

Endometriosis y su relación en la salud física, emocional y calidad de vida de mujeres en edad reproductiva en América Latina: revisión de la evidencia científica, 2020–2025

Endometriosis and its relationship with physical health, emotional health, and quality of life among reproductive-age women in Latin America: a review of scientific evidence, 2020–2025

Endometriosi e sua relazione con la salute fisica, emotiva e la qualità della vita nelle donne in età riproduttiva in America Latina: revisione delle evidenze scientifiche, 2020–2025

Encalada Campos Grecia Elizabeth
gencaladac@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4550-0063>

Alvarado Cabanilla Mia Odalys
miaalvaradoc24@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-7141-3151>

Caiza Escobar Noemi Damaris
ncaizae@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0001-7623-9304>

Coello Contreras Emily Cristina
ecoelloc4@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0008-6577-939X>

Izquierdo Castro Elizabeth Karen
eizquierdoc@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0001-0912-0979>

Correspondencia: gencaladac@unemi.edu.ec

Artículo de Investigación

* **Recibido:** 14 de julio de 2026 * **Aceptado:** 19 de agosto de 2026 * **Publicado:** 01 de septiembre de 2026

- I. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- II. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- III. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- IV. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.
- V. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Milagro, Ecuador.

Resumen

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica que puede comprometer simultáneamente el funcionamiento físico, el bienestar emocional y la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva. El objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia publicada entre 2020 y 2025 sobre dichas dimensiones en población latinoamericana. Se realizó una revisión de evidencia científica con síntesis narrativa y cribado estructurado a partir de 500 registros exportados de Dimensions el 30 de agosto de 2026; la verificación bibliográfica se apoyó en PubMed/MEDLINE, PubMed Central, SciELO y páginas editoriales. Se retuvieron 23 informes: 21 como evidencia directa de América Latina y 2 como evidencia iberoamericana complementaria. Entre los 21 estudios directos, 19 correspondieron a Brasil, uno a México y uno incluyó mujeres de 14 países latinoamericanos y caribeños. Los hallazgos mostraron asociaciones consistentes entre mayor intensidad o persistencia del dolor y peor calidad de vida, ansiedad, depresión, estrés, insomnio, limitación funcional y dificultades sexuales. También se identificaron estigma, menor participación física y afectación del piso pélvico. Intervenciones quirúrgicas, psicológicas y de electroterapia mostraron mejorías en dominios específicos, sin permitir inferir eficacia universal. La evidencia regional continúa concentrada geográficamente y es insuficiente para estimar con precisión el retraso diagnóstico o comparar países de manera robusta.

Palabras clave: Endometriosis; Dolor pélvico; Salud mental; Calidad de vida; Salud de la mujer.

Abstract

Endometriosis is a chronic gynecological disease that can simultaneously compromise physical functioning, emotional well-being, and quality of life among reproductive-age women. This review aimed to analyze evidence published between 2020 and 2025 on these dimensions in Latin American populations. A scientific evidence review with narrative synthesis and structured screening was conducted using 500 records exported from Dimensions on August 30, 2026; bibliographic verification was supported by PubMed/MEDLINE, PubMed Central, SciELO, and publisher websites. Twenty-three reports were retained: 21 as direct Latin American evidence and 2 as complementary Ibero-American evidence. Of the 21 direct studies, 19 were conducted in Brazil, one in Mexico, and one included women from 14 Latin American and Caribbean countries. Findings consistently showed associations between greater or persistent pain and poorer quality of life, anxiety, depression, stress, insomnia, functional limitation, and sexual difficulties. Stigma, lower physical activity, and pelvic-floor impairment were also identified. Surgical, psychological, and electrotherapy interventions showed improvements in specific domains, although the evidence does not support universal treatment-effect inferences. Regional evidence remains geographically concentrated and is insufficient to precisely estimate diagnostic delay or to support robust country-level comparisons.

Keywords: Endometriosis; Pelvic Pain; Mental Health; Quality of Life; Women's Health.

Riassunto

L'endometriosi è una malattia ginecologica cronica che può compromettere simultaneamente il funzionamento fisico, il benessere emotivo e la qualità della vita delle donne in età riproduttiva. Questa revisione ha avuto l'obiettivo di analizzare le evidenze pubblicate tra il 2020 e il 2025 su tali dimensioni nelle popolazioni latinoamericane. È stata condotta una revisione delle evidenze scientifiche con sintesi narrativa e screening strutturato a partire da 500 record esportati da Dimensions il 30 agosto 2026; la verifica bibliografica è stata supportata da PubMed/MEDLINE, PubMed Central, SciELO e dai siti degli editori. Sono stati mantenuti 23 rapporti: 21 come evidenza diretta dell'America Latina e 2 come evidenza iberoamericana complementare. Dei 21 studi diretti, 19 riguardavano il Brasile, uno il Messico e uno includeva donne provenienti da 14 paesi latinoamericani e caraibici. I risultati hanno mostrato associazioni coerenti tra maggiore intensità o persistenza del dolore e peggiore qualità della vita, ansia, depressione, stress, insonnia, limitazione funzionale e difficoltà sessuali. Sono emersi anche stigma, minore attività fisica e alterazioni del pavimento pelvico. Interventi chirurgici, psicologici ed elettroterapici hanno mostrato miglioramenti in domini specifici, senza consentire inferenze di efficacia universale. Le evidenze regionali rimangono geograficamente concentrate e insufficienti per stimare con precisione il ritardo diagnostico o confrontare solidamente i diversi paesi.

Parole chiave: Endometriosi; Dolore pelvico; Salute mentale; Qualità della vita; Salute delle donne.

Introducción

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica, inflamatoria y dependiente del entorno hormonal, definida por la presencia de tejido similar al endometrio fuera del útero y caracterizada por una expresión clínica heterogénea. Se estima que afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva a escala mundial, lo que equivale a cerca de 190 millones de personas, aunque la magnitud real puede variar por las diferencias en acceso al diagnóstico y en los métodos de identificación (World Health Organization [WHO], 2025). Sus manifestaciones pueden comenzar desde la adolescencia y persistir durante años, con combinaciones variables de dismenorrea, dolor pélvico, dispareunia, síntomas intestinales o urinarios, infertilidad y fatiga. La naturaleza crónica del cuadro, la ausencia de una prueba diagnóstica única aplicable a todos los contextos y la discordancia posible entre extensión anatómica y carga sintomática contribuyen a una trayectoria asistencial compleja. En este sentido, la endometriosis no puede reducirse a la presencia de lesiones, pues su relevancia clínica se explica también por la intensidad del dolor, la

interferencia funcional, las preocupaciones reproductivas y las repercusiones psicosociales que acompañan a la enfermedad (Zondervan et al., 2020).

Las repercusiones sobre la salud física abarcan desde síntomas cíclicos incapacitantes hasta dolor persistente que interfiere con actividades básicas, ejercicio, sueño, estudio y trabajo. La evidencia latinoamericana reciente muestra que el dolor severo se relaciona con peor funcionamiento físico y calidad de vida, mientras que la dispareunia, la disquemia, la disuria y el dolor pélvico acíclico pueden afectar dominios funcionales específicos (Andres et al., 2024; Pessoa de Farias Rodrigues et al., 2020; Pereira & Kulak, 2025). En mujeres con endometriosis profunda también se han descrito alteraciones del piso pélvico, como aumento del tono del elevador del ano, dificultad para la relajación y baja resistencia muscular, lo que refuerza el carácter multisistémico de la discapacidad física asociada (da Silva et al., 2023). El sueño constituye otra dimensión relevante: el dolor moderado o intenso se ha asociado con mayor probabilidad de insomnio, y la evaluación de la calidad del sueño puede variar notablemente según el instrumento y el punto de corte utilizado (de Souza et al., 2023, 2024). Además, la participación en actividad física puede verse condicionada por factores motivacionales y por la experiencia de dolor, lo que potencialmente limita una conducta protectora para la salud (da Luz et al., 2025).

La salud emocional y psicológica también forma parte del impacto de la enfermedad. En estudios de Brasil y México, las mujeres con dolor más intenso o persistente presentaron mayores niveles de ansiedad, depresión, estrés o desregulación emocional que aquellas con dolor menos intenso o predominantemente cíclico (de Barros Meneguetti et al., 2023; Osaki & Oliveira, 2024; Rodríguez-Lozano et al., 2022). La coexistencia de dolor e infertilidad se ha relacionado con una afectación psicológica mayor, mientras que en mujeres que esperaban cirugía por endometriosis intestinal se documentaron frecuencias elevadas de ansiedad y depresión (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2024). Estos hallazgos deben interpretarse como asociaciones y no como pruebas de causalidad, especialmente porque predomina la investigación transversal. La literatura internacional coincide en que ansiedad, síntomas depresivos y deterioro de calidad de vida son frecuentes en endometriosis, pero presenta una heterogeneidad considerable por los instrumentos utilizados, el origen de las muestras y la intensidad de los síntomas (Szyplowska et al., 2023). En consecuencia, el dolor crónico, la incertidumbre clínica, las preocupaciones reproductivas, el estigma, la

sexualidad y las relaciones de pareja conforman un entramado biopsicosocial que requiere ser analizado de manera integrada.

La calidad de vida relacionada con la salud sintetiza múltiples consecuencias de la endometriosis, porque integra funcionamiento físico, bienestar emocional, vitalidad, participación social, relaciones sexuales, fertilidad y capacidad laboral. Estudios latinoamericanos basados en el EHP-30, EHP-5 y SF-36 han descrito deterioro de dominios físicos, emocionales, sociales y sexuales, y han mostrado que la experiencia del dolor puede explicar mejor la percepción de calidad de vida que el estadio anatómico por sí solo (Matías-González et al., 2022; Pessoa de Farias Rodrigues et al., 2020; Yela et al., 2020). Asimismo, la intensidad del dolor se ha asociado con peor calidad de vida de forma consistente, mientras que el estigma puede añadir una carga psicosocial que afecta la autoestima y la percepción de bienestar (Andres et al., 2024; Matías-González et al., 2022). Aunque algunas intervenciones quirúrgicas, psicológicas y fisioterapéuticas han mostrado cambios favorables en dolor, estado emocional, sexualidad o calidad de vida, la respuesta no debe interpretarse como uniforme ni extrapolarse a todas las mujeres (Donatti et al., 2025; Lavor et al., 2024; Mira et al., 2020; Nogueira et al., 2023, 2024). En América Latina, estas repercusiones se producen además en sistemas sanitarios heterogéneos, con diferencias potenciales en acceso a atención especializada, diagnóstico oportuno y continuidad terapéutica.

A pesar del creciente interés científico por la endometriosis, la evidencia latinoamericana continúa siendo desigual y geográficamente concentrada. El material recuperado para esta revisión muestra un predominio muy marcado de investigaciones brasileñas, mientras que otros países aparecen principalmente dentro de encuestas regionales y no como estudios nacionales comparables. Esta concentración limita la posibilidad de estimar con precisión el peso de la enfermedad en contextos sanitarios y socioculturales diversos, así como de distinguir diferencias reales entre países. Por ello, el objetivo general de esta revisión fue analizar la evidencia científica publicada entre 2020 y 2025 sobre la relación entre endometriosis, salud física, salud emocional y calidad de vida en mujeres en edad reproductiva de América Latina, identificando además los factores asociados, los efectos sobre sexualidad y funcionalidad, y los vacíos de conocimiento regionales. La revisión busca mantener separados los resultados directamente latinoamericanos de la evidencia iberoamericana o internacional empleada para contextualización. En consecuencia, la pregunta de

investigación fue: ¿Qué evidencia científica publicada entre 2020 y 2025 describe la relación entre la endometriosis, la salud física, la salud emocional y la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva en América Latina?

Metodología

Diseño y enfoque de la revisión

Se realizó una revisión de evidencia científica con síntesis narrativa y un procedimiento de selección estructurado. No se clasificó como revisión sistemática, scoping review ni revisión integrativa, porque el proceso disponible se sustentó en un corpus exportado de una base de datos y en verificación bibliográfica posterior, sin documentarse un protocolo prospectivo, registro previo, evaluación formal de riesgo de sesgo para todos los estudios ni búsquedas independientes exhaustivas en múltiples bases. La lógica de identificación, cribado y elegibilidad se organizó de forma compatible con los principios de transparencia de PRISMA, únicamente como marco de ordenamiento del proceso y sin atribuir al estudio una categoría metodológica que no corresponde.

Fuente de información, periodo y fecha de búsqueda

El corpus base fue el archivo exportado de Dimensions el 30 de agosto de 2026, restringido a publicaciones de 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025. La búsqueda principal se ejecutó en el campo de datos completos (full data). Para verificar títulos, DOI, datos bibliográficos y, cuando fue necesario, ampliar información metodológica o de resultados, se consultaron páginas de PubMed/MEDLINE, PubMed Central, SciELO y sitios web de las revistas o editoriales. Estas consultas de verificación no se contabilizaron como búsquedas independientes adicionales dentro del flujo de selección, con el fin de no inflar artificialmente el número de registros identificados.

Estrategia de búsqueda

La cadena exportada en el archivo de Dimensions fue la siguiente:

("endometriosis" OR "endometriotic disease") AND ("physical health" OR pain OR "chronic pelvic pain" OR dysmenorrhea OR fatigue OR infertility OR "sexual health" OR "physical functioning") AND ("mental health" OR "emotional health" OR anxiety OR depression OR stress OR "psychological well-being" OR "emotional well-being") AND ("quality of life" OR "health-related quality of life" OR HRQoL OR wellbeing) AND ("Latin America" OR "Latin American")

OR Argentina OR Bolivia OR Brazil OR Chile OR Colombia OR Ecuador OR Paraguay OR Peru OR Uruguay OR Venezuela OR Mexico OR "Central America")

Los términos combinan descriptores y términos libres equivalentes a conceptos DeCS/MeSH relacionados con endometriosis, dolor pélvico, dismenorrea, salud física, salud mental, ansiedad, depresión, calidad de vida, mujeres y ubicación geográfica latinoamericana. La búsqueda no incorporó una restricción explícita por idioma en la cadena exportada; durante la selección se consideraron registros en inglés, español o portugués cuando aportaban información suficiente para la extracción.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios primarios publicados entre 2020 y 2025 que evaluaran mujeres con diagnóstico de endometriosis y analizaran al menos una de las siguientes dimensiones: salud física o dolor, salud emocional o psicológica, calidad de vida, sexualidad, sueño, funcionalidad, infertilidad asociada a impacto psicosocial o cambios en estas dimensiones después de una intervención. Para el Grupo A se exigió que el estudio se realizara en un país latinoamericano o que la población latinoamericana fuese claramente identificable. Se excluyeron estudios moleculares, histológicos, animales, de biomarcadores o diagnóstico sin resultados clínicos pertinentes; editoriales, consensos, revisiones y guías como evidencia primaria; estudios centrados en menopausia; trabajos en los que la endometriosis no pudiera analizarse por separado; y estudios internacionales en los que la única relación con América Latina fuera la afiliación de uno o más autores.

Selección, clasificación y extracción de datos

El archivo contenía 500 registros y no presentó duplicados exactos por DOI. Se realizó un cribado por título y resumen orientado a relevancia temática, población, región y resultados; posteriormente se verificaron los registros potencialmente elegibles mediante el resumen completo y, cuando fue necesario, la página bibliográfica o el texto disponible en PubMed Central, SciELO o la editorial. En total, 477 registros fueron excluidos por no cumplir los criterios definidos y 23 informes se retuvieron para la síntesis. De estos, 21 conformaron el Grupo A de evidencia directa latinoamericana y 2 se clasificaron como Grupo B complementario por combinar participantes de

América Latina con España sin una estratificación regional suficiente para atribuir todas las estimaciones exclusivamente a América Latina. Adicionalmente, fuentes internacionales de alta autoridad se emplearon solo para contextualización en introducción y discusión y no se incluyeron en el conteo de estudios primarios.

Para cada informe se extrajeron: autor y año; país o alcance geográfico; diseño; tamaño y características de la muestra; edad cuando estuvo disponible; tipo de endometriosis o situación clínica; variables de salud física; ansiedad, depresión, estrés u otros indicadores emocionales; sexualidad; fertilidad; sueño; actividad física; calidad de vida; instrumentos de medición; y principales asociaciones o cambios observados. Cuando un dato no aparecía en el resumen o en la página verificada, se registró como no reportado (NR) en lugar de inferirlo.

Síntesis y control de consistencia

La síntesis se realizó de forma narrativa y comparativa, agrupando los hallazgos en salud física, salud emocional, calidad de vida, interacción entre dimensiones, retraso diagnóstico, sexualidad, tratamiento y distribución geográfica. Se evitó sumar tamaños muestrales como si todas las participantes fueran independientes, porque algunas publicaciones corresponden a análisis secundarios de un mismo ensayo o a cohortes potencialmente relacionadas. Del mismo modo, se diferenció asociación de causalidad y se evitó generalizar resultados de Brasil al conjunto de América Latina. El control final verificó que el número de estudios coincidiera entre metodología, resultados, tablas, resumen y conclusiones; que los DOI y datos bibliográficos correspondieran a los registros revisados; y que las estadísticas regionales se atribuyeran únicamente a las poblaciones que efectivamente las sustentaban.

Resultados

Estudios incluidos y características generales

La síntesis retuvo 23 informes publicados entre 2020 y 2025. Veintiuno se consideraron evidencia directa del Grupo A y dos se mantuvieron como evidencia complementaria iberoamericana del Grupo B. Entre los 21 estudios directos, 19 correspondieron a muestras exclusivamente brasileñas, uno fue realizado en México y uno reunió participantes de 14 países de América Latina y el Caribe (Matías-González et al., 2022). Los diseños fueron predominantemente transversales, aunque también se identificaron ensayos aleatorizados, análisis secundarios de ensayos piloto y cohortes

prospectivas pre/post intervención. Los tamaños muestrales variaron desde 30 participantes en una cohorte quirúrgica hasta 1.129 en un estudio retrospectivo de dolor y calidad de vida; la encuesta regional directa incluyó 169 mujeres. No se calculó un tamaño muestral acumulado debido a la posibilidad de solapamiento entre cohortes y análisis derivados del mismo estudio.

Por año bibliográfico final, los 21 estudios directos se distribuyeron de la siguiente manera: tres en 2020, uno en 2021, dos en 2022, cinco en 2023, siete en 2024 y tres en 2025. La producción aumentó especialmente a partir de 2023, pero el crecimiento no implicó mayor diversidad geográfica, ya que Brasil continuó concentrando la mayoría de los trabajos. Los instrumentos más frecuentes fueron EHP-30/EHP-5 y SF-36 para calidad de vida; VAS o escalas numéricas para dolor; BDI/BDI-II, BAI, HADS, STAI y PSS-10 para variables emocionales; FSFI para función sexual; ISI/PSQI para sueño; y herramientas específicas para catastrofización, actividad física o función del piso pélvico.

Distribución geográfica y temporal

La evidencia país-específica fue marcadamente asimétrica. Diecinueve de los 21 estudios directos (90,5% de los estudios país-específicos y regionales considerados como Grupo A) tuvieron muestras exclusivamente brasileñas; un estudio fue desarrollado en México y uno correspondió a una encuesta regional de 14 países de América Latina y el Caribe. En el corpus final no se identificaron estudios país-específicos elegibles de Ecuador, Colombia, Argentina, Chile, Perú, Bolivia, Paraguay, Uruguay, Venezuela, Centroamérica o el Caribe latino que permitieran comparaciones nacionales con Brasil o México. Esos países aparecen principalmente dentro de encuestas regionales, por lo que sus resultados no pueden desagregarse de manera uniforme.

Los dos informes del Grupo B aportaron información clínica regional valiosa, pero combinaron América Latina con España. El estudio de Flores-Caldera et al. (2021) difundió el cuestionario en asociaciones de 11 países latinoamericanos y España y recibió respuestas de 23 países; el análisis posterior de Flores et al. (2024) utilizó el mismo marco multinacional para explorar catastrofización y dolor. Debido a esta composición, sus porcentajes y promedios se presentan como iberoamericanos y no como estimaciones exclusivamente latinoamericanas. Este patrón confirma que el principal hallazgo geográfico de la revisión es la concentración de producción en Brasil y la insuficiencia de evidencia comparable en gran parte de la región.

Impacto de la endometriosis sobre la salud física

El dolor constituyó el hallazgo físico más consistente. Andres et al. (2024), en 1.129 pacientes brasileñas, observaron que una VAS ≥ 7 en dismenorrea, dolor pélvico acíclico, dispareunia profunda, disquecia o disuria se relacionó con puntajes significativamente menores del SF-36. Pessoa de Farias Rodrigues et al. (2020) también encontraron que la calidad de vida se asociaba más con las manifestaciones clínicas —especialmente dolor y dispareunia— que con el estadio anatómico de la endometriosis. En el estudio de Pereira y Kulak (2025), los patrones de peor dolor, en particular dispareunia y disuria, coincidieron con peor función sexual y calidad de vida, sin que la clasificación ASRM explicara de manera lineal los conglomerados clínicos. En conjunto, estos resultados respaldan que la carga física percibida no puede deducirse únicamente de la extensión anatómica de la enfermedad.

La afectación funcional se extendió más allá del dolor. Da Silva et al. (2023) describieron alta prevalencia de dolor, aumento del tono del elevador del ano y dificultad para relajar el piso pélvico, junto con baja resistencia muscular. Da Luz et al. (2025) mostraron que perfiles motivacionales menos autónomos y necesidades psicológicas frustradas se asociaban con una probabilidad mucho menor de realizar actividad física incluso tras ajustar por dolor y variables sociodemográficas. En el ámbito del sueño, de Souza et al. (2023) encontraron que el dolor moderado o severo se relacionaba con mayor frecuencia de insomnio; además, la duración del dolor y menor escolaridad incrementaron esta probabilidad. Un estudio posterior del mismo grupo señaló que ISI y PSQI pueden producir clasificaciones muy distintas cuando se aplican sus puntos de corte estándar en mujeres con endometriosis profunda (de Souza et al., 2024).

Impacto sobre la salud emocional y psicológica

La evidencia directa mostró asociaciones reiteradas entre dolor y mayor carga emocional. En Brasil, de Barros Meneguetti et al. (2023) observaron que las mujeres con dolor severo presentaban mayores puntajes de ansiedad y depresión y peor calidad de vida que aquellas con dolor leve o moderado. Silva et al. (2024) confirmaron una tendencia semejante en una muestra multicéntrica: el dolor se relacionó con peor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad y depresión, y la coexistencia de dolor e infertilidad mostró la mayor afectación psicológica. Osaki y Oliveira (2024) identificaron una relación positiva entre estrés percibido e intensidad del dolor; las participantes con dolor intenso también presentaron mayor cortisol sérico. En México, Rodríguez-

Lozano et al. (2022) encontraron mayor depresión y ansiedad en mujeres con dolor pélvico crónico no cíclico que en aquellas con dolor cíclico, aun cuando la intensidad del dolor no difería significativamente entre los grupos.

La severidad psicológica también se observó en situaciones clínicas complejas. Ribeiro et al. (2021) reportaron que 77,1% de las 40 mujeres con endometriosis intestinal que esperaban cirugía presentaban ansiedad y depresión simultáneamente y que la ansiedad era el trastorno más frecuente. La encuesta regional de Matías-González et al. (2022) aportó una perspectiva psicosocial distinta: el dolor incapacitante y el estigma asociado a endometriosis se relacionaron con peor calidad de vida, mientras que el estigma medió parcialmente la relación entre dolor y autoestima. Los resultados sugieren que la carga emocional no depende de un único mecanismo; intervienen dolor, persistencia sintomática, fertilidad, estigma, recursos de afrontamiento y contexto social.

Impacto sobre la calidad de vida

La calidad de vida se evaluó mediante instrumentos específicos y genéricos, principalmente EHP-30/EHP-5 y SF-36. Yela et al. (2020) documentaron deterioro en dominios emocionales, bienestar social, infertilidad y relaciones sexuales pese a que las participantes recibían tratamiento clínico. Pessoa de Farias Rodrigues et al. (2020) mostraron que la intensidad del dolor y la dispareunia estaban relacionadas con dominios físicos, emocionales y de salud general del SF-36, independientemente del estadio. Andres et al. (2024) reforzaron esta asociación al encontrar puntajes inferiores de SF-36 en todos los síntomas cuando el dolor alcanzaba VAS ≥ 7 . Pereira y Kulak (2025) observaron de manera concordante que las mujeres agrupadas en el perfil de mayor dolor presentaban peores resultados en EHP-30 y FSFI.

La dimensión social y de autoestima fue especialmente visible en la encuesta de Matías-González et al. (2022): el estigma se relacionó directamente con peor calidad de vida y autoestima, y el apoyo social modificó la relación entre estrés por estigma y calidad de vida. Estos hallazgos amplían el concepto de calidad de vida más allá de la intensidad del dolor e incorporan la experiencia interpersonal de la enfermedad. La revisión también identificó que la sexualidad, el sueño, la actividad física y la fertilidad se integran en la experiencia de calidad de vida, por lo que

el uso de un único indicador clínico resulta insuficiente para captar la carga multidimensional de la endometriosis.

Relación entre salud física, salud emocional y calidad de vida

La integración de los resultados muestra un patrón coherente: mayor carga física se asocia con peor bienestar psicológico y menor calidad de vida. El dolor severo fue la variable más consistentemente vinculada con ansiedad, depresión, estrés, insomnio y reducción de calidad de vida (Andres et al., 2024; de Barros Meneguetti et al., 2023; de Souza et al., 2023; Osaki & Oliveira, 2024; Silva et al., 2024). La dispareunia se conectó con deterioro sexual y con dominios físicos y emocionales, mientras que la infertilidad pareció intensificar la carga psicológica cuando coexistía con dolor (Pessoa de Farias Rodrigues et al., 2020; Silva et al., 2024). Estos diseños, en su mayoría transversales, sustentan asociaciones y correlaciones, no una dirección causal definitiva.

Los análisis de intervenciones psicológicas aportaron evidencia de mecanismos potenciales. Moreira et al. (2023) encontraron que una intervención breve de mindfulness podía mejorar dolor y salud mental a través de cambios en catastrofización y afecto; un análisis posterior de la misma cohorte mostró que cambios en componentes sensoriales y afectivos del dolor mediaban la reducción del estrés y se relacionaban con mejor vitalidad (Moreira et al., 2024). Donatti et al. (2025) observaron mejoras en afrontamiento, depresión, estrés, percepción del dolor y calidad de vida con terapia cognitivo-conductual. Aunque estos hallazgos son compatibles con un modelo biopsicosocial, el tamaño reducido de las muestras y el uso de análisis secundarios requieren interpretación prudente.

Retraso diagnóstico y sus repercusiones

La evidencia latinoamericana identificada fue insuficiente para establecer con precisión la magnitud del retraso diagnóstico por país y su relación cuantitativa con deterioro físico, emocional o de calidad de vida. Ninguno de los 21 estudios directos seleccionados proporcionó una estimación nacional comparable del tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico que permitiera construir una síntesis regional robusta. La única estimación amplia del corpus provino del estudio iberoamericano complementario de Flores-Caldera et al. (2021), que informó un retraso

diagnóstico promedio de 6,6 años en una muestra que combinó América Latina y España. Por esta razón, dicho valor no debe interpretarse como promedio exclusivo de América Latina.

Los datos disponibles sí sugieren mecanismos relevantes para investigar: normalización del dolor, inicio temprano de dismenorrea, alta carga sintomática, catastrofización, infertilidad y necesidad de múltiples tratamientos. Sin embargo, el corpus revisado no permitió cuantificar de forma separada barreras de atención primaria, tiempos de derivación, disponibilidad de especialistas, costos o desigualdades geográficas por país. Esta carencia constituye un resultado central de la revisión y señala un vacío prioritario para estudios latinoamericanos futuros.

Impacto sobre sexualidad y relaciones de pareja

La dispareunia y la función sexual aparecieron de forma recurrente. Pereira y Kulak (2025) observaron que el perfil con peor dolor presentaba resultados significativamente peores en el FSFI y en la calidad de vida. Silva et al. (2024) encontraron riesgo de disfunción sexual en todos los grupos analizados, independientemente de la combinación de dolor e infertilidad, mientras que Mira et al. (2020) documentaron mejoría del puntaje FSFI —en particular lubricación y dolor— en el grupo que recibió electroterapia complementaria. Yela et al. (2020) identificaron las relaciones sexuales entre los dominios más deteriorados del EHP-30. Estas observaciones sostienen la relevancia de evaluar sexualidad de forma explícita, pero el corpus aportó información limitada sobre comunicación de pareja, satisfacción relacional o proyecto familiar más allá de los instrumentos de función sexual y de las preocupaciones por infertilidad.

Tratamiento y cambios en calidad de vida

Los estudios de intervención o seguimiento mostraron cambios favorables en dominios específicos, aunque no justifican una revisión terapéutica general. Lavor et al. (2024) observaron mejoría en siete dominios de calidad de vida, así como reducción de ansiedad y depresión seis meses después de cirugía de endometriosis profunda. Nogueira et al. (2023) registraron mejoría progresiva del EHP-30 a los 3 y 6 meses postoperatorios, y Nogueira et al. (2024) documentaron reducción significativa del BDI-II seis meses después de videolaparoscopia. Mira et al. (2020) mostraron que la electroterapia añadida al tratamiento hormonal reducía dolor pélvico y mejoraba función sexual, mientras que ambos grupos presentaron mejoría en dispareunia y calidad de vida.

En el plano psicológico, Moreira et al. (2023, 2024) y Donatti et al. (2025) sugieren que intervenciones basadas en mindfulness o terapia cognitivo-conductual pueden modificar dolor, estrés, depresión, afrontamiento y componentes de calidad de vida. La dirección favorable de estos cambios es clínicamente relevante, pero se deben considerar tamaños muestrales pequeños, análisis secundarios, ausencia de seguimiento prolongado y selección de pacientes con cuadros sintomáticos. Por tanto, la evidencia respalda un abordaje multidimensional más que la superioridad universal de una modalidad terapéutica específica.

Evidencia por países latinoamericanos

Brasil concentró prácticamente toda la evidencia país-específica sobre calidad de vida, dolor, salud mental, sexualidad, sueño, piso pélvico, actividad física e intervenciones. México estuvo representado por un estudio de 49 mujeres que comparó desregulación emocional según dolor cíclico o no cíclico (Rodríguez-Lozano et al., 2022). La encuesta de Matías-González et al. (2022) amplió la cobertura a 14 países de América Latina y el Caribe, pero su diseño en línea y la ausencia de tamaños suficientes por país impiden comparaciones nacionales sólidas. Los estudios iberoamericanos de Flores-Caldera et al. (2021) y Flores et al. (2024) aportan señales sobre dolor, catastrofización y retraso diagnóstico, aunque sus resultados combinan América Latina y España. En consecuencia, no se pudo comparar con rigor Brasil frente a Ecuador, Colombia, Argentina, Chile, Perú u otros países. La ausencia de estudios nacionales comparables no implica ausencia de enfermedad ni menor carga en esos territorios; refleja una brecha en la producción científica recuperada. El predominio brasileño también significa que las prácticas asistenciales, características sociodemográficas y disponibilidad de centros especializados observadas en esos estudios no deben extrapolarse automáticamente al conjunto regional.

Tablas de síntesis de los estudios

Las tablas siguientes presentan la matriz de evidencia utilizada. Se distingue explícitamente el Grupo A (evidencia directa latinoamericana) del Grupo B (evidencia iberoamericana complementaria). Los campos marcados como NR corresponden a información no reportada en el resumen o registro bibliográfico verificado y no fueron completados mediante suposición.

Tabla 1
Características generales de los estudios retenidos para la síntesis

Autor/año	Grupo	País/región	Diseño	Muestra	Edad	Variables principales	Instrumentos principales
da Luz et al. (2025)	A	Brasil	Transversal en línea; análisis de conglomerados	n=508	34 ± 7 años	Actividad física, motivación, necesidades psicológicas, dolor	BREQ-3; BPNES; ajuste por dolor
Pereira et al. (2025)	A	Brasil	Transversal descriptivo ; clúster K-means	n=104	Mediana 35 años	Dolor, función sexual, calidad de vida, estadio ASRM	NRS; EHP-30; FSFI
Donatti et al. (2025)	A	Brasil	Ensayo aleatorizado	n=52 (25 intervención; 27 control)	NR en el resumen	Coping, depresión, estrés, dolor, calidad de vida	Instrumentos psicológicos y de calidad de vida; nombres no detallados en el resumen exportado
Silva et al. (2024)	A	Brasil	Transversal multicéntrico	n=229	NR en el resumen	Dolor, infertilidad, ansiedad, depresión, sexualidad, calidad de vida	EHP; FSFI; BDI; BAI
Lavor et al. (2024)	A	Brasil	Prospectivo o observacional pre/post cirugía	n=30	38,5 años promedio	Calidad de vida, ansiedad, depresión, perfil metabólico	Cuestionarios estandarizados de calidad de vida y salud mental
de Souza et al. (2024)	A	Brasil	Transversal comparativo de instrumentos	n=161	NR en el resumen	Calidad de sueño, insomnio, dolor pélvico	ISI; PSQI; NRS

Autor/año	Grupo	País/región	Diseño	Muestra	Edad	Variables principales	Instrumentos principales
Osaki et al. (2024)	A	Brasil	Transversal	n=52	37,8 ± 6,9 años	Dolor pélvico, estrés percibido, cortisol, marcadores inflamatorios	NRS; PSS-10; cortisol; PCR; VSG
Nogueira et al. (2024)	A	Brasil	Prospectivo pre/post cirugía	n=103	36 ± 6,3 años	Depresión, dolor, cirugía	BDI-II; VAS
Flores et al. (2024)	B	América Latina + España	Transversal multinacional; análisis secundario	n≈1.378	15–66 años	Dolor, catastrofización, variables sociodemográficas y raza autoidentificada	EPHect ECQ; NRS; Pain Catastrophizing Scale
Andres et al. (2024)	A	Brasil	Retrospectivo	n=1.129	NR en el resumen	Dismenorrea, dolor pélvico, dispareunia, disquecia, disuria, calidad de vida	VAS; SF-36
de França Moreira et al. (2023)	A	Brasil	Análisis secundario de ensayo piloto aleatorizado	n=63 (32 control; 31 bMBI)	NR en el resumen	Dolor, catastrofización, afecto, salud mental/calidad de vida	Medidas de dolor, catastrofización, afecto y QoL-MH
Nogueira et al. (2023)	A	Brasil	Observacional longitudinal prospectivo	n=102	NR en el resumen	Calidad de vida antes y después de cirugía	EHP-30
da Silva et al. (2023)	A	Brasil	Transversal	n=92	18–45 años	Dolor y función sensorial/muscular del piso pélvico	EFSMAP; escala Oxford
Moreira et al. (2024)	A	Brasil	Análisis secundario de ensayo piloto aleatorizado	Misma cohorte piloto de mindfulness	NR en el resumen	Dimensiones sensorial/afectiva del dolor, estrés, vitalidad	Medidas multidimensionales de dolor, estrés y vitalidad
Matías-González et al. (2022)	A	14 países de América Latina y el Caribe	Transversal en línea; PLS-SEM	n=169	33,15 ± 7,44 años	Dolor incapacitante, estigma, apoyo social, autoestima, calidad de vida	EHP-5; medidas de estigma, apoyo social y autoestima

Autor/año	Grupo	País/región	Diseño	Muestra	Edad	Variables principales	Instrumentos principales
Rodríguez-Lozano et al. (2022)	A	México	Transversal	n=49	18–52 años	Dolor cíclico/no cíclico, ansiedad, depresión, cognición	VAS; BDI; STAI; inventario de ansiedad generalizada; Mini-Mental
de Souza et al. (2023)	A	Brasil	Transversal	n=234	NR en el resumen	Dolor pélvico, insomnio, educación, duración del dolor	NRS; cuestionario autoinformado de insomnio
de Barros Meneguetti et al. (2023)	A	Brasil	Transversal multicéntrico	n=102	NR en el resumen	Intensidad de dolor, ansiedad, depresión, calidad de vida	EHP; BAI; BDI
Flores-Caldera et al. (2021)	B	11 países de América Latina + España; participantes de 23 países	Transversal multinacional en línea	n=1.378	Amplio rango; no restringido exclusivamente a edad reproductiva	Síntomas, dolor, fertilidad, tratamientos, catastrofización, retraso diagnóstico	EPHect EPQ-M/ECQ; NRS; PCS
Ribeiro et al. (2021)	A	Brasil	Transversal observacional	n=40	NR en el resumen	Ansiedad, depresión, afrontamiento en endometriosis intestinal	HADS; EMEP
Pessoa de Farias Rodrigues et al. (2020)	A	Brasil	Transversal	n=106	≈34–35 años	Infertilidad, estadio, dolor, dispareunia, calidad de vida	SF-36
Mira et al. (2020)	A	Brasil	Ensayo clínico aleatorizado o multicéntrico	n=101 (53 electroterapia; 48 control)	NR en el resumen	Dolor pélvico, dispareunia, calidad de vida, función sexual	VAS; EHP-30; FSFI
Yela et al. (2020)	A	Brasil	Descriptivo transversal	n=60	37,7 ± 6,0 años	Dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico, calidad de vida	SF-36; EHP-30

Nota. Grupo A = evidencia directa de América Latina; Grupo B = evidencia complementaria iberoamericana cuya muestra incluye España o no permite atribuir todos los resultados exclusivamente a América Latina. BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; BPNES = Basic Psychological Needs in Exercise Scale; BREQ-3 = Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-3; EHP = Endometriosis Health Profile; FSFI = Female Sexual Function Index; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; ISI = Insomnia Severity Index; NRS = Numeric Rating Scale; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; PSS-10 = Perceived Stress Scale; VAS = Visual Analogue Scale.

Tabla 2

Hallazgos sobre salud física y salud emocional

Autor/año	Hallazgos de salud física	Hallazgos emocionales/psicológicos	Relación integrada
Andres et al. (2024)	Dolor severo en dismenorrea, dolor acíclico, dispareunia, disquecia y disuria; dismenorrea 93,6%.	El estudio no midió ansiedad/depresión como desenlace principal.	VAS ≥ 7 se asoció con peor SF-36 en todos los dominios.
Silva et al. (2024)	Dolor e infertilidad evaluados en cuatro grupos.	Dolor asociado con mayor ansiedad y depresión; mayor afectación cuando coexistían dolor e infertilidad.	El dolor fue el principal elemento relacionado con peor calidad de vida y carga psicológica.
de Barros Meneguetti et al. (2023)	Comparación de dolor severo vs. leve/moderado.	Dolor severo acompañado de mayores puntajes de ansiedad y depresión.	Mayor dolor coincidió con peor EHP.
Rodríguez-Lozano et al. (2022)	Dolor pélvico cíclico y no cíclico sin diferencia significativa de intensidad.	Dolor no cíclico asociado con mayor depresión y ansiedad.	La persistencia temporal del dolor puede ser relevante independientemente de su intensidad.
de Souza et al. (2023)	Dolor moderado-severo y mayor duración del dolor.	Insomnio como desenlace relacionado con dolor; no fue un estudio de depresión/ansiedad.	Dolor moderado-severo aumentó 2,8 veces la probabilidad de insomnio.
Osaki & Oliveira (2024)	Dolor pélvico intenso y cortisol elevado.	44% presentó estrés alto; mayor estrés se relacionó con mayor dolor.	Se observó interconexión entre dolor, percepción de estrés y respuesta biológica.
da Silva et al. (2023)	93,3% con dolor; 75% hipertonia del elevador del ano; 50,4% relajación alterada.	No evaluó salud mental como desenlace central.	La disfunción del piso pélvico amplía la carga física más allá de las lesiones ginecológicas.
Matías-González et al. (2022)	81,1% reportó dolor incapacitante en la muestra regional descrita por el artículo.	Estigma y autoestima como dimensiones psicosociales.	Dolor y estigma se relacionaron con peor calidad de vida; el estigma medió parcialmente dolor-autoestima.
Ribeiro et al. (2021)	Endometriosis profunda intestinal en espera de cirugía.	77,1% con ansiedad y depresión simultáneas; ansiedad 87,5%.	La carga emocional fue elevada en una población clínica compleja.
Pereira & Kulak (2025)	Peor perfil de dispareunia y disuria en uno de los conglomerados.	No evaluó ansiedad/depresión como desenlaces primarios.	Peor dolor coincidió con peor función sexual y calidad de vida.

Nota. Se presentan hallazgos representativos que conectan síntomas físicos con dimensiones emocionales. Los porcentajes corresponden únicamente a las muestras originales de cada estudio y no deben interpretarse como prevalencias regionales.

Tabla 3

Hallazgos sobre calidad de vida, sexualidad e intervenciones

Autor/año	Calidad de vida/sexualidad	Intervención o condición	Resultado principal
Yela et al. (2020)	SF-36 y EHP-30: deterioro emocional, social, infertilidad y relaciones sexuales.	Tratamiento clínico ≥ 6 meses.	Persistió deterioro multidimensional pese al tratamiento.
Pessoa de Farias Rodrigues et al. (2020)	SF-36; dominios físicos, emocionales y salud general relacionados con dolor/dispareunia.	Comparación por estadio e infertilidad.	Los síntomas explicaron mejor la calidad de vida que el estadio anatómico.
Mira et al. (2020)	EHP-30 y FSFI.	Tratamiento hormonal vs. hormonal + electroterapia.	Electroterapia redujo dolor pélvico y mejoró FSFI; ambos grupos mejoraron dispareunia y calidad de vida.
Nogueira et al. (2023)	EHP-30.	Cirugía; seguimiento a 3 y 6 meses.	Mejoría progresiva de calidad de vida postoperatoria.
Nogueira et al. (2024)	Depresión mediante BDI-II.	Videolaparoscopia; seguimiento a 3 y 6 meses.	Reducción significativa del puntaje de depresión a 6 meses.
Lavor et al. (2024)	Dolor, bienestar, apoyo social, autoimagen, trabajo y relaciones sexuales.	Cirugía de endometriosis profunda; 6 meses.	Mejoraron siete dominios de calidad de vida y disminuyeron ansiedad/depresión.
Moreira et al. (2023)	QoL-salud mental y dolor.	Mindfulness breve + tratamiento estándar.	Cambios en catastrofización y afecto mediaron mejoras de dolor y salud mental.
Moreira et al. (2024)	Vitalidad y estrés.	Análisis secundario de la misma intervención piloto.	Cambios en dolor sensorial/afectivo mediaron reducción de estrés y mejor vitalidad.
Donatti et al. (2025)	Calidad de vida, dolor, depresión y estrés.	Terapia cognitivo-conductual.	Mejoras en afrontamiento, dolor, depresión, estrés y calidad de vida.
Pereira & Kulak (2025)	EHP-30 y FSFI.	Evaluación prequirúrgica por clúster clínico.	Un perfil presentó simultáneamente peor dolor, función sexual y calidad de vida.

Nota. Los cambios postintervención reflejan los resultados de cada estudio y no constituyen una comparación directa entre tratamientos. Los estudios de mindfulness de Moreira et al. corresponden a análisis relacionados de un ensayo piloto y no se consideraron muestras independientes para un cálculo agregado.

Tabla 4
Distribución geográfica de la evidencia retenida

Clasificación	Cobertura	N.º de informes	Principales dimensiones	Interpretación
Grupo A	Brasil	19	Dolor, calidad de vida, ansiedad/depresión, estrés, sueño, sexualidad, piso pélvico, actividad física, cirugía e intervenciones psicológicas.	Predominio muy marcado; alta riqueza temática pero baja representatividad regional.
Grupo A	México	1	Dolor cíclico/no cíclico, ansiedad y depresión.	Evidencia nacional limitada a una muestra pequeña.
Grupo A	14 países de América Latina y el Caribe	1	Dolor incapacitante, estigma, apoyo social, autoestima y calidad de vida.	Amplía cobertura geográfica, pero no permite estimaciones robustas por país.
Grupo B	América Latina + España	2	Síntomas, catastrofización, dolor y retraso diagnóstico.	Aporta contexto iberoamericano; sus estimaciones no se atribuyen exclusivamente a América Latina.

Nota. La ausencia de estudios país-específicos en el corpus para Ecuador, Colombia, Argentina, Chile, Perú y otros países no debe interpretarse como ausencia de endometriosis, sino como una brecha de evidencia dentro de la búsqueda y criterios aplicados.

Discusión

Coincidencias entre los estudios

Los estudios incluidos convergen en que el dolor es el principal eje clínico que articula buena parte del deterioro físico, emocional y de calidad de vida. Andres et al. (2024), de Barros Meneguetti et al. (2023), Osaki y Oliveira (2024), Pessoa de Farias Rodrigues et al. (2020), Pereira y Kulak (2025) y Silva et al. (2024) coinciden en vincular mayor dolor con peor funcionamiento o bienestar. Este patrón es coherente con revisiones internacionales que describen a la endometriosis como una enfermedad cuyo impacto excede la anatomía de las lesiones y se manifiesta en dolor, infertilidad, fatiga, sexualidad y salud mental (Szyplowska et al., 2023; Zondervan et al., 2020). La consistencia entre estudios brasileños de diferentes centros fortalece la plausibilidad de la asociación, aunque la concentración geográfica limita su extrapolación regional.

También existe coincidencia en la dimensión emocional. Ribeiro et al. (2021), Rodríguez-Lozano et al. (2022), de Barros Meneguetti et al. (2023), Osaki y Oliveira (2024) y Silva et al. (2024) muestran que ansiedad, depresión o estrés se presentan con mayor intensidad en mujeres con dolor persistente, severo o clínicamente complejo. Matías-González et al. (2022) añade que el estigma y el apoyo social influyen en la experiencia de calidad de vida y autoestima, ampliando la explicación hacia determinantes interpersonales y culturales. De forma paralela, los estudios de mindfulness y terapia cognitivo-conductual muestran que modificar factores cognitivo-afectivos puede acompañarse de cambios en dolor y bienestar (Donatti et al., 2025; Moreira et al., 2023, 2024).

Diferencias entre investigaciones

Las diferencias entre investigaciones se observan en la magnitud del deterioro y en las variables priorizadas. Algunos estudios se enfocaron en pacientes con endometriosis profunda y dolor intenso, mientras que otros incluyeron perfiles clínicos más heterogéneos o muestras en línea. Por ejemplo, Ribeiro et al. (2021) reportaron alta frecuencia de ansiedad en una muestra pequeña que esperaba cirugía intestinal; esos valores no son directamente comparables con los puntajes continuos de ansiedad y depresión empleados por de Barros Meneguetti et al. (2023) o Silva et al. (2024). De manera similar, el estudio regional de Matías-González et al. (2022) analizó estigma y apoyo social mediante modelos estructurales, una perspectiva metodológica distinta de la evaluación clínica de dolor, sueño o calidad de vida realizada en centros hospitalarios brasileños. También varió la relación entre severidad anatómica y resultados percibidos. Pessoa de Farias Rodrigues et al. (2020) y Pereira y Kulak (2025) sugieren que el estadio o clasificación anatómica no explica por sí sola la calidad de vida ni los perfiles clínicos, mientras que otras investigaciones se concentraron deliberadamente en endometriosis profunda, lo que puede seleccionar cuadros más complejos. En sexualidad, algunos estudios documentaron riesgo generalizado de disfunción sexual (Silva et al., 2024), mientras que otros mostraron mejoría después de intervenciones específicas (Mira et al., 2020). Estas diferencias no deben interpretarse como contradicciones simples, porque responden a poblaciones, momentos clínicos, instrumentos y objetivos distintos.

Posibles explicaciones para las diferencias

La heterogeneidad puede explicarse por el diseño metodológico, tamaño de muestra, lugar de reclutamiento, criterios diagnósticos, estadio de la enfermedad, tratamiento previo y selección de instrumentos. Los estudios transversales describen asociaciones en un momento determinado, mientras que los seguimientos quirúrgicos permiten observar cambios temporales, aunque sin asegurar que todo cambio se deba exclusivamente a la intervención. Las muestras hospitalarias o de centros de referencia pueden concentrar enfermedad más compleja y dolor más intenso que las encuestas comunitarias o en línea. Asimismo, BDI, BAI, HADS, PSS-10, EHP, SF-36, ISI y PSQI no miden exactamente los mismos constructos ni comparten puntos de corte equivalentes; el estudio de Souza et al. (2024) demuestra de forma explícita cómo dos instrumentos de sueño pueden clasificar de manera diferente a la misma población.

Los contextos culturales y sanitarios también son plausibles moduladores. La encuesta de Matías-González et al. (2022) mostró que el estigma y el apoyo social son relevantes en una muestra latinoamericana y caribeña, mientras que los estudios iberoamericanos complementarios sugieren que la catastrofización puede relacionarse fuertemente con el dolor (Flores et al., 2024; Flores-Caldera et al., 2021). Sin embargo, la revisión no dispone de suficientes estudios comparativos entre países para atribuir diferencias a cultura, nivel socioeconómico, cobertura sanitaria o disponibilidad de especialistas. Cualquier explicación regional debe, por tanto, formularse como hipótesis y no como conclusión demostrada.

Relación entre salud física y salud emocional

Los hallazgos respaldan una relación estrecha entre experiencia física y estado emocional. El dolor persistente puede coexistir con ansiedad, depresión, estrés e insomnio, y estas dimensiones pueden a su vez modificar la percepción del dolor y la capacidad de afrontamiento. Rodríguez-Lozano et al. (2022) es especialmente ilustrativo: las mujeres con dolor no cíclico presentaron mayor desregulación emocional aun cuando la intensidad del dolor no difería de manera significativa, lo que sugiere que la persistencia y predictibilidad del síntoma podrían ser clínicamente relevantes. Osaki y Oliveira (2024) añadieron una asociación entre estrés percibido, dolor y cortisol, mientras que los análisis de Moreira et al. (2023, 2024) mostraron rutas mediadas por catastrofización, afecto, componentes sensoriales del dolor y estrés.

Esta relación debe expresarse con prudencia. La mayoría de los estudios no permite afirmar que la endometriosis cause depresión o ansiedad de manera unidireccional; lo que demuestran es coexistencia, asociación o cambio conjunto de variables. La evidencia sugiere que la evaluación clínica debería incorporar preguntas sobre salud mental, sueño, sexualidad, funcionamiento y afrontamiento, especialmente cuando el dolor es intenso o persistente. Esta perspectiva coincide con la revisión internacional de Szyplowska et al. (2023), que identificó una relación compleja entre endometriosis, síntomas ansioso-depresivos y calidad de vida.

Calidad de vida como resultado multidimensional

La calidad de vida emerge como un resultado multidimensional que no puede explicarse exclusivamente mediante una escala de dolor. Los estudios basados en EHP y SF-36 documentan afectación simultánea de bienestar emocional, interacción social, vitalidad, trabajo, infertilidad y relaciones sexuales (Lavor et al., 2024; Nogueira et al., 2023; Pessoa de Farias Rodrigues et al., 2020; Yela et al., 2020). Matías-González et al. (2022) muestra además que el estigma y la autoestima forman parte de la experiencia de calidad de vida, y da Luz et al. (2025) evidencia que variables motivacionales se relacionan con la participación en actividad física. En consecuencia, dos mujeres con la misma puntuación de dolor podrían diferir sustancialmente en sueño, sexualidad, fertilidad, apoyo social, capacidad laboral y bienestar emocional.

El uso de instrumentos específicos de endometriosis, como EHP-30 y EHP-5, permite captar áreas que los cuestionarios genéricos pueden representar de forma menos detallada, mientras que el SF-36 facilita comparaciones con otras enfermedades crónicas. La coexistencia de ambos enfoques es una fortaleza de la literatura revisada, pero la diversidad instrumental dificulta comparaciones cuantitativas directas. Esta heterogeneidad respalda la elección de una síntesis narrativa y desaconseja derivar un único valor regional de deterioro de calidad de vida.

Situación de América Latina y comparación con evidencia internacional

El principal hallazgo regional no es una diferencia clínica entre países, sino la ausencia de una base comparativa suficientemente distribuida. Brasil produjo 19 de los 21 estudios directos, mientras que México aportó uno y la evidencia multinacional directa se limitó a una encuesta de 169 mujeres. No se identificó una base comparable de estudios nacionales de Ecuador, Colombia, Argentina, Chile o Perú dentro del corpus elegible. Por ello, América Latina no puede tratarse

como una población homogénea ni el patrón brasileño puede asumirse como representativo de todos los sistemas sanitarios, grupos culturales o perfiles sociodemográficos regionales.

La evidencia internacional ofrece un marco de contraste. WHO (2025) reconoce el impacto de la endometriosis sobre dolor, infertilidad, relaciones sexuales, defecación, micción y salud mental, y señala que el acceso al diagnóstico temprano y a tratamientos eficaces es limitado en muchos entornos. Zondervan et al. (2020) destacan igualmente la heterogeneidad sintomática y la necesidad de considerar la enfermedad más allá de la lesión anatómica. Los resultados latinoamericanos revisados son congruentes con ese marco general, pero la concentración en Brasil impide saber si la magnitud del deterioro emocional, sexual, laboral o del retraso diagnóstico es equivalente en los demás países de la región.

Implicaciones para la práctica clínica y la salud pública

La práctica clínica debería priorizar el reconocimiento del dolor menstrual incapacitante, el dolor pélvico persistente y la dispareunia como síntomas que justifican evaluación, evitando su normalización. La alta coexistencia de dolor, ansiedad, depresión, estrés e insomnio apoya un enfoque interdisciplinario con ginecología, manejo del dolor, salud mental, fisioterapia de piso pélvico y atención de salud sexual y reproductiva según las necesidades de cada paciente. Los hallazgos de da Silva et al. (2023) justifican valorar el piso pélvico, mientras que Silva et al. (2024), Yela et al. (2020) y Pereira y Kulak (2025) respaldan incorporar sexualidad y calidad de vida en la evaluación clínica rutinaria.

Desde salud pública, la revisión señala la necesidad de educación sanitaria, capacitación de atención primaria, rutas de derivación claras, acceso a servicios especializados y generación de registros epidemiológicos regionales. La falta de estimaciones país-específicas de retraso diagnóstico es especialmente problemática porque impide medir desigualdades y evaluar políticas de mejora. Asimismo, las implicaciones laborales y educativas requieren mayor investigación, ya que la evidencia directa incluida aborda actividad física, trabajo como dominio de calidad de vida y dolor incapacitante, pero no proporciona suficientes mediciones comparables de ausentismo, presentismo o costos económicos en América Latina.

Conclusiones

La evidencia publicada entre 2020 y 2025 muestra que la endometriosis se relaciona con una carga multidimensional en mujeres latinoamericanas: dolor pélvico, dismenorrea, dispareunia, alteraciones del piso pélvico, insomnio y limitaciones de actividad coexisten con ansiedad, depresión, estrés, estigma y deterioro de la calidad de vida. El patrón más consistente fue la asociación entre mayor intensidad o persistencia del dolor y peores resultados físicos, emocionales y de calidad de vida. La sexualidad, la fertilidad y el funcionamiento social también forman parte de esta carga. Algunos estudios de seguimiento o intervención mostraron mejorías después de cirugía, electroterapia, mindfulness o terapia cognitivo-conductual, pero estos hallazgos deben interpretarse dentro de las características específicas de cada muestra y no como evidencia de eficacia universal.

En respuesta directa a la pregunta de investigación, la evidencia científica de 2020–2025 describe una relación consistente entre endometriosis, peor salud física, mayor carga emocional y menor calidad de vida en las poblaciones latinoamericanas estudiadas. El dolor severo o persistente aparece como el factor clínico más repetidamente asociado con ansiedad, depresión, estrés, insomnio, dificultades sexuales y menor calidad de vida; la infertilidad y el estigma pueden aumentar la afectación en determinadas poblaciones. Sin embargo, la evidencia regional es desigual: de 21 estudios directos, 19 correspondieron a Brasil, uno a México y uno a una muestra de 14 países latinoamericanos y caribeños. Por ello, los resultados permiten describir con mayor seguridad la evidencia brasileña y algunas señales regionales, pero no sostienen generalizaciones uniformes para toda América Latina.

Las principales limitaciones de esta revisión fueron la concentración geográfica de los estudios, el predominio de diseños transversales, la heterogeneidad de instrumentos, tamaños de muestra muy variables, la utilización frecuente de autorreporte y la posibilidad de que algunas publicaciones correspondan a cohortes o ensayos relacionados. Además, dos informes regionales relevantes combinaron América Latina con España y se mantuvieron únicamente como evidencia complementaria; tampoco se identificó información suficiente para estimar de manera precisa el retraso diagnóstico, los costos o el impacto laboral por país. El periodo 2020–2025 y el uso de un corpus primario exportado de Dimensions limitan la exhaustividad potencial. Se requiere fortalecer la investigación latinoamericana mediante estudios multicéntricos, longitudinales y

metodológicamente robustos que permitan comparar países, medir desigualdades de acceso y evaluar de forma integrada dolor, salud mental, sexualidad, fertilidad, productividad y calidad de vida.

Referencias

- Andres, M. P., Riccio, L. G. C., Abrao, H. M., Manzini, M. S., Braga, L., & Abrao, M. S. (2024). Visual Analogue Scale Cut-off Point of Seven Represents Poor Quality of Life in Patients with Endometriosis. *Reproductive Sciences*, 31(4), 1146-1150. <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01406-6>
- da Luz, C. M., Matias, T. S., de Paula, R. R., Araujo, J., Nascimento, F. C., de Oliveira, Y. V., Camargos, E., Freitas, C. D., & Karloh, M. (2025). Six to seven times less likely to be physically active: Low self-determination and basic psychological needs support in women with endometriosis—A cluster analysis. *PLOS ONE*, 20(8), e0330446. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0330446>
- da Silva, J. P., de Almeida, B. M., Ferreira, R. S., de Paiva Oliveira Lima, C. R., Barbosa, L. M. Á., & Ferreira, C. W. S. (2023). Sensory and muscular functions of the pelvic floor in women with endometriosis – cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 308(1), 163-170. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07037-1>
- de Barros Meneguetti, M., Silva, F. P., Dias, G. N., Benetti-Pinto, C. L., & Yela, D. A. (2023). Assessment of quality of life and psychological repercussions in women with endometriosis according to pain intensity. *Psychology Health & Medicine*, 28(3), 660-669. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2121972>
- de França Moreira, M., Gamboa, O. L., & Oliveira, M. A. P. (2023). Cognitive-affective changes mediate the mindfulness-based intervention effect on endometriosis-related pain and mental health: A path analysis approach. *European Journal of Pain*, 27(10), 1187-1202. <https://doi.org/10.1002/ejp.2149>
- de Souza, R. J., Vilella, N. R., & Oliveira, M. A. P. (2023). The relationship between pain intensity and insomnia in women with deep endometriosis, a cross-sectional study. *Sleep and Breathing*, 27(2), 441-447. <https://doi.org/10.1007/s11325-022-02622-1>

- de Souza, R. J., Brollo, L. C. S., Carrerette, F. B., Villela, N. R., & Oliveira, M. A. P. (2024). Challenges in measuring sleep quality among women with endometriosis: A comparison of two questionnaires. *Sleep Medicine*, 114, 250-254. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.01.008>
- Donatti, L., Podgaec, S., & Baracat, E. C. (2025). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in treating women with endometriosis and chronic pelvic pain: A randomized trial. *Journal of Health Psychology*, 30(5), 1004-1016. <https://doi.org/10.1177/13591053241240198>
- Flores, I., Torres-Reverón, A., Navarro, E., Nieves-Vázquez, C. I., Cotto-Vázquez, A. C., Alonso-Díaz, J. M., Bracero, N. J., & Vincent, K. (2024). Uncovering moderators of pain perception by women with endometriosis from Latin America and Spain: the roles of sociodemographics, racial self-identity, and pain catastrophizing. *Pain*, 165(9), 2111-2118. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003230>
- Flores-Caldera, I., Ramos-Echevarría, P. M., Oliveras-Torres, J. A., Santos-Piñero, N., Rivera-Mudafort, E. D., Soto-Soto, D. M., Hernández-Colón, B., Rivera-Hiraldo, L. E., Mas, L., Rodríguez-Rabassa, M., Bracero, N. J., Rolla, E., & Ibero-American Endometriosis Association (2021). Ibero-American Endometriosis Patient Phenome: Demographics, Obstetric-Gynecologic Traits, and Symptomatology. *Frontiers in Reproductive Health*, 3, 667345. <https://doi.org/10.3389/frph.2021.667345>
- Lavor, C. B. H., Neta, F. A. V., Viana, A. B., & Medeiros, F. D. C. (2024). The impact of surgical treatment for deep endometriosis: metabolic profile, quality of life and psychological aspects. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 46, e-rbgo42. <https://doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo42>
- Matías-González, Y., Sánchez-Galarza, A., Rosario-Hernández, E., Flores-Caldera, I., & Rivera-Segarra, E. (2022). Stigma and social support and their impact on quality of life and self-esteem among women with endometriosis in Latin-America and the Caribbean. *PLOS Global Public Health*, 2(12), e0001329. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001329>
- Mira, T. A. A., Yela, D. A., Podgaec, S., Baracat, E. C., & Benetti-Pinto, C. L. (2020). Hormonal treatment isolated versus hormonal treatment associated with electrotherapy for pelvic pain control in deep endometriosis: Randomized clinical trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 255, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.018>

- Moreira, M. D. F., Gamboa, O. L., & Oliveira, M. A. P. (2024). Mindfulness intervention effect on endometriosis-related pain dimensions and its mediator role on stress and vitality: a path analysis approach. *Archives of Women's Mental Health*, 27(1), 45-55. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01381-6>
- Nogueira, J., Melo, V. G., Lima, L. C. S., Costa, M. V. L. R., Silva, L. C., de Sousa Gomes, L. M. R., de Melo Freire, G. I., da Cunha Leal, P., de Oliveira, C. M. B., & Moura, E. C. R. (2023). Improved quality of life (EHP-30) in patients with endometriosis after surgical treatment. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69(8), e20230316. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230316>
- Nogueira, J., Melo, V. G., Lima, L. C. S., Mendes, A. B. C., Barreto, F. N., de Sousa Gomes, L. M. R., & da Cunha Leal, P. (2024). The impact of videolaparoscopic surgery in the treatment of endometriosis on depression levels. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 70(7), e20231651. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20231651>
- Osaki, J. D., & Oliveira, M. A. P. (2024). What Is Behind? Impact of Pelvic Pain on Perceived Stress and Inflammatory Markers in Women with Deep Endometriosis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(10), 2927. <https://doi.org/10.3390/jcm13102927>
- Pereira, J. O., & Kulak, J. (2025). Exploring endometriosis before surgical treatment: unraveling pain, sexual function and quality of life patterns. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 47, e-rbgo47. <https://doi.org/10.61622/rbgo/2025rbgo47>
- Pessoa de Farias Rodrigues, M., Lima Vilarino, F., de Souza Barbeiro Munhoz, A., da Silva Paiva, L., de Alcantara Sousa, L. V., Zaia, V., & Parente Barbosa, C. (2020). Clinical aspects and the quality of life among women with endometriosis and infertility: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 20(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00987-7>
- Ribeiro, H. S. A. A., de Paiva, A. M. F., da Costa Porto Taliberti, B., Gonçalves, A. L. L., Condes, R. P., & Ribeiro, P. A. G. A. (2021). Psychological Problems Experienced by Patients with Bowel Endometriosis Awaiting Surgery. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 43(09), 676-681. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735938>
- Rodríguez-Lozano, D. C., Meza-Rodríguez, M. D. P., Cruz-Orozco, O. P., Sánchez-Ramírez, B., Olguin-Ortega, A., Silvestri-Tomassoni, J. R., Corona-Barsse, G., Escobar-Ponce, L. F., Solis-

- Paredes, J. M., Dominguez-Trejo, B., & Camacho-Arroyo, I. (2022). Emotional dysregulation in women with endometriosis with cyclical and non-cyclical chronic pelvic pain. *BMC Women's Health*, 22(1), 525. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02066-5>
- Silva, F. P., Yela, D. A., de Barros Meneguetti, M., Torelli, F., Gibran, L., & Benetti-Pinto, C. L. (2024). Assessment of quality of life, psychological aspects, and sexual function of women with endometriosis according to pain and infertility: a cross sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2741-2749. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07464-8>
- Szypłowska, M., Tarkowski, R., & Kułak, K. (2023). The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1230303. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1230303>
- World Health Organization. (2025). Endometriosis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
- Yela, D. A., de Paula Quagliato, I., & Benetti-Pinto, C. L. (2020). Quality of Life in Women with Deep Endometriosis: A Cross-Sectional Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(02), 090-095. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1708091>
- Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Missmer, S. A. (2020). Endometriosis. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1244–1256. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>