



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2024-2025
Trabajo de Fin de Grado

**IMPACTO DEL SÍNDROME DEL
OVARIO POLIQUÍSTICO EN LA
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA.**

SARA GARCÍA DE LA FUENTE

Tutora: Mónica García García

RESUMEN:

Introducción: el Síndrome de Ovario Poliquístico es una alteración endocrina metabólica que afecta a las mujeres en edad reproductiva, iniciándose los primeros síntomas en la adolescencia. Es un síndrome con elevada prevalencia, difícil de diagnosticar y tiene múltiples alteraciones tanto físicas, como infertilidad, hirsutismo, acné e irregularidades menstruales como psicológicas como ansiedad, depresión y estrés. En los últimos años han aumentado los problemas mentales, siendo importante tratar las 3 esferas del paciente: física, mental y social.

Objetivo: revisar el impacto del Síndrome de Ovario Poliquístico en el desarrollo de trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión.

Material y métodos: se ha realizado una revisión bibliográfica con metodología sistemática sobre las mujeres que padecen este problema y presentan ansiedad y depresión en la base de datos de MEDLINE (vía PubMed). Se han incluido aquellos artículos que midan el impacto de la ansiedad y la depresión y lo relacionen con las comorbilidades del Síndrome de Ovario Poliquístico, y se ha enfocado únicamente en mujeres mayores de 18 años.

Resultados: tras aplicar la estrategia de búsqueda, se han seleccionado 12 artículos para el estudio. Estos se han dividido de la siguiente manera: prevalencia de la ansiedad y depresión, obesidad, sobrepeso y emociones asociadas, los síntomas hormonales del síndrome y la terapia cognitivo-conductual y el Mindfulness.

Conclusiones: es necesario formar personal cualificado para atender y apoyar a las mujeres con este problema con el fin de evitar todas las comorbilidades asociadas

Palabras clave: “Síndrome de Ovario Poliquístico”, “Ansiedad”, “Depresión” “Obesidad”, “Infertilidad”.

ABSTRACT:

Introduction: Polycystic Ovary Syndrome is a metabolic and endocrine disorder that affects women of reproductive age, with initial symptoms typically appearing during adolescence. It is a highly prevalent syndrome, difficult to diagnose, and has multiple physical and psychological disorders, such as infertility, hirsutism, acne, and menstrual irregularities, as well as psychological disorders such as anxiety, depression, and stress. Mental health problems have increased in recent years, making it important to treat all three aspects of the patient's life: physical, mental, and social.

Objective: To review the impact of Polycystic Ovary Syndrome on the development of emotional disorders such as anxiety and depression

Material and methods: A systematic literature review was conducted using the MEDLINE database (via PubMed) focusing on women diagnosed with Polycystic Ovary Syndrome who also experience anxiety and depression. The included articles measure the impact of these psychological conditions and relate them to PCOS-related comorbidities. The review was limited to women over 18 years of age.

Results: After applying the search strategy, 12 articles were selected for the study. These were divided into five key areas: the prevalence of anxiety and depression, obesity and overweight with associated emotional aspects, physical symptoms of the syndrome, and the use of cognitive-behavioral therapy and mindfulness.

Conclusions: It is necessary to train qualified professionals to support and care for women affected by this condition in order to prevent associated comorbidities and improve their quality of life.

Key words: "Polycystic Ovary Syndrome", "Anxiety", "Depression", "Obesity", "Infertility".

ÍNDICE

Índice de tablas	I
Índice de figuras	I
Índice de abreviaturas	I
Introducción	1
Justificación	6
Objetivos	7
Metodología	8
• Diseño	8
• Fuentes de datos y Estrategia de búsqueda	8
• Criterios de elegibilidad	9
• Extracción de datos	10
Resultados	11
• Ansiedad y depresión	16
• SOP, obesidad y emociones	17
• Alteraciones hormonales	18
• Calidad de vida	19
• Terapias no farmacológicas	20
Discusión	23
• Limitaciones y fortalezas	25
• Futuras líneas de investigación	25
• Aplicaciones en la práctica clínica	26
Conclusiones	27
Bibliografía	28
Anexos	33

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Esquema PICO	9
Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión	9
Tabla 3. Principales características de los estudios seleccionados como resultados de esta revisión bibliográfica	13

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estimaciones de la prevalencia del síndrome de ovario poliquístico en Europa (2016)	1
Figura 2: Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. PRISMA 2020	11

ÍNDICE ANEXOS

Anexo 1: Escala de Ferriman-Gallwey modificada	33
Anexo 2: Prevalencia de los fenotipos según los criterios diagnósticos de Rotterdam	33

INDICE DE ABREVIATURAS

SOP: Síndrome Ovario Poliquístico.

OMS: Organización Mundial De La Salud

IR: Insulinoresistencia.

INS: Instituto Nacional De La Salud

HA: Hiperandrogenismo

MOP: Morfología De Ovario Poliquístico.

CVRS: Calidad De Vida Relacionada Con La Salud

IMC: Índice De Masa Corporal

AP: Atención Primaria

INTRODUCCIÓN.

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) fue descrito por Stein y Leventhal (1935) en mujeres que presentaban oligomenorrea, hirsutismo, obesidad y un incremento en el tamaño de ovarios poliquísticos ¹.

Es un trastorno endocrino-metabólico frecuente en mujeres en edad reproductiva. Su causa se desconoce, pero se manifiesta heterogéneamente en forma de alteraciones reproductivas, metabólicas, psicológicas y obstétricas. El diagnóstico precoz es muy importante, dado el riesgo elevado que tienen estas pacientes de desarrollar hiperplasia y neoplasia endometrial. ^{2,3}

Respecto a la prevalencia y repercusión en la sociedad:

- Afecta al 8 - 13% de mujeres en edad fértil (OMS).
- Más de 116 millones de mujeres en el mundo padecen el síndrome.
- En adolescentes supone un 11% aproximadamente según los diagnósticos del INS ².
- En España (2016), hubo 132,35 casos por cada 100.000 habitantes.
- Coste sanitario en Europa 23.000 millones de €/año.⁴

Prevalence of polycystic ovary syndrome in Europe (2016)

Cases per 100,000

below 200 400 above

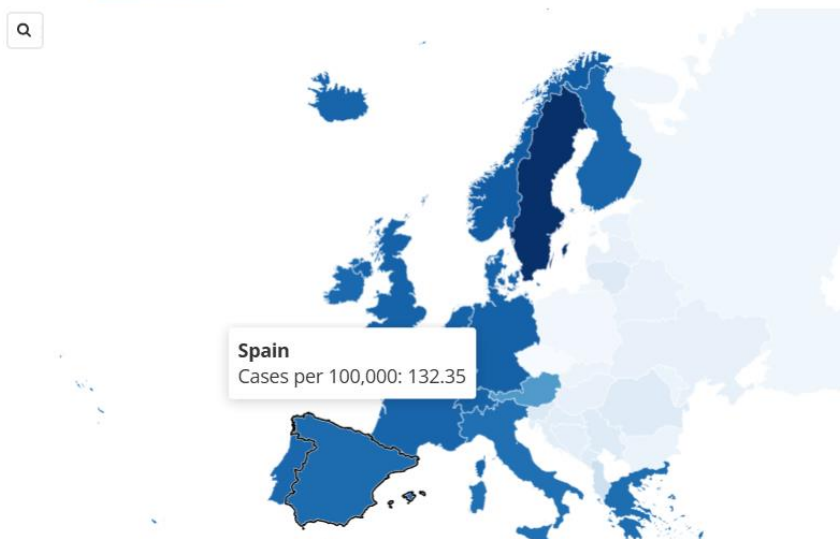


Figura 1: *Estimaciones de la prevalencia del síndrome de ovario poliquístico en Europa (2016)*⁴

Los síntomas pueden originarse por la interacción de factores ambientales y predisposición genética, manifestándose desde las primeras etapas de la vida, entre ellos destacamos:

a) Psicológicos:

Alta prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos alimentarios: El 31% de las mujeres con SOP sufre depresión y el 16,6% tienen trastornos del estado de ánimo, lo que significa que aproximadamente el 56,6% de afectadas tienen problemas de salud mental frente al 8-13% de la población general ⁵.

Afecta la autoestima, la imagen corporal y las relaciones sociales: Aparece fatiga, bajo estado de ánimo, trastornos del sueño. Hay más riesgo de sufrir problemas de la conducta alimenticia y una peor respuesta al estrés.

La prevalencia mundial se estima entre el 6,6%, siendo en nuestro país del 6,5%.

6

b) Reproductivos y hormonales:

Irregularidades menstruales: oligomenorrea (periodos menos frecuentes), amenorrea (ausencia de periodos).

Infertilidad: Dificultad para concebir debido a la anovulación crónica, hoy en día es la causa del 80% por anovulación. ⁷

Hirsutismo: es el síntoma más común en aquellas que lo padecen, teniendo una prevalencia del 70 al 80%. Las afectadas presentan vello en gran cantidad siguiendo un patrón masculino de distribución, afectándolas emocionalmente. ⁸

Para evaluar su magnitud se han diseñado escalas, la más conocida es la de *Ferriman y Gallwey* utilizada desde el año 1967. Es una escala subjetiva visual que divide el cuerpo en 9 áreas y cada una la cuantifica del 0 al 4 dependiendo de la cantidad de vello. Se considera hirsutismo cuando se alcanza una puntuación igual o mayor de 8. ⁹

Acné: Inflamatorio y persistente, en el que se ve influido la genética y el medio ambiente. El 35-38% de las mujeres con SOP sufre acné.

Alopecia androgénica: pérdida de cabello gradual, hay un exceso en la producción de andrógenos que acortan la fase de crecimiento del cabello (**fase anágena**) y prolongan la fase de caída (**fase telógena**), provocando un adelgazamiento progresivo, siendo su prevalencia 20- 30%.

Ambos, afectan sobre todo a la esfera psicológica, disminuyendo su calidad de vida y alterando su estado de ánimo. Tienen más riesgo de desarrollar depresión, ansiedad o problemas con la conducta alimentaria y la autoestima.

Acanthosis Nigrans: trastorno dermatológico caracterizado por un aumento de la pigmentación e hipertrofia de la piel, manifestada usualmente por obscurecimiento y endurecimiento de la piel del cuello, axila e ingles. Está asociada a la IR. ¹⁰

c) Alteraciones metabólicas:

Hay una alta prevalencia de resistencia a la insulina, obesidad abdominal y diabetes tipo 2: el cuerpo responde de manera incorrecta a la insulina, y se acumula en forma de grasa en la zona abdominal, esto produce mayor inflamación y disfunción metabólica. Entre el 50-65% de las pacientes con SOP sufren obesidad y la hiperinsulinemia está presente hasta en un 80% de los casos.

Hay un elevado riesgo cardiovascular. Asimismo, disminuyen las posibilidades de tener una gestación sin complicaciones teniendo más probabilidades de abortar. ¹¹

Diagnóstico:

A lo largo de los años se han propuesto diferentes **criterios diagnósticos** para el SOP con el fin de unificarlos.

a) Criterios NIH (1990): reconocidos como la primera definición útil de SOP.

- Hiperandrogenismo + Oligoovulación.

b) Criterios de Rotterdam (2003), es el más usado hoy en día a nivel mundial definiéndole como: *síndrome de disfunción ovárica*. Se tienen que cumplir 2 de 3 criterios:

- Hiperandrogenismo

- Oligo/ anovulación
- Morfología ovárica poliquística (MOP)

Fenotipos:

- A o Clásico: HA + Disfunción ovulatoria + MOP
- B o Clásico sin criterios ecográficos: HA + Disfunción ovulatoria
- C u Ovulatorio: HA + MOP
- D o SOP sin hiperandrogenismo: Disfunción ovulatoria + MOP

c) AE-PCOS (2009): define el síndrome como *un desorden de exceso de andrógenos en la mujer*

- Hiperandrogenismo obligatorio + oligoovulación o MOP.

Exclusión previa de otras patologías: hiperprolactinemia, tiroides, hiperplasia suprarrenal congénita, tumores productores de andrógenos, síndrome de Cushing, y otras formas hiperandrogenismo. ^{12,13,14}

Tratamiento:

a) No farmacológico:

Seguir una alimentación saludable, una dieta hipocalórica y modificar el estilo de vida ayudan a reducir peso y el riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2, recuperando más fácilmente una distribución de grasa corporal adecuada, disminuyendo los factores de riesgo metabólico.

Bajar entre un 5-10 % de peso, aumenta las posibilidades de un embarazo espontáneo, restableciéndose la función ovárica en el 50% de las mujeres. ¹⁴

a) Farmacológico:

En casos donde las medidas convencionales como la pérdida de peso, la dieta y el ejercicio físico, no han sido eficaces, y en mujeres delgadas que presentan insulinoresistencia, se administra Metformina, mejorando la sensibilidad a insulina y la ovulación, disminuyendo así la concentración de andrógenos. Debe administrarse junto a un suplemento de vitamina B, porque produce su deficiencia.

Inducción de ovulación: para resolver los problemas de infertilidad, con el fin de inducir ciclos ovulatorios normales. Los más comunes: Citrato de Clomifeno o Inhibidores de Aromatasa como es el Letrozol. (15)

Anticonceptivos orales: Con el fin de resolver los síntomas de hiperandrogenismo y los cambios menstruales, es el principal tratamiento a largo plazo. Disminuyendo la formación de andrógenos ováricos, incrementa la concentración de la hormona SHBG (Globulina fijadora de las hormonas sexuales) y se evita el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio.

14,15

JUSTIFICACIÓN:

Se calcula que el SOP afecta aproximadamente al 8–13 % de las mujeres en edad reproductiva, siendo una de las alteraciones endocrinas más frecuentes en esta población. Este trastorno no solo tiene implicaciones físicas, como la irregularidad menstrual, hiperandrogenismo y la presencia de ovarios poliquísticos, sino que también influye en bienestar psicológico y emocional. Ignorar estos aspectos psicológicos puede limitar la efectividad de los tratamientos y empeorar el pronóstico general.

Numerosos estudios han evidenciado una **mayor incidencia de trastornos de ansiedad y depresión** en mujeres con SOP por lo que es un punto de inflexión en el que se debe profundizar, con el fin de mejorar las opciones de tratamiento y fomentar el apoyo para reducir los factores que conducen a más complicaciones.

Es importante aumentar la conciencia pública sobre esta afección común ya que, muchas veces solo se centra en los síntomas físicos, dejando de lado las necesidades emocionales de las pacientes.

La mayoría de las mujeres con SOP están sobremedicalizadas por la complejidad y las comorbilidades asociadas, recurriendo de forma temprana a tratamientos hormonales. Esto difiere con las recomendaciones actuales, que proponen **empezar con intervenciones no farmacológicas** como primera línea terapéutica y reservar el tratamiento farmacológico para cuando estas medidas no sean efectivas.

El **papel de la enfermería** es importante para promocionar la salud en forma de EPS, desarrollar programas para mejorar el estilo de vida de las mujeres y prevenir de forma temprana las posibles complicaciones y comorbilidades asociadas al trastorno.

Es importante tratar de manera **individual** a aquellas que padecen SOP porque mejora la adherencia terapéutica y reduce el impacto emocional. Esto se consigue proporcionando cuidados continuos de manera prolongada y personalizados que aborden las **necesidades físicas, emocionales y sociales**, para seguir de cerca la evolución de la enfermedad.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es revisar el impacto del Síndrome de Ovario Poliquístico en el desarrollo de trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión.

Objetivos específicos:

- Identificar cómo la obesidad afecta a la imagen corporal y autoestima y contribuye al desarrollo de síntomas ansioso-depresivos
- Describir la relación entre los síntomas físicos del SOP y los niveles de ansiedad y depresión en mujeres con SOP.
- Analizar la relación entre el SOP y la calidad y estilo de vida de las mujeres que lo padecen.
- Evaluar el impacto del tratamiento no farmacológico en las mujeres con SOP.

METODOLOGÍA

Diseño:

El diseño de este TFG es una revisión bibliográfica con metodología sistemática centrada en los estudios más recientes sobre las mujeres que padecen SOP y presentan ansiedad y depresión. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PubMed.

Fuentes de datos y Estrategia de búsqueda:

La base de datos utilizada para realizar este estudio ha sido **MEDLINE** (vía **PubMed**). La búsqueda se llevó a cabo entre enero y marzo de 2025.

Se utilizaron los siguientes **términos MeSH** (Medical Subject Headings): *“anxiety”, “depression”, “mental health”, “mental problems”, “psychiatric disorder”, “lifestyle”, “quality of life”* **PCOS**, *“Polycystic Ovary Syndrome”*, y los **DeCS** (Descriptores en Ciencias de la Salud): *“ansiedad”, “depresión”, “salud mental”, “Síndrome de ovario poliquístico”, “SOP”, “trastornos psiquiátricos”, “estilo de vida”, “calidad de vida”*.

Estos descriptores se han combinado con los **operadores booleanos** “AND” y “OR”. Finalmente, para tener una búsqueda más concreta, se añadieron los siguientes **filtros**: “humans”, “english”, “spanish”.

La estrategia de búsqueda seleccionada fue la siguiente:

((("Polycystic Ovary Syndrome"[MeSH Terms] OR "SOP"[MeSH Terms]) AND "anxiety"[MeSH Terms]) OR "depression"[MeSH Terms] OR "mental health"[MeSH Terms] OR "lifestyle"[MeSH Terms] OR "quality of life "[MeSH Terms]).

Esta se reprodujo por última vez el 22 de marzo de 2025.

Para llevar a cabo la estrategia de búsqueda se realiza un esquema PICO, reflejado en la tabla 1 y se utiliza como pregunta de investigación: ¿Está asociada la patología psiquiátrica al síndrome de ovario poliquístico?

Tabla 1: Esquema PICO (elaboración propia)

P: población de estudio	I: Intervención	C: Comparación	O: Outcome/Resultados
Mujeres con SOP y ansiedad/depresión	Identificar si el SOP está asociado a alteraciones como depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, etc.	Comparar la prevalencia de patologías psiquiátricas entre mujeres con y sin SOP	Consecuencias del SOP en la vida diaria

Se diseñó este estudio tomando como guía los criterios PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)

Criterios de elegibilidad:

Para seleccionar los artículos más relevantes se fijaron unos criterios de inclusión y de exclusión, recogidos en la tabla 2.

Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión (elaboración propia).

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
• Artículos en español o inglés. • Estudios que evalúan el impacto o el manejo de comorbilidades psiquiátricas • Población estudio que tenga más de 18 años.	• Artículos duplicados • Estudios que no se centraron en mujeres con SOP y las patologías psiquiátricas. • Artículos de pago o de acceso restringido. • Estudios en adolescentes.

Recopilación de datos:

Para seleccionar los artículos, se revisaron los títulos y los resúmenes de estos y posteriormente, se analizó a texto completo cada artículo.

Extracción de datos:

Tras la selección de los artículos a estudiar, se realizó una extracción de la información más relevante de cada uno de ellos: autor, año de publicación, referencia, diseño, muestra y principales resultados (ver *tabla 3*).

RESULTADOS:

Tras la búsqueda inicial se recuperaron 626 artículos, se realizó una selección de los artículos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión. En primer lugar, tras revisar **sus títulos**, se excluyeron 522, y de los 104 artículos restantes, se excluyeron 79 tras la **lectura de sus resúmenes**. Finalmente, se leyeron **25 artículos a texto completo** y, aplicando los criterios de elegibilidad mencionados anteriormente, 12 de ellos fueron seleccionados para ser incluidos en la revisión. La figura 2 muestra el diagrama de flujo que detalla el proceso de selección de artículos, según las recomendaciones de la metodología PRISMA.

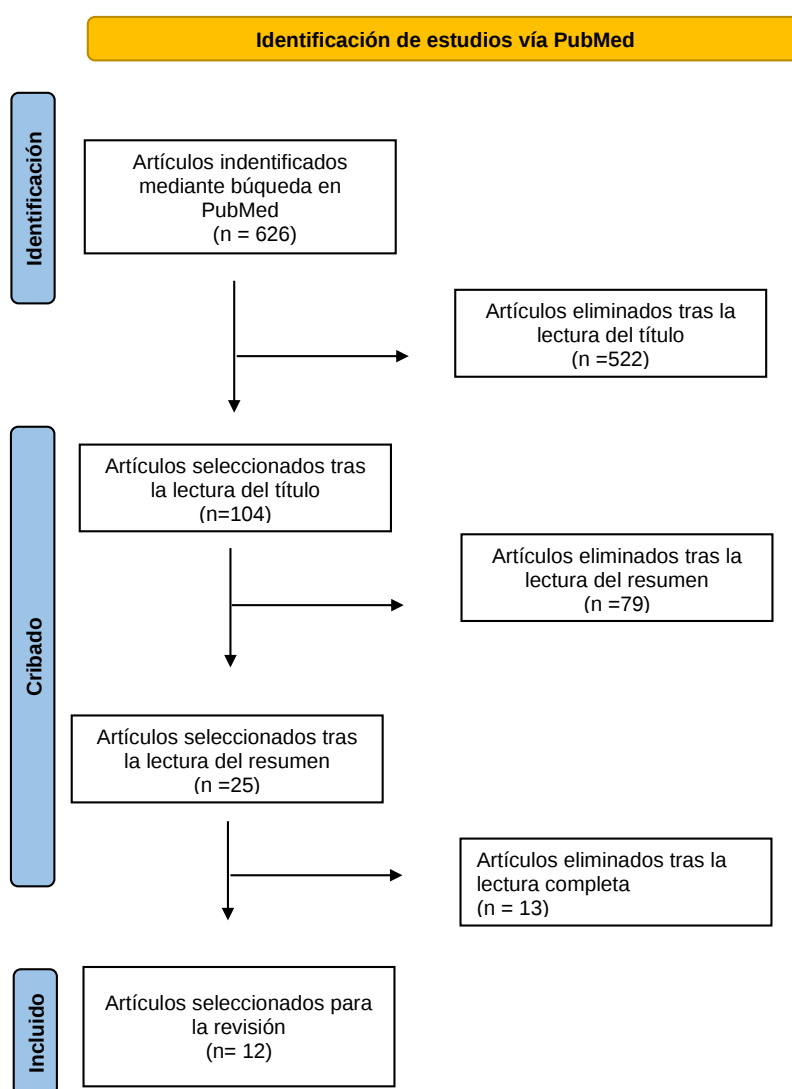


Figura 2: Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. PRISMA 2020 (elaboración propia).

Desarrollo del contenido:

En la tabla 3 se muestran las características principales de los estudios seleccionados como resultado en esta revisión (autor y año, país, tipo de estudio, número de la muestra, criterio diagnóstico y resultados).

Los principales resultados obtenidos en este estudio trataban sobre la prevalencia de la ansiedad y depresión (16-18), la obesidad, el sobrepeso y las emociones (17-20), síntomas hormonales del SOP (21,22) el estilo y calidad de vida de las mujeres con el síndrome (23-24) y las terapias cognitivo-conductuales y el mindfulness para tratar el síndrome (25-27).

De los resultados encontrados, 2 fueron realizados en la India (16, 24), 2 en Polonia (17,23), 1 en Filipinas (21), 1 en Arabia Saudita (18), 3 en Irán (22, 24 y 26), 2 en Pensilvania (18 y 27) y 1 en Suecia (25).

Tabla 3. Principales características de los estudios seleccionados como resultados de esta revisión bibliográfica. (N=12) artículos

Autor, Año, y referencia	País	Diseño de revisión	Tamaño de la muestra	Criterios diagnósticos utilizados	Principales resultados
D. Joshi et Al. (2021) (16)	India	Estudio observacional transversal	105	Rotterdam	La ansiedad y depresión tendrá una prevalencia más alta en mujeres con SOP. Además, tendrán mayor preocupación con su imagen corporal y autoestima
Dybciak et Al. (2021) (17)	Polonia	Estudio Casos y Controles	230 SOP 199 sin SOP	Rotterdam	Aquellas con SOP llevarán a cabo estrategias pasivas para manejar la enfermedad. Además, sufrirán más alteraciones físicas y mentales que el grupo sano.
K. Almeshari et Al. (2021) (18)	Arabia saudita	Estudio transversal	250 SOP	----	Se identificó la prevalencia de la depresión y ansiedad y se relacionó con el estado civil y los síntomas físicos y psíquicos del síndrome.
Kataoka et Al. (2024) (19)	Suecia	4 estudios siendo el 1 el principal: estudio clínico prospectivo.	Estudio 1: - 63 SOP - 183 sin SOP Estudio 2-4: -174 SOP - 228 sin SOP	Estudio 1: NIH Estudio 2: Rotterdam	Se analizará la CVRS y los síntomas depresivos y ansiosos en mujeres con SOP y obesidad.

Alkheyr et Al. (2024) (20)	Irán.	Estudio descriptivo transversal	12.199 - 3.329 SOP. - 8870 sin SOP	-----	Se utilizaron las redes sociales para enviar diferentes cuestionarios, que valorarían los síntomas clínicos del SOP y la autoestima y percepción que tenían las mujeres encuestadas.
J.Cupino et Al. (2024) (21)	Filipinas	Estudio transversal	253 SOP	Rotterdam	Se observó que la infertilidad, hirsutismo y dislipemia y la autopercepción que tenían sobre sí mismas eran factores predisponentes para desarrollar ansiedad o depresión.
Moghadam et Al. (2018) (22)	Irán	Estudio transversal	200	Rotterdam	El hirsutismo, las alteraciones menstruales y la infertilidad son las manifestaciones que más impacto negativo tienen en la CVRS en las mujeres Iranies.
Rzońca et Al. (2018) (23)	Polonia	Estudio transversal	504 -250 SOP -254 sin SOP	Rotterdam	La CVRS y satisfacción de vida en el grupo de estudio está disminuida en comparación con el grupo control.
Samarth Rao et Al. (2022) (24)	India	Análisis descriptivo	4409	-----	Se evaluó a nivel mundial la calidad de vida, las inquietudes del SOP, las estrategias y búsqueda de tratamiento a través de diferentes cuestionarios. Se observa la relación entre el peso, las emociones, el ciclo menstrual con una disminución en la calidad de vida.
Amirshahi et Al. (2024) (25)	Irán	Estudio semiexperimental	45 SOP	-----	Se evaluará cómo influye la TCC y la TCE sobre la imagen corporal, la ansiedad y la depresión y cuál de las dos es más efectiva.

G. Cooney et Al. (2018) (26)	Pensilvania	Estudio piloto clínico aleatorizado	15	NIH	Se evalúa el efecto de la TCC como suplemento para un cambio en el estilo de vida sobre los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con sobrepeso y obesidad.
Raja-Khan et Al. (2016) (27)	Pensilvania	Ensayo piloto controlado aleatorizado	86 - 31 SOP - 55 sin SOP	NIH	La terapia de Mindfulness es eficaz como tratamiento en mujeres con SOP y sobrepeso u obesidad para reducir el estrés y los factores asociados al síndrome.

Ansiedad y la depresión en mujeres con SOP:

1. Alta prevalencia de síntomas psicológicos:

Diferentes estudios ¹⁶⁻¹⁸ examinan la prevalencia de los aspectos psicológicos del síndrome como la depresión y la ansiedad. Tras la lectura de los estudios seleccionados, todos ellos concuerdan que las mujeres con SOP sufren más depresión y ansiedad que las mujeres sanas.

En el estudio de D Joshi et Al. ¹⁶ Más del 50% de las mujeres con SOP presentaban ansiedad o depresión. Muchas no buscaban ayuda profesional a pesar de la sintomatología.

2. Estrategias de afrontamiento inadecuadas:

Predominan las respuestas pasivas (se centran en las emociones), como la negación y la autculpa en las mujeres con SOP y ansiedad y depresión. Los sujetos no buscaban soluciones para solventar los síntomas.

Por el contrario, el grupo control usa estrategias activas (centradas en el problema) como la aceptación y el apoyo emocional. ¹⁷

3. Factores que agravan los síntomas:

Según aumenta la edad, se va agravando la sintomatología ansiosa- depresiva.

Desarrollar estos síntomas mentales está asociada a la cronicidad del síndrome, a la inseguridad del tratamiento y a las alteraciones clínicas y comorbilidades como el hirsutismo (altera la autoimagen corporal), el acné o las dificultades para concebir.

Además, entre el 10-14% tiene ideación y/o conducta suicida. ¹⁸

4. Importancia de un diagnóstico temprano:

Es fundamental detectar la morbilidad psiquiátrica, y emprender un tratamiento adecuado que abarque los aspectos físicos y psicológicos. Las escalas utilizadas son útiles para detectar rápidamente la posibilidad de desarrollar un trastorno mental.

Llevar a cabo intervenciones conductuales y psicológicas como tratamiento en los trastornos mentales puede disminuir los síntomas emocionales.

SOP, IMC, Obesidad Y Emociones:

1. IMC elevado y SOP:

La mayoría de los sujetos tienen un IMC más elevado y/o sufren obesidad o sobrepeso.

2. Factores sociales:

Vivir en un entorno rural, ser solteras y no tener hijos se asocian con mayor riesgo de alteraciones mentales.^{17,18}

3. En el estudio de Kataoka et Al:

Se analizó la CVRS y los síntomas depresivos y ansiosos en mujeres con SOP y obesidad.

Las manifestaciones clínicas como la obesidad y el hirsutismo se relacionan con ansiedad y depresión incluso sin diagnóstico de SOP.

La pérdida de peso mejora los síntomas, pero solo en mujeres sin SOP. En el estudio, se ha encontrado una asociación entre un IMC elevado, una menor CVRS y más síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con SOP. Está demostrado que una pérdida del 5-10% del peso reduce o alivia los síntomas del SOP, sin embargo, en el estudio, la pérdida de peso fue del 12%.¹⁹

4. Estudio en irán:

Utilizan las redes sociales para recopilar datos sobre los síntomas del SOP (como el ciclo menstrual, la infertilidad, el IMC,) la autoestima y la satisfacción con la imagen corporal.²⁰

Las mujeres con SOP tienden a tener obesidad, frente al peso bajo o normal de aquellas que no lo padecen.

5. Emociones:

El sobrepeso/ obesidad afecta negativamente a la autoestima y salud mental.

Evitan las interacciones sociales, sintiéndose menos atractivo y seguro con su apariencia física y evitan mirarse al espejo, aumentan los pensamientos negativos y empeoran la respuesta al estrés, adaptándose peor a la enfermedad y desarrollando emociones negativas. Si no se trata a este grupo, pueden desarrollar trastornos alimenticios y dismorfia corporal. Todo ello conlleva a una peor calidad de vida y morbilidad psicológica.

Síntomas hormonales del SOP:

La infertilidad, periodos irregulares, el hirsutismo, el acné y la testosterona son las esferas más afectadas en las mujeres con SOP.

1. Infertilidad:

Según el estudio de J.Cupino et Al entre el 21- 32% de las mujeres con SOP sufrían problemas de infertilidad y 77,61% dislipemia. Desarrollar ansiedad estaba correlacionada con la intolerancia a la glucosa y la infertilidad es la alteración del SOP que más se ha asociado con la depresión en estas pacientes. Estas mujeres tendrán niveles más altos de testosterona e insulina en ayunas en comparación con el grupo control. ²¹

Aproximadamente el 79% de las mujeres eran nulíparas según un estudio en India. ²⁴

2. Hirsutismo:

Las mujeres con SOP y sintomatología depresiva o ansiosa tienen más probabilidad de desarrollar hirsutismo, además suelen tener puntuaciones más altas en la escala de Ferriman-Gallwey.

El estudio de Moghadam et Al en Irán ²², concuerda con el anterior ²⁰, la mayoría tenía obesidad y/o sobrepeso. Igualmente tendrán irregularidades menstruales y problemas de fertilidad. Sus emociones y su CVRS se verán afectadas sobre todo por el hirsutismo, predictor de malestar psicológico en mujeres con SOP.

La menstruación, la infertilidad, la obesidad y el hirsutismo es lo que más preocupa en mujeres indias. ²⁴ Aquellas diagnosticadas de SOP sufrían trastornos del sueño y de la alimentación

Calidad de vida en mujeres con SOP:

Diferentes estudios ^{23,24} establecen que las mujeres con SOP tienen una **peor calidad de vida** (física, mental, social y ambiental) en comparación con las mujeres sanas.

En Polonia, se evaluará la CVRS y la satisfacción con la vida, en este caso, el grupo de estudio tendrá una CV en general más baja en todas las esferas; físico, mental, ambiental y social. ²³

1. Factores que la empeoran:

El tiempo desde el diagnóstico de SOP (de 1 a 5 años), cuanto más tiempo había pasado desde el diagnóstico, menor calidad de vida.

La infertilidad es uno de los problemas más comunes del síndrome. La incapacidad de poder concebir puede suponer una crisis de vida, afectando negativamente a su CVRS y una menor satisfacción.

La mayoría tras el diagnóstico no recibió apoyo emocional, información sobre las complicaciones a largo plazo o consejos para la dieta o ejercicio, y no estaban satisfechas con las opciones de tratamiento.

El nivel de satisfacción con la experiencia general del diagnóstico y la información recibida sobre todos los aspectos del SOP y su manejo (excepto la información a largo plazo) se asoció significativamente con el retraso en la búsqueda de ayuda.

2. Factores que la mejoran:

Tener hijos reflejaba una mejor satisfacción con la vida, al igual que perder peso mejoraba la calidad de vida.

3. Retrasos en el diagnóstico:

En el estudio ²⁴ se analiza:

- El momento de recibir el diagnóstico desde el contacto con el médico. Concretamente; las mujeres informaron un retraso de un año en la búsqueda de ayuda médica, y un retraso diagnóstico de siete meses desde la aparición de los síntomas.

- La primera aparición de síntomas empezando a una edad temprana (19 años aproximadamente, siendo la irregularidad menstrual el primer síntoma reportado, seguido de quistes ováricos).
- El primer contacto con un profesional.

Terapias enfocadas en los síntomas emocionales como tratamiento no farmacológico:

Se utilizan dos terapias diferentes para tratar los síntomas emocionales del SOP, la TCC y el Mindfulness.

1. TCC frente TCE:

En el estudio de Amirshahi et Al ²⁵, Psicólogos y psicoterapeutas evaluarán la efectividad de la TCC (terapia cognitivo conductual) y la TCE (terapia centrada en emociones) en la imagen corporal, y en pacientes con ansiedad y depresión

Se dividió aleatoriamente a las 45 personas en grupos de 3. En el primero se aplicará TCE durante 11 sesiones, el segundo recibirá la TCC durante 18 sesiones y el tercer grupo será el grupo control, mujeres con SOP sin terapia. Ambos grupos rellenarán un formulario antes y después de la intervención

TCC: reduce la **ansiedad**, la **depresión** y la **insatisfacción corporal** (si se combina con otras intervenciones como el ejercicio físico y/o la dieta).

Por otro lado, mejora la **autoestima**, la **imagen corporal** y promueve los **hábitos saludables**. Se pierde peso, y mejoran su atractivo sexual y las relaciones interpersonales. ^{25,26}

Es más **efectiva que la TCE**, provocando un efecto permanente en los sujetos, no habiendo variación entre el pre y posttest. Esta se centra en cambiar los pensamientos y las conductas negativas, en ella se debaten las cogniciones irrazonables y las hipótesis negativas, que contribuyen al desarrollo de emociones negativas.

TCE: ayuda a identificar y gestionar emociones.

Se tiene en cuenta los factores cognitivo-conductuales y emocionales: las personas deben ser conscientes de sus emociones y comprender que las emociones negativas no son estables y pueden controlarse.

2. TCC + Estilo de vida:

Un estudio en Pensilvania ²⁶, evalúa el efecto de la TCC como suplemento para un cambio en el estilo de vida sobre los síntomas de ansiedad y depresión, y la manera en la que responden al estrés mujeres con sobrepeso/ obesidad.

Habrà una **mayor pérdida de peso en el grupo TCC + EC**. Además, los **síntomas depresivos** en este grupo **disminuirán** significativamente y tendrán una **mejor respuesta al estrés** ya que disminuye el cortisol.

El estudio de 16 semanas consistirá en dividir aleatoriamente 20 mujeres, un grupo recibirá la TCC + EC (modificación en el estilo) y el grupo control solo EC. Para modificar el estilo de vida los sujetos recibirán recomendaciones semanalmente sobre la alimentación (teniendo que ingerir en torno a 1500-1800 kcal/día), y el ejercicio aumentando la intensidad por semana. Registrando todo cada día. También contarán con apoyo social, para mejorar el autocontrol, la resolución de problemas o superar pensamientos negativos.

Para la TCC, los sujetos recibirán sesiones semanales de 30 minutos durante las primeras 8 semanas con un psicólogo. Se aprenderá a manejar las habilidades cognitivas y componentes conductuales, como, por ejemplo, identificar pensamientos automáticos, distorsiones negativas o programar actividades y tareas.

Se comparó el nivel de cortisol en ambos grupos al inicio y en la semana 8, el cortisol aumentó en el grupo control. Por lo que en el grupo que recibió intervención mejoró la capacidad de responder al estrés.

Al final del estudio, el grupo TCC + EC perdió más del doble de peso en comparación con el grupo EC. Todos los sujetos al inicio del estudio tenían depresión. Los síntomas depresivos disminuyen a más de la mitad al finalizar la intervención. En ambos grupos mejorará la calidad de vida, sin embargo, se producirá de manera más rápida y duradera cuando la EC se combina con la TCC.

3. Mindfulness:

El mindfulness **reduce el estrés, los atracones y la alimentación emocional** en mujeres con SOP y sobrepeso u obesidad.

Su efecto en la **pérdida de peso** aún no está claro.

En el tercer estudio ²⁷, se analiza el efecto del Mindfulness en mujeres con sobrepeso u obesidad y SOP:

Se evaluarán los efectos de dos tipos diferentes de programas de reducción del estrés y se dividirá a los sujetos. Por un lado, las mujeres que recibirán durante 8 semanas sesiones de Mindfulness y por otro, aquellas que recibirán educación para la salud. La terapia de Mindfulness será guiada por un profesional cualificado y durará cada sesión 25-30 minutos.

Las participantes asignadas aleatoriamente al grupo control recibieron educación sobre el diagnóstico, los síntomas, las complicaciones y los tratamientos del SOP y la obesidad, así como sobre dieta, ejercicio y manejo general del estrés.

Se informó a los sujetos que el estudio estaba enfocado en la reducción del estrés y no en la pérdida de peso.

Actividades como el mindfulness o la conciencia plena parecen reducir los comportamientos alimentarios relacionados con la obesidad, incluidos los atracones y la alimentación emocional. No obstante, la repercusión sobre la pérdida de peso sigue sin estar clara.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados de esta revisión, está demostrado que las mujeres con Síndrome del Ovario Poliquístico tienen más probabilidades de sufrir depresión y ansiedad.

La salud mental, es igual de importante que la salud física, si una esfera está alterada, no tenemos una salud adecuada. Los estudios confirman el hecho de enfocarnos en tratar esta esfera para poder solventar problemas asociados con este síndrome.

Hay diferencias entre los estudios sobre la incidencia de la depresión y ansiedad ¹⁶⁻¹⁸ estos varían en función de la escala utilizada y el tipo de diagnóstico de SOP, sin embargo, todos los estudios comparten que las mujeres con este síndrome siempre tendrán más riesgo de desarrollar depresión y ansiedad que las mujeres sanas. Además, vivir en un área rural y no tener hijos aumenta la probabilidad de tener estas alteraciones mentales. ¹⁸

Para evitar agravar el síndrome, es importante detectar tempranamente los síntomas de la depresión y ansiedad, realizando cribados y el seguimiento de los sujetos.

La mayoría con el Síndrome, tienen un IMC elevado, y sufren de obesidad o sobrepeso, desarrollando IR, agravando los síntomas de la ansiedad. Esta está relacionada directamente con el IMC ¹⁹, si aumenta el IMC hay más riesgo de sufrir ansiedad, ya que afecta a su autoestima y percepción que tienen sobre uno mismo.

A pesar de estar demostrado científicamente que la pérdida entre el 5-10% mejora los síntomas del SOP, quizás un 12% de pérdida no sea suficiente para ver un impacto en la CVRS y disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva en los sujetos con SOP, siendo necesario aplicar un tratamiento adicional para aliviar los síntomas. ²³

La infertilidad es uno de los problemas más comunes en las mujeres que sufren SOP debido a la anovulación. ²⁰⁻²⁶

Esta puede considerarse una preocupación importante en países como Irán e India debido a la presión social para tener hijos, ya que en ciertos países la

maternidad es un factor importante de la identidad y del rol social que se supone que han de cumplir las mujeres. retraso en la concepción tuvieron más síntomas depresivos.

Dependiendo de factores socioculturales, tradiciones y creencias religiosas, se ve más afectado un dominio u otro. Sin embargo, es común en todas las que sufren SOP que su calidad de vida se vea disminuida.

Las mujeres tendrán un retraso diagnóstico de siete meses desde la aparición de los síntomas y retrasarán hasta un año la búsqueda de ayuda médica ²⁴. Esto refleja el escaso apoyo que reciben durante todo el proceso y la falta de información sobre el diagnóstico.

El manejo debe centrarse en el apoyo, la educación, el abordaje de los factores psicológicos y un fuerte énfasis en un estilo de vida saludable con terapia médica específica según sea necesario para mejorar su calidad de vida. ^{23,24}

Según la evidencia científica ^{25,26}, las terapias que trabajan en la conducta y en la cognición pueden disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, fortaleciendo las estrategias para enfrentarse a situaciones difíciles, y cambiando los pensamientos negativos que tienen hacia ellas mismas. Además, si se combinan estas terapias con el ejercicio físico o con una dieta adecuada, el efecto que provoca en estos sujetos aumenta.

El mindfulness parece reducir los comportamientos alimentarios relacionados con la obesidad, incluidos los atracones y la alimentación emocional. No obstante, la repercusión sobre la pérdida de peso sigue sin estar clara ²⁷.

Estas terapias se enfocan en mejorar el comportamiento, el rendimiento y los propios hábitos, y al cuestionar las cogniciones irrazonables y las hipótesis negativas, adquieren mayor capacidad para afrontar los problemas causados por el síndrome y llevar un estilo de vida más saludable.

Es necesario estudiar la condición y las necesidades de las pacientes para priorizar la atención adecuadamente. La mejora de la atención y la educación puede mejorar el autocuidado en estas mujeres. Como tratamientos más recomendados, estaba la píldora anticonceptiva oral combinada, después la metformina ²⁷, aunque son efectivos para los síntomas físicos, no siempre

abordan adecuadamente las alteraciones psicológicas. Esto subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinar en el tratamiento del SOP que contemple la evaluación psicológica y la intervención temprana en salud mental.

Limitaciones:

Se ha realizado la búsqueda bibliográfica en **una sola base** de datos MEDLINE (PubMed), ya que el contenido de la temática en las bases como Dialnet, Scopus era escaso. No obstante, es preciso mencionar que MEDLINE es la base de datos y **destaca** por su amplio y riguroso contenido científico lo que la convierte en un recurso clave para encontrar estudios científicos relacionados con la temática abordada. Además, se llevó a cabo una **ecuación de búsqueda** avanzada utilizando términos MeSH y DeCS y diferentes filtros, haciéndola así más concreta.

Otras de las limitaciones que se han encontrado a la hora de realizar esta investigación, se encuentra la **escasa información** que hay sobre las intervenciones de enfermería en esta temática.

Además, al incluir artículos solo en **inglés y español** puede haber limitado el acceso a estudios relevantes publicados en otras lenguas.

Fortalezas:

Este trabajo se distingue por su **carácter novedoso**, al centrarse en la evaluación del **impacto psicológico** del SOP, un componente poco abordado en comparación con sus síntomas físicos.

Asimismo, se han incluido **fuentes científicas recientes y relevantes**, lo que aporta rigor y actualidad al trabajo. Información adquirida en la búsqueda ha sido la adecuada para poder desarrollar el documento de forma satisfactoria en base a los objetivos.

Futuras líneas de investigación:

Se plantea la necesidad de realizar más estudios sobre este problema.

También sería de gran utilidad investigar el nivel de **formación que posee el personal de enfermería** respecto al manejo de síntomas de ansiedad y

depresión en mujeres con SOP, y cómo una mayor **capacitación** podría mejorar la calidad de la atención.

Otro tema interesante sería **evaluar la efectividad de grupos terapéuticos liderados** por enfermería donde las mujeres con SOP puedan compartir experiencias, recibir información y apoyo psicológico de manera colectiva, como intervención complementaria al tratamiento médico.

Por último, realizar un **programa de salud** en relación con el SOP podría ser adecuado para aprender sobre esta temática. Además, sería útil utilizar en la consulta **herramientas para detectar los síntomas emocionales** negativos tempranamente.

Para la aplicación de la práctica clínica:

El aumento y la alta prevalencia de estas enfermedades mentales supone la necesidad de investigar acerca del papel que tiene la enfermería durante todo el proceso.

Sería de gran utilidad crear talleres enfocados en la educación emocional del paciente, estos podrían ser sesiones grupales que aborden temas importantes del SOP como la autoestima y el autoconocimiento. Aprender a gestionar el estrés y la ansiedad y por ello, llevar a cabo técnicas de relajación y mindfulness.

Además, se podrían crear protocolos para detectar tempranamente el síndrome. Destacando la **importancia de AP** al ser el **primer contacto con el paciente**, se podría implementar herramientas de cribado en las consultas de enfermería para identificar los signos de ansiedad o depresión, se conseguiría un seguimiento individualizado durante el proceso. Con estas medidas, se trabajaría de forma **coordinada y más eficiente con el equipo multidisciplinar**.

Para aumentar la conciencia del SOP, se podrían llevar a cabo campañas de sensibilización en centros de salud y en escuelas (los primeros síntomas aparecían en la adolescencia).

CONCLUSIÓN

- La prevalencia de los trastornos mentales en especial, la ansiedad y la depresión en pacientes con SOP es mayor en comparación con la población sana. Las mujeres con el síndrome desarrollan con el tiempo una peor respuesta al estrés además de sentimientos negativos que les afecta en su vida diaria.
- La mayoría tiene un IMC elevado, progresando hacia obesidad y/o sobrepeso. Esta comorbilidad asociada presenta repercusiones en su salud mental. Se ve afectada la esfera emocional. La insatisfacción con su cuerpo hace que disminuya su autoestima y se distorsione su imagen corporal, provocando tristeza y aislamiento social.
- La infertilidad es el problema que más preocupa a las mujeres con SOP, seguida del hirsutismo y el acné. La depresión y ansiedad está ligada a niveles más altos de testosterona e IR. Estos síntomas son notorios por la sociedad y les puede causar inseguridad o vergüenza.
- La calidad de vida de esta población se verá disminuida por todas las afectaciones del SOP y sus relaciones sociales se alteran. Además, la mayoría recibe un diagnóstico tardío desde el inicio de los síntomas, asimismo, durante el proceso no reciben ayuda, causando duda e insatisfacción con el diagnóstico establecido.
- La TCC es eficaz para el tratamiento de la sintomatología ansiosa-depresiva causando grandes beneficios a largo plazo. Combinando esta terapia con otras medidas saludables como el ejercicio físico o una dieta adecuada mejora la clínica del SOP. Por otro lado, el Mindfulness reduce el estrés, los atracones y la alimentación emocional. Controlando estos comportamientos, se podría conseguir una reducción del peso corporal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva VR. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Rev Méd Clín Las Condes [Internet]. 2010;21(3):387–96. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier>
2. World Health Organization. Síndrome del ovario poliquístico [Internet]. 2025 [citado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome>
3. Rocha AL, Oliveira FR, Azevedo RC, Silva VA, Peres TM, Candido AL, Gomes KB, Reis FM. Recent advances in the understanding and management of polycystic ovary syndrome. F1000Res. 2019 Apr 26;8:F1000 Faculty Rev-565. doi: 10.12688/f1000research.15318.1. [citado el 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6489978/>
4. Miazgowski T, Martopullo I, Widecka J, Miazgowski B, Brodowska A. Tendencias nacionales y regionales en la prevalencia del síndrome de ovario poliquístico desde 1990 en Europa: estimaciones modeladas del Estudio de la Carga Global de Enfermedades de 2016. Archivos de Ciencias Médicas. 2021 [citado el 23 de enero de 2025].;17(2):343-51. <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.87112>
5. The Lancet Regional Health – Europe. Polycystic ovary syndrome: What more can be done for patients? The Lancet Regional Health – Europe [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 18 de mayo de 2025];21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100524>
6. Del Castillo Tirado FJ, Martínez Ortega AJ, Del Castillo Tirado RA. Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico. Archivos de Medicina [Internet]. 2014 [citado el 23 de enero de 2025];10(2):3. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-de-sndrome-de-ovario-poliquistico.pdf>
7. Vanhauwaert PS. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Rev Méd Clín Las Condes [Internet]. 2021 [citado el 23 de enero de 2025];32(2):166-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista->

[revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sindrome-ovario-poliquistico-e-infertilidad-S0716864021000195](#)

8. Escobar-Jiménez F, Campos MM, Díaz ML. Entre el hirsutismo y el síndrome del ovario poliquístico: análisis desde una perspectiva histórica. *Endocrinología y Nutrición* [Internet]. 2006 [citado el 23 de enero de 2025];53:3-6. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575092206711640](#)
9. Dayan EN. Resúmenes de las conferencias: Endocrinología ginecológica. *Rev Colomb Endocrinol Diabetes Metab* [Internet]. 2017 [citado el 23 de enero de 2025];4(2):38-41. Disponible en: [https://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/download/115/221/932](#)
10. Velásquez N, Fernández M, Briñez N. Manifestaciones dermatológicas del síndrome de ovario poliquístico. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2001 [citado el 23 de enero de 2025];71(4):265-283. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000400007](#)
11. Moreno Monge K, Aragón González M. Síndrome de ovario poliquístico. *Rev Med Costa Rica Cent Am* [Internet]. 2013 [citado el 23 de enero de 2025];70(608):625-630. Disponible en: [https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art12.pdf](#)
12. Carvajal G R, Herrera G C, Porcile J A. ESPECTRO FENOTÍPICO DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2010 [citado el 23 de enero de 2025];75(2):124-32. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000200009](#)
13. Carmona Ruiz IO, Saucedo de la Llata E, Moraga Sánchez MR, Romeu Sarrió A. Síndrome de ovario poliquístico: dónde estamos y hacia dónde dirigirnos. *Rev Iberoam Fertil* [Internet]. 2014 [citado el 23 de enero de 2025];32:27-33. Disponible en: [https://www.revistafertilidad.org/rif-articulos/-s-iacute-ndrome-de-ovario-poliqu-iacute-stico--donde-estamos-y-hacia-donde-dirigirnos-/190](#)

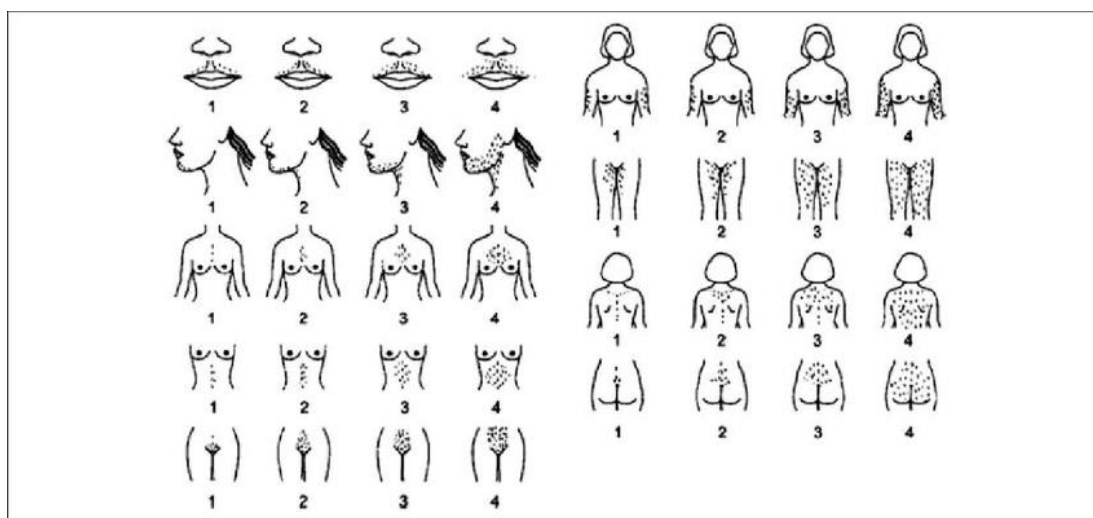
14. Lizneva D, Suturina L, Walker W, Brakta S, Gavrilova-Jordan L, Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Fertility and Sterility [Internet]. 1 de julio de 2016 [citado el 23 de enero de 2025];106(1):6-15. Disponible en: <https://www.revistafertilidad.org/rif-articulos/-s-iacute-ndrome-de-ovario-poliqu-iacute-stico--donde-estamos-y-hacia-donde-dirigirnos-/190>
15. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2013 [citado el 23 de enero de 2025];24(5):818–26. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864013702293>
16. Joshi RD, Sawant N, Mayadeo NM. How Common are Depressive-Anxiety States, Body Image Concerns and Low Self-Esteem in Patients of PCOS? J Obstet Gynaecol India [Internet]. 2022 [citado el 23 de enero de 2025];72(1):72-77. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8804144/>
17. Dybciak P, Humeniuk E, Raczkiewicz D, Krakowiak J, Wdowiak A, Bojar I. Anxiety and Depression in Women with Polycystic Ovary Syndrome. Medicina (Kaunas) [Internet]. 16 de julio de 2022 [citado el 23 de enero de 2025];58(7):942. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9319705/>
18. Almeshari WK, Alsubaie AK, Alanazi RI, Almalki YA, Masud N, Mahmoud SH. Depressive and Anxiety Symptom Assessment in Adults with Polycystic Ovarian Syndrome. Depress Res Treat [Internet]. 17 de abril de 2021 [citado el 23 de enero de 2025];2021:6652133. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8075703/>
19. Kataoka J, Olsson M, Lindgren E, Larsson I, Schmidt J, Benrick A, et al. Effects of weight loss intervention on anxiety, depression and quality of life in women with severe obesity and polycystic ovary syndrome. Sci Rep [Internet]. 12 de junio de 2024 [citado el 23 de enero de 2025];14:13495. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11169487/>
20. Alkheyr Z, Murad M, Das P, Aljenaee K, Kamel C, Hajji SA, et al. Self-esteem and body image satisfaction in women with PCOS in the Middle

- East: Cross-sectional social media study. PLoS One [Internet]. 2024 [citado el 23 de enero de 2025];19(4):e0301707. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11045070/>
21. Cupino-Arcinue DJ, Banal-Silao MaJ. Prevalence of Anxiety and Depression among PCOS Patients Seen in a Tertiary Government Hospital Using the Hospital Anxiety and Depression Scale – English/Pilipino Version (HADS/HADS-P). Acta Med Philipp [Internet]. 2024 [citado el 23 de enero de 2025];58(11):29–38. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11239981/>
 22. Behboodi Moghadam Z, Fereidooni B, Saffari M, Montazeri A. Polycystic ovary syndrome and its impact on Iranian women's quality of life: a population-based study. BMC Womens Health [Internet]. 2018 [citado el 23 de enero de 2025];18(1):164. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6180458/>
 23. Rzońca E, Bień A, Wdowiak A, Szymański R, Iwanowicz-Palus G. Determinants of Quality of Life and Satisfaction with Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018 [citado el 23 de enero de 2025];15(2). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5858445/>
 24. Rao VS, Cowan S, Armour M, Smith CA, Cheema BS, Moran L, et al. A Global Survey of Ethnic Indian Women Living with Polycystic Ovary Syndrome: Co-Morbidities, Concerns, Diagnosis Experiences, Quality of Life, and Use of Treatment Methods. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado el 23 de enero de 2025];19(23):15850. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9740300/#sec7-ijerph-19-15850>
 25. Amirshahi M, Saremi AA, Nouri R, Karbalaee MH, Hosseini Sadat R. Comparing the effectiveness of emotion-focused and cognitive-behavioral therapies on body image, anxiety, and depression in women with PCOS. J Educ Health Promot [Internet]. 2024 [citado el 23 de enero de 2025];13(1):230. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11410277/>

26. Cooney LG, Milman LW, Hantsoo L, Kornfield S, Sammel MD, Allison KC, et al. Cognitive-behavioral therapy improves weight loss and quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a pilot randomized clinical trial. *Fertil Steril* [Internet]. 2018 [citado el 23 de enero de 2025];110(1):161-171.e1. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6443091/>
27. Raja-Khan N, Agito K, Shah J, Stetter CM, Gustafson TS, Socolow H, et al. Mindfulness-based stress reduction for overweight/obese women with and without polycystic ovary syndrome: design and methods of a pilot randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2015 [citado el 23 de enero de 2025];41:287–97. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4380576/>

ANEXOS:

Anexo 1: Escala de Ferriman-Gallwey modificada.



Anexo 2: Prevalencia de los fenotipos según los criterios diagnósticos de Rotterdam.

