

Trabajo Fin de Grado

«ENDO-PSIQUE»: Programa de intervención de salud mental
para mejorar la calidad de vida de pacientes con
endometriosis.

*“ENDO-PSIQUE”: Mental health intervention program to
improve the life quality of patients with endometriosis.*

Autora

Samantha Del Cisne Maza Torres

Director

Adrián Alacreu Crespo

Grado en Psicología

2023-2024

«ENDO-PSIQUE»: Programa de intervención de salud mental para mejorar la calidad de vida de pacientes con endometriosis.

RESUMEN

A pesar de ser una de las enfermedades ginecológicas benignas más comunes, la endometriosis y su tratamiento específico, siguen siendo desconocidos. Estudios demuestran que una intervención psicológica puede mejorar la calidad de vida de las pacientes, pero hay escasas intervenciones específicas para la enfermedad. En este estudio pondremos a prueba diferentes tipos de intervenciones, colocando a nuestras pacientes en 4 grupos por asignación aleatoria. El grupo 1 trabajará un programa de intervención específico llamado MY-ENDO, el grupo 2 trabajará un programa de intervención más general basado en la CBT, el grupo 3 realizará yoga y el 4 estará en lista de espera. Tras la intervención analizaremos los resultados en base a comparaciones pre-post entre los 4 grupos. Esperamos que las intervenciones tanto del grupo 1 como 2, beneficien a las participantes de manera significativa la pero que la del grupo 1 tenga un mayor impacto. También esperamos ver el efecto en la calidad de vida del deporte con el grupo 3. Como en estudios previos esperamos que las intervenciones psicológicas pueden ser de gran ayuda para mejorar la calidad de vida de las mujeres con endometriosis, a pesar de no poder intervenir en la reducción de dolor.

PALABRAS CLAVE: endometriosis, intervención psicológica, *mindfulness*, CBT, yoga

“ENDO-PSIQUE”: Mental health intervention program to improve the life quality of patients with endometriosis.

ABSTRACT

Despite being one of the most common benign gynaecological diseases, endometriosis and its specific treatment remain unknown. Studies show that psychological intervention can improve patients' quality of life, but there are few disease-specific interventions. In this study we will evaluate diverse types of interventions, by randomly putting our patients in 4 groups. Group 1 will work with a specific intervention programme called MY-ENDO, group 2 will work with a more general intervention programme based on CBT, group 3 will do yoga and group 4 will be on a waiting list. After the intervention we will analyse the results based on pre-post comparisons between the 4 groups. We expect that the interventions in both groups 1 and 2 will benefit the participants significantly, but that group 1 will have a greater impact. We also expect to see the effect of sport on quality of life with group 3. As in previous studies we expect that psychological interventions can be of major help in improving the quality of life of women with endometriosis, despite not being able to take part in pain reduction.

KEY WORDS: endometriosis, psychological intervention, *mindfulness*, CBT, yoga

Introducción

La endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas benignas más comunes en mujeres en edad reproductiva, se caracteriza por la presencia del tejido endometrial por fuera de la cavidad uterina (Mundo-López et al., 2021). Esta proliferación de tejido suele darse en la zona abdominal, pero ha habido casos donde se han encontrado lesiones en regiones más distantes como la cavidad torácica (Alifano et al., 2006). Las mujeres con endometriosis suelen referir dismenorreas (menstruaciones dolorosas), dolor pélvico crónico (que afecta a actividades como las relaciones sexuales, la micción o la defecación), fatiga y a veces pueden presentar infertilidad (Mundo-López et al., 2021). Se trata de una enfermedad con una prevalencia estimada de un 10% de la población mundial, según los datos de la Asociación de Afectadas de Endometriosis en España hay más de 2 millones de afectadas, 14 millones en Europa y 176 millones en todo el mundo. A pesar de haber muchas investigaciones al respecto, su etiología sigue siendo desconocida, es común encontrar problemas a la hora de realizar un diagnóstico.

En lo que respecta al tratamiento específico, actualmente es inexistente. Se ha considerado que el tratamiento para la endometriosis requiere una aproximación multidisciplinar, siempre teniendo en cuenta factores como la sintomatología, la gravedad, la edad de la paciente... En general, las soluciones se centran en solo dos aproximaciones: la farmacológica y la quirúrgica (Parasar et al., 2017). Con respecto a la aproximación farmacológica podemos encontrar dos alternativas que suelen combinarse: fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), medicamentos que alivian o reducen el dolor; y/o el tratamiento hormonal o, en otras palabras, las pastillas anticonceptivas. Esta última opción conlleva una larga lista de efectos secundarios, que lleva a muchas pacientes a negarse a utilizarla (Kennedy et al., 2005). Se tratan de tratamientos a largo plazo que solo ejercen un efecto supresor de la enfermedad (Vercellini et al., 2010) y requieren una alta adherencia ya

que, en ocasiones, la detención de la medicación puede provocar una intensificación de los síntomas. Por otro lado, la aproximación quirúrgica es más común en casos donde la enfermedad se encuentra avanzada. Incluye la extirpación de partes del aparato reproductor femenino (Posadzka et al., 2015). Tienen un porcentaje alto de éxito a la hora de reducir los síntomas, pero por desgracia, la endometriosis reaparece en el 5 a 15 % de los casos (Parasar et al., 2017). Dada la magnitud de estas intervenciones, la decisión de atravesar alguna de ellas debe ser tomada con cautela, ya que sí que puede aumentar la probabilidad de una concepción natural, pero también puede reducir la función ovárica y la consecuente pérdida del ovario (Parasar et al., 2017).

Becker et al. (2017), realizaron un metaanálisis para ver la eficacia de estos tratamientos y observaron que, a pesar de haber una clara reducción en la intensidad del dolor, los síntomas persistían. Solo entre un 5-59% experimentaban una reducción del dolor, pero este seguía presente. Pero ¿cómo afecta este dolor crónico a las mujeres con endometriosis? Fourquet et al. (2011) hallaron que, en una muestra de 154 mujeres, con una media de 33 años, un 52,6% de ellas se veían extremadamente afectadas por la endometriosis en su productividad laboral y vida diaria.

El dolor crónico y la fatiga provocados por la endometriosis, se han correlacionado con deterioros físicos, pero también psicosociales afectando a la calidad de vida de las personas afectadas. En un estudio de Mundo-López et al. (2020) con 230 mujeres españolas diagnosticadas con endometriosis, se observó que un tercio de ellas presentaban fatiga moderada y que la mitad presentaban fatiga severa. Esta fatiga se asociaba a altos niveles de ansiedad y depresión, un peor sueño, peor vida sexual y peor salud gastrointestinal, además de pensamientos catastrofistas, relacionados son el dolor o la ira. Todo esto acarrea una merma en su calidad de vida y su productividad laboral, llegando a provocar preocupaciones económicas

graves. Por esta razón, varios expertos consideran que no debería tratarse como una enfermedad individual, si no como un tema de salud pública (Chapron et al., 2019).

La calidad de vida de las mujeres con endometriosis se ve reducida por la sintomatología provocada por la enfermedad. Dada la actual falta de tratamiento específico, las personas afectadas se ven obligadas a recurrir a una medicalización constante, con muchos efectos secundarios asociados, o a intervenciones agresivas. Por esta razón, se está investigando los efectos de acompañar estos tratamientos con una intervención psicológica para intentar mermar los efectos de la enfermedad en su calidad de vida.

Brooks et al. (2021), realizaron una encuesta a varios clínicos de la salud mental australianos sobre como tratarían el dolor pélvico crónico y la gran mayoría escogió la terapia cognitivo conductual (CBT, por sus siglas en inglés) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) por sus efectos ya demostrados en el manejo del dolor crónico. Por ejemplo, se ha visto que la CBT está asociada con una mejora del estado de ánimo, una mejor confrontación del dolor, reducción de pensamientos catastrofistas, reducción de fatiga y mejora de la intensidad del dolor (Van Niekerk et al., 2019). Pero al igual que con el tratamiento farmacológico, no son intervenciones específicas para la endometriosis, por lo que su efecto puede verse reducido.

En un estudio reciente de Hansen et al. (2023), se reclutó a 58 pacientes con endometriosis en diferentes condiciones para observar los efectos de la intervención psicológica en la mejora de su calidad de vida. Se aplicaron 3 condiciones diferentes: Una intervención específica de *mindfulness* combinada con ACT para pacientes con endometriosis (MY ENDO), una intervención no específica de *mindfulness* y un grupo control. Los resultados mostraron que, aunque el dolor no disminuía, una intervención específica sí que lleva a una mejora significativa de la calidad de vida de las pacientes y mejora de los síntomas.

Objetivos:

En este trabajo, se presentan dos programas de intervención para mejorar la calidad de vida de mujeres con endometriosis, centrando la intervención en el dolor pélvico crónico (que afecta a actividades como las relaciones sexuales, la micción o la defecación). El objetivo principal será comparar los efectos una intervención basada en la CBT y los efectos de una intervención específica basada en *mindfulness* (MY-ENDO), en la mejora de la calidad de vida, a través de diferentes variables, de mujeres con endometriosis. Como objetivos secundarios, compararemos el grupo de intervención específica con los grupos control para observar dos cosas. Por un lado, el efecto de una intervención versus lista de espera para ver como afecta una intervención psicológica a nuestras pacientes y por otro, para entender el efecto del ejercicio físico, comparando un grupo que realiza una intervención psicológica acompañada de ejercicio físico.

Metodología

Participantes

En el programa participarán 60 mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y 30 años, procedentes de la Asociación de Afectadas por la Endometriosis (ADAEC), todas con un diagnóstico de endometriosis. Buscamos pacientes con un diagnóstico reciente (por esta razón la edad) para tratar desde la raíz el problema, ya que muchas pacientes pueden resignarse a los efectos de la endometriosis y no participar activamente en la intervención. La asignación se grupos será aleatoria para evitar sesgos en los resultados. Las participantes se dividirán en tres grupos:

- Grupo experimental MY-ENDO: Compuesto por 20 mujeres, recibirán la intervención específica del programa MY-ENDO. Se dividirá en 2 subgrupos, de 10 personas cada uno, a la hora de realizar la intervención.

- Grupo experimental CBT: Compuesto por 20 mujeres, recibirán la intervención más generalizada de CBT para dolor crónico. Se dividirá en 2 subgrupos, de 10 personas cada uno, a la hora de realizar la intervención.
- Grupo control de yoga: Compuesto por 20 mujeres que no recibirán ningún tipo de intervención psicológica inicialmente, sin embargo, recibirán 10 sesiones de yoga, las mismas que las participantes del programa MY-ENDO.
- Grupo control: Compuesto por 20 mujeres que no recibirán ningún tipo de intervención inicialmente. Si los resultados de nuestra intervención son los deseados, se les aplicara posteriormente

Criterios de inclusión: Las pacientes deben tener un diagnóstico oficial de endometriosis y siguiendo la tesis del doctor Mundo López (2021) deben presentar un resultado alrededor de 60 en el cuestionario de calidad de vida, de esta manera podemos controlar que las pacientes tienen su calidad de vida afectada. Además, se requiere tener un conocimiento de la lengua castellana y disponibilidad para acudir a las sesiones.

Criterios de exclusión: Las pacientes no deben haber participado en ningún otro ensayo clínico anteriormente y no deben presentar antecedentes de abuso de sustancias (excluyendo tabaco y alcohol). Además, se evaluará preguntándoles por sus antecedentes en salud mental ya que no deben tener otros diagnósticos previos de trastornos mentales, excluyendo los trastornos relacionados con la depresión y la ansiedad. Se excluirán a las personas embarazadas.

Finalizada la intervención, se valorarán los resultados y si los de los grupos experimentales resultan significativamente positivos con respecto al de control, se estudiará la posibilidad de aplicarlo a más miembros de la ADAEC, siendo el siguiente el grupo control.

Instrumentos

Para empezar, usaremos un inventario de características sociodemográficas Ad-hoc, con el objetivo conocer sexo, edad, estado civil, país de origen, hijos, ocupación, estatus socioeconómico, nivel educativo y fecha de diagnóstico.

El instrumento principal de este programa ha sido la escala de calidad de vida evaluada mediante la prueba The Endometriosis Health Profile 30 questionnaire (EHP-30) versión española (Jones et al., 2001). Una escala con una consistencia interna, medida a través de alfa de Cronbach, de entre 0.85-0.97, compuesta por 30 ítems con 5 subescalas: «dolor», «control e impotencia», «apoyo social» «bienestar emocional» y «autoimagen». Presentando cada una de estas subescalas una alta correlación con cada uno de sus ítems (rango de 0.61-0.93) (Marí-Alexandre et al., 2020).

También utilizaremos el Work Ability Index en su versión española del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) de 2020, con una consistencia interna de Consistencia interna 0.681 (IC95%, .627; .737). Este cuestionario cuenta con 7 dimensiones; «capacidad laboral actual comparada con la mejor a lo largo de su vida laboral », «Capacidad laboral en relación con las exigencias del trabajo», «Enfermedades o lesiones diagnosticadas por un médico que padece actualmente», «Alteración de la capacidad laboral estimada debido a enfermedades», «Baja laboral por enfermedad durante el último año», «Pronóstico sobre su capacidad laboral durante los próximos dos años» y «Recursos mentales», que exploran la percepción de habilidad de trabajo (Bascour-Sandoval et al., 2020). También usaremos el Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) en su versión española, un cuestionario con 20 ítems organizados en una estructura de dos factores, «implicación en las actividades» (activity engagement) (IA) y «apertura al dolor» (pain willingness) (AD). Investigaciones han analizado las relaciones entre aceptación al dolor y otras medidas de ajuste al mismo, y todas

han concluido favorablemente acerca de la validez del cuestionario (Menéndez et al., 2010) con una consistencia interna de 0.83 (Rodero et al., 2010), que se ha usado principalmente para fibromialgia, pero sirve para más trastornos de dolor crónico. Con él se obtienen tres puntuaciones: una total, y otras dos para las subescalas. Por último, el inventario de Depresión de Beck en su versión española, un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63 (Sanz y Vásquez, 2003). Esta prueba cuenta con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.93 (Barreda, 2019).

Para el cuestionario de satisfacción usaremos la Escala de satisfacción con el tratamiento (CRES-4) en su versión española (1995). Una escala que cuenta con 4 ítems: una pregunta de satisfacción, una pregunta para calificar el grado de resolución del problema principal, una pregunta acerca del estado emocional antes de empezar el tratamiento y, por último, una pregunta del estado emocional en el momento de responder al CRES-4 (véase Anexo 1). A partir de estas 4 preguntas se pueden extraer tres componentes que corresponden a la percepción del cambio, la satisfacción y la solución del problema (Feixas et al., 2012). Aunque tiene un formato de respuesta tipo Likert con cinco y seis opciones de respuesta, se utiliza la fórmula $[CRES4 = (20 \times \text{Satisfacción}) + (20 \times \text{Solución del problema}) + [12.5 (4 + \text{Estado emocional actual} - \text{Estado emocional pretratamiento})]]$. El máximo por cada componente es 100 y de la escala global, 300, cuanto mayor es la puntuación, mayor el grado de satisfacción del paciente (Argüero et al., 2021).

Procedimiento

La intervención iniciará con la promoción del estudio a través de la propia asociación (ADAEC), una vez recibidas las solicitudes para la participación, se realizará la selección de participantes a través de los criterios de inclusión y exclusión previamente nombrados. Tras escoger a los participantes se les enviará un cuestionario para recoger sus datos sociodemográficos y un formulario de consentimiento donde se les informara de sus derechos, además, e les realizará la batería de cuestionarios pre-intervención.

A continuación, cada participante entrará en su grupo asignado aleatoriamente y se iniciará la intervención correspondiente, con una duración de 10 sesiones.

Todas las sesiones se realizarán de manera online, a través de Google Meet, ya que se trata de mujeres de diferentes partes de España. Se hará una sesión por semana de dos horas, los sábados a las 10 de la mañana y si alguna de las participantes no puede asistir a una sesión, se le enviará el contenido de la sesión por correo, pero buscamos que se cree un espacio donde compartir, por lo que buscamos que nadie se pierda más de 2 sesiones, ya que la intervención puede perder eficacia si no se recibe por completo. Mantendremos un registro de las asistentes para que, a la hora de analizar los resultados, podamos contar como variable, si se han perdido alguna sesión.

Por otro lado, ya que la intervención de MY-ENDO requiere que practiquen Yoga y *Mindfulness*, se les enviará semanalmente un enlace a unos videos explicativos de cada sesión guiada para que puedan practicar cómodamente desde su casa. Estos videos estarán programados para que nosotros tengamos acceso a saber si se han visto o no. Además, en cada sesión de terapia preguntaremos antes de iniciar si han realizado la práctica y si ha surgido alguna duda.

Se les realizara una encuesta de satisfacción durante la intervención, aproximadamente en la sesión 5 y una en la última sesión. Además, en la última sesión se les pedirá que rellenen de nuevo las baterías de cuestionarios iniciales para la evaluación post-intervención.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE 10 SESIONES MY-ENDO

Tabla 1: Resumen de las sesiones MY-ENDO

Sesión	Tema	Contenido	Ejercicios de Mindfulness y aceptación
1	¿Qué es la endometriosis?	Mi historia y experiencia con la endometriosis	<i>Long body scan</i>
2	Dolor pélvico crónico y mecanismos de dolor	Mi experiencia con el dolor crónico y su manejo	<i>Long body scan</i> , ejercicios de respiración
3	Impacto psicológico y social de la endometriosis	¿Cómo me afecta la endometriosis?	<i>Short body scan</i> , respiración y meditación
4	Estrés y ansiedad	Mi experiencia con el estrés y la ansiedad	Defusión cognitiva, esquemas sobre el estrés y la ansiedad, breve escáner corporal
5	Depresión	Mi experiencia con la depresión	Defusión cognitiva, esquemas sobre sentimientos depresivos y de duelo, breve escáner corporal
6	Salud, dieta y ejercicio	Mi experiencia con la dieta y el ejercicio. Buena salud.	<i>Mindfulness</i> en el día a día y meditación guiada «de pensar a sentir»
7	Sexualidad y fertilidad	¿Cómo afecta la endometriosis a mis relaciones sociales, a mi pareja, a mi sexualidad y a mi familia?	Meditación del amor bondadoso, meditación del corazón
8	Identidad y sentido de la vida	¿Cómo afecta la endometriosis a mi identidad y sentido de vida?	Identificación de valores, meditación de corazón
9	Una buena vida con endometriosis	¿Cómo sería una buena vida con endometriosis?	Meditación de planificar y cumplir acciones concretas, meditación en la montaña
10	Cierre y mirada al futuro	Resumen y objetivos futuros	

A continuación, se especifican los objetivos y el procedimiento de cada sesión.

SESIÓN 1 ¿Qué es la endometriosis?: En esta primera sesión, crearemos un espacio donde cada paciente pueda contar su experiencia con la endometriosis, desde cuando empezaron los síntomas, hasta cuando se les diagnosticó y que tratamiento han recibido. Además, en esta sesión, hablaremos de las expectativas que tienen con respecto al programa de intervención

SESIÓN 2 Dolor pélvico crónico y mecanismos de dolor: En la segunda sesión hablaremos del dolor y sus mecanismos. Cada paciente explicara como ha sentido su dolor hasta ahora y como han intentado manejarlo. Al estar esta intervención más enfocada en el ACT, hablaremos de la aceptación del dolor según los 8 factores básicos de Ridson et al. (2003): vivir día a día; creer que hay vida más allá del dolor; reconocer las limitaciones personales; asumir el control de la propia vida; fortalecimiento; aceptar la pérdida del yo; una filosofía de no luchar en batallas que no se puedan ganar, y fortaleza espiritual.

Trataremos estos puntos a través de metáforas como la del polígrafo, los pasajeros en el autobús y la del tablero de ajedrez.

SESIÓN 3 Impacto psicológico y social de la endometriosis: En esta sesión trataremos el impacto psicológico y social que ha tenido la enfermedad en sus vidas. Empezaremos hablando de si han visto afectada su salud mental de alguna manera y continuaremos tratando si su vida social se ha visto afectada por la condición. Para esto les daremos indicaciones de pequeñas señales que nos indican estos cambios, ya que a veces ellas mismas pueden no darse cuenta.

Hablaremos del control de las expectativas y de aprender a reconocer nuestra propia batería.

SESIÓN 4 Estrés y ansiedad: En esta sesión hablaremos de cómo afecta a cada una de las participantes el estrés y la ansiedad en su día a día, más allá de la enfermedad. Luego les preguntaremos si ellas creen que estas condiciones empeoran o mejoran su enfermedad y también si cierta parte de su estrés y ansiedad está basado en la endometriosis.

SESIÓN 5 Depresión: Inicialmente hay que tener en cuenta que uno de nuestros criterios de exclusión es no tener patologías previas, por lo que ninguna de las pacientes tendrá una depresión severa diagnosticada, y a partir de los cuestionarios previos, nos podremos hacer una idea de si existe depresión en las participantes. Se hará una breve psicoeducación sobre la depresión y dejaremos que las pacientes nos digan si se sienten identificadas con alguno de los síntomas.

SESIÓN 6 Salud, dieta y ejercicio: En esta sesión haremos una psicoeducación de hábitos saludable para mejorar los síntomas de la endometriosis, como las participantes ya habrán empezado el yoga, le comentaremos los beneficios y les preguntaremos si ellas han sentido alguna mejoría. Evitar el ejercicio físico de alto impacto y optar por alternativas como pilates o yoga.

Siguiendo las RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS de la unidad de nutricionistas del hospital de la paz en Madrid (Anexo 1) hablaremos de como modificando la dieta se pueden reducir los síntomas.

Cerraremos hablando de hábitos poco saludables como fumar o beber que pueden empeorar los síntomas. Aquí les aconsejaremos una tabla de autorregistro, para ver si pueden relacionar el empeoramiento de los síntomas con el consumo de estas sustancias.

SESIÓN 7 Sexualidad y fertilidad: En esta sesión trabajaremos uno de los aspectos más afectados por la endometriosis. Hablaremos de cómo ha afectado en su sexualidad la

enfermedad, si se han visto más limitadas, como han intentado solucionarlo, la importancia de la comunicación con la pareja...

Además, trataremos el tema de la fertilidad y es que, con la enfermedad, pueden surgir muchas complicaciones a la hora de quedarse embarazadas. Si este es un objetivo en su vida, puede ser una situación que les genere mucho estrés, y a veces deben buscar la ayuda de un profesional en ginecología.

SESIÓN 8 Identidad y sentido de la vida: Aunque en otras sesiones ya habremos hablado de cómo ha afectado la enfermedad a su vida, en esta trataremos como ha afectado a su desarrollo como personas y los límites que ha supuesto para lograr sus objetivos de vida. Al ser una intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso, usaremos los ejercicios de clarificación de valores.

SESIÓN 9 Una buena vida con endometriosis: En esta sesión hablaremos una vez más desde una perspectiva de aceptación, ya aceptada su condición, como les gustaría que fuese su vida con endometriosis.

SESIÓN 10 Cierre y mirada al futuro: En esta sesión haremos una recapitulación de todo lo aprendido a lo largo de la intervención y les pediremos que se establezcan unos objetivos realistas. Además, pediremos una evaluación final de satisfacción. En esta sesión realizaremos la evaluación post-intervención.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE 10 SESIONES CBT

Basado en el programa de intervención de CBT en mujeres con endometriosis de Schubert et al. (2022) con modificaciones ya que el programa original se realizaba mediante una modalidad online e individual.

Tabla 2: Resumen de las sesiones CBT

Sesión	Tema	Contenido
1	¿Cuál es el objetivo?	Presentación y psicoeducación
2	Trabajando los pensamientos (I)	Entrenar la flexibilidad cognitiva
3	Trabajando los pensamientos (II)	Entrenar la flexibilidad cognitiva
4	Lidiando con el dolor	Psicoeducación sobre el dolor
5	Manejando el estrés	Psicoeducación del estrés
6	Ejercicios de relajación: respiración	Entrenamiento en habilidades de relajación
7	Ánalisis funcional de la conducta (AFC)	Entrenamiento en AFC
8	Emociones: Aceptar y tolerar	Psicoeducación emocional, aceptar y regular las emociones
9	Comunicar	Habilidades de comunicación básicas
10	En el futuro...	Cierre y establecimiento de metas

A continuación, se especifican los objetivos y el procedimiento de cada sesión.

SESIÓN 1 ¿Cuál es el objetivo?: La primera sesión se centrará principalmente en la presentación del programa, las expectativas de los participantes y una breve psicoeducación sobre la endometriosis

SESIÓN 2 Y 3 Trabajando los pensamientos:

Durante dos sesiones trabajaremos con los pacientes la flexibilidad cognitiva a través de diferentes técnicas como el diálogo socrático o las tablas de pensamiento.

SESIÓN 4 Lidiando con el dolor: En la cuarta sesión haremos una psicoeducación sobre los mecanismos del dolor crónico y qué factores pueden influir en este (Emociones, pensamientos, afrontamiento desadaptativo, ansiedad, depresión...).

SESIÓN 5 Manejando el estrés: Como ya habremos comentado antes, el estrés puede ser un detonante importante para nuestro dolor crónico. En esta sesión, trataremos las diferentes

fuentes de estrés en la vida de las pacientes. Les enseñaremos a identificarlas y en la siguiente sesión hablaremos de un método para gestionarlas

SESIÓN 6 Ejercicios de relajación: Uno de los principales puntos de la intervención mediante terapia cognitivo conductual es el entrenamiento en relajación. En esta intervención enseñaremos a los pacientes a usar 2 técnicas de respiración (La técnica de respiración 4-7-8 y la respiración diafrágmática) y una técnica de visualización para la relajación. Además, les entregaremos información con más técnicas de la junta de la Consejería de Salud de Andalucía (2011) (Anexo 3)

SESIÓN 7 Análisis funcional de la conducta: En esta sesión enseñaremos a nuestras participantes a realizar el AFC, es decir que aprendan a analizar las transacciones, las funciones y significados que tienen las conductas y que han desencadenado y siguen ahora determinando el problema. Lo plantearemos en 6 pasos:

1. Explorar el ecosistema social de los problemas
2. Definir y clarificar las conductas-problema
3. Identificar antecedentes y consecuencias de las conductas-problema
4. Identificar las variables causales y moderadoras de las conductas-problema
5. Elaborar los diagramas funcionales
6. Formular hipótesis funcionales y definir los objetivos de intervención

SESIÓN 8 Emociones aceptar y tolerar: Muchas personas hoy en día no saben cómo gestionar sus emociones, muchas no saben ni interpretarlas, por esta razón, haremos una sesión dedicada a la psicoeducación emocional. Nos centraremos principalmente en aceptarlas y tolerarlas, pero también aprenderemos a identificarlas.

SESIÓN 9 Comunicar: Una vez aprendidas las técnicas anteriores, nos centraremos en la importancia de la comunicación, ya que muchas veces las pacientes con endometriosis

ven sus relaciones personales afectadas por la enfermedad y sus consecuencias. Trataremos los diferentes tipos de comunicación y formaremos a las pacientes en comunicación asertiva.

SESIÓN 10 En el futuro...: En esta última sesión, realizaremos un resumen de lo aprendido durante la intervención y les preguntaremos a las pacientes si les ha resultado útil. Hablaremos del futuro y la necesidad de establecer objetivos pequeños y realistas para su futuro. En esta sesión realizaremos la evaluación post-intervención.

Análisis de datos

Para el estudio de datos de esta intervención utilizaremos el programa SPSS en su versión 26 donde se sacaron los estadísticos para cada uno de los ítems y cada una de las escalas. Los datos recogidos a través de los cuestionarios que enviaremos a nuestras pacientes a lo largo de la intervención serán recopilados previamente en una hoja Excel, para después calcular el resultado de todas nuestras variables totales. Todas nuestras variables se recogen en la tabla 3 (Anexo 4).

Al ser el objetivo del estudio estadísticamente hablando una comparación entre grupos, pre y post intervención, utilizaremos principalmente la prueba T para muestras independientes, ya que se requiere determinar la magnitud o tamaño del efecto, para esto compararemos los resultados de nuestras variables dependientes (EHP-30, WAI, CPAQ y BDI) según nuestros 4 grupos, por un lado, con los resultados pre y por otro con los posts. Además, utilizaremos la D de Cohen para comparar el tamaño del efecto entre nuestras diferentes intervenciones. Basándonos en el artículo de Dominguez-Lara de 2018, consideraremos 0,20 efecto débil, 0,50 efecto medio y 0,80 efecto fuerte y nos guaremos por la p para revisar si es estadísticamente significativo o no. Para observar los resultados nos fijaremos principalmente en la diferencia entre los análisis pre y post, ya que no contamos con ninguna media previa con la que comparar de esta población.

Figura 1: Comparaciones de tamaño del efecto (D de Cohen)



Por último, analizaremos los resultados de nuestra encuesta de satisfacción para ver si los valores han sido altos o bajos.

Resultados esperados

Para hablar de la calidad de vida, vamos a empezar centrándonos en las 5 subescalas del EHP-30 versión española (Jones et al., 2001). Esperamos un aumento entre medio y alto del tamaño del efecto en las variables de «control e impotencia», «apoyo social», «bienestar emocional», «dolor» y «autoimagen» en la intervención del grupo 1 con respecto a la intervención del grupo 2. Estas son variables que tratamos de modificar de manera directa con nuestra intervención en el grupo 1 y de manera más general en el grupo 2. Hablando específicamente de la variable de dolor, no esperamos mejoras muy significativas únicamente con una intervención psicoterapéutica, ya que se trata de algo mucho más físico, pero ya que el grupo 1 realiza ejercicio de manera complementaria, seguramente tenga unos mejores resultados que el grupo 2. Camacho et al. (2017) hicieron una revisión de varios ensayos clínicos que demostraban que el yoga podía mejorar significativamente el dolor de las personas que viven con dolor crónico con un tamaño de efecto moderado ya que el yoga, puede tratar aspectos mecánicos del dolor, por ejemplo, cuando hay tensión en los músculos. Por todo esto, esperamos que el grupo 3 presente mejoras especialmente en la variable del EHP-30 de «dolor», pero no en las variables del EHP-30 de «control e impotencia», «apoyo social», «bienestar emocional» y «autoimagen». Donde también esperamos ver diferencias significativas es entre los grupos de intervención psicológica (grupo 1 y 2) y el grupo en lista

de espera (grupo 4). Aunque es verdad que no sabemos con exactitud cuál de las dos intervenciones presentadas tendrá un mejor efecto, si algo se puede asegurar, viendo los resultados de investigaciones previas, es que la simple presencia de una intervención psicoterapéutica específica para dolor crónico mejorara la salud mental y por lo tanto la calidad de vida de las pacientes. Teniendo en cuenta los resultados previos del estudio de Hansen et al. (2023) podemos prever que los resultados serán significativos para «control e impotencia», «apoyo social» y «bienestar emocional, con un tamaño de efecto entre medio y alto.

Por otro lado, centrándonos en el WAI, al ser una variable muy centrada en el dolor, si a partir del anterior resultado no vemos datos estadísticamente significativos, lo más seguro es que en este caso tampoco, aunque, como ya hemos mencionado antes puede que la intervención de MY-ENDO tenga mayor efecto al ser una intervención psicológica acompañada de un ejercicio físico como lo es el yoga. El grupo 3 también puede presentar cierta mejora en la percepción de habilidad de trabajo por lo antes mencionado. Mientras que esperamos el grupo 4, no presente ninguna mejora, manteniendo los mismos resultados.

Con respecto al CPAQ, en un estudio de Kapadi y Elander (2019) se vio que la aceptación del dolor era un predictor directo e independiente de una buena calidad de vida, por lo que una intervención psicológica basada en la aceptación o la restructuración cognitiva puede tener un aumento en la variable de «apertura al dolor» y por tanto también « implicación en las actividades» del CPAQ. Al ser, la intervención no específica del grupo 2(CBT), una intervención basada en la restructuración cognitiva, lo más seguro es que no haya una gran diferencia entre los resultados del grupo 1 y el grupo 2, ya que nuestro grupo 1 trabaja la aceptación y el grupo 2 trabaja la flexibilidad cognitiva. Al ser estas variables de un origen más psicológico, no esperamos mejoras ni en el grupo 3, ni en el 4. Por esta razón, esperamos una diferencia notable, de tamaño medio y significativa, en el tamaño del efecto de los grupos 1 y 2 con respecto al 3 y 4.

También hablaremos de los resultados esperados con respecto a la escala BDI. Esperamos una mejora en el estado de las pacientes tanto con el grupo 1 (MY-ENDO) como con el grupo 2 (CBT) pero no esperamos una diferencia de tamaño de efecto significativa entre ellas, ya que ambas intervenciones aplican una psicoeducación emocional para aprender a gestionar las emociones, aunque es cierto que en MY-ENDO, nos centramos de manera más exclusiva en tratar la depresión causada por la endometriosis, por lo que podemos esperar un mejor resultado de esta que de la no específica (CBT). Al igual que en las variables anteriores, no esperamos una mejora de resultados en grupo 3 y 4, ya que la variable de la depresión se asocia más al ámbito psicológico. Esperamos una diferencia significativa y grande en el tamaño del efecto entre las intervenciones psicoterapéuticas (grupo 1 y 2) y los grupos control (grupo 3 y 4).

Para finalizar, esperamos unos buenos datos en nuestro cuestionario de satisfacción. Nuestro objetivo es conseguir una media mínima de 70 puntos por componente y una media mínima de 210 puntos en la escala global. Cabe recalcar, que al realizar el cuestionario durante la intervención esperamos resultados más bajos en la primera encuesta que en la encuesta final, ya que el objetivo es que toda la intervención tenga un mayor efecto en su satisfacción que solo unas sesiones.

Discusión

El presente estudio pretende ayudar a mejorar la calidad de vida de las mujeres que viven con endometriosis. Para ello, nos propusimos realizar diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas para encontrar la que mejor encajase con estas mujeres. Tras poner en práctica estas intervenciones (grupo 1 y 2), esperamos mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes, pero especialmente con la intervención específica para pacientes con endometriosis, MY-ENDO del grupo 1. Especialmente porque va acompañada de un programa de yoga, que

no solo trabajará la parte psicológica sino también la física. Para controlar el efecto del ejercicio, el grupo 3, nos ayudará a ver que efecto tiene la simple realización de una actividad física de bajo impacto. Mientras, el grupo 4, nuestro grupo control, nos ayudará a comparar el tamaño del efecto de cada uno de nuestros otros grupos, esperando que haya una gran diferencia pre-post con las intervenciones del grupo 1 y 2, y una diferencia más pequeña pero significativa con el grupo 4.

Basándonos en los resultados de investigaciones previas (Hansen et al., 2023), nuestros resultados serán positivos para la mejora de calidad de vida de las pacientes, ayudando a desarrollar una mejor gestión emocional y apertura al dolor, y reduciendo niveles de depresión. Sin embargo, nuestra hipótesis principal quedaría anulada, ya que ambas intervenciones son eficaces y no hay diferencias significativas que demuestren que una es mejor que la otra. Aunque es verdad que la intervención específica de MY-ENDO tiene un gran efecto, esperamos que la diferencia en el tamaño del efecto con la intervención no específica basada en la CBT, no es realmente significativa, ya que ambas intervenciones son funcionales y ayudan a las mujeres a convivir con el dolor. Por esta razón, nuestro segundo objetivo se cumpliría y con creces, siendo especialmente beneficioso para el bienestar emocional de las pacientes. También esperamos que se cumpla nuestro último objetivo, como ya hemos mencionado antes, por investigaciones previas en las que se ha demostrado una mejora significativa en el dolor de las personas que viven con dolor crónico con un tamaño de efecto moderado ya que el yoga, puede tratar aspectos mecánicos del dolor (Camacho et al., 2017).

Si algo nos ha demostrado esta investigación es la falta de bibliografía e investigación sobre la endometriosis y aún más sobre el efecto de las intervenciones psicológicas en mujeres con endometriosis. Muchas de estas intervenciones terminan siendo genéricas (para dolor crónico) y existen muy pocas específicas para la enfermedad.

Como conclusiones de este estudio podemos hablar de que, a través de las intervenciones psicológicas, se puede ayudar a las pacientes con el «control e impotencia», «apoyo social» «bienestar emocional» y «autoimagen», todo esto puede ayudar a controlar el dolor físico experimentado, pero el dolor persistirá sin un tratamiento complementario. Podemos ayudarlas a convivir con su dolor, a gestionar mejor sus emociones para evitar depresiones, pero como psicólogos, no tenemos herramientas para curar su enfermedad. Por todo esto, proponemos que se busque una intervención multidisciplinar, tal y como sugerían Kennedy et al. (2005), ya que, con una intervención psicológica solo podemos controlar ciertos factores como los mecanismos de apertura al dolor, sin embargo, el dolor crónico en la endometriosis sigue siendo un factor de origen físico, por lo que cualquiera de nuestras intervenciones debe verse acompañada de un tratamiento médico (farmacológico o quirúrgico) y ejercicio físico de bajo impacto.

Es cierto que en este estudio nos podemos encontrar con la limitación de que, al ser el trabajo online, muchas de las participantes no lleguen a conectar del todo con nosotros. En un estudio de revisión, Melchiori et al. (2011) encontraron que en terapia on-line se pierde información sobre la situación terapéutica y ciertos estímulos que se pueden apreciar en la terapia presencial, lo que conlleva una barrera a la hora de verificar la información que un cliente revela. Sin embargo, entendemos que encontrar un grupo tan grande de personas es difícil ya que, a pesar de ser una enfermedad con una alta prevalencia, la dificultad para el diagnóstico de la enfermedad puede complicarnos el trabajo. Lo ideal es que nuestros avances en el campo de la salud mental fuesen acompañados de avances en el campo de la medicina ginecológica. Además, observando otros estudios (Hansen et al., 2023), otra de nuestras posibles limitaciones es la falta de control de medicación de las pacientes. Puede que nuestro trabajo tenga cierto impacto, pero si una paciente toma medicación para paliar el dolor y otra no, ya se crea un factor diferenciador. Por otro lado, sería interesante poder agrupar a las

pacientes por gravedad, podríamos haber utilizado la clasificación de la endometriosis más utilizada en la actualidad, la de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine, 1996) pero si ya es complicado diagnosticar la enfermedad, clasificarla según este criterio puede resultar mucho más complejo aún.

Si los resultados de esta intervención son favorables y los replicamos podemos aprender que les funciona específicamente a nuestras pacientes y tal vez, tras crear un vínculo terapéutico y una red social, podemos organizar a futuro charlas formales y talleres para escuchar sus historias y sus necesidades. Con futuros estudios en esta línea, podremos conseguir que las mujeres con endometriosis consigan una mejor calidad de vida.

Referencias

Asociación de afectadas de Endometriosis estatal ADAEC. (2018, 5 noviembre). *Inicio - ADAEC Estatal ADAEC Estatal Asociación de Afectadas de Endometriosis*. ADAEC Estatal. <https://adaec.es/>

Alifano, M., Trisolini, R., Cancellieri, A., & Regnard, J. F. (2006). Thoracic endometriosis: current knowledge. *The Annals of thoracic surgery*, 81(2), 761-769.

Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. (1997). *Fertility and sterility*, 67(5), 817–821. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x)

Argüero Fonseca, A., Aguirre Ojeda, D. P., Reynoso González, O. U., Girón Pérez, M. I., Espinosa Parra, I. M., & Sierra Murguía, M. A.. (2021). Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con Covid-19. *Psicología Iberoamericana*, 29(3), e293325. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i3.325>

Barreda Sánchez-Pachas, D. V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventory de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista De Investigación En Psicología*, 22(1), 39-52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>

Bascour-Sandoval, C., Soto-Rodríguez, F., Muñoz-Poblete, C., & Marzuca-Nassr, G. N. (2020). *Psychometric Properties of the Spanish Version of the Work Ability Index in Working Individuals. Journal of Occupational Rehabilitation*. doi:10.1007/s10926-019-09871-0

Becker, C. M., Gattrell, W. T., Gude, K., & Singh, S. S. (2017). Reevaluating response and failure of medical treatment of endometriosis: a systematic review. *Fertility and sterility*, 108(1), 125-136. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.004

Brooks, T., Sharp, R., Evans, S., Baranoff, J., & Esterman, A. (2021). Psychological Interventions for Women with Persistent Pelvic Pain: A Survey of Mental Health Clinicians. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14, 1725–1740. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S313109>

Chapron, C., Marcellin, L., Borghese, B., & Santulli, P. (2019). Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature reviews. Endocrinology*, 15(11), 666–682. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0245-z>

Dominguez-Lara, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251-254. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>

Feixas i Viaplana, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García Grau, E., & Bados López, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 2012, vol. 23, num. 89, p. 51-58.

Fourquet, J., Báez, L., Figueiroa, M., Iriarte, R. I., & Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertility and Sterility*, 96(1), 107–112. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.04.095

Hansen, K. E., Brandsborg, B., Kesmodel, U. S., Forman, A., Kold, M., Pristed, R., Donchulyesko, O., Hartwell, D., & Vase, L. (2023). Psychological interventions improve quality of life despite persistent pain in endometriosis: results of a 3-armed randomized controlled trial. *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 32(6), 1727–1744. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03346-9>

Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., & Jenkinson, C. (2001). Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstetrics and gynecology*, 98(2), 258–264. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01433-8](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01433-8)

Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., ... Saridogan, E. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, 20(10), 2698–2704. doi:10.1093/humrep/dei135

Marí-Alexandre, J., García-Oms, J., Agababyan, C., Belda-Montesinos, R., Royo-Bolea, S., Varo-Gómez, B., ... Gilabert-Estellés, J. (2020). Toward an improved assessment of quality of life in endometriosis: evaluation of the Spanish version of the Endometriosis Health Profile 30. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1–7. doi:10.1080/0167482x.2020.1795827

Menéndez González, A., Fernández García, P., & Torres Viejo, I. Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: Adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema* [revista en internet]. 2010 [consultado el 30 de mayo de 2012]; 22 (4): 997-1003.

Melchiori, Juan Andrés, Sansalone, Paula Andrea y Borda, Tania (2011). Psicoterapias online: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece Internet para la psicoterapia. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Mundo-López, A., Ocón-Hernández, O., San-Sebastián, A. P., Galiano-Castillo, N., Rodríguez-Pérez, O., Arroyo-Luque, M. S., ... & Artacho-Cordón, F. (2020). Contribution of chronic fatigue to psychosocial status and quality of life in spanish women diagnosed with endometriosis. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3831.

Mundo-López, A., Ocón-Hernández, O., Lozano-Lozano, M., San-Sebastián, A., Fernández-Lao, C., Galiano-Castillo, N., ... Artacho-Cordón, F. (2021). Impact of symptom burden on work

performance status in Spanish women diagnosed with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 261, 92–97. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.04.008

Parasar, P., Ozcan, P., & Terry, K. L. (2017). Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 6(1), 34–41. doi:10.1007/s13669-017-0187-1

Posadzka, E., Jach, R., Pityński, K., & Jablonski, M. J. (2015). Treatment efficacy for pain complaints in women with endometriosis of the lesser pelvis after laparoscopic electroablation vs. CO2 laser ablation. *Lasers in medical science*, 30(1), 147–152. <https://doi.org/10.1007/s10103-014-1630-4>

Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., & McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social science & medicine* (1982), 56(2), 375–386. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00043-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00043-6)

Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., del Hoyo, Y. L., Serrano-Blanco, A., & Luciano, J. V. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and quality of life outcomes*, 8, 37. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-37>

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventory para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y salud*, 14(3), 249-280.

Schubert, K., Lohse, J., Kalder, M. *et al.* Internet-based cognitive behavioral therapy for improving health-related quality of life in patients with endometriosis: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 23, 300 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06204-0>

Van Niekerk, L., Weaver-Pirie, B., & Matthewson, M. (2019). Psychological interventions for endometriosis-related symptoms: a systematic review with narrative data synthesis. *Archives of women's mental health*, 22(6), 723–735. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00972-6>

Vercellini, P., Crosignani, P., Somigliana, E., Vigano, P., Frattaruolo, M. P., & Fedele, L. (2010). “Waiting for Godot”: a commonsense approach to the medical treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, 26(1), 3–13. doi:10.1093/humrep/deq302

Anexos

Anexo 1: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS de la unidad de nutricionistas del hospital de la paz en Madrid

<https://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65891/1/637379.pdf>

Anexo 2:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/file/4798/download?token=i7en6IHU>

Anexo 3: «Promoción de la Salud en Personas con Trastorno Mental Grave. Análisis de situación y Recomendaciones sobre Alimentación Equilibrada y Actividad Física» Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2011.

https://fubipa.org.ar/wp-content/uploads/2023/02/Alimentacion_Equilibrada_y_Actividad_Fisica.pdf

Anexo 4:

Tabla 3. Variables:

Covariables	Datos sociodemográficos	(sexo, edad, estado civil, país de origen, hijos, ocupación, estatus socioeconómico y fecha de diagnóstico)
Variables independientes	Grupo asignado al azar	Grupo 1: MY-ENDO Grupo 2: CBT Grupo 3: YOGA Grupo 4: Lista espera
	Tiempo	Pre-Intervención Post-Intervención
Variables dependientes	EHP-30	«dolor» «control e impotencia» «apoyo social» «bienestar emocional» «autoimagen»
		Capacidad laboral actual comparada con la mejor a lo largo de su vida laboral

WAI: Percepción de habilidad de trabajo	Capacidad laboral en relación con las exigencias del trabajo
	Enfermedades o lesiones diagnosticadas por un médico que padece actualmente
	Alteración de la capacidad laboral estimada debido a enfermedades
	Baja laboral por enfermedad durante el último año
CPAQ	Pronóstico sobre su capacidad laboral durante los próximos dos años
	Recursos mentales
BDI	«implicación en las actividades»
	«apertura al dolor»
	depresión
Cuestionario satisfacción	Sesión 5
	Sesión 10