación glandular.
- Síndrome de Sheehan: Consiste en un cuadro clínico de una insuficiencia total de la secreción de hormonas hipofisarias en un episodio hemorrágico creado durante el trabajo de parto o en el puerperio inmediato. Se manifiesta por la pérdida de hormonas de crecimiento junto con efectos visibles en la paciente, incapacidad de lactancia, caída del vello púbico y axilar, entre otros.
- Apoplejía hipofisaria: Consiste en una hemorragia, que contiene a un tumor. Este síndrome es tratable, se basa en la descompresión de la glándula con cortico terapia, y luego la cirugía del tumor.

  Causa ovárica:

  Fallo ovárico prematuro: Esto pasa cuando la cantidad de folículos ováricos disminuye de forma precoz. No existe una causa exacta para este síndrome, pero una de las teorías demuestra un trastorno genético. En algunos casos los diagnósticos deben recurrir a la biopsia de ovario, junto con un tratamiento hormonal.

Síndrome de ovario resistente: Se muestra como un crecimiento de los niveles de gonadotropina. Los ovarios presentan folículos que no son estimulados. Se debe hacer una biopsia ovárica para tener un diagnóstico seguro.

Síndrome de ovario poliquísticos: Se caracteriza por los ciclos anovulatorios, alteraciones menstruales y el origen de una amenorrea secundaria

Tumores ováricos: Estos son productores de andrógeno y esto produce una amenorrea secundaria.

Para que pueda existir la producción de la menstruación, el canal genital debe de estar en perfecto estado, junto con el himen, y el canal cervical debe estar conectada con la vagina. Por otro lado, para que la menstruación pueda existir, debe formarse el endometrio por las hormonas, el estrógeno, progesterona y esteroides. Por otro lado, existen las alteraciones cromosómicas que podrían comprometer la dotación de células germinales, en el aparato genital, de esta manera se debe evaluar lo previamente explicado en el diagnóstico de la paciente.

B. Ovarios poliquísticos

Según Checa M, Espinó J, Matorras R, Síndrome del ovario poliquísticos, ( 2007 )[26] el síndrome del ovario poliquísticos ( SOP ), también llamado " Hiperandrogenismo ováricofuncional" o "Anovulación crónica funcional" es una disfunción endocrino metabólica de etiología con alto índice de prevalencia.

Este síndrome le afecta a un 5% al 10% de mujeres en edad fértil, Fundamentos de Ginecología (2008). Por lo general las mujeres que presentan este síndrome tienen mayor riesgo a largo plazo de desarrollar mellitus tipo II, hipertensión, patología cardiovascular, entre otras cosas. Además de estos factores, se presentan dificultades como la resistencia a la insulina, es por eso que se debe hacer un

[26] Checa M, Espinó J, Matorras R,(2007). *Síndrome del ovario poliquístico* (primera edición). Argentina: Editorial médica panamericana.

diagnóstico temprano, así poder reducir las circunstancias y gravedad de la posibilidad de riesgos.

Bonilla – Musoles. F, Dolz. M, Moreno. J, Raga. F, (2009)[27] menciona que el síndrome de ovario poliquísticos se determina por sintomatología variable, con etiopatogenia multifactorial y poligénica. Mayormente se presentan como múltiples folículos en su interior, incluso, se asocia con esterilidad y amenorrea. Es por esto que se debe ver como un caso analítico – analítico.

De acuerdo a Checa. M, Espinós J, Matorras. R (2007)[28] el síndrome se presenta a través del atraso menstrual, es decir anovulación, niveles de andrógenos elevados en la sangre y la exclusión de otras alteraciones hormonales, por ejemplo: la hiperprolactinemia (trastorno asociado a las hormonas que producen leche materna), trastornos tiroideos e hiperplasia suprarrenal no clásica.

Bonilla – Musoles. F, Dolz. M, Moreno. J, Raga. F, (2009)[29] presenta un porcentaje de 15% - 20% de mujeres sana con probabilidades de tener ovarios de apariencia poliquística, y alcanzan un 30% - 40% de permanencia en la etapa periuberal.

En relación a la sintomatología no hay exámenes exactos que prueben que la población es o no intratable. La regularidad de alteraciones hormonales, además de metabólicas están generalmente relacionadas; estas son las encargadas de las demostraciones clínicas a corto y largo plazo. A partir de esto, es preferible resaltar 3 aspectos: secreción inadecuada de gonadotrofina, Hiperandrogenismo y resistencia a la insulina.

Según Checa. M, Espinós. J, Matorras. R (2007)[30] muestran un patrón de herencia autosómico dominante para el SOP a finales de la década de los 60 del pasado siglo.

[27] Bonilla – Musoles. F, Dolz. M, Moreno. J , Raga. F, (2009) Reproducción asistida. Abordaje en la práctica clínica (1 ed). Madrid: editorial.médica panamericana S.A.

[28] Checa M, Espinó J, Matorras R,(2007). *Síndrome del ovario poliquístico* (primera edición). Argentina: Editorial médica panamericana.

[29] Bonilla – Musoles. F, Dolz. M, Moreno. J , Raga. F, (2009) Reproducción asistida. Abordaje en la práctica clínica (1 ed). Madrid: editorial.médica panamericana S.A.

Es decir, que este síndrome es hereditario por una afección o rasgos en base a un cromosoma dañado.

Se presenta dificultad para acertar en la relación entre Hiperandrogenismo y SOP en diferentes genómicas podría aclararse por el pequeño tamaño muestra de tareas hechas hasta la fecha, la diferencia de puntos para determinar el fenotipo masculino definido, el influjo de los factores ambientales y la probabilidad de que las variantes genómicas, que generan el cambio del síndrome en diferentes poblaciones. Estos pacientes de Hiperandrogenismo y definitivos del síndrome metabólico, como la obesidad, insulinresistencia, dislipemia, estado pro inflamatorio y protrombótico, se han mostrado una progresión de mutaciones y polimorfismos, a pesar de no ser corroborado por completo, se acepta la idea de la idea de herencia autosómica.

Existen genes relacionados con el SOP

C. Endometriosis

Presentando la idea de Kennedy S. ESHRE ( 2005 )[31], la endometriosis como una patología crónica, tendente a la recidiva y hormono dependiente, que se caracteriza por la aparición del tejido endometrial (epitelio glandular y estroma ) y esta funcionalmente activo, alrededor de la cavidad externa uterina crea una reacción inflamatoria crónica; retomando la otra opinión del sistema nacional de salud ( 2013 )[32] esta es una enfermedad inflamatoria que depende mucho del estrógeno, el origen de este es desconocido y según la guía de atención a las mujeres con endometriosis

---

[30] Checa M, Espinó J, Matorras R,(2007). Síndrome del ovario poliquístico (primera edición). Argentina: Editorial médica panamericana.

[31] Kennedy S. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Human Reproduction. 2005 Jun 24;20(10):2698–704.

[32] Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. 2013 Jul 29;:1–85.

en el esta enfermedad le afecta aproximadamente un 10 – 20 % en edad fértil de cualquier etnia – raza y grupo social.

Se observan personas asintomáticas, personas que no presentan síntomas, hasta personas con casos severos y crónicos, ya sea con síntomas dolorosos o infertilidad; estos necesitan de numerosas intervenciones quirúrgicas, a pesar de todas las intervenciones no se consigue un tratamiento médico.

Esta enfermedad varía por el timo de lesiones, pueden ser pequeñas y pocas lesiones hasta grandes endometriomas ováricos o grandes y extensos nódulos/fibriosis y adherencias que ocasionan una seria distorsión de la anatomía pélvica normal. Por lo general las ubicaciones más usuales son el ovario, peritoneo, ligamentos uterosacros y fondo de saco de Douglas, de esta manera es raro encontrarlos fuera de la pelvis, de esta manera podría afectar a cualquier órgano. En la pelvis podría perjudicar e irrumpir diferentes órganos de los genitales internos, como el intestinos, habitualmente recto o sigma, y vejiga y uréteres.

El tejido endometriósico requiere de hormonas que se crean en el ciclo menstrual, de esta manera genera sangrado y desprendimiento del tejido. Existe una posibilidad de que este crezca, se impregne e incluso se disemina de manera parecida al tejido tumoral, esta transformación es maligna y muy bizarra. El sangrado cíclico lleva a una respuesta inflamatoria, con fibriosis y formación de adherencias secundarias, estas ocasionan gran parte de los síntomas de la enfermedad.

Existen múltiples hipótesis del porqué de esta enfermedad, una de ellas y la más aceptada es sobre los factores de predisposición extras, con un origen poco conocido o desconocido, en otras palabras, por factores genéticos, inmunológicos, hormonales, medioambientales, entre otros. Esto accede al tejido endometrial que llega a la cavidad peritoneal a través de la menstruación atrasada, de manera cíclica.

Otra hipótesis sobre la fuente de la enfermedad, preserva la transformación o metaplasia del peritoneo en tejido endometriósico, en especial sobre los implantes de endometriosis profunda, y por lo general se presentan un grado de fibriosis mayor.

Las estatinas suelen ser eficaces en el tratamiento de endometriosis, de esta manera planificando un crecimiento e invasión de los tejidos del endometrio ectópico, al igual que la inflamación y el estrés oxidativo vinculado con esta condición. La formación de implantes endometriósicos requiere apego ectópico y la proliferación de estroma y glándulas endometriales. Existen características prominentes de la endometriosis incluyen reacción inflamatoria, el incremento de estrés oxidativo y la angiogénesis que está alrededor de implantes. La razón para considerar el uso de las estatinas como un tratamiento conveniente de la endometriosis se basa en muchas consideraciones.

## 3. Endometriosis

### 3.1 Evolución natural de la endometriosis

A lo largo del tiempo han aparecido descripciones de mujeres con dolor en la zona pélvica, incapacidad reproductiva (infertilidad) y desórdenes menstruales. Bajo estos indicios se determinó como “asfixia de la matriz”, es así como se vuelve complicado separar los relatos históricos cuando resultaba ser endometriosis u otros padecimientos ginecológicos. Cuando se trataba de “asfixia de la matriz” usaban remedios como: cerebro de liebre, granados, la orina de toro u hombre, testículos machacados de un macho cabrío o zorro, estos iban colocados dentro de la vagina. A pesar de ser desagradable, puede que haya un fondo ancestral con respecto a terapia hormonal. De esta manera la orina o los testículos molidos contienen testosterona, los granados poseen fitoestrógenos, además de otras sustancias que pueden intervenir como agentes antiproliferativos de implantes de la endometriosis. En otro caso, más instintivo que los remedios en la antigua Grecia, en dónde dejaban a una mujer colgada boca abajo y agitaban para posicionar el útero de nuevo en su lugar, considerando la patología como un alejamiento de la matriz hacia otras partes del cuerpo.

Castro. B. ( citado por Bustos López HH, Garza Leal JG, editors 2013 )[33], muestra que durante la edad media e inquisición se acusaban de brujería a las mujeres con menstruaciones anormales, sangrados graduales por el ombligo , convulsiones

[33] Castro. M.(2017). Análisis de los resultados reproductivos en pacientes con endometriosis (tesis de doctorado).

constantes, sangrado recurrentes por cicatrices. Luego de haber sido juzgadas, eran quemadas en la hoguera, por “demostrar” señales de alguna posesión demoniaca.

Según Castro. B. citado en Bustos López HH, Garza Leal JG, editors (2013)[34].

No se puede encontrar la afirmación histológica de la primera especificación del caso de endometriosis, pero se puede aproximar a una descripción desarrollada por un médico alemán: Daniel Shroen. En 1690, en su tesis de doctorado, presentó una enfermedad de la mujer, en la que demostraba formaciones de úlceras en la vejiga, en el intestino y en los ligamentos de sujeción al útero manifestando sangrados periódicos.

Según Benagiano G, Brosens I, Lippi D. (2014)[35]; aproximadamente después de dos siglos ( 1860 ) Carl Von Rokitansky, médico, patológico, filósofo y político austriaco, expone la enfermedad como “cúmulos de tejido disperso”, y a estos tejidos los nombró “adenomionata”. Esta fue la primera explicación minuciosa de la endometriosis, a las que siguieron muchas otras, como resultado de experimentos con cadáveres. La endometriosis ya empezaba a tener sus primeras denominaciones como: “hematocele catamenial”, “tumores de sangre”, “cistosarcomas”, “retención menstrual” o “quistes sanguíneos recto uterinos”.

Samson JA. (1927)[36] a finales del siglo XIX y principios del XX, se mostraban tratamientos como psicoterapia, junto con la aplicación de electro – convulsiones,

---

[34] Bustos López HH, Garza Leal JG, editors. Endometriosis. Un Enfoque Médico-Quirúrgico Global. [Internet]. 1st ed. Editorial Médica Panamericana S.A; 2013.

[35] Benagiano G, Brosens I, Lippi D. The History of Endometriosis. Gynecol ObsteInvest. 2014 Jul 1;78(1):1–9.

[36] Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the venous circulation. The American Journal of Pathology. 1927 ed. New York; 1927 Mar 27;III:1–61

sanguijuelas intravaginales y morfina, alcohol u opio como analgésicos. Además, se utilizaron el éter combinado con licor, bálsamo de plantas medicinales, hasta se llegó al otro extremo, que es extirpar las lesiones e incluso remover los ovarios. Junto con todas estas intervenciones “quirúrgicas” incluían una tasa de mortalidad elevada al 75%. Thomas Cullen, se convirtió en el experto de su época siendo pionero en las descripciones afectadas de la enfermedad en los nervios pélvicos, apéndice o vías urinarias.

La denominación de “endometriosis “se presentó en 1927, por el ginecólogo estadounidense J.A. Sampson. Él lo usaba en sus publicaciones revolucionarias sobre la comprensión de esta enfermedad y fue quién presentó la “menstruación retrógrada” como teoría etiopatogénica de la endometriosis. Sampson fue quién especificó los endometriomas o “quistes achocolatados”, como una variación de la misma enfermedad. Examinó su medición por hormonas y relación con el ciclo femenino lo que otorgó a otros médicos e investigadores del tiempo, a poder enfocarse en la búsqueda de tratamientos para la endometriosis.

Se empezó a utilizar la progesterona, la testosterona, los estrógenos en altas dosis, las pastillas anticonceptivas. Con la evolución de la medicina, se desarrollaron antibióticos, anestésicos y técnicas quirúrgicas, por lo general el último tratamiento mencionado fue ganando fuerza, pero se tuvo que aguardar el desarrollo de la laparoscopia para generar intervenciones selectivas, y así preservar los órganos reproductivos internos.

### 3.2 Clasificación de la endometriosis

Hay diferentes maneras de clasificar la endometriosis, ya sea por el grado de afectación, la localización, la extensión la infiltración y los efectos secundarios que esta produce.

Según Castro B. (2017) muestra los siguientes criterios para definir una óptima clasificación.

a) Que incluya todas las posibilidades de la enfermedad

b) Que presente la correlación de los estados de la enfermedad:
    i) Síntomas, especialmente el dolor pélvico e infertilidad
    ii) Dificultad técnica, es decir, dificultad quirúrgica
    iii) Pronóstico de enfermedad
c) Óptima para establecer opciones terapéuticas.

Una de las primeras clasificaciones para la endometriosis fue publicada por Sampson en 1921 (citado por Castro Martín. B, 2017), Esta es la clasificación más usada en la sociedad americana. Esta sociedad separa la endometriosis en niveles leve, moderada, severa y extensa. Se estima la presencia de implantes y adherencias a peritoneo, ovarios o trompas. La clasificación de la sociedad americana de medicina reproductiva demuestra ciertas limitaciones, basada en la puntuación de una exploración laparoscópica subjetiva, esta sobrepasa la importancia del endometrioma, además de la obstrucción del saco de Douglas, como por ejemplo nódulos profundos, además de no contabilizar lesiones en uréter o extra pélvicas como intestinos o diafragma. Menos aún la correlación clínica con fertilidad o dolor pélvico, y esto no se toma en cuenta la adenomiosis ni la multifocalidad de lesiones de endometriosis profunda, la distribución anatómica o dificultades quirúrgicas.

De acuerdo a Castro Martín. B (2017) en 2007 la American Association of Gynecological Laparocopists (AAGL), empezó un proyecto que genera la clasificación de utilidad clínica que se usa para registrar la morfología de la endometriosis observada durante la cirugía. Los resultados del estudio demostraron una mejora de acuerdo a clasificaciones previas en relación con dolor o nivel de dificultad quirúrgicas, pero no para la predicción sobre el pronóstico reproductivo de la mujer.

Luego de encontrar la clasificación perfecta, se adivina que ninguna lo ha conseguido. Se debería individualizar los casos para usar el esquema que siga los objetivos de acuerdo con cada paciente, y en base a eso se debe interponer las variables de muchas clasificaciones para combinar la información y lograr una visión completa de la enfermedad.

## 3.3 Diagnóstico de la endometriosis

Por lo general las mujeres tenían una experiencia temprana con el dolor, deciden visitar al ginecólogo, esto no solo conlleva a un tema físico, sino psicológico, ya que las mujeres tienen vergüenza en confiarles lo que les está pasando a familiares y amigos, además de no querer presentar la vulnerabilidad ante el resto, y siempre poder aparentar fuerte y capaces de afrontar lo que ellas creen que es normal. Por consecuencia no todas las mujeres tienen suficiente evidencia para compararse con otras mujeres para mencionar sus síntomas, y así que deciden alejarse de su vida social por un tiempo, e incluso tomando fármacos con niveles o gramos bastante elevados de químicos, y causa a esto puede provocar un problema mayor a la salud; es aquí en donde se producen los problemas psicológicos, ya sea depresión, bipolaridad y cambios emocionales muy fuertes.

Para la sociedad es completamente habitual que una mujer experimente dolores menstruales o dismenorrea a lo largo de su periodo, o incluso sólo por el hecho de ser mujer, es por eso que también las mujeres piensan que esto es algo completamente frecuente, por experiencia existen aquellas que piensan que el día en que el periodo con mayor dolor es cuestión de factores externos, como: suerte, estrés o incluso alimentación adecuada. No sólo las mujeres que sienten estas dolencias piensan que es normal por lo que la sociedad dice, o los doctores diagnostican, sino porque ya que ven a sus madres con las mismas dolencias y saben que tendrán los mismos síntomas y por lo tanto no es algo tan grave del que preocuparse. De estas maneras previamente mencionadas son un retraso en el diagnóstico de la endometriosis, todos estos factores prevalecen simplemente por la falta de atención o la ignorancia que las mujeres y la sociedad presentan.

Ante todos los síntomas presentados, se debe visitar al ginecólogo y de esta manera se realizarán exámenes, uno de ellos se llama: “Laparoscopia”. [37] Según Ballard, que es mencionado por el autor García- Velasco (2010), muestra que el retraso en ser referidas al cuidado primario al secundario variaba de un mes a 22 años, en dónde

[37] Velasco, J. (2010). *Endometriosis: Tratamiento actual y futuras tendencias* (primera edición). República de panamá: Jaypee – Highlights medical publishers, inc

una gran cantidad de mujeres reportaban múltiples visitas a sus médicos primarios antes de ser derivadas ante un especialista. Es por eso que las mujeres siempre eran dadas de alta porque no visitaban a alguien que supiera del tema, ya que el médico general pensaba que era dolores completamente normales. Es cierto que debe existir una buena comunicación para una buena praxis, sino este también puede ser un factor para el retraso del diagnóstico de la relación médico – paciente, además de ser importante la confianza para satisfacer las dolencias del paciente. Incluyamos también que no todos los síntomas de la endometriosis son claros, es por eso que se mencionó el examen llamado: "Laparoscopia", [38] Según Michael H. Y Thompson J. (2009) Es el acceso a través del abdomen para el diagnóstico y más adelante el tratamiento. Primero de desatiende la cavidad abdominal con un gas, luego se introducen instrumentos, incluida una óptica, a través de trocares mediante pequeñas incisiones.

La endometriosis se puede volver en un tema tabú para algunas mujeres, ya que la mayoría decide callar, por la vergüenza o el qué dirán. Se tendría que establecer una conexión muy fuerte entre mujeres para poder explayarse ante los síntomas presentados, además que puede estar presentado sensaciones de hinchazón, sangrado menstrual irregular o excesivo, dolor ante el acto sexual, náuseas, diarrea, retención de orina, dolor en la zona lumbar,  estos temas no son los típicos temas que salen ante algún brunch con las amigas o en un almuerzo familiar, cabe mencionar que la importancia y veracidad del diagnóstico y síntomas que tenga la paciente sean completamente genuinos, e incluso si alguna de estos pacientes tiene miedo o vergüenza es importante que el ginecólogo se asocie con un psicólogo para que la comunicación sea más amena, y si existe la posibilidad de evaluar el estatus psicológico de la persona antes de la consulta sería de gran ayuda para evitar con cualquier retraso del diagnóstico

Hay entre un 40 a 60 por ciento de mujeres que sufren de endometriosis, con dolor menstrual o dismenorrea y entre un 20 a 30 por ciento de mujeres con infertilidad.

[38] Michael H. Y Thompson J. (2009). Atlas de cirugía endoscópica en infertilidad y ginecología (segunda edición). India: Jaypee – Highlights medical publishers, inc

## 3.4 Tratamiento de la endometriosis

Según Velasco, J. (2010). La endometriosis es un gran problema a tratar, y no se debe limitar al diagnóstico y reconocimiento. Luego de haber tenido un diagnóstico afirmando la existencia de este problema, se debe encontrar un tratamiento o una solución que funcione. Este tratamiento va a depender mucho de lo que la paciente desee, o la paciente desea tener hijos, o ella desea ser curada inmediatamente.

Lamentablemente la endometriosis no tiene cura alguna, y las mujeres son tratadas por lo general con analgésicos, hormonas, cirugías (biopsias), reproducción asistida (consiste en que el ginecólogo se encargue de la vida sexual de la persona, en el caso de cuando quiera tener hijos), terapias complementarias, o un mix de todas estas, y en conjunto van hacia el objetivo de:

1.Tratar los síntomas

2. Impedir replicas

3. Descartar cualquier lesión endometriósica.

A veces las mujeres no les importan las metas con tal de aliviar el dolor que están teniendo. Las que deciden ir por un tratamiento con terapias médicas en las que todo depende del cirujano, cuando se trata de remover el tejido endometriósico dañado, esto aliviará a la paciente notablemente.

Después del diagnóstico viene el sube y baja de diagnósticos y fármacos, que en algunos casos tienen que cambiarse miles de veces, ya sean por efectos secundarios o que no funcionen de manera apropiada, además de repetidas cirugías, esto genera un gran impacto subsecuente en su calidad de vida.

Por ahora los doctores tratan de ser prácticos y cuidadoso con la endometriosis, no existen curas, por eso se debe aplicar todos sus conocimientos combinadas con el sentido común. Debido a este diagnóstico, sin solución, requiere de un tratamiento multidisciplinario, el mix de la cirugía con los tratamientos comunes.

Las mujeres que sufren de endometriosis deben aprender mecanismos para tolerar las cosas y recapacitar los cambios en su estilo de vida, de esta forma continuará con su vida y esta enfermedad, que se volverá crónica. Esto es triste y para nada ideal, pero a pesar de esto puede volverse una realidad en esta época, en especial si ella no tiene acceso a algún especialista.

Algunas mujeres pueden experimentar temor por las pruebas y tratamientos, además de presentar casos de ansiedad al afrontar exámenes médicos, a las que no están acostumbradas, ya que suelen ser procesos invasivos. La mujer que pase por este proceso, se encuentra con mundo completamente nuevo, en donde su ginecólogo se volverá su mejor amigo, también verá la burocracia de los hospitales y las compañías de seguro, sumándole la búsqueda de una vida cotidiana, organizada en nivel personal y profesional, es mantener un equilibrio ante las interrupciones que la enfermedad crónica presenta. Se ve el factor emocional en estos casos, y se muestran como: negación, ansiedad e impotencia. Y estas emociones tienen que batallar paralelamente con el dolor y la infertilidad.

Asistir una enfermedad con muchas dimensiones, la endometriosis, es un reto para cualquier médico, se debe comunicar la información y las expectativas realistas, mientras que se escucha detenidamente a la paciente, la comunicación de un lenguaje positivo, e incluir a la mujer en decisiones acerca de su tratamiento en vez de imponerlos, pueden aliviar miedos, y presentar expectativas más realistas y los resultados pueden mejorar significativamente.

Las asesorías son la piedra angular para que cualquier paciente comprenda que está sucediéndole a su cuerpo y la prepara para tomar decisiones sabias acerca del cuidado y calidad de vida. Sólo la misma paciente puede tomar las decisiones que le beneficiarán y a la vez tomar los riesgos vinculados al tratamiento, dado que es crítico que ella tome parte del proceso de la toma de decisiones, no solo para que conozca de su cuerpo y del tema, sino para fortalecer la seguridad y confianza en una misma. Además, una mujer bien informada e instruida es mil veces mejor y capaz de lidiar con probables efectos secundarios que puedan suceder, el resentimiento y frustración que muchos de los pacientes con enfermedades crónicas desarrollan en el tiempo, crean

un divorcio entre el manejo clínico y expectativas de la paciente, y por consecuencia dejar a una mujer sin ninguna preparación o capacidad para la probabilidad de recurrencia después del tratamiento. Si a una paciente se le promete la cura de un 100%, y ella observa su cuerpo mejorado a un 80% en la disminución de los síntomas, en punto de vista del paciente creerá que no ha mejorado lo prometido. Por lo tanto, el tratamiento no fue exitoso. En cambio, si el médico le explica que tendrá un 75% de recuperación y éxito, entonces la expectativa del paciente cambiará.

Es por esto que es vital establecer una expectativa realista, a pesar de que se vuela difícil cuando se vea el caso que necesita alivio de dolor o un bebé y lo quiere en ese instante; es justo hacerle saber las probabilidades de una mujer.

Es importante también que las mujeres con estos diagnósticos sepan los nombres de los síntomas que presentan, ya que se siente en confianza y puede discutir de su condición y además que puede dar apoyo social a las mujeres que lo necesiten. Las mujeres con endometriosis, se vuelve algo fundamental entender los términos para vivir con esta enfermedad crónica: Enfrentar los dolores de por vida y / o la infertilidad que puede ser ocasionada por esta enfermedad, esto da limitaciones que son un desafío diario a enfrentar.

El objetivo de una mujer con endometriosis es coexistir con esta y aceptar que formará parte de su vida por completo. No será fácil de aceptar, pero a las mujeres con esta enfermedad es completamente necesario resolver las dudas y comprometerse con el proceso y encontrar una solución, puede que las pacientes tengan limitaciones en su vida, pero una vez que se capaciten y exista una aceptación podrán llevar una vida tranquila.

4. Efectos de la endometriosis en la vida reproductiva de las mujeres

Loa efectos que ocasionan la endometriosis son por lo general funciones reproductivas. Como: la infertilidad, abortos clínicos, y en algunas ocasiones raras cáncer al útero. Estos son efectos físicos relacionados con la endometriosis, pero existen factores psicológicos como: la depresión, la baja autoestima y la ansiedad.

A continuación, se mostrarán los efectos físicos que le suceden a las pacientes con endometriosis:

4.1 Infertilidad

Según Castro. B (2017)[39], a nivel mundial, se presume que entre 60 y 80 millones de parejas sufren algún problema de disfunción reproductiva. Este factor se vuelve más importante una vez que existe una unión seria de pareja, como el matrimonio, formar una familia.

La relación que existe entre la endometriosis y la infertilidad está presente por consecuencia, a la complejidad del mecanismo implicadas con la enfermedad.

"...endometriosis afecta al menos al 10% de la población femenina en edad fértil, y esta proporción asciende al 30-50%, si consideramos tan solo a mujeres en ese mismo rango de edad que presenten problemas de infertilidad-esterilidad…[40] (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad(2013) p1) .

Existen distintas teorías para explicar la asociación de la infertilidad con la endometriosis, como la disfunción ovulatoria, de acuerdo con la interacción entre los espermatozoides y ovocitos y la alteración del endometrio.

Hay diferentes síndromes o teorías que ocasionan la infertilidad con la endometriosis:

i) Síndrome adherencial pélvico y endometrioma de ovario: Se presenta como una complicación más frecuente de manera superficial. Se puede presentar como situaciones como inflamación debido al atoramiento distal tubárica y la formación de hidrosálpinx (alteración de trompas de falopio). Cuando el ovario está implicado puede que se crean quistes en los ovarios, según Velasco – Garcia. J y Rizk.B (2010).[41], existen un 93% de pacientes asintomáticas, el endometrioma interfiere

[39] Castro. B (2017) "Análisis de los resultados reproductivos en pacientes con edometriosis". (Tesis de doctorado).

[40] Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2013).Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el sistema nacional de salud (SNS).

[41] Velasco – Garcia. J y Rizk.B (2010). Endometriosis, Tratamiento actual y futuras tendencias. Panamá: Jaypee – Highlights.medical publishers,INC

con la capacidad ovulatoria , y así de generan disfunciones ováricas como anovulación.

ii) Disfunción ovárica: La presencia de infertilidad y endometriosis se liga con ciclos anovulatorios y fase lútea deficiente al igual que con alteraciones.

iii) Síndrome del folículo no roto luteinizado: Es una condición de falla continua en la ruptura del folículo, por lo tanto, se genera una falla en la liberación del óvulo.

Se presentan los síntomas clásicos de endometriosis: dismenorrea, dispaurenia, dolor pélvico crónico, manchado o hemorragia intensa e infertilidad. En la laparoscopía se puede observar lesiones de gamas de color roja y azul, destellos hemorrágicos en la superficie peritoneal, adherencias en los órganos pélvicos.

4.2 Abortos clínicos

Conforme a Botella. J y Clavero. J (1993)[42]. Se determina aborto a la interrupción del embarazo, desde el inicio hasta la décima semana, se denominará como aborto precoz. A partir de la semana veintiuna hasta la veintiocho, se clasifica como parto inmaduro.

De acuerdo con Niswander. K.R. (1987)[43] el aborto se define según los síntomas que la paciente experimenta o las observaciones por el médico, la clasificación según la utilidad clínica, porque los médicos deben dar un diagnóstico, junto con la definición del tratamiento.

Se considera amenaza de aborto, cuando las primeras 20 semanas de embarazo tiene lugar a una hemorragia vaginal, esta puede variar, entre hemorragia mínima o muy abundante. La mujer puede sentir o no espasmos abdominales, estos afectan de manera negativa en el diagnóstico al mantenimiento del embarazo.

Niswander. K. R (1987), resalta que al menos 20% de mujeres embarazadas sufren una amenaza de aborto, de las pacientes que sangran, y el 25% a 50% llegan a abortar.

[42] Botella. J y Clavero. J (1993). Tratado de ginecología.

[43] Niswander. K.R. (1987). Obstetricia, práctica clínica.

El aborto clínico presenta diferentes síntomas:

- Aborto amenazante: se muestra a mujeres que tienen pequeñas hemorragias, luego de un periodo variable de amenorrea. Se ve un útero que no tiene un tamaño normal y muy blando, presentando síntomas de gestación. También se presenta un útero irritable, o sea pierde el estado de relajación, frente al estímulo del tacto. En diferentes situaciones las amenazas de aborto se muestran en los supuestos días del mes que la mujer presenta su periodo

- Aborto incipiente: Las hemorragias son más intensas, y de esta forma se muestran las contracciones uterinas, se le denomina como aborto incipiente. Hay mujeres que presentan síntomas leves, a comparación de otras, que tienen un nivel de hemorragia mayor, y siguen adelante con el embarazo o gestación.

- Aborto consumado: más conocido como aborto completo. Se da a conocer como expulsión de saco ovular íntegro. En los casos de abortos consumados las mujeres se refieren a las hemorragias, dolores y que el feto ha sido expulsado o algo parecido al feto (coágulo de sangre). Luego de la expulsión los dolores cesan, pero la hemorragia no. Cuando la paciente va al ginecólogo, el útero se encuentra expandido, es así como notan la expulsión del feto, ya que el útero vuelve a su estado natural.

Se debe tener mucha precisión al momento del diagnóstico de aborto consumado, ya que en casos específicos, algunas mujeres presentan un sangrado, que les hace pensar que tuvieron o tienen un aborto, por lo general se les hace un legrado, limpieza del útero, y así aparece el feto. Cuando no se vea al feto, se debe practicar una ecografía y así determinar el estado de la gestante, si el feto se encuentra intacto, entonces se debe proceder con un tratamiento que conserve a la criatura.

- Aborto habitual ignorado: Se encuentran huevos con gran potencial de ser abortados implantados en el endometrio. Por lo general los abortos que se producen de más de cuatro semanas, pasada la primera regla, son 10 de cada 100 mujeres que lo padecen Botella.J y Clavero. J (1993).

Gracias a Botella.J y Clavero. J (1993) existen muchos tipos de diagnósticos para predecir un posible aborto:

- Diagnóstico directo: Usualmente la mujer suele presentar una amenorrea seguida de una hemorragia, expulsando así coágulos o pedazos de los tejidos. Los signos se muestran como: 1) útero grande, dependiendo del tipo de amenorrea que sea, 2) cuello blando y entreabierto, 3) hemorragia, acompañada de coágulos o restos abortivos. Para concluir el diagnóstico directo, se debe complementar con exámenes de HCG en orina y el examen de ecografía.

- Diagnóstico etiológico: Este se confunde con un embarazo extrauterino y con mioma uterino, los síntomas principales son: pérdidas de sangre, por hemorragia y son relacionadas con la regla. Otra probabilidad puede ser los ligeros sangrados, por los cuales, y la existencia de un útero aumentado al volumen, podría dar a pensar la idea de un aborto. La diferencia se siente, a través del engrosamiento anexial o de un hematocele pelviano, además de ver el examen de ecografía y la celioscopia.

Además de presentar las complicaciones, el origen, los tratamientos, las clasificaciones, entre otros. Existen complicaciones postabortivas, estas dificultades son raras y muy graves. Al igual que los abortos clínicos, entre otros demuestra hemorragia, infección, a retención del huevo muerto y el shock endotóxico.

Existen complicaciones hemorrágicas; estas son las más normales y frecuentes ante un aborto, además de ser las más graves en abortos tardíos, que en abortos precoces. Las hemorragias se deben al fallo del mecanismo de hemostasia. También pueden ser ocasionadas por alguna anomalía uterina, o contracciones uterinas. Para darse cuenta de que podría darse un aborto, junto con hemorragia, se debe tomar en cuenta sus síntomas como: la anemia crónica y la anemia aguda. La anemia crónica se presenta y desarrolla en mujeres con abortos largamente amenazantes, que sangren mucho durante meses. De esta manera las mujeres pierden hierro y de esta forma se produce la anemia. La anemia aguda se basa en un problema hemodinámico, a consecuencia de una gran pérdida de sangre.

Se demuestran 2 tipos de tratamientos, para la anemia crónica: primero se debe realizar un examen hemático, junto a la verificación de los niveles de la hemoglobina. Se debe tratar a la paciente con hierro (si es una anemia leve, se trata con el consumo oral de hierro, y si es un caso grave, se debe inyectar el hierro) y con extractos hepáticos. El segundo tratamiento es para un paciente con anemia aguda: en este caso, es algo drástico, se requiere una transfusión sanguínea, esto se debe tomar en cuenta con la previa evaluación del útero.

Además de cuidarse de las complicaciones hemorrágicas, se debe tener en cuenta las complicaciones infecciosas, la más frecuente es la endometriosis pos abortivas.

Al mismo tiempo se debe tomar en cuenta la retención del huevo muerto, esto pasa a veces cuando el huevo se queda en el interior del útero se le considera un aborto diferido.

### 4.3 Tratamiento de la endometriosis

Ya que esta es una enfermedad inflamatoria y que depende mucho de las hormonas, puede ser tratada de una manera quirúrgica; esta es la manera más dramática de solucionar, a pesar de que esto no revierta la infertilidad. a Castro M. (2017)[44] sostiene que la endometriosis debe ser considerada una patología crónica que necesita una constante observación. La cirugía que pretende conservar la fertilidad trata la sintomatología, además de mejorar de manera clínica, pero frecuentemente vuelve a aparecer y se incrementan síndromes adherenciales.

Los tratamientos que son pospuestos por el médico, para determinar el tratamiento adecuado, junto con las intenciones de la paciente. La mayoría de estos no dejan que la infertilidad frene o bloquee la actividad ovárica durante su uso, pero cuando el tratamiento se deja de isa los síntomas reaparecen de manera precoz

Cualquier tratamiento para la endometriosis será usado para las manifestaciones clínicas, como: el dolor y la esterilidad. El efecto de la enfermedad a las pacientes se

[44] Castro, M (2017). Análisis de los resultados reproductivos en pacientes con endometriosis (tesis doctora).

debe hacer manera personalizada, en unidades especiales para tratar el tipo de endometriosis-

De acuerdo con la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), (2015). Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida.(3era edición): Barcelona: ESHRE[45], se debe apoyar mucho la efectividad del uso del tratamiento médico hormonal, debido al alto grado de evidencia científica , para el alivio del dolor debido a la endometriosis. El rol de la cirugía para preservar la fertilidad, junto con el manejo del dolor, son asociados con la enfermedad, y deben ser valorados por un equipo de especialistas en diferentes casos, ya que, si se ven indicios de mayores grados, como en una endometriosis ovárica o profunda, se debe extirpar las lesiones que producen el dolor de manera eficaz. Se debe tomar en cuenta, en todo momento el nivel del dolor, un especialista del dolor debe estar presente. Se debe presentar los fármacos analgésicos, antinflamatorios, incluso los derivados a los opioides o hiperanalgésicos para un control de los síntomas dolorosos. Junto con las técnicas en especial como neurectomías o bloqueos nerviosos, esto se demostraron eficaces en pacientes seleccionados.

A. Inseminación artificial

De acuerdo a Castro M. (2017)[46]La inseminación artificial es una técnica que utiliza o deposita el semen tratado dentro del útero. Se debe tomar en cuenta que las trompas de Falopio estén permeables, es decir, que estén en etapa de absorción máxima; de esta manera se podrá penetrar el canal cervical y que los valores seminales lleguen a un recuento de espermatozoides móviles (REM) progresivos.

Usualmente se genera estimulación ovárica. Es por ello que se dosifican dosis bajas de gonadotropinas, ajustadas a las características del paciente, desde el tercer día de ciclo, hasta alcanzar por lo menos un folículo de 17 mm. Así se puede proceder la inseminación. La ovulación se inducirá a través del depósito del semen tratado dentro de la cavidad uterina, y se emplea una cánula diseñada para el paso transcervical.

[45] Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), (2015). Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida.(3era edición): Barcelona: ESHRE

[46] Castro, M (2017). Análisis de los resultados reproductivos en pacientes con endometriosis (tesis doctoral).

Existe un número máximo de inseminaciones, son 4 como máximo, en función de los criterios de cada centro, y 6 si se utiliza semen de algún banco de donante.

Según Matorras. R, Hernández.J, Molero. D (2008)[47] muestra las diferentes técnicas para depositar los espermatozoides en el aparato genital de la mujer:

a. Eyaculado completo: su empleo se ajusta a aquellas situaciones que evita una relación coital (vaginismo, impotencia, entre otros). El espécimen seminal puede depositarse en la vagina, llamada "inseminación vaginal", a través de una cazoleta fija en el cérvix, llamado inseminación paracervical, o con la ayuda de la inyección intracervical, llamada inseminación intracervical.
b. Con espermatozoides libres del plasma seminal: en otros casos de esterilidad se crea un depósito de espermatozoides en el interior del aparato genital: útero, trompas de Falopio, en el saco de Douglas o folículos.

   Esta técnica es la más generalizada, la inseminación intrauterina. Unas de las primeras inseminaciones intrauterinas se hacían usando el propio eyaculador, de esta manera se crea niveles de dolor, por la llegada de contracciones uterinas, producidos por las prostaglandinas contenidas en el líquido seminal.

Rosenberg, que realizó los primeros tratamientos en 1974, Rosenberg MJ; Waugh MS, Meehan TE.(1995,05 de Mayo[48] , descartó la técnica de inseminación artificial por no haber obtenido gestaciones o los resultados que ellos esperaban. Insler en 1986 demostró los primeros resultados satisfactorios, con un porcentaje de 52% de embarazos, entre 25 parejas que son diagnosticadas por cierto factor cervical, luego de 6 ciclos de tratamiento.

Para que el resultado de la inseminación sea exitoso, se debe tener una reserva ovárica, de esta manera se indicará la capacidad del ovario para producir óvulos con una capacidad de desarrollo del embrión sano. Se decidirá a través de un estudio de

[47] Matorras. R, Hernández.J, Molero. D (2008). Tratado de reproducción humana para enfermería.

[48] Rosenberg MJ; Waugh MS, Meehan TE.(1995,05 de Mayo). Use and missue of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation.

la concentración plasmática de hormonas hipofisarias y ováricas entre el 3 y 5 día del ciclo.

Conforme Matorras. R, Hernández.J, Molero. D (2008)[49], Se tiene en cuenta un tratamiento de elección de patologías seminales leves y moderadas, al igual que la esterilidad de un origen desconocido, debido a los pocos requerimientos, seguridad, simplicidad y eficacia la convierten en técnica de simple aplicación en otras patologías leves, estas generan la esterilidad:

- Factor masculino leve-moderado
- Esterilidad de origen desconocidos
- Disfunción ovárica
- Factor uterino
- Factor cervical
- Endometriosis mínima y leve

Incapacidad de depositar semen en la vagina

B. Fecundación in vitro

Consiste en la unión de óvulo y espermatozoide de manera externa (laboratorio de reproducción asistida). Los embriones resultantes, luego de ser seleccionados, por la viabilidad, son transferidos a la cavidad uterina de 2 a 5 días luego de su consecución.

Para que el embrión tenga un futuro prometedor debe de haber existido estimulación ovárica previa. Por eso aparece el uso de la medicación “gonadotropina”, para elevar la respuesta ovárica y así realizar los siguientes protocolos. Existen dos tipos de protocolos: El corto, en dónde se usan antagonistas de la GnRH y el lago en dónde se usan análogo agonistas de la GnRH.

Los fármacos agonistas de la GnRH predominan por la inhibición hipofisaria profunda, luego de una ligera abreviación de la acción inicial de la liberación de hormonas gonadotrinas, llamada “Flare up”, los más usados son la Tipoterlina y el Leuprolide.

[49] Matorras. R, Hernández.J, Molero. D (2008). Tratado de reproducción humana para enfermería.

Existen 2 tipos de ciclos, el ciclo largo y el ciclo corto. En el ciclo largo se usa el análogo en el inicio de la fase lútea media del ciclo previo de la estimulación, de esta manera se genera la desensibilización hipofisaria antes de comenzar la estimulación ovárica con gonadotropinas. Por otro lado, en el ciclo corto o “flare”, el análogo se utiliza en el inicio del ciclo, tratando de aprovechar su “flare up” de una manera cooperativa con las hormonas gonatropinas.

La fecundación in vitro puede separarse de la sexualidad y la fecundación, el origen de esta se crea una disociación del elemento genético y biológico. Cuando la fecundación in vitro actúa en la donación de óvulos se crea una separación del elemento genético y biológico, mediante esta técnica se crea un embrión.

La reacción mundial ante hallazgo de esta técnica fue admiración y preocupación, existe la posibilidad imparcial de la superación de problemas de esterilidad. Al inicio esto se creó para solucionar la infertilidad en la mujer, que se relaciona con el bloqueo de las trompas de Falopio, y resolver otros casos:

a. Presencia de anticuerpos, anti espermatozoides en el moco cervical, prevenir enfermedades genéticas o adjuntas al sexo, por el fallo del semen de la pareja.
b. Inaccesibilidad o una grave hipoplasia del ovario (ovario no desarrollado). Se brinda a la paciente la probabilidad de una donadora.
c. Falta del útero de contradicciones graves de embarazo.

C. Donación de óvulos

Esta técnica ha tenido una mayor tasa de éxito en el ámbito reproductivo. Los ovocitos se llevan a cabo tras obtener un donante diferente a la persona receptora. La incitación ovárica al igual que la punción folicular se realizan a la donante. Los ovocitos adquiridos son donados a la pareja que pide el tratamiento e inseminados con el semen del varón participante o banco de semen. Los embriones que son seleccionados y traspasados al útero receptor, pero con una preparación previa.

Los resultados óptimos conseguidos con la técnica vitrificación han logrado la producción de bancos de ovocitos de manera similar a los donantes de esperma. Esto

facilitó el rendimiento de los tratamientos de ovodonación, la gran mayoría de resultados son positivos, por el uso de esta técnica. Gracias a los bancos de esperma ha facilitado el rendimiento de los tratamientos de ovodonación.

De acuerdo a Tame.N (2007)[50] El índice de éxito obtenido con el método es mucho mayor a cualquier otro tratamiento: 30% a 40%. Tame.N(2007) comenta que el primer bebé nacido de una donación de óvulos llegó a este mundo en 1984. Lo preciso es que la donadora tenga entre 25 a 35 años de edad, y que haya tenido sus propios hijos. Además, se demanda el término de la formación de su propia familia, y que la relación sea estable.

La donación de óvulos ha logrado entrar al mundo de los negocios. Existen clínicas estadounidenses de infertilidad y el máximo del costo por un óvulo cuesta alrededor 2 mil dólares cada uno. Esta es una de las razones por las que las mujeres no están dispuestas a pagar esa cantidad de dinero.

D. Tratamiento Quirúrgico

Según Jain.N .(2012).[51] Existe una intervención quirúrgica que incrementa las posibilidades de fertilidad llamada: Laparoscopía, la cual está asociada a la endometriosis.

El rol de la laparoscopía en las parejas que son infértiles es importante para ver los límites de los estudios histerosalpingográficos, aquí se detecta toda la patología pélvica. La histerosalpingografía es definitiva para ver anomalías, uterinas y mezclar la laparoscopia y histeroscopía para así evaluar la infertilidad.

Mientras la laparoscopía está siendo aplicada, puede practicarse la biopsia endometrial, de esta manera se evitará el dolor y complicaciones en el próximo procedimiento. La laparoscopia puede ver como lucen los ovarios, incluso detectar cambios malformados que sugieren trastornos ovulatorios. Los ovarios poliquísticos se pueden confirmar en pacientes o mujeres con oligomenorrea. Las ecografías sirven

[50] Tame.N (2007). Infertilidad, el dolor secreto, método para revertirla. (1era edición)

[51] Jain.N .(2012). Atlas de cirugía endoscópica en infertilidad y ginecología (2da edición)

como un apoyo para practicar la laparoscopía y facilitar el método terapéutico. Esta prueba también informará la zona de origen.

De acuerdo con un estudio de Botella.J (1999)[52] muestra una revisión de resultados laparoscópicos en pacientes estériles demuestra que en 33 casos de 100 el aparato genital es normal. Se vio el factor tubárico frecuente hasta en un 34 de 100 casos, y sólo en 8 de los 100 casos se mostró una anomalía tubárica, la presencia de al menos una trompa gruesa, de un color rosa. En el 26 de 100 casos de presenció un factor ovárico macroscópico como un sugerente factor de esterilidad, siendo la endometriosis en sus diferentes maneras de patología ovárica.

Existen otros tratamientos quirúrgicos como la salpingoscopia y la faloposcopia. Es difícil distinguir estos dos tratamientos. En la faloposcopia se inspecciona la ampolla que se encuentra en la trompa de Falopio e interpreta con claridad la estructura externa de fimbrias. Se debe inspeccionar los pliegues fímbrico, en una simple revisión de una parte externa de las trompas de Falopio. En comparación con la salpingoscopia se hace una evaluación óptica profunda de la mucosa de la ampolla tubárica. Esta se puede realizar incluso durante una laparoscopia al igual que una laparotomía. Es más complicado canalizar un órgano flexible, que en el caso sería la trompa de Falopio. Eliminar ese tipo de pie de àgina

El procedimiento de la salpingoscopia por la vía laparoscópica se debe realizar con un instrumento llamado histeroscopio de 5 milímetros, este avanza sobre un punzón cortante dentro de la trompa de Falopio. Por el otro extremo fímbrico de la trompa se agarrará con una pinza atraumática por encima del salpingoscopio y la óptica avanzada dentro de la ampolla. Ya que las fimbrias son muy delicadas y sensibles, la trompa debe ser tomada del extremo fímbrico y únicamente por la serosa. Luego se producirá la dilatación por la introducción de la óptica, se aplicará una solución salina a temperatura ambiente a través del canal lavador del instrumento, durante este proceso

[52] Botella.J (1999). Esterilidad e infertilidad humana. Recientes avances. (primera edición).

se cierra la cavidad abdominal con la pinza de presión. Se debe tomar en cuenta la manipulación y rozamiento de los instrumentos dentro de la trompa.

En el segundo método se utiliza un sistema de doble óptica encima de una óptica angulada que es ubicada de manera transumbilical; el diámetro del área de trabajo del laparoscopio es de 11,5 milímetros. La unión del laparoscopio con el ocular, muestra un sitio de fractura muy delicada, ya que es un sistema de lentes largo y fino, debido a que se coloca una camisa de protección de 20 centímetros de largo. La camisa se introduce en el área abdominal y va hacia la punta del extremo.

5. Factores psicológicos

5.1 Depresión

Nieves Pizarro, G.D. (2015)[53] define la depresión como presencia de tristeza , sentimientos y sensación de vacío, junto con cambios de ánimo y somáticos, que influyen de manera relativa la capacidad del paciente. Se caracteriza por la intensidad, duración y etiología. A veces se le denomina como un sufrimiento personal.

Conforme a Enríquez. H, Rodriguez. J y Schneider. R (2010)[54]; la depresión es el factor psicosocial más notorios que se conecta de manera directa con el dolor crónico y con el dolor pélvico crónico, con respecto a la endometriosis. Se reporta Conforme a Enríquez. H, Rodriguez. J y Schneider. R (2010); una serie de pacientes presentan problemas relación interpersonal y familiar, además de tener complicaciones con disfunciones sexuales, ya que presentan una preocupación por su sexualidad, además de tener conceptos negativos de acuerdo con el sexo y consigo mismas, con su pareja, dolo al tener relaciones sexuales (dispaurenia) y falta de orgasmos, también de presentar cuadros de disturbios psicosexuales e interpersonales.

[53] Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540).

[54] Conforme a Enríquez. H, Rodriguez. J y Schneider. R (2010). Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados (1era edición).México: editorial médica panamericana

Según Chen, Chang, Tsai y Juang (2004)[55] estudió a un grupo de mujeres, 112 pacientes, con respecto a la alteración psiquiátrica en mujeres que se acercan a la Unidad de Reproducción Asistida en Taipéi, Taiwán. El resultado demuestra que un 40.2% del grupo presenta por lo menos un trastorno psicopatológico. Los cuadros depresivos y de ansiedad prevalecen más. Se muestran un 26.8% de las pacientes, el 63.3% muestran cuadros de depresión mayor.

La depresión tiene una gran relación a causa de la infertilidad y se encuentran diferentes tipos de depresión en mujeres, como la depresión severa que se encuentran en pacientes que la padecieron hace 7 o 9 años.

De acuerdo con Nieves Pizarro, G.D. (2015)[56] “Las mujeres con un factor identificado para su infertilidad tuvieron puntuaciones de depresión significativamente mayores que las mujeres con infertilidad inexplicada o sin diagnosticar.” En Tokio, Japón se muestra un estudio de estado psicológico  en mujeres infértiles, realizado por Matsubayashi, Osaka, Izumi, Suzuki, Makino (2001)[57], que muestra el estado psicológico de mujeres infértiles en comparación a mujeres embarazadas. La cultura japonesa muestra una orientación ante mujeres infértiles debido a la falta de hijos e importancia del linaje. Las mujeres infértiles japonesas demuestran altos niveles de estrés surgiendo depresión y ansiedad. Este autor decidió clasificar a las mujeres japonesas como psicológicamente perturbadas.

[55] Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540).

[56] Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540).

[57] Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540).

## 5.2 Ansiedad

De acuerdo con Nieves Pizarro, G. D. (2015)[58], la ansiedad es definida como la preocupación excesiva o expectativa aprensiva. Esta se califica como una dificultad de controlar e incapacita el alcance para realizar tareas.

Existe un 37 millones de estadounidenses que padecen de trastornos de ansiedad y predominio de vida es un 25%, y tienen expectativa para lograr un tratamiento efectivo del 70% a 90%, con respecto a intervenciones, además de que existe un 30% de las personas con ansiedad que buscan ayuda.

El tipo ansiedad cambia dependiendo de los tipos de objetivos o situaciones, y pueden ocasionar algún temor, conducta evasiva, ideación cognitiva o la misma ansiedad.

Una gran cantidad de parejas no logran concebir, ya sea por la infertilidad, esta es una fuente de ansiedad y estrés. El tema de la infertilidad, en cuanto a la relación de pareja, esto ocasiona un gran estrés, además de tener dificultades en la reacción marital, como en la comunicación o las relaciones sexuales. Esto disminuye el interés por la pareja y empobrece la relación sexual hasta que la pareja duda de continuar juntos.

Se encuentra un examen llamado DSM – 5, el cual demuestra con qué frecuencia son diagnosticadas con el trastorno de ansiedad. Y en este caso Nieves Pizarro, G. D. (2015)[59] señala a través del American Psychiatric Association, 2013, que las mujeres que sufren con más frecuencia de trastorno de ansiedad es debido a la infertilidad.

## 5.3 Baja autoestima

“No obstante, estas terapias con frecuencia son responsables de fallo gonadal e infertilidad, lo que a menudo genera angustia, baja autoestima y una merma

[58] Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540).

[59] Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540). Available from ProQuest Central. (1774020085).

considerable de la calidad de vida en estos pacientes…" (Callejo. J, 2009, p. 91). Este déficit de autoestima compete a la psicología de la paciente, pero con respecto a la infertilidad, las mujeres que la padecen por consecuencia de la endometriosis llega a afectarles, ya que no son capaces de tener bebés, la baja autoestima se genera por factores externos en este caso, la sociedad que demanda a las mujeres tener bebés, y por este pensamiento las pacientes se deprimen y por ende no se sienten valoradas ni validadas como mujeres.

De acuerdo a los tratamientos de reproducción asistida; es un reto para la pareja que desea concebir, y este reto conlleva salud física y salud mental, ya que este puede fallar y los planes de tener un hijo se caen, la pareja y en especial la mujer se sienten desmotivados y con baja autoestima.

### 5.4 Tratamientos

Conforme a los tratamientos para la depresión existe manera clínicas y psicológicas. Se debe encontrar un balance entre estos dos. De acuerdo al (Glick, I. (1995) p. 19)[60] tratamiento a largo plazo de este mal se debe dedicar a pacientes y a los familiares para crear un vínculo y un apoyo emocional para que la paciente pueda pasar el tratamiento de manera óptima.

Los tratamientos a la ansiedad comparado con los tratamientos a la depresión son parecidos, conforme con un tratamiento agudo como una combinaciones de antidepresivos. (Fernández. A (2010).p81)[61]

## 6. Medicamentos usados para el tratamiento de la endometriosis

### 6.1 Danazol

De acuerdo con Cevallos. N y Parra. P (2017)[62] el Danazol inhibe la secreción de gonadotropinas (GnRH), la esteroidogénesis y eleva el aclaramiento del estradiol y progesterona (hormonas). La dosis utilizada es de 400 miligramo al día (2 pastillas cada 12 horas), se puede llegar a un máximo de 800 miligramos diarios. Hay pocas

[60] Glick, I. (1995). Tratamientos de la depresión (segunda edición). Balmes: Jossey – Bass Inc. Publishers
[61] Fernández. A (2010). Psicofarmacología, terapias psicológicas y tratamientos combinados (I) Utilidad comparada en los trastornos mentales. Rambla: Carrera edición, S.L.
[62] Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia).

pacientes que presentan efectos secundarios: aumento de peso, retención de líquidos, acné, hirsutismo, sofocos, malformaciones vaginales, reducción mamaria, reducción de la libido y náuseas.

El Danazol es usado durante 6 meses, y este ayuda a disminuir el dolor pélvico y las lesiones asociados a la endometriosis. Usualmente este medicamento es indicado para el tratamiento de la endometriosis, pero también se usa para enfermedades fibroquística de la mama. Y este se muestra en diferentes presentaciones o cápsulas de 50, 100 y 200 miligramos.

El uso del Danazol en la endometriosis puede variar por el grado o tipo de endometriosis que la paciente presenta:

- Tratamiento de endometriosis leve: para adultos, 200 a 400 miligramos, que se dividen en 2 dosis, al menos durante 3 a 6 meses y hasta 9 meses. El médico puede ajustar la dosis según sea necesario y tolerado.

-Tratamiento de endometriosis moderada: en adultos en un primero momento, la dosis es de 800 miligramos por día, que se dividen en 2 dosis, y al menos durante 3 a 6 meses, hasta un máximo de 9 meses. Esta misma cantidad se puede usar para el tratamiento de la enfermedad fibroquísticas de la mama.

Se debe tomar precauciones con el medicamento, Danazol. Se puede suspender si se muestra eventos opuestos, clínicamente significativos y si existe evidencia de: papiledema, cefalea, alteraciones visuales u otros signos, junto con otros síntomas de un aumento de presión intracraneal. Puede presentar coloración amarillenta en la piel y mucosa que eleva los niveles de la bilirrubina en la sangre o alguna manifestación de alteración hepática significativa. Si la paciente sigue exponiéndose a este medicamento, puede producir un carcinoma hepático, adenoma hepático benigno, entre otros y los pacientes que sufren de enfermedades renales, hipertensión, retención de líquidos, alteraciones de lipoproteínas, epilepsia, policitemia, reacción androgénica y migraña, no pueden tomar Danazol, ya que podría crear un choque con otros medicamentos o los químicos u hormonas que su cuerpo generan.

6.2 Dienogest

El Dienogest, está indicado para un caso de endometriosis ya diagnosticada, junto con el dolor pélvico que está asociado con la endometriosis. Las cápsulas tienen una dosis de 2 miligramos. De acuerdo con Cevallos. N y Parra. P (2017)[63], este fármaco debe ser ingerido sin interrupciones, o sea que sea a la misma hora todos los días. Este medicamento no afectará si la paciente no ha ingerido alimentos. No hay problema si este tratamiento se inicia en cualquier día del ciclo menstrual, pero no se puede ingerir en el caso de estar en otro tratamiento anticonceptivo, en solución a esto, se opta por no utilizar métodos no hormonales. La toma del medicamento no puede ser olvidado y menos modificado (el horario). El Dienogest es un medicamento fuerte, por lo que general los pacientes se empezarán a sentir mucho mejor luego de tomarlo, es probable que luego de tomarlo se sientan con vómitos o diarrea.

Los pacientes con insuficiencia hepática, junto con insuficiencia renal, no pueden consumir este fármaco, ya que podría ocasionar efectos nocivos para su salud.

Se deben tomar ciertas precauciones, de acuerdo con el tratamiento usando métodos hormonales anticonceptivos no deben usarse en combinación con Dienogest. Los efectos secundarios pueden incrementarse con los cigarrillos, estos aumentan el riesgo de efectos desafortunados graves en los vasos sanguíneos y el corazón. Los pacientes que tienen un mayor riesgo de efectos secundarios, son pacientes con osteoporosis, ellos deben crear una cuidadosa valoración de riesgo.

Existen un riesgo alto para personas que tienen cáncer de mama, por eso se debe hacer una prueba contra este medicamento, por cualquier anomalía e irregularidad.

No hay gran evidencia entre una asociación de progestina, además de un mayor riesgo de infarto de miocardio o tromboembolismo cerebral. Los riesgos cardiovasculares y cerebrales se relacionan con el aumento de edad, hipertensión y fumar, a comparación de la asociación de con pacientes que presentan problemas del miocardio con pacientes que presentan hipertensión arterial es que si afectan el riesgo

[63] Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia).

de accidentes cerebrovasculares, que podrían incrementar ligeramente de acuerdo con la progesterona.

El Dienogest puede generar resistencia periférica a la insulina e intolerancia a la glucosa. Las pacientes que padecen de diabetes, deben cuidarse del tratamiento.

Hay más contradicciones para personas que padecen de otras enfermedades o trastornos como: un posible embarazo, enfermedades tromboembólicas venosa, diabetes y presencia de enfermedades hepáticas severas.

Este fármaco puede generar de trastornos: psiquiátricos, gastrointestinales, a la piel y tejido subcutáneo y del aparato reproductor.

6.3 Dispositivo intrauterino hormonal (DIU – LNG)

Según Cevallos. N y Parra. P (2017)[64] ,este en un dispositivo en contra la concepción intrauterina temporal bajo de criterios médico, junto con las indicaciones particulares para la menorragia idiopática o hiperplasia endometrial.

Este dispositivo es un sistema de liberación intrauterino de polietileno, tiene forma de T, y este tiene 52 miligramos de Levonorgestrel. Se debe usar de forma continua un componente hormonal y este puede ser usado por 5 años.

Se debe tomar en cuenta a las pacientes que demuestran enfermedades cardíacas congénitas o enfermedad asociadas a las válvulas del corazón.

Las personas que están embarazadas, con cáncer de mama, tumores dependientes de progestágenos, cáncer cervical y cáncer endometrial, SIDA, y enfermedades hepáticas.

Los efectos secundarios son los siguientes y se debe tomar en cuenta la aparición reciente de estos: Migraña con pérdida de la visión, ictericia, incremento de la presión sanguínea, enfermedades arteriales graves y tromboembolismo venoso agudo. El uso del dispositivo debe ser tomado con criterio en la lactancia.

[64] Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia).

6.4 Letrozol

Este fármaco es usado no solo para tratar la endometriosis, Cevallos. N y Parra. P (2017)[65], sino para mujeres con cáncer de mama, este es un medicamento sólido, y la dosis contiene 2.5 miligramos, es administrada una vez al día y no es necesario comer antes de tomarla. Las mujeres con cáncer de mama con receptores hormonales positivos, este debe ser usado de manera exclusiva por un grupo de oncólogos y hematólogos. Se consulta los protocolos de uso, conforme las características y estados de neoplasia.

Existe un riesgo en personas que padecen de osteoporosis, y se debe administrar con precaución en pacientes con malfuncionamientos hepáticos, es por esto que se debe administrar el medicamento cada 48 horas.

Los efectos adversos se muestran como: frecuentes: dolor óseo, náuseas, hipertensión arterial, fatiga, rubor facial, entre otros; poco frecuentes: diarrea, debilidad, vómito, etc. y los raros: reacciones anafilácticas, infarto de miocardio, cáncer endometrial, aumento de bilirrubina, visión borrosa, entre otros. Este medicamento está contraindicado para personas que están embarazadas

6.5 Leuprolide

Este fármaco es utilizado de la misma manera como el Letrozol, se utiliza para pacientes con endometriosis, cáncer de mama, además de pacientes con pubertad central precoz y cáncer de próstata. Cevallos. N y Parra. P (2017)[66],Esta medicina se presenta de dos maneras: a través de un líquido parenteral, la dosis es de 3.75 a 11.25 miligramos y también se presenta como sólido parenteral, con la misma dosis que el líquido. Este fármaco debe ser usado por un especialista, además se deben seguir los protocolos de acuerdo al peso o masa corporal.

Se debe tomar en cuenta que este medicamento puede agravias patologías psiquiátricas, puede generar depresión y si el paciente presenta un cuadro de depresión, este fármaco puede agraviarla, también puede crear enfermedades

[65] Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia).

[66] Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia).

cardiovasculares, en las mujeres se pueden mostrar alteraciones menstruales. Si este medicamento se usa por más de 6 meses puede desarrollar una disminución en la densidad ósea, y por último se han presentado casos de convulsiones a causa del fármaco.

En el caso de mujeres embarazadas, este medicamento está contraindicado, ya que podría originar efector adversos poco frecuentes como: depresión, ideas suicidas, convulsiones, obstrucción uretral, hemorragia cerebral, compresión medular, etc.

## 7. Atención psicosocial de pacientes durante el tratamiento de infertilidad

### 7.1 Necesidades conductuales

Estas necesidades se presentan antes de obtener el tratamiento, por lo tanto, debe de haber un compromiso por parte del paciente. Se dirige a las mujeres que están en un tratamiento de fertilidad.

De acuerdo con El Equipo responsable de la elaboración de la guía para psicología y consultoría (ESHRE). (2015)[67] cuenta que alrededor de 1 de cada 12 pacientes no se comprometen al tratamiento por primera vez, por lo general postergan esta terapia, o rechazan el tratamiento e incluso tienen una carga psicológica.

Existen diferentes factores que contribuyen en la necesidad conductual de la paciente como: intimidad con la pareja, satisfacción marital, satisfacción sexual, apoyo social, absentismo laboral.

### 7.2 Necesidades sociales

Usualmente las parejas que atraviesan este tratamiento comprueban un nivel mayor de intimidad marital. La satisfacción marital es mantiene estable a lo largo de un ciclo de tratamiento, sin importar el resultado, la satisfacción sexual decrece para la mayoría de mujeres, además de notar menos apoyo social durante la extracción de los ovocitos y transferencia del embrión.

[67] El Equipo responsable de la elaboración de la guía para la psicología y consultoría (ESHRE). (2015). Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida. Guía para el equipo de fertilidad. (1era edición). Buenos Aires:ESHRE.

7.3 Necesidades emocionales

En estas necesidades se mostrará evidencia con respecto la depresión, ansiedad, estrés / angustia, desórdenes psiquiátricos y morbilidad, afectos positivos y negativos.

Conforme a El Equipo responsable de la elaboración de la guía para psicología y consultoría (ESHRE). (2015)[68] *:" Entre los pacientes sin síntomas depresivos al comienzo del tratamiento, 68 mujeres (15.0%) y 32 varones (6.2%) desarrollaron síntomas depresivos. De ellos, 25 mujeres (5.5% del total) y 10 varones (2.0% del total) presentaron comorbilidad con síntomas de ansiedad."* Se presenta que la ansiedad crece de manera gradual hasta el día del test de embarazo.

Por lo general se tiende a incrementar la depresión, ansiedad, estrés, y angustia. Estos alcanzan un nivel mayor en el momento de la transferencia del embrión o antes de la posibilidad del tratamiento.

7.4 Necesidades cognitivas

Las preocupaciones se muestran en 2 momentos en particulares, el inicio del tratamiento y al igual que en las otras dos necesidades, en la transferencia del embrión. Se presentan 4 tipos de preocupaciones: con respecto al procedimiento, en la que se muestra la presencia de la cirugía, efectos colaterales de la anestesia, no obtener suficiente información, las dolencias, los efectos secundarios de las hormonas, y el área económica del tratamiento.

Estados del arte nacionales

a) Grupo de Facebook: Endometriosis Perú
b) Resumen: Este es grupo de mujeres que empezaron con la creación de un colectivo, con la finalidad de informar y crear conciencia social. Para esto se han dedicado a dar charlas acerca de la endometriosis, a marchar por los objetivos mencionados y a motivar a las personas que la padecen.

[68] El Equipo responsable de la elaboración de la guía para la psicología y consultoría (ESHRE). (2015). Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida. Guía para el equipo de fertilidad. (1era edición). Buenos Aires:ESHRE.

Estados del arte internacionales

a) Clínica Mayo
b) País: Argentina
c) Proyecto: Imágenes con datos

Resumen: La Clínica Mayo hizo una pequeña campaña para el día de la endometriosis. Subió en la página de facebook la definición de la enfermedad, los tratamientos y los sitios en dónde tratarse. Dirigido para las pacientes con endometriosis o personas que conozca a alguien con esta condición.

a) Endometriosis Australia
b) País: Australia
c) Proyecto: Endo & Us
d) Resumen:

Este proyecto fue respaldado por una organización australiana que se tiene un comité de doctores que ayudan a las pacientes con endometriosis. El proyecto es un video que dura 15 minutos y cuenta la historia de muchas pacientes con la enfermedad, como es vivir con la enfermedad, la esperanza que tienen y la mentalidad positiva ante el futuro. Además de la veracidad de especialistas y estadísticas

e) Storyboard:

80 %
CHEQUEOS
GINECOLÓGICOS
20%
Mujeres
Dolor Pélvico
REVISTAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR. MADRID (2006)

## 6. Capítulo IV

a. Estructura del proyecto

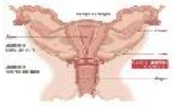
i. Concepto del proyecto

Para el proyecto se eligieron 2 conceptos: salud, porque este tema tiene que ver con el área de medicina, ya que es una enfermedad que les sucede a las mujeres cuando inician su ciclo menstrual, además de desconocer la causa y origen de esta enfermedad, las chicas pueden de tener una mala calidad de vida. Se habla del concepto de salud de una manera positiva, como bienestar en las diversas ramas del público objetivo. A pesar de que este público sea joven (chicas de 16-18) tienen en claro que es lo mejor para ellas, y que las hace sentir mejor sin presencia de dolores.

La ventaja del público es que ellas tienen acceso a la información inmediata y de esta manera consultar aquellos síntomas que experimentan, y pueden sacar conclusiones o ideas para que algún especialista o sin ir tan lejos, a sus propias madres les aclaren las dudas que pueden llegar a presentar. Además de este concepto se eligió la tranquilidad mental como un concepto de respaldo, porque las chicas que demuestran los síntomas de endometriosis están muy pendientes de no sólo el dolor o hemorragias que puedan presentar, sino que están a la defensiva, queriendo ocultar su problema, ya sea por vergüenza o por el tema de que esta enfermedad no es normal, junto con la sintomatología que muestra.

Es importante recalcar la autoestima y los roles que estas chicas quieren imitar. Esto puede inducir a una autoestima baja y depresión, ya que ellas no pueden ser lo que ellas anhelan. Es por esta razón que se ha elegido el concepto de tranquilidad mental, este es necesario en pacientes con endometriosis, ya que una tiene la necesidad y la esperanza de estar bien en todo sentido, pero especialmente bien se salud.

ii. Nombre del proyecto

| Palabra clave | Imagen | Síntesis | Tipografía | Color |
|---|---|---|---|---|
| Útero |  | | Útero | |
| Amapola | | | Amapola | |
| Salud | | | **Salud** | |
| Calma | | | Calma | |
| Sangre | | | Sangre | |
| Tratamiento | | | **Tratamiento** | |

Se presentaron varios nombres para elaboración del proyecto. Se hacer un juego de palabras con el nombre, unir palabras, junto con el nombre de la enfermedad en particular. La palabra endometriosis, es una palabra compuesta, que se separa en *"- endo",* que quiere decir dentro y *"- metriosis"* se refiere a una matriz, en este caso se refiere al tejido endometrial, el cual es el afectado; al mismo tiempo esta parte de la palabra se refiere a Deméter, la diosa griega de la agricultura, que es representada como fertilidad en los campos, además de ser representada con una amapola. Se eligió jugar con la primera parte de la palabra, para el nombre del proyecto, ya que es pegajoso y el inicio del nombre de la enfermedad, a pesar de su significado sea dentro, no se consideró para la elaboración de nombre, sino por el inicio de la palabra.

Pero la otra parte de la palabra si se consideró para la elaboración del isotopo del logotipo.

Había muchas opciones como: “Conociéndome, Decidiendo, Comprendiendo, entre otras, pero para que se vea más llamativo se eligió la palabra: “Atiendo”. Como se explicó en el inicio del subcapítulo, se quería jugar con las palabras, entonces se decidió juntar: “A- TI- ENDO”, este nombre connota a que tienes que atender, tienes que prestar atención a lo que se enseñaría, pero si el nombre del proyecto se separa es como si fuera una dedicatoria para la endometriosis. A través de los dos significados que el nombre representa, se quiso dejar que el espectador sea cautivado por el primer significado y se sorprenda por el segundo significado que con explicación del proyecto se entiende, pero para el público objetivo se le da de una manera más romántica e inteligente, ya que lo que se quiere es que le dediquen la salud y tranquilidad mental a esta enfermedad.

Además, se quiere generar cierto empoderamiento y reflexión con este nombre, ya que por los efectos que ocasiona la endometriosis y la deplorable calidad de vida que los pacientes pueden tener. Se espera que el público objetivo se sienta identificado y que genere ciertos cambios en el comportamiento de las chicas. Con este nombre se espera llamar la atención del público

iii. Fundamentación del proyecto

El proyecto se divide en 3 partes: la primera, campaña de intriga, se basa en diseñar un afiche, en el cual estará la presencia del personaje ficticio que será parte de este proyecto, para que combine con el estilo gráfico del proyecto, en este afiche se invitará a las chicas de 5to de secundaria para que asistan al evento que se explicará a continuación, en el cartel estará la presencia de un bolsillo con postales con diferentes palabras positivas que terminan en –endo, para sobre estimular el nombre del proyecto, y hacerles recordar del lugar, la fecha y la hora. Además de pedirles que se inscriban, para crear un banco de datos para la última parte del proyecto y para que sigan informadas de la situación o futuros tratamientos. La segunda parte, campaña de lanzamiento, esta trata de una pequeña asamblea, en la que discutiremos y

conoceremos del tema de la investigación, la endometriosis. Este evento se separará en 5 partes.

1. La introducción de la convocatoria, se agradecerá la asistencia a el evento, se medirá el conocimiento de la enfermedad, obviamente antes de explicar la importancia y de que trata la enfermedad, por último, se informará un pequeño itinerario del evento. Además de darles un punto de vista positivo, de que nada está perdido, este punto también será tocado por el ginecólogo especializado en el tema; explicando que él también tiene pacientes con endometriosis de 17 años, que siguen su tratamiento y salen adelante.
2. La presentación del video, este video contiene la explicación de la enfermedad, que es lo que le sucede al aparato sexual de la mujer, se demostrará la veracidad del tema ante los testimonios que se presentarán, son 3 mujeres de diferentes edades y con diferentes situaciones, además de contener especialistas del tema, que puedan dar datos o hechos reales, incluso se mostrará animación, para que la información se pueda asimilar de manera sencilla y que puedan entender, estas animaciones estarán hechas en base a ilustración de papel, así poder llevar una correlación del estilo gráfico del proyecto. Este video deber ser dinámico, ya que la comunicación del público es diferente.
3. Mesa redonda, luego del video se hará como una pequeña explicación de lo que vieron, junto con las soluciones, tratamientos y lugares que pueden visitar en caso de estar teniendo síntomas como los que se explicó en la investigación. La conversación durará un aproximado de 5 minutos, para que no pierdan la ilación del tema y no resulte aburrido.
4. La actividad dinámica; esta actividad trata de recopilar la información del el público pudo entender, es como una pequeña prueba, pero de manera entretenida. Se creará material didáctico para que ellas puedan recordar. Se creará un útero gigante, para ver si reconocen que es lo que sucede dentro del cuerpo de la mujer que sufre de endometriosis, y que zonas pueden ser las más afectadas, junto con algunos hechos de la enfermedad o estadísticas que estudios científicos demuestran. Para que esta actividad se desarrolle de manera ordenada y exista más competitividad, y genere más aceptación, además de un grado mayor de concentración, será mucho más fácil

de entregar premios. Cuando se hayan separado dos grupos se podrá empezar la pequeña competencia, el integrante del grupo que conteste de manera correcta se llevará un premio. Estos premios serán desde maquillaje hasta útiles de oficina o escolares, los premios tendrán la página de Facebook y la página web para que puedan visitar y consultar, además de tener la presencia del logotipo del proyecto que se está realizando.

5. La encuesta, y por último se realizará una encuesta, para ver si este proyecto ha funcionado o cumplido los objetivos que se esperaban. Además de tener un banco de contactos y que se pueda fidelizar en la campaña de mantenimiento. Por último, se quiere observar o analizar si este proyecto puede replicarse en otro colegio.

   La tercer, campaña de mantenimiento, en esta última parte del proyecto se quiere mantener el contacto con las personas que estén pasando por el problema investigado. Con la creación de la página web y Facebook, se podrá mantener una información fluida y actualizada, así los que se enteren del proyecto puedan ver que esto no es algo normal y menos común en las mujeres.

   El propósito de este proyecto es generar conciencia y dar a entender los problemas que muchas mujeres en el Perú lo tienen y nadie lo sabe. Además de la posibilidad de replicarse en otro colegio, este proyecto se quiere llevar a hospitales o centros de ginecología y paternidad, ya que en algunos casos los mismos ginecólogos no saben que esta enfermedad es algo verídico, incluso se piensa que son síntomas comunes.

b. Público Objetivo

i. Actores involucrados en el problema

   Para el proyecto hay múltiples actores involucrados, desde la familia involucrada, el colegio en el que se hará el proyecto, el ministerio de salud, el ministerio de salud, asociaciones de fertilidad, instituciones especializadas en ginecología, entre otras. Las mismas afectadas, que serán las chicas de 5to de secundaria.

ii. Fundamentación del público objetivo elegido

   Para el proyecto se consideró 2 tipos de público, las afectadas, y las personas responsables de las afectadas. Las afectadas son niñas de 16 a 18 años que son estudiantes de un colegio privado de varones y mujeres, ellas son dependientes de

sus padres, y están guiadas por sus padres, conforme al tema de la investigación la madre del público elegido es la que guía a las chicas por su bien. Es por esto que se consideró a las madres de las chicas como público objetivo, ya que ellas son las que compran las toallas higiénicas, las que les enseñan a utilizarlas, quienes acompañan a las chicas a las citas del ginecólogo, además de conversar con ellas por si tienen alguna incomodidad de acuerdo al tema ginecológico, por ellas mismas haber sentido lo mismo o algo similar.

iii. Descripción del público objetivo

El tipo de comunicación del público objetivo es mucho más variado y moderno, incluso es actual y más sencillo de interactuar, además de que la actividad o interacción del público objetivo en redes sociales es masivo, y es más versátil.

La personalidad del público objetivo es: son niñas que son dependientes de los padres, consumen mucha moda, con respecto a la ropa, a la comida (açai bowl, makis o sushis, etc.), a las fiestas que los youtubers que presenta, influencers en Instagram o YouTube, dietas, entre otras cosas. Por lo general estas chicas muestran algo que en realidad no son, tratan de demostrar lo que tienen y son personas que prefieren cosas materiales.

## 7. Capítulo V

### a. Análisis del Diseño

Análisis del diseño. Simbología. Sintáxis. Estética. Pragmatismo

La campaña tiene como concepto: Tranquilidad mental y salud , en base a estos se debe responder ante una dinámica con carisma y moderna, porque está dirigida a chicas de quinto de secundaria. Es conveniente el uso de lenguaje coloquial y una explicación simple, además de ser directa para que las chicas puedan comprender el mensaje sin desconcentrarse y no aburrirse.

- Simbología

En la creación del logotipo, de acuerdo con los conceptos, se permitió dar tranquilidad e importancia en las chicas. Es por esto que se utilizaron los colores con tonalidad rojiza y tonalidades de azules. Junto con la simbología que se utilizó para darle más connotación al tema de infertilidad ante uno de los problemas encontrado. Se utilizó una fuente sencilla, pero llamativa, de esta manera le daba cierto peso al nombre del proyecto. Se utilizaron 2 tipos de fuentes, una para el nombre del proyecto y otro sin serif, como una mejor lectura para el descriptor.

- Sintáxis

Se planteó diseñarlo con el objetivo de dar tranquilidad y dar la sensación de un tema médico, de manera que genere impacto y atracción. En el isotipo se refleja la geometrización de una amapola. El uso de la amapola se debe como símbolo de fertilidad, ya que es la representación griega de la diosa Deméter. Se usó un fondo celeste ligero para resaltar la amapola, luego se decidió una fuente llamativa e imponente, para predominar el nombre del proyecto, por último se utilizó una segunda fuente mas ligera, delgada ,sin serif, y clara como descriptor del proyecto.

Se crearon dos tipos de lectura de logotipos, ya que en algunos usos se puede leer de izquierda a derecha o de arriba hacia abajo.

- Estética

De acuerdo a la edad del proyecto , de 16 a 18 años de secundaria, se enfocó en la comunicación fluida y en recompensas que despertaban el interés, ya que eran de su interés y de acuerdo al tema.

Se usó el color rojo para la amapola y el nombre del proyecto para darles mayor importancia y generar mayor atención de las chicas, además de la representación del órgano femenino de la mujer y la sangre que las mujeres expulsan una vez al mes.

Las piezas gráficas utilizadas, como la pieza principal del video, debía ser fácil de entender, simple, directo y un poco caricaturesco, con estadísticas, textos pequeños.

Diseño de la Comunicación

Este proyecto mantiene un tono de comunicación casual, coloquial y moderno, a pesar de tener muchas terminologías de medicina, es importante que se puedan entender y esclarecer. Trata de llegar a las alumnas de manera cordial y amigable. Si se tuviera que personificar al proyecto, se podría decir que es una chica joven, con mucho conocimiento que quiere que las demás sepan del problema de muchas mujeres, es una llegada de amiga a amiga. El mensaje es claro y directo, al demostrar todo lo que ocurre en el sistema reproductivo de la mujer, se llamará la atención de aquellas que lo estén padeciendo y aquellas que no, pueden conocer a alguien que presente los síntomas, es más una preocupación colectiva y con el propósito de difundir. Este mensaje durará gracias a algunos colectivos que tienen el mismo propósito del proyecto, se creará una alianza para que se pueda propagar el mensaje a través de campañas, o cortometrajes animados, e incluso investigaciones que pueden convertirse en entrevistas.

Los medios que se usarán son las redes sociales, se utilizaran medios impresos como carteles, piezas de una tamaño considerable, al igual que material audiovisual como videos y entrevistas.

Se seleccionó este proyecto que trataba de realizar una actividad interactiva y llamativa, El uso de la presencia del video y la profundización del tema a través del rompecabezas y la dinámica de las preguntas se admite una dinámica lúdica y entretenida.

Las etapas del proyecto fueron tres:

PRIMERA ETAPA

- Se presentó una carta de presentación hacia el colegio Reina del Mundo de La Molina.
- Se habló con un ginecólogo y una psicóloga para la creación del video.
- Se conversó con la junta directiva del colegio

- Se realizó una conversación entre el coordinador de secundaria y las tutoras de los salones de quinto de secundaria.
- Se presentaron los afiches del proyecto.
- Se pegaron los afiches, junto con las invitaciones del evento.

SEGUNDA ETAPA

- Se presentó el video y las encuestas a la coordinación para demostrar el material.
- Se realizó el Viernes 22 de Marzo a las 7:45 de la mañana.
- Se inició con una introducción. (5 minutos)
- Se presentó el video (2:30 minutos)
- Se hizo una explicación con la ayuda de un rompecabezas de 90x60 centímetros. (5 minutos)
- Se creó el dialogo entre las chicas y la expositora.
- Se creo una ronda de preguntas, junto con la premiación de premios (10 minutos)

TERCERA ETAPA

- Se entregó un kit de menstruación con tres tipos de toalla higiénicas, un lapicero, chocolates y una plancha de stickers.
- Se entregó una encuesta para ver si existía la posibilidad de chequeos más regulares con el ginecólogo.
- Se contarán las respuestas y transformarlas en porcentajes.
- Se tomarán fotografías grupales.

## 8. Capítulo VI. Análisis de los resultados

La implementación se llevó a cabo el viernes 22 de marzo del 2019 a las 7:45 a.m. en el colegio Reina del Mundo en la urbanización Rinconada de Lago del distrito de La Molina. Las chicas de 5to grado de secundaria (16-18 años), junto con dos tutoras del grado, ellas ayudaron con la instalación de los equipos y las carpetas.

Se mostró una gran iniciativa de las chicas, y un gran interés por participar desde que se les explicaba que era lo que iban a ver en el video, junto con la importancia del tema y el tipo de proyecto que se estaba haciendo. Hubo bastante incógnita por el tema planteado al mismo tiempo que curiosidad por lo que iban a ver y escuchar.

Al final se realizó la dinámica, de un rompecabezas de 90x60, con una explicación y señalamiento de las partes afectadas por la enfermedad. Muchas chicas levantaron la mano para preguntar acerca del tema, además de participar en la dinámica de responder las 5 preguntas. Muchas chicas estaban dispuestas a responder y se sintió un ambiente muy entretenido, de fluidez y confianza. Obteniendo una respuesta satisfactoria de todas.

**f. Aplicación del proyecto**

g. Diseño de la metodología

En desarrollo de la actividad, se mostró la historia de un personaje ficticio llamada Polly, que cuenta sus problemas de dolor pélvico y sangrado excesivo. El video contenía la definición de la endometriosis, los síntomas, especialistas hablando acerca del tema, junto con las estadísticas que ellos presentan. Fue como una conversación ante dos amigas presentando el tema del proyecto.

Se optó por este tipo de metodología, porque era el más adecuado ante un público tan joven, por la comprensión y una buena manera de entregarles la información, y

así evitar el desinterés de las jóvenes. Además de promover la retención de información mediante la dinámica y es así como se reforzaría el tema.

h. Evaluación de la metodología

Todo funcionó desde la campaña de intriga hasta la campaña de mantenimiento, ya que en cada momento se mostraban comentarios y resultados positivos y buena reacción ante la recomendación de chequeos constantes. El tono de comunicación intervino por completo, de esta manera se logró la comprensión en las chicas.

Hubieron un par de observaciones, como era una ambiente con ventanas y hacía sol los colores del video variaron poco, pero estuvieron muy atentas ante el mensaje. Además de que al inicio de la introducción de la implementación se registró un temblor, y como el auditorio se encontraba en el segundo piso de secundaria, resonó bastante y todas salieron corriendo. Pero luego de esa intervención estuvieron más atentas que antes.

Por último se demuestra que el medio es el más adecuado, ya que se presentó resultados positivos por parte de las alumnas, es decir el público objetivo, de esta manera probaron entender el tema y estar preparadas a cualquier síntoma y con una buena tranquilidad mental ante cualquier diagnóstico

i. Registro de la implementación

## 9. Capítulo VII

b. Conclusiones

Luego de la investigación realizada se puede exponer a las siguientes conclusiones:

- Plantear una campaña de intriga logra curiosidad en las niñas de quinto de secundaria, y eso les hace querer saber de que trata el proyecto. La respuesta de la puesta de carteles con investigaciones fueron muy positivas.
- La rama de multimedia del diseño fue muy directo y perfecto para no perder la concentración de las chicas con respecto a definiciones técnicas.
- El factor psicológico con mayor índice es el de ansiedad, que abruman a la paciente de endometriosis al tener ese diagnóstico, además de los diferentes tratamientos que ofrecen los doctores.
- El diálogo entre chicas, acerca del tema, abrió la puerta de la confianza y así poder compartir experiencias de madres, tías o amigas con el problema.
- El respaldo del conocimiento de los especialistas refuerzan mucho el estudio de investigación.
- A un 67% de las chicas les pareció muy interesante el tema de endometriosis
- A un 26% de la chicas le importó la necesidad del diseño en el proyecto.
- Un 50% de jóvenes les interesa que el proyecto esté en Instagram.

- Un 80% de jóvenes estaban dispuesta a hacerse más chequeos ginecológicos de acuerdo a los síntomas conversados
- Un 93% de la chicas quieren compartir el proyecto.

c. Recomendaciones

- La presencia de los síntomas no son siempre una señal de la endometriosis, a menos que el ginecólogo diagnostique a la paciente , así que es muy importante que sea una visita constante.
- La enfermera del tópico del colegio debe estar al tanto de la enfermedad para explicarle a las chicas y a las madres.
- El conocimiento de la enfermedad harán la vida de una paciente mucho más tranquila y menos insegura.

**10. Referentes Bibliográficos**


1. Balasch J., Viscasillas P. Capítulo 7. Endometriosis y esterilidad, Fertilidad y Esterilidad humana, Masson 2° edición 1999; 89-106.

2. Kumar, A., Gupta, V., & Maurya, A. (2010). Mental health and quality of life of chronic pelvic pain and endometriosis patients. SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health, 17(2), 153-157. Retrieved from https://search.proquest.com/docview/733012500?accountid=43847

3. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. 2013 Jul 29;:1–85.

4. Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and Infertility. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2012 Dec;39(4):535–49

5. Moradi.M, Parker.M y Ellwood.D (2014). Impact of endometriosis on womens lives: a qualitative study. BBc wome´s health. Recuperado: 04 de octubre del 2014 de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287196/

6. Parker.M, Sneddon.A, Lopez.V, y Ellwood.D (4 de octubre del 2014) Impact of endometriosis on women´s lives: a qualitive study. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287196/

7. Desai.P (2012).Current in practice in obstetrics and gynecology. Nueva dehli: jaypee brothers medical Publisher

8. Aguinaga, I.(2012). Si eres mujer y tienes entre 40-54 años deberás de saber…(tesis de maestría). Recuperada de: http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/5684/Proyecto%20definitivo.pdf?sequence=1

9. Plancarte. R. (2002). Dolor Abdominopélvico y su tratamientos (No. 25)México:R.M.A

10. Fuller.J y Ness. E (2008) Instrumentación quirúrgica. Teoría, técnicas y procedimientos (4ta edición).Argentina: edición panamericana médica.

11. Fuller.J y Ness. E (2008) Instrumentación quirúrgica. Teoría, técnicas y procedimientos (4ta edición).Argentina: edición panamericana médica.

12. La primera..(2002, Nov 07). Palabra, pp. 1. Retrieved from castellano! https://search.proquest.com/docview/377247051?accountid=43847

13. Xunta de Galicia. (2013). El ciclo femenino, entrada o post de la web a referenciar [Xunta de Galicia, consellería de cultura, educación e ordenación universitaria]. Recuperado de: http://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/EL+CICLO+FEMENINO.pdf

14. Según Hernández.R ( 1850 ) La menstruación considerada bajo su aspecto fisiológico y patológico. ( pp. 441-495 ). Barcelona: Juan olivares,impresor de S.M

15. Botella. J y Clavero A.. (1993). Tratado de ginecología (catorceava edición). Madrid: Ediciones Días de Santos S.A.

16. Bajo.J. (2009). Patología ginecológica de la infancia y adolescencia., Fundamentos de la ginecología (265 - 274) Bogotá: Editorial médica panamericana.

17. Jácome.A. (2005). Patología ginecológica de la infancia y adolescencia., Fisiología Endocrina (121-129) Bogotá: Kimpres Ltda.

18. Margulis. M, Urresti.M y Lewin. H (2007). Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires: investigaciones desde la dimensión cultural. Página 213-217. Argentina: editorial Biblios sociedad

19. Cooke. K (2014) Cosas de chicas. Primera edición. México: penguin random house group editorial de México

20. Ciarmatori.S, Dicacciati.V, y Mülli,V (2016).Métodos anticonceptivos. Consejos para mejorar la calidad de vida (primera edición).España.delhospital ediciones

21. Ciarmatori.S, Dicacciati.V, y Mülli,V (2016).Métodos anticonceptivos. Consejos para mejorar la calidad de vida (primera edición).España.delhospital ediciones

22. Ciarmatori.S, Dicacciati.V, y Mülli,V (2016).Métodos anticonceptivos. Consejos para mejorar la calidad de vida (primera edición).España.delhospital ediciones

23. INEI (2014, 21 de Mayo ). Inei presento los resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar 2013, Recuperado de : https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecursivopublicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/

24. Anderson.B y Zinsser. J. (2009). Historia de las mujeres, una historia propia (segunda edición). Madrid: Crítica Barcelona.

25. Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecología y su lista para la consideración de amenorrea.(primera edición). Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=lqqaTcTQRLEC&pg=PA171&dq=Fundamentos+de+Ginecolog%C3%ADa+2007&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjjvZ--mPDgAhVDo1kKHcWcD5IQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Fundamentos%20de%20Ginecolog%C3%ADa%202007&f=false

26. Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecología[1] y su lista para la consideración de amenorrea. .(primera edición). Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=lqqaTcTQRLEC&pg=PA171&dq=Fundamentos+de+Ginecolog%C3%ADa+2007&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjjvZ--mPDgAhVDo1kKHcWcD5IQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Fundamentos%20de%20Ginecolog%C3%ADa%202007&f=false

27. Arenas. B, Vicens. L, Montosa. X (2007) Fundamentos de Ginecología[1] y su lista para la consideración de amenorrea. .(primera edición). Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=lqqaTcTQRLEC&pg=PA171&dq=Fundamentos+de+Ginecolog%C3%ADa+2007&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjjvZ--mPDgAhVDo1kKHcWcD5IQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Fundamentos%20de%20Ginecolog%C3%ADa%202007&f=false

28. Checa M, Espinó J, Matorras R,(2007). Síndrome del ovario poliquístico (primera edición). Argentina: Editorial médica panamericana.

29. Bonilla – Musoles. F, Dolz. M, Moreno. J , Raga. F, (2009) Reproducción asistida. Abordaje en la práctica clínica (1 ed). Madrid: editorial.médica panamericana S.A.

30. Checa M, Espinó J, Matorras R,(2007). Síndrome del ovario poliquístico (primera edición). Argentina: Editorial médica panamericana.
31. Bonilla – Musoles. F, Dolz. M, Moreno. J , Raga. F, (2009) Reproducción asistida. Abordaje en la práctica clínica (1 ed). Madrid: editorial.médica panamericana S.A.

32. Checa M, Espinó J, Matorras R,(2007). Síndrome del ovario poliquístico (primera edición). Argentina: Editorial médica panamericana.
33. Kennedy S. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Human Reproduction. 2005 Jun 24;20(10):2698–704.
34. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. 2013 Jul 29;:1–85.
35. Castro. M.(2017). Análisis de los resultados reproductivos en pacientes con endometriosis (tesis de doctorado). Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680913/castro_martin_barbara.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. Bustos López HH, Garza Leal JG, editors. Endometriosis. Un Enfoque Médico-Quirúrgico Global. [Internet]. 1st ed. Editorial Médica Panamericana S.A; 2013. Available from: http://ISBN-13 9786077743880
37. Benagiano G, Brosens I, Lippi D. The History of Endometriosis. Gynecol ObsteInvest. 2014 Jul 1;78(1):1–9.

38. Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the venous circulation. The American Journal of Pathology. 1927 ed. New York; 1927 Mar 27;III:1–61
39. Velasco, J. (2010). Endometriosis: Tratamiento actual y futuras tendencias (primera edición). República de panamá: Jaypee – Highlights medical publishers, inc
40. Michael H. Y Thompson J. (2009). Atlas de cirugía endoscópica en infertilidad y ginecología (segunda edición). India: Jaypee – Highlights medical publishers, inc
41. Castro. B (2017) "Análisis de los resultados reproductivos en pacientes con edometriosis". (Tesis de doctorado). Recuperada de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680913/castro_martin_barbara.pdf?sequence=1
42. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2013).Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el sistema nacional de salud (SNS). Recuperado de: https://www.semg.es/images/stories/recursos/2014/documentos/Guia_Endometriosis.op.pdf
43. Velasco – Garcia. J y Rizk.B (2010). Endometriosis, Tratamiento actual y futuras tendencias. Panamá: Jaypee – Highlights.medical publishers,INC
44. Botella. J y Clavero. J (1993). Tratado de ginecología. Recuperado: https://books.google.com.pe/books?id=CYdfAhqjG1IC&pg=PA359&dq=abortos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjZv_z84LbgAhVJMawKHfSjAawQ6AEIMjAC#v=onepage&q=abortos&f=false
45. Niswander. K.R. (1987). Obstetricia, práctica clínica. Recuperado: https://books.google.com.pe/books?id=VGP2SmAESU8C&pg=PA123&dq=abortos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjZv_z84LbgAhVJMawKHfSjAawQ6AEISDAH#v=onepage&q=abortos&f=false
46. Castro, M (2017). Análisis de los resultados reproductivos en pacientes con endometriosis (tesis doctoral). Recuperada de:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680913/castro_martin_barbara.pdf?sequence=1

47. Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), (2015). Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida.(3era edición): Barcelona: ESHRE
48. Castro, M (2017). Análisis de los resultados reproductivos en pacientes con endometriosis (tesis doctoral). Recuperada de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680913/castro_martin_barbara.pdf?sequence=1

49. Matorras. R, Hernández.J, Molero. D (2008). Tratado de reproducción humana para enfermería. Recuperada de: https://books.google.com.pe/books?id=wv8rkyE5wJcC&pg=PA193&dq=inseminación+artificial+humana&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj64a2Ku7bgAhWMdd8KHTylCLsQ6AEINjAD#v=onepage&q=inseminación%20artificial%20humana&f=false
50. Rosenberg MJ; Waugh MS, Meehan TE.(1995,05 de Mayo). Use and missue of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. Recuperado: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7628201
51. Matorras. R, Hernández.J, Molero. D (2008). Tratado de reproducción humana para enfermería. Recuperada de: https://books.google.com.pe/books?id=wv8rkyE5wJcC&pg=PA193&dq=inseminación+artificial+humana&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj64a2Ku7bgAhWMdd8KHTylCLsQ6AEINjAD#v=onepage&q=inseminación%20artificial%20humana&f=false
52. Tame.N (2007). Infertilidad, el dolor secreto, método para revertirla. (1era edición) Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=AjjA-gbPYeQC&pg=PA29&dq=donación+óvulo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjjpdKW3LbgAhWw1lkKHerAAsQQ6AEILTAB#v=onepage&q=donación%20óvulo&f=false

53. Jain.N .(2012). Atlas de cirugía endoscópica en infertilidad y ginecología (2da edición). Recuperado de :https://books.google.com.pe/books?id=1vKK4TnWd9kC&pg=PA152&dq=tratamiento+quirúrgicos+infertilidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRq8GrlrngAhXEq1kKHSbEA_QQ6AEIKDAA#v=onepage&q=tratamiento%20quirúrgicos%20infertilidad&f=false
54. Botella.J (1999). Esterilidad e infertilidad humana. Recientes avances. (primera edición). Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=_LyYTR28WBYC&pg=PA227&dq=laparoscop%C3%ADa+endometriosis&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRqreqmrngAhUEtlkKHbv9AioQ6AEILzAB#v=onepage&q=laparoscop%C3%ADa%20endometriosis&f=false.
55. Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540). Available from ProQuest Central. (1774020085). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1774020085?accountid=43847
56. Conforme a Enríquez. H, Rodriguez. J y Schneider. R (2010). Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados (1era edición).México: editorial médica panamericana
57. Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540). Available from ProQuest Central. (1774020085). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1774020085?accountid=43847
58. Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540). Available from ProQuest Central. (1774020085). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1774020085?accountid=43847

59. Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540). Available from ProQuest Central. (1774020085). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1774020085?accountid=43847
60. Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540). Available from ProQuest Central. (1774020085). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1774020085?accountid=43847
61. Nieves Pizarro, G. D. (2015). Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles (Order No. 10035540). Available from ProQuest Central. (1774020085). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1774020085?accountid=43847

62. Glick, I. (1995). Tratamientos de la depresión (segunda edición). Balmes: Jossey – Bass Inc. Publishers
63. Fernández. A (2010). Psicofarmacología, terapias psicológicas y tratamientos combinados (I) Utilidad comparada en los trastornos mentales. Rambla: Carrera edición, S.L.

64. Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia). Recuperada de http://repositorio.puce.edu.ec
65. Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia). Recuperada de http://repositorio.puce.edu.ec
66. Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia). Recuperada de http://repositorio.puce.edu.ec

67. Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia). Recuperada de http://repositorio.puce.edu.ec
68. Cevallos. N y Parra. P (2017) Adaptación de Guía Práctica Clínica (GPC) Endometriosis (tesis para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia). Recuperada de http://repositorio.puce.edu.ec
69. El Equipo responsable de la elaboración de la guía para la psicología y consultoría (ESHRE). (2015). Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida. Guía para el equipo de fertilidad. (1era edición). Buenos Aires:ESHRE.
70. El Equipo responsable de la elaboración de la guía para la psicología y consultoría (ESHRE). (2015). Atención psicosocial de rutina en casos de infertilidad y reproducción asistida. Guía para el equipo de fertilidad. (1era edición). Buenos Aires:ESHRE.