

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**“ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES PRE  
Y POSTHISTERECTOMIZADAS, VÍA  
ABDOMINAL Y/O VAGINAL”**

**JOSÉ ALEJANDRO AJÚ COY**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

**Marzo 2015**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: José Alejandro Ajú Coy

Carné Universitario No.: 100021509

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **“Estado depresivo en pacientes pre y posthisterectomizadas, vía abdominal y/o vaginal”**

Que fue asesorada: Dr. Erick Alejandro Calderón Barraza

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para marzo 2015.

Guatemala, 19 de febrero de 2015

  
Dr. Carlos Humberto Vargas Beyer MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



  
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

Guatemala, 09 de septiembre de 2014

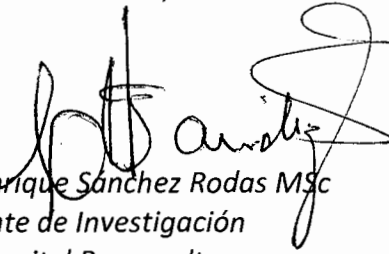
Dr. Edgar Rolando Berganza Bocaletti MSc  
Coordinador Específico de Programas de Postgrados  
Universidad San Carlos de Guatemala  
Hospital Roosevelt  
Presente

Estimado Dr. Berganza:

Por este medio le informo que he revisado el trabajo titulado: **"ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES PRE Y POSTHISTERECTOMIZADAS, VIA ABDOMINAL Y/O VAGINAL"** el cual corresponde al estudiante **JOSÉ ALEJANDRO AJÚ COY**, de la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, por lo que le doy mi aval para continuar con los procesos correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc  
Docente de Investigación  
Hospital Roosevelt  
**REVISOR**

Guatemala, 26 de Enero de 2015

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay  
Docente Responsable  
Postgrado de Ginecología y Obstetricia  
Universidad San Carlos de Guatemala  
Hospital Roosevelt  
Presente

Estimado Dr. Aguirre:


Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido ASESOR del trabajo de tesis titulado:

**“ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES PRE Y POSTHISTERECTOMIZADAS, VIA  
ABDOMINAL Y/O VAGINAL”**

Realizado por el estudiante **JOSÉ ALEJANDRO AJÚ COY**, de la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,

  
Dr. Erick Calderón Barraza  
Ginecólogo y Obstetra  
Col. 12,023  
Dr. Erick Alejandro Calderón Barraza  
Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Roosevelt  
**ASESOR**

## INDICE DE CONTENIDOS

	PÀGINA
RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	19
IV. MATERIALES Y METODOS	20
V. RESULTADOS	26
VI. DISCUSION Y ANALISIS	31
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
VIII. ANEXOS	40

## INDICE DE CUADROS

	<b>Página</b>
<b>CUADRO 1</b>	<b>27</b>
<b>CUADRO 2</b>	<b>29</b>
<b>CUADRO 3</b>	<b>30</b>

## INDICE DE GRAFICAS

	Página
GRAFICA 1	28
GRAFICA 2	29
GRAFICA 3	30

## RESUMEN

Siendo la depresión un trastorno mental frecuente, que repercute en la capacidad para afrontar la vida e inclusive puede conducir al suicidio. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, en éste caso la histerectomía, los médicos suelen manejar la causa fisiológica, patológica y anatómica que justifican dicho procedimiento, pero en general, se detiene poco a considerar su valor inconsciente o simbólico, pero para la paciente su valor simbólico es de gran importancia, muchas veces por falta de entrenamiento del médico tratante o por falta de instrucciones sobre la importancia de lo abstracto que también forma parte de un ser humano y no solo lo concreto no se toma en cuenta la depresión. En Guatemala hacen falta pruebas sobre si realmente el procedimiento quirúrgico influye en el estado del ánimo de la persona, por lo que se decidió realizar éste estudio con los siguientes **OBJETIVOS: General:** Determinar el estado depresivo en pacientes pre y post Histerectomizadas en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt. **Específicos:** Cuantificar la incidencia del estado depresivo en las pacientes Pre y Post Histerectomizadas del Hospital Roosevelt. **RESULTADOS:** El 72% de todas las pacientes Pre histerectomizadas se encontró sin ningún grado de depresión, el 28% con depresión ligera, 0% con depresión moderada y 0% con depresión severa. El 72% de todas las post Histerectomizada salió normal, el 20% con depresión ligera, 8% con depresión moderada y el 0% con depresión severa. **CONCLUSION:** En éste estudio se determinó que el 72% de las pacientes pre y post histerectomizadas no presentó ningún grado de depresión.



## I. INTRODUCCION

Se realizó el siguiente trabajo en el Municipio de Guatemala en Pacientes de Consulta Externa e Internadas en el servicio de Ginecología y obstetricia en pre y post histerectomizadas, desde el mes de Enero a Diciembre de año 2012, en el Departamento De Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, la investigación “Estados depresivos en pacientes pre y post Histerectomizadas” se encuentra dentro de las áreas prioritarias y líneas de investigación 2006-2010 Epidemiología y prevención de enfermedades crónicas y degenerativas en el país.

Hay factores de riesgo que son considerados para observar un desorden depresivo mayor en la paciente histerectomizada que afectan y que es importante tomar en cuenta y asignarles la importancia que merecen como tener problemas emocionales previos, una pobre imagen corporal, un funcionamiento sexual no satisfactorio y altos niveles de estrés. El sistema reproductivo femenino no solo tiene un peso e importancia práctica y obvia, sino también lo tiene a nivel simbólico y psicológico: incide en la manera en que las mujeres se sienten mujeres, ya que siempre se ha tendido a equiparar la femineidad y sexualidad de una mujer con su capacidad reproductiva. Y actualmente en el país no existen datos y este estudio trata de establecer porcentajes para conocer el estado depresivo en pacientes pre y post histerectomizadas, siendo la histerectomía uno de los procedimientos más frecuentes en el mundo, según la literatura se ha demostrado alta prevalencia en secuelas psicológicas,<sup>(4)(7)(8)(11)(16)</sup> Dado que el médico centra su atención en la entidad orgánica, puede pasar por alto la detección de una depresión. Sin embargo, la depresión no sólo requiere tratamiento por su razón de ser, sino porque afecta desfavorablemente el curso y destino de la enfermedad somática. La depresión puede producir una exageración de los síntomas, aun los de un trastorno orgánico menor, por lo que se podrá conseguir ayuda psicológica si en el presente caso fuera igual, y a si establecer una forma de ayuda para todas las pacientes pre y post histerectomizadas, para mejorar el estilo de vida y estado anímico, agregando en el plan educacional y protocolo de manejo psicoterapia, tomando en cuenta la alta incidencia de pacientes histerectomizadas y que la depresión podría llevar al suicidio, Algunos críticos afirman que se realizan demasiadas histerectomías, pero para una mujer con cáncer de útero, este procedimiento quirúrgico puede significar la supervivencia. Y para una mujer con dolor pélvico severo y menstruaciones irregulares y abundantes, a menudo la histerectomía representa el alivio de los síntomas y los problemas, es importante establecer el estado

depresivo de las pacientes, siendo el hospital Roosevelt uno de los hospitales con mayor afluencia de pacientes, Un total de 300 pacientes registradas en una computadoras del servicio de Consulta Externa de Ginecología del hospital Roosevelt, de Enero a Junio del año 2,012 se podrá aprovechó para realizar dicho estudio.

Bajo los siguientes objetivos se realizó el siguiente trabajo, General Se determinó el estado depresivo en pacientes pre y post Histerectomizadas en el departamento de ginecología del hospital Roosevelt. Y específicos: a) Se identificó el estado depresivo en las pacientes Post Histerectomizadas del Hospital Roosevelt, y b) se identificó el estado depresivo en las pacientes Pre Histerectomizadas del Hospital Roosevelt.

## II. ANTECEDENTES

De acuerdo con la Asociación de Histerectomía en el Reino Unido, una de cada cinco mujeres se someterá a la histerectomía en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos, la histerectomía es un procedimiento elegido y no una operación de emergencia. Esto quiere decir que la paciente libremente decide someterse al procedimiento, como una manera de curarse o aliviar sus síntomas relacionados con sus problemas ginecológicos (miomatosis, condilomatosis, Fibrosis, etc.).<sup>(1)</sup> El 65% se efectúan en el grupo de edad reproductiva, alrededor de 30% en mujeres perimenopáusicas y el resto en mayores de 65 años.<sup>(35)</sup>

Mientras la mayoría de las histerectomías se llevan a cabo con mujeres entre los 40 y 50 años de edad, a veces también la experimentan mujeres más jóvenes. Además del dolor físico, las mujeres que enfrentan una histerectomía experimentan un torbellino emocional. Es natural que se sientan preocupadas, ansiosas y temerosas antes de su cirugía, aunque ellas hayan decidido hacérsela. No obstante, recientes investigaciones han demostrado que una mujer que sufra de dolor pélvico y depresión en el momento de su histerectomía, podría experimentar mejoría en su depresión, en su dolor pélvico, en la calidad de su vida y en su función sexual después de la cirugía.<sup>(1)</sup>

Se estudiaron 1,200 mujeres de Maryland que fueron histerectomizadas. Las dos razones más comunes para la cirugía fueron la fibrosis y los problemas menstruales. Las pacientes se entrevistaron poco antes de la cirugía y nuevamente después de 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Los investigadores les preguntaron sobre su depresión, su dolor pélvico, la calidad de su vida y su funcionamiento sexual. Antes de la cirugía, 14% de ellas tenían solo depresión, 19% tenían solo dolor pélvico, 13% tenían tanto depresión como dolor pélvico y la mayoría (54%) no tenían ni depresión, ni dolor pélvico. Después de la cirugía, las pacientes con dolor pélvico y depresión tuvieron una evolución menos favorable que las que tenían uno u otro de estos problemas o que las que no tenían ninguno de ellos. Sin embargo, otros reportes consignan efectos de depresión mayor en algunas pacientes, como impacto psicológico de la experiencia vinculada con la histerectomía y encuentran algunos factores de riesgo. Tener problemas emocionales previos, una pobre imagen corporal, un funcionamiento sexual no satisfactorio y altos niveles de estrés, fueron considerados como factores de riesgo para observar un desorden depresivo mayor en la paciente histerectomizada.<sup>(1)</sup> La histerectomía es responsable de un número de secuelas adverso psicológico, lo más notable es la depresión.<sup>(14)</sup>

En otra investigación, llevada a cabo en Pakistán, se evaluó la depresión y la ansiedad antes y después de la cirugía en 50 pacientes sometidas a histerectomía. Todas estas mujeres mostraron niveles más altos de ambos factores emocionales en la fase postquirúrgica, comparada con la fase prequirúrgica. Estos datos concuerdan con observaciones mucho anteriores sobre consecuencias de la histerectomía como estrés psíquico y secuelas psiquiátricas, que llevaron a hablar de un “síndrome post-histerectomía”. Otro aspecto que se ha investigado en las mujeres sometidas a histerectomía es el efecto que tiene esta intervención en su autoconcepto, así como el papel que juega el soporte social de que dispongan para su proceso de recuperación. En un estudio llevado a cabo en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Manchester, las pacientes histerectomizadas no mostraron cambios adversos en su autoconcepto (autoimagen) y sus niveles de depresión se redujeron después de la operación. Sin embargo, los niveles bajos de apoyo emocional por parte de su pareja, su familia y sus amistades, se asociaron con un resultado más pobre.<sup>(1)</sup>

Mackinger, Graf, Keck indican cómo el grupo de mujeres histerectomizadas con el que trabajaron reveló niveles significativamente más altos de quejas corporales, depresión, disminución del bienestar psicológico y falta de asertividad en situaciones sexuales que las no histerectomizadas.<sup>(4)</sup>

La histerectomía, definida como la extracción quirúrgica del útero, es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y puede también abarcar el retiro de las trompas de Falopio, los ovarios y el cérvix. El retiro de estas estructuras se lleva a cabo como una opción para curar o aliviar diversos problemas ginecológicos. Después de la histerectomía, la mujer no tendrá más periodos menstruales y no será posible que se embarace. Existen dos formas principales para efectuar una histerectomía. La forma más común es la histerectomía abdominal, que implica el retiro del útero (y si es necesario, de otras estructuras) mediante una incisión en la parte baja del abdomen. El segundo procedimiento, menos frecuente, es la histerectomía vaginal, que implica el retiro del útero solo mediante una incisión en la parte superior de la vagina. Generalmente estos procedimientos tardan una o dos horas y se llevan a cabo en un hospital, con la paciente bajo anestesia general. De acuerdo con la Asociación de Histerectomía en el Reino Unido, una de cada cinco mujeres se someterá a la histerectomía en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos, la histerectomía es un procedimiento elegido y no una operación de emergencia. Esto quiere decir que la paciente libremente decide

someterse al procedimiento, como una manera de curarse o aliviar sus síntomas relacionados con sus problemas ginecológicos (miomatosis, condilomatosis, fibrosis, etc). Mientras la mayoría de las histerectomías se llevan a cabo con mujeres entre los 40 y 50 años de edad, a veces también la experimentan mujeres más jóvenes. Si una mujer no ha llegado a la menopausia y su histerectomía también involucra el retiro de ambos ovarios, experimentará la menopausia quirúrgica <sup>(36)</sup> inmediatamente después de su cirugía, independientemente de su edad. El retiro de los ovarios no es generalmente necesario, a menos que haya un cáncer de ovario o estos sean poliquísticos. Las pacientes cuya histerectomía deje uno o los dos ovarios intactos, tienen un 50% de oportunidad de experimentar la menopausia a los 5 años de su operación. <sup>(1)</sup>

Los pacientes quirúrgicos han sido reportados con mayor o síntomas psicossomáticos antes y después de cirugía mayor. El grado de sus manifestaciones es influenciada por la calidad de la información preoperatoria proporcionada, el diagnóstico clínico de si es benigno o maligno, asociado las complicaciones postoperatorias <sup>(20)(22)</sup>, así como el grado de re-integración en las actividades de rutina. Por otra parte, médicos, especialmente en los países desarrollados han incluido la "sensación de bienestar general" como parte integral de aspecto de la calidad de la atención ofrecida a un lado de la cirugía intervención. Esta evidencia ha hecho necesaria la inclusión de los psicólogos en los protocolos para el manejo de estas pacientes, la extirpación quirúrgica del útero, es uno de los las operaciones ginecológicas más realizadas en el mundo. En EE.UU., por ejemplo, del 60 al 70 por ciento de las mujeres están en riesgo de histerectomía en su tiempo de vida, y alrededor del 40 por ciento entre la población australiana. La extensión de la cirugía depende del diagnóstico clínico. En el contexto africano, la feminidad se cree que es fuertemente ligada a la procreación. Por lo tanto, la preservación de su vientre es estrictamente cuidado, y el útero es por lo general se cree que es su símbolo de identidad <sup>(2)</sup>

Los síntomas depresivos se han vinculado a las hormonas reproductivas (estrógenos y progesterona) <sup>(36)</sup>, especialmente en los momentos de fluctuación hormonal como la perimenopausia, Poco se sabe acerca de los efectos de la menopausia quirúrgica en los síntomas depresivos. Menopausia quirúrgica inducida con ooforectomía conduce a menudo a una brusca caída de hormonas circulantes y una transición repentina en la menopausia. Por lo tanto, menopausia quirúrgica puede imitar perfectamente la perimenopausia transicional (etapa previa a la menopausia, cuando no ha tenido períodos

menstruales durante doce meses, cuando el cuerpo comienza a producir menos cantidades estrógeno y progesterona, y comienza a perder la capacidad de embarazarse).

(3) (36)

Como se afirma en el 10º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis Febrero 2009 el acto quirúrgico y sus ansiedades desde el punto de vista psíquico y la cirugía en general comprende tres momentos: (37) (38)

Periodo pre quirúrgico: Abarca desde el anuncio de que es necesario realizar la intervención hasta el momento mismo de ser conducido al quirófano, periodo que puede ser de horas, días o meses.

Cuanto más cerca está la persona del momento de la cirugía, más aparecen distintos temores, siendo el instante de llegar al quirófano el de mayor estrés, ante la inminencia e inevitabilidad de lo que va a suceder.

Algunos de estos temores son:

- Relativos a la anestesia: corresponde a la llamada “ansiedad de la narcosis”, donde se manifiesta el miedo a que la anestesia sea excesiva y los “pase al otro lado”, a no despertar.
- Que la anestesia sea escasa y se despierten en medio de la operación. Algunas personas manifiestan pánico a despertar con el tubo del respirador aún instalado.
- Antecedentes de anestесias que dejaron vivencias desagradables que temen que se repita, así como el que les ocurra situaciones traumáticas vividas por personas cercanas.
- Temor a la pérdida de control, a quedar expuesto y a merced de los demás por la inmovilidad que supone el acto quirúrgico.
- Ideas sobre las pérdidas o alteraciones corporales como resultado de la intervención. Miedo a la lesión corpórea y a la muerte.
- Miedo a que se descubra una neoplasia en la intervención.
- Miedo a posibles errores del cirujano.
- Preocupación por el dolor postoperatorio.
- Temor a lo desconocido.
- Miedo al alta por quedar desprotegido. (37) (38)

Acto quirúrgico: De por sí éste es un hecho traumático inevitable y paradójico, ya que para curar a un sujeto o mejorar su salud se le somete a una situación cruenta, correspondiendo al concepto de “trauma necesario”. Por un lado repara y cura, por otro arremete, invade y causa dolor. (37) (38)

Periodo postquirúrgico: Pueden producirse reacciones de hostilidad, ansiedad y actitudes regresivas ante el dolor y las molestias postoperatorias. El despertar de la anestesia (si ésta ha sido general) en la Unidad de Reanimación es un momento clave que puede señalar la pauta de la recuperación posterior, dependiendo si esta “vuelta al mundo” es

angustiosa (como en casos de apnea al retirar el respirador) o no, si es paulatina, tranquila y, sobre todo, si la paciente se siente cuidado y acompañado emocionalmente por el personal que se ocupa de su recuperación. Hemos de tener en cuenta la sensación de miedo que puede surgir al despertar rodeado de máquinas, tubos, sonidos mecánicos. aunque también este mismo hecho puede producir una sensación de tranquilidad al sentirse cuidado y vigilado. Es el momento en el que la persona se pregunta (o pregunta en voz alta) qué ha pasado o si tal o cual órgano sigue en su sitio, es decir, cuando los temores se hacen manifiestos. <sup>(37) (38)</sup>

No todas las personas reaccionan de la misma forma ante una misma cirugía, ya que cada paciente tiene una vivencia distinta, dependiendo ésta de diversas variables.

- Las características de personalidad.
- El significado que le confiera cada paciente al acontecimiento traumático.
- El momento evolutivo en el que se encuentre.
- La red de sostén sociofamiliar. <sup>(4)</sup>.

Evaluaciones con respecto a la depresión, la ansiedad, la hostilidad, la angustia, la feminidad, así como la actitud hacia la funciones de las mujeres se llevaron a cabo. Edad, estado civil estado, el número de los niños, las crisis antes de la cirugía, y el conocimiento de los órganos reproductores femeninos

fueron los factores tomados en cuenta. En las hipótesis se probaron los siguientes:

1. Histerectomía después de los síntomas constituyen un continuo de signos preoperatorios de la depresión, ansiedad u hostilidad.
2. Después de la cirugía la depresión está relacionada con el estado civil y la paridad. <sup>(5)</sup>

¿Por qué algunas mujeres experimentan resultados positivos y algunos no es un aspecto de la histerectomía que no ha sido bien estudiado. Aunque estudios prospectivos generalmente han dado resultados positivos de la histerectomía, estos estudios han incluido algunas mujeres que no experimentan alivio de los síntomas que presuntamente los han movido a la histerectomía, y algunas mujeres desarrollan nuevos problemas y síntoma, no está claro si existen factores específicos, tales como vía quirúrgica concomitante, ooforectomía, o factores psicosociales, que pueden aumentar el riesgo de las mujeres con pobres resultados después de la histerectomía. En Maryland un Estudio sobre La Salud de la Mujer un estudio prospectivo diseñado para medir los resultados y la eficacia de la histerectomía para tratar afecciones benignas, que examinó una amplia variedad de resultados de los departamentos de epidemiología y Medicina Preventiva y obstetricia, ginecología y Ciencias Reproductivas, variables incluyendo operativa y las complicaciones postoperatorias, los síntomas psicológicos, función sexual , la calidad de

vida, la satisfacción del paciente, y el costo. Las mujeres participaron de una variedad de orígenes raciales y socioeconómicas y de las zonas urbanas, suburbanas y rurales, y fueron seguidos durante 2 años. Los objetivos de este estudio fueron medir los resultados y la eficacia de la histerectomía en las mujeres y para medir los efectos de la ruta de la operación (abdominal o vaginal).<sup>(6)</sup>

El análisis de la Morbilidad psiquiátrica antes y después de la histerectomía ha recibido una atención cada vez mayor. Un descenso en la actividad sexual después de la histerectomía puede llevar a un aumento de la depresión y ansiedad, y síntomas de la menopausia puede ocurrir incluso cuando los ovarios se conservan, lo que también puede aumentar depresión y ansiedad<sup>(7)(15)(16)(23)(25)</sup>. Los estudios controlados indican que la histerectomía puede resultar en enfermedades psiquiátricas tales como depresión y ansiedad. La histerectomía puede complicar el estado psicológico de una mujer, y algunas mujeres desarrollo inmediato de los síntomas postoperatorios graves la ansiedad que tienen un impacto significativo en su calidad de vida Sin embargo, el procedimiento puede mejorar el bienestar psiquiátrico y psicosexual<sup>(7)(14)(18)(21)</sup>. En algunas mujeres, especialmente las que se sometieron a histerectomía por indicaciones que, aunque benignos, causan gran malestar. La histerectomía como tratamiento para indicaciones benignas debe de forma crítica y exhaustiva ser re-evaluados para determinar sus consecuencias psicológicas negativas a corto y largo plazo así como sus efectos sobre la función psicosexual<sup>(7)</sup>

### **Psicoanalítico**

Aunque Deuesch no hizo un estudio particular de los efectos de la histerectomía, su obra principal, La psicología de la mujer parece haber sido considerado por varios autores como la declaración definitiva en el desarrollo psicosexual de la mujer. Utilizando la teoría clásica psicoanalítica, hizo hincapié no sólo la naturaleza instintiva de la pasividad femenina, el masoquismo, y el narcisismo, sino también la maternidad y la potencial de la maternidad como la máxima expresión de la sexualidad en las mujeres: "Cuando una mujer ha terminado su existencia como portador de una vida más se ha llegado a su fin natural - de su muerte parcial - como un funcionario de la especie". En términos de esta biológicamente basado en la teoría, el útero se calculó importante en la vida psicológica de la mujer. La autoestima se deriva del cumplimiento de las funciones biológicas. La pérdida capacidad de tener hijos afectados el autoconcepto de la feminidad. Para Deutsch, el concepto de la feminidad no tenía connotaciones sociales o



culturales. Drellich y Bieber, como parte de una investigación más amplia sobre el impacto psicológico de la cirugía del cáncer, hizo un estudio más detallado de la importancia percibida del útero de las mujeres que iban a someterse a una histerectomía, y la posterior adaptación. Para este estudio se asumió que: la persona las técnicas de adaptación hecho evidente en estrés (inducida por la extirpación del útero); las defensas existentes pueden no ser capaces de hacer frente a la el estrés, las actitudes anteriormente formuladas y los conflictos puede encontrar su expresión consciente, creencias y actitudes sobre el órgano en situación de riesgo puede llegar a la superficie y, por último, que los patrones de comportamiento emergentes después de la extirpación quirúrgica de los órganos puede indicar el papel específico que juega este órgano en el economía psicológica. Los pacientes en este estudio fueron seleccionados al azar 23 mujeres premenopáusicas, todos los cuales se habían sometido a una histerectomía total y salpingooforectomia bilateral. Nueve de ellos tenían una enfermedad maligna del útero. Las mujeres fueron entrevistadas antes de la operación y después de la operación durante la convalecencia y a las 6 y 12 meses. Las entrevistas pre-operatorio se centró en la actitud consciente del paciente y la respuesta emocional de la cirugía inminente y la pérdida del útero. En el postoperatorio ajuste en los niveles sexual y social explorado. El estudio trae a nuestra atención la variedad ideas de las mujeres tienen sobre el valor y la función de su útero y cómo estos pueden reflejar la patrón general de la mujer de la adaptación. La preocupación de las mujeres fue la pérdida de su capacidad reproductiva, pero la capacidad de tener los niños no tienen el mismo significado para todos los las mujeres. Por ejemplo, para algunos el niño era proporcionar una sensación general de satisfacción, y otros quería tener hijos para complacer a su marido. Contrariamente a lo esperado, la mayoría de las mujeres en el estudio considera la menstruación como una necesaria y valiosa función, de nuevo, por diversas razones. Las mujeres también expresaron su preocupación de que la operación afectaría su respuesta sexual. Drellich y Bieber "interpretaron sus resultados como muestra cuán íntimamente el útero estaba relacionado con la concepto de la feminidad y que su pérdida fue tan perjudicial para la feminidad. Sugirieron que el concepto psicoanalítico de "ansiedad de castración" debe extenderse, más allá de la ansiedad relacionados con el órgano genital masculino, que incluyen el útero. Un centenar de mujeres casadas de entre 20 y 47 años, que se sometieron a una histerectomía por una condición maligna, fueron entrevistadas entre los días 7 y 12 post-operatorio. El emparejado

grupo de control compuesto por pacientes con colecistectomía. Un cuestionario estudio evaluó los resultados después de 13 meses el 85% de los pacientes. Sólo el 38,8% de estas mujeres se describen como que no tiene deterioro de la salud; sufrieron menos, según el tipo de impedimento. Había una diferencia significativa entre los hysterectomía y grupos de control en las áreas de depresión y la sintomatología de carácter general. De los parámetros asociados con un mal resultado, el grado de falta de apoyo en la red social se encontró que era la fuerza más potente. Las mujeres también expresaron la necesidad de poder ventilar los sentimientos de molestia y la aprensión acerca de la operación y que se debe dar explicaciones. La teoría de la crisis que ofrece un enfoque útil, ya que permitió a la consideración de los aspectos intrapsíquicos del individuo en relación con el caso de crisis, así como la interacción con factores ambientales, la dinámica de los cuales requieren una consideración para una intervención efectiva para tomar su lugar. Otro estudio que explora el proceso de ajuste a la hysterectomía se basó en la hipótesis que una fase común del ajuste de los siguientes eventos traumáticos. No hay inicialmente un bloqueo de salida o la evitación de la realización del evento traumático (Negación), seguido de ingreso gradual de la conciencia. De esta manera, el trauma se va aceptada, junto con sus molestias que acompañan. Si el trauma no es trabajado a través de este manera, el paciente puede ser sintomático de una moda descrito como el síndrome de respuesta al estrés. Veinte y ocho mujeres fueron entrevistadas 12 meses después de la hysterectomía. Sólo el 38 % se había adaptado con éxito para la operación, el Síndrome de Respuesta al Estrés esta presente en un grado leve en el 43 % de este grupo y en un grado severo en el 18%. Las mujeres que no habían hecho frente a la operación eran más probable que se vea como que se deterioró el funcionamiento sexual o se sintieron cambiado. Las mujeres que habían mostrado un patrón de los pobres ajuste a las pérdidas anteriores se encontraban en riesgo para el desarrollo del síndrome de respuesta de estrés. Este estudio proporciona datos útiles para la descripción del patrón físico. <sup>(8)</sup>

El resultado psicológico de la hysterectomía ha sido un tema de gran preocupación, tanto entre los profesionales y el público. Varios principios estudios retrospectivos informaron una incidencia más alta de la depresión post-hysterectomía, pero algunos contemporáneos documentos no son compatibles con estos hallazgos. <sup>(9)</sup>

La depresión se relaciona también con el grado de quejas preoperatoria; las mujeres que han sufrido más antes de la cirugía, hay más depresión después de la operación <sup>(10)</sup>. La depresión es mencionada como el riesgo psiquiátrico más común después de la histerectomía <sup>(11)</sup>. En casi todos los casos, las mujeres con depresión, tenían un riesgo elevado de limitada función física, limitado nivel de actividad en comparación con las mujeres sin depresión <sup>(12)</sup>. En un estudio realizado en pacientes posthisterectomizadas comparando las complicaciones de histerectomía abdominal total y abdominal subtotal, se obtuvo 0% de depresión en las que se les realizó histerectomía abdominal total, y 1% de depresión en pacientes con histerectomía subtotal <sup>(13)</sup>. El 44.4% de pacientes que habían presentado ansiedad, 6.7% presentaron depresión posterior a la histerectomía <sup>(17)</sup>. Pacientes que querían otro hijo antes del procedimiento tenían más depresión en comparación de las pacientes que no querían <sup>(19)(24)</sup>

En Septiembre del año 2012, El Dr. Álvaro Publicó que en el área quirúrgica, llama la atención la depresión relacionada con la histerectomía. Los médicos suelen manejar directamente las situaciones anatómicas, fisiológicas y patológicas que justifican la histerectomía, pero en general, se detiene poco a considerar su valor inconsciente o simbólico. Para la paciente el valor simbólico del útero es de gran importancia y debe ser manejado de cierta forma por ella antes de considerar la histerectomía. Las mujeres que consideran la histerectomía se preocupan a menudo por sus efectos potenciales en sus funciones sexuales pero los efectos de histerectomía en la función sexual permanecen inciertos. La depresión de pre histerectomía era asociada con experimentar dispareunia, sequedad vaginal, la disminución de la libido y no experimentar orgasmos después de la histerectomía. Probablemente, sea que aún cuando el útero es un órgano clave de la mujer también es cierto que su función básica es alojar al producto durante el embarazo, y que no es esencial en la función sexual. Así éste queda circunscrito a la reproducción, y no a la compleja experiencia del sexo. Es interesante este descubrimiento, porque cada vez es más claro que la sexualidad de los humanos no está directamente relacionada con la reproducción, como se creyó por mucho tiempo sino que son independientes, y muy diferentes. Los estudios no mienten, y contra un 5% de mujeres que dice que su vida sexual empeoró después de la histerectomía, hay un 15% que dice que desea sexo más de una vez por semana, un 12% tiene relaciones más de cinco veces por mes, y un 12% también dijo experimentar orgasmos más intensos después de la operación. En la mayor parte de los estudios de las últimas dos décadas, se sugiere que hay pocas pruebas de que la histerectomía incremente el riesgo de depresión, y algunos informan incluso

disminución de los síntomas después de la histerectomía. En una publicación de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría se concluye: "Basándonos en los mejores y más recientes estudios, existe poca evidencia de que la histerectomía va seguida de una tasa mayor de psicopatología postoperatoria o de depresión. El subgrupo de mayor riesgo está compuesto de mujeres con psicopatología preoperatoria. Este es un punto de vista de que el mejor predictor del curso futuro de una enfermedad psiquiátrica puede ser la historia pasada."<sup>(39)</sup>

Polivy enumera como factores predisponentes a sufrir depresión después de una histerectomía, los siguientes:

-Historia psiquiátrica previa: parece evidente que mujeres propensas a la depresión respondan a la histerectomía con un cuadro depresivo

-Intervenciones innecesarias: existe más probabilidad de que una mujer se deprima a causa de una histerectomía practicada por síntomas funcionales e irrelevantes, debido al carácter neurótico de dichos síntomas

-Desorganización de los vínculos matrimoniales: la mujer percibe que carece de suficiente apoyo emocional

-Mujeres muy jóvenes: este factor parece estar asociado a la depresión posiblemente porque la intervención desorganiza el concepto de la sexualidad femenina, no bien establecida aún

-Ausencia de ansiedad preoperatoria: como se ha dicho, la ansiedad es un fenómeno tanto natural como adaptativo en estas situaciones, su ausencia total es un signo de desajuste

-Presencia de ideas erróneas y miedos acerca de la intervención: una adecuada preparación quirúrgica debería incluir la eliminación de mitos y miedos.

Otros estudios han demostrado de manera constante una información sub óptima acerca de la intervención quirúrgica (histerectomía). Esto sugeriría que rara vez hay participación y colaboración de la paciente con base en la información.

Una actitud psicoterápica es inexcusable ante cualquier depresión, incluso en las endógenas donde el tratamiento debe ser fundamentalmente biológico. La psicoterapia debe incidir en el reajuste de las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, y laborales. En este tipo de pacientes mucho influyen los factores biopsicosociales para la presencia o ausencia de depresión, por lo que la psicoterapia debe ir enfocada mucho más a su vida después de la histerectomía con la debida información de su padecimiento,

el procedimiento y sus indicaciones; así como las probables complicaciones del procedimiento quirúrgico.

Es conveniente el trabajo en equipo entre especialistas de ginecología obstetricia y psiquiatría, para brindar mejor apoyo a las pacientes que se les realizará histerectomía y detectar patología psiquiátrica precozmente.

La relación entre las condiciones ginecológicas y la calidad de vida de la mujer ante la presencia de una histerectomía frecuentemente conlleva involucrada una manifestación depresiva. <sup>(40)</sup>

#### Consecuencias psicológicas

Después de la histerectomía, puede aparecer depresión y ausencia de deseo sexual. Si no se han extirpado los dos ovarios, estas reacciones traducen más una angustia asociada a los efectos de la histerectomía que la consecuencia física u hormonal de la intervención. Las inquietudes más habituales son:

- el miedo a envejecer rápidamente o a “perder” la feminidad;
- el miedo a dejar de experimentar placer sexual. Después del período de convalecencia, la mayoría de las mujeres recuperan el mismo placer que sentían antes;
- el miedo a engordar. No hay ninguna relación directa entre la histerectomía y el aumento de peso. Un seguimiento psicológico antes y después de la intervención puede ayudar a disipar estos temores. Si, previamente, la paciente y el médico comentan las posibles consecuencias de la operación, los trastornos postoperatorios se reducirán notablemente.

Una intervención en ocasiones mal vivida. Más allá de las consecuencias puramente médicas de la histerectomía, la operación es considerada, en ocasiones, por la mujer como un signo de envejecimiento. <sup>(41)</sup>

#### Antes de la histerectomía

Una mujer, con o sin hijos, suele presentar una depresión, sin embargo, esto no es en todos los casos. Para evitar o disminuir esta situación es importante mantener una constante comunicación con su médico y evitar quedarse con dudas o preguntas, por muy simples que parezcan.

Se recomienda a la paciente que va a ser sometida a la extirpación del utero evitar leer testimonios y escuchar a familiares o amistades que, sin ánimo de interferir de manera negativa (o por cualquier otra razón) hacen comentarios que sólo logran crear

pensamientos de temor sobre la operación, como por ejemplo, hablarle sobre aspectos del dolor postquirúrgico, o bien, de las posibles consecuencias lamentables al ser intervenida, entre otros. Por el contrario, si el testimonio se utiliza para animar a una paciente que será intervenida, sin duda, esto le ayudará a sentir mayor tranquilidad y confianza.<sup>(42)</sup>

Es un hecho que para muchas mujeres, especialmente cuando no han tenido hijos y avanzan por la etapa reproductiva, la histerectomía puede afectar negativamente su identidad femenina. Como la histerectomía señala de hecho el fin de potencial reproductor de la paciente, puede causar tensión psicológica y una sensación de mutilación, aún que la respuesta sexual no depende del útero. A esta difícil situación se suma la recuperación, lo que aumenta la depresión en la que puede encontrarse la paciente. Es frecuente que dicha depresión se desencadene como resultado de vivencias sociales traumatizantes, es decir, las que percibe la paciente como rechazo.<sup>(43)</sup>

La histerectomía no se asocia con aumento del riesgo de depresión, por lo menos en las mujeres de mediana edad (Andrew M. Seaman). Un equipo que estudió a casi 2.000 mujeres de mediana edad durante 10 años halló que aquellas con una histerectomía, con o sin extirpación de los ovarios, eran tan propensas a desarrollar depresión o ansiedad como las que llegaron a la menopausia naturalmente.

En todos los casos, esos síntomas disminuyeron en unos pocos años.

"Por lo menos en las mujeres de mediana edad los síntomas anímicos no serían una preocupación a considerar al decidir una histerectomía y una ooforectomía", dijo la autora principal, Carolyn Gibson, del Departamento de Psicología de la University of Pittsburgh.

Gibson señaló la importancia de estos resultados debido a que la histerectomía es una práctica muy común. Cada año, en Estados Unidos, se les extirpa el útero a unas 600.000 mujeres, según muestran las cifras de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos

Para el equipo, entre el 55 y el 80 por ciento de las mujeres a las que se les realiza una histerectomía también se les extirpan los ovarios. Dado que los ovarios producen estrógeno, extirparlos induce la menopausia casi inmediatamente. Ya sean naturales o inducidos, los cambios hormonales que llevan a la menopausia favorecen la aparición de síntomas como la ansiedad, la depresión, el insomnio o los sofocos.

En una base de datos especializada, el equipo de Gibson identificó a unas 2.000 mujeres de entre 42 y 52 años en 1996 y 1997. El seguimiento duró más de una década.

En ese período, 1.793 llegaron a la menopausia naturalmente, a 76 se les había realizado una histerectomía electiva, y a 101 se le habían extirpado los ovarios durante el procedimiento.

En los tres grupos de mujeres, la depresión disminuyó de manera progresiva por igual desde la llegada a la menopausia hasta el final del estudio.

En el grupo que llegó naturalmente a la menopausia, el puntaje pasó de 8,6 a 7,8, mientras que en el grupo con histerectomía, lo hizo de 9,37 a 9,08 y en el grupo al que se le extirparon los ovarios, de 10,96 a 8,91.

Ellen Freeman, profesora de obstetricia y ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania, consideró importante aclarar que los resultados no quieren decir que la mujer promedio no desarrollará depresión después de la menopausia, sino que los síntomas disminuyen y con la misma tendencia en cada grupo.

En la revista *Obstetrics & Gynecology*, el equipo escribe que los resultados sugieren que los síntomas de depresión y ansiedad disminuirían a medida que las mujeres atraviesan la posmenopausia.

De todos modos, aclara que no serían aplicables a otras poblaciones, como las mujeres con antecedentes de trastornos anímicos. <sup>(44)</sup>

La pérdida de la posibilidad de ser madres, es un aspecto descrito por otros autores. Las mujeres señalan que la principal función del útero es la generación de hijos, por lo tanto la incapacidad de hacerlo podría ser un motivo de depresión pos operatoria. Al parecer, el dolor de perder el útero es aminorado cuando han tenido hijos, y por lo tanto la conformidad proviene del hecho de que ya son madres. La pérdida de las menstruaciones ha sido vista en este grupo de estudio con una perspectiva dual, se considera bueno, sin embargo está también asociada a una pérdida que implica cierto dolor. Publicaciones previas han reportado este significado como positivo para las mujeres, señalando que es un alivio, junto con el hecho de no tener riesgo de embarazo, sin embargo, también ha sido reportado que es una necesidad educativa que las mujeres perciben, en este mismo grupo de estudio cerca del 50% desea ser educada en relación al cese de la capacidad fértil.

Los sentimientos de pena, dolor, soledad están claramente asociados a la pérdida que significa la extracción del útero, y por lo tanto acompañan los diferentes duelos a los

cuales la mujer está sometida posterior a esta cirugía. Las mujeres temen perder a sus familiares y cercanos, además de sentir dolor y soledad por las pérdidas anteriormente descritas.

Respecto de la mejoría de la enfermedad como significado atribuido a la extracción del útero, es el único aspecto positivo claramente descrito por las mujeres como consecuencia de ser hysterectomizadas, y que ha sido previamente señalado por otros autores. En un estudio realizado por Reis y cols, señalan que más de la mitad de las mujeres hysterectomizadas perciben que a pesar de estar tristes, el hecho de estar sanas es lo más importante. La mejoría de la enfermedad implica la ausencia de sintomatología como dolor o sangrado abundante e inesperado, síntomas presentes muchas veces por largos períodos de tiempo previo a la cirugía. Tal cual como fue descrito en este estudio, la ausencia de dichos síntomas significa “tranquilidad”. Cabe señalar, que el temor de desarrollar cáncer, reportado por una de las mujeres en nuestro estudio, ha sido señalado también por otros autores. La extracción del útero no es similar a extraerse otro órgano, y el término “interior” encierra un significado que merece ser analizado. Cuando una mujer es sometida a otra cirugía, como por ejemplo una colecistectomía, no dice que fue operada del “interior”, por lo que fuera de todo comentario anecdótico atribuido a este término, debiera considerarse en su real significado. La mujer expone su “interior” al momento de someterse a la Histerectomía, y por lo tanto cuando es operada, parte de ese “interior” está siendo afectado. Cuando la mujer habla del “interior”, nos está señalando precisamente aquella parte interna que no se ve, pero que se siente, la pérdida que la mujer vive con dicha cirugía, y los sentimientos de tristeza y soledad que acompañan la extracción del órgano. Claramente la HT no es la extracción de cualquier órgano, es la extracción de un órgano que la mujer valora por el significado que “ella” le ha dado, y no por el significado que pueda tener para el profesional que la atiende. Respetar a la mujer, acoger el dolor y propiciar el ambiente adecuado para contenerla y educarla, es lo que todo profesional de la salud debiera estar preparado a enfrentar. Si no se está disponible para asumir esta tarea, debiera ser delegada en otro profesional que si lo pueda y quiera hacer. Negar el significado que la mujer le da a esta cirugía no sería justo, ni mucho menos una correcta elección. Toda mujer sometida a una hysterectomía, debe ser acompañada en el “proceso de ser hysterectomizada”, y la calidad de dicho proceso, dependerá en gran medida de la intervención que haya realizado el profesional antes y después de la cirugía.



Sensibilizar a los profesionales de la salud, que trabajan con mujeres histerectomizadas, a comprender y respetar el significado que para ellas tiene la histerectomía y propiciar el ambiente adecuado para contenerlas y educarlas pre y pos cirugía. <sup>(45)</sup>

#### ASPECTOS PSICOLOGICOS:

Se han realizado algunos estudios sobre histerectomía en los últimos años, estos por lo general son estudios cualitativos que tratan de abarcar aspectos diversos sobre la histerectomía para lograr comprender mejor a las mujeres que se han sometido a este procedimiento, así como a las mujeres que deberán someterse a esta operación en un futuro.

En un estudio sobre los aspectos psicológicos en cirugía ginecológica realizado por Schwartz y Williams se expone que: La cirugía ginecológica tiene muchos efectos psicológicos que acompañan a la cirugía en general. Sin embargo la cirugía puede tener un efecto directo en el aparato reproductor femenino, crea sus propias dificultades psicológicas, tanto preoperatorias como posoperatorias. Gath et al., encontró que el 58% de las pacientes que se someterán a una histerectomía presentan una psicopatología preoperatoria. Por otra parte Khastgir y Studd y Thornton, Mcqueen, Dneale y Dixon coinciden en que existe una incidencia alta de depresión antes de la operación la cual disminuye posterior a la misma por el alivio de los síntomas físicos. Además se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad en la mayoría de las mujeres tres semanas antes de la operación (Thornton et al.)

Por otra parte los efectos, los efectos psicologicos posoperatorios de una histerectomía puede ser ansiedad, depresión y dolor atribuyendo la causa a la operación (Skincey). Algunos autores observaron que mientras más altas eran las expectativas preoperatorias sobre la histerectomía existía un aumento en la depresión posoperatoria (Singh et al.) <sup>(46)</sup>

En una mujer después de la histerectomía pueden ocurrir diferentes reacciones psicológicas frente al problema, podemos resumirlas en 3 fases de la manera siguiente:

- Primera fase (de conmoción, incredulidad o incluso negación). Durante esta fase hay disminución de la confianza en sí misma, dudas sobre ella misma, y sentimientos de culpa y miedo ante la intervención.
- Segunda fase (generalmente cuando el tratamiento quirúrgico ya ha sido realizado). Se produce una afectación con gran depresión, pues la posibilidad de menstruar y reproducirse ya no son posibles. Aparece la irritación, la furia, la culpa, la soledad y la depresión, así como el duelo en solitario, generalmente sin apoyo. En otros casos,

aparece la resolución y aceptación de la situación que se presenta.  
- Tercera fase (de aceptación y conformidad). Fase muy difícil, pues no siempre la mujer ha resuelto su dolor y puede no ser capaz de tomar decisiones informadas y racionales sobre las posibles alternativas de vida sexual y social futura.

Cuando hay un estado patológico que puede provocar dispareunia después de la operación, la paciente suele mantenerse predispuesta ante el inicio y mantenimiento de la actividad sexual. En el sexo femenino abunda la creencia de que su actividad sexual cesa con la menopausia y puede encontrar dificultades después de la operación, pues después de ella no hay posibilidades de seguir menstruando. En otros casos hay una respuesta favorable, pues la mujer tras la cirugía puede quedar libre de un estado patológico y, de esta manera, la operación facilita su capacidad de respuesta sexual. De igual modo, aquella que teme a un embarazo o el riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino puede verse libre de tales temores y experimentar aumento de la libido, así como experimentar una mejoría de su respuesta sexual después de la operación.

Ante la existencia de esas actitudes, no resulta sorprendente que la mujer sometida a esta intervención muestre una gran incidencia de depresiones y otros estados afines.<sup>(47)</sup>

### **III. OBJETIVOS**

**3.1 Objetivo general:** Determinar la incidencia de estado depresivo en pacientes pre y post Histerectomizadas en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

**3.2 Objetivos específicos:**

**3.2.1** Cuantificar la incidencia del estado depresivo en las pacientes Post Histerectomizadas del Hospital Roosevelt,

**3.2.2** Cuantificar la incidencia del estado depresivo en las pacientes Pre Histerectomizadas del Hospital Roosevelt.

## IV. MATERIAL Y METODOS

**4.1 Tipo y diseño de la investigación:** Estudio Transversal

**4.2 Unidad de análisis:** Pacientes pre y post hysterectomizadas

**4.2.1 Unidad primaria de muestreo:** Pacientes pre y post hysterectomizadas del departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de Enero a Diciembre 2012.

**4.2.2 Unidad de análisis:** Datos registrados en el test de Zung.

**4.2.3 Unidad de información:** Paciente femenina pre y post hysterectomizada que se presentó en el servicio de Consulta Externa y cuarto piso de Ginecología, del Hospital Roosevelt.

**4.3 Población y muestra**

**4.3.1 Población:** Pacientes captadas en el servicio de Consulta Externa y cuarto piso de Ginecología del Hospital Roosevelt, de lunes a viernes durante el año 2012.

**4.3.2 Marco muestral:** Todas las pacientes que aceptaron participar pre y post hysterectomizadas del servicio de Consulta Externa y cuarto piso de Ginecología del Hospital Roosevelt, de Lunes a Viernes durante las mañanas.

**4.3.3 Muestra:** Se utilizó una formula en Excel Para Calculo de Muestra, agregando los siguientes datos

<b>Total de la población (N)</b> (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	300
<b>Nivel de confianza o seguridad (1-<math>\alpha</math>)</b>	95%
<b>Precisión (d)</b>	6%
<b>Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)</b> (Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	50%
<b>TAMAÑO MUESTRAL (n)</b>	141

Se obtuvo un tamaño muestral de **141** personas

#### 4.4 Selección de los sujetos a estudio

##### 4.4.1 Criterios de inclusión:

- a) Pacientes post histerectomizadas vía vaginal o abdominal, que aceptaron participar voluntariamente
- b) Pacientes con patología benigna

##### 4.4.2 Criterios de exclusión:

- a) Pacientes con diagnósticos previos de depresión y con tratamiento antidepresivo

#### 4.5 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de Medida
Histerectomía	Es la <u>extirpación quirúrgica</u> del útero que ocasiona la incapacidad para quedar en embarazo y es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina	Para fines del estudio, se tomó en cuenta a todas las pacientes que se les realizó extirpación quirúrgica del útero, de causa benigna, ya sea Histerectomía vaginal o Abdominal, que se encontró en el servicio de ginecología, cuarto piso o Consulta Externa del Hospital Roosevelt, sin tomar en cuenta a Paciente con patología maligna, o que se les haya realizado algo más que la histerectomía, tales como anexectomía, Lesiones vesicales, intestino o histerectomía obstétrica.	Cualitativa	Nominal	Si, no
Estado Depresivo	La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año	Para fines del estudio, se detectó a través del Test de Zung, a través de 20 preguntas que indican las 4 características más comunes de la	Cualitativa	Nominal	Claves de Medición para la Escala de Autoevaluación para

	<p>2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de.</p>	<p>depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.</p> <p>Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evaluó en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).</p> <p>El rango de calificación fue de 20-80.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25-49 rango normal</li> <li>• 50-59 Ligeramente deprimida</li> <li>• 60-69 Moderadamente deprimida</li> <li>• 70 o más, Severamente deprimida</li> </ul>			<p>la Depresión de Zung (SDS)</p>
--	--	---	--	--	-----------------------------------

## **4.6. ANALISIS ESTADISTICO**

### **4.6.1 Técnicas, procedimientos e instrumento de recolección de datos**

#### **4.6.2 Técnica:** Mediante el investigador se pasó el Test de Zung

que incluye 20 preguntas a todas las pacientes que estuvieron de acuerdo a participar en el estudio, en pre y post hysterectomizadas en el servicio de Consulta Externa y cuarto piso de Ginecología del Hospital Roosevelt

**4.6.3 Procedimientos:** En el momento que se detectó una paciente Pre o Post Histerectomizada ya sea en la Consulta Externa o Cuarto piso de Ginecología se le dio una explicación acerca del estudio que se quería realizar, de los beneficios para el Hospital y futuras pacientes que consultaran con las mismas patologías de la participante, se aclararon dudas, y mediante el Test de Zung como boleta recolectora de datos se obtuvieron los resultados

**4.6.4 Instrumento:** Escala De Autoevaluación Para La Depresión de Zung. (SDS). La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evaluó en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo)

## **4.7 Plan de procesamiento y análisis de datos**

**4.7.1 Plan de procesamiento:** Después de la recolección de datos, se procedió a la interpretación de las respuestas mediante las Claves De Medición Para La Escala De Autoevaluación Para La Depresión De Zung (SDS), la tabulación y estructuración de la base de datos se realizó en el programa de Microsoft Office Excel 2007, por mi persona, supervisó el asesor Dr. Erick Calderón y Co Asesor Dr. Jaime Rabanales



**4.7.2 Plan de análisis:** Se realizó análisis de la incidencia de los resultados junto con el Asesor y Co asesor

#### **4.8 Alcances y límites de la investigación**

**4.8.1 Alcances:** Los resultados que se obtuvieron de este estudio serán validos para el Hospital Roosevelt, y para todas las pacientes que acudirán al servicio de Ginecología para la realización de Histerectomía.

**4.8.2 Limites:** Aun tomando en cuenta a toda la población hubo pacientes que no estuvieron de acuerdo y no contestaran a conciencia el estudio.

#### **4.9 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION**

Se coloca la siguiente investigación en la categoría 1, ya que será de tipo observacional sin modificar ningún tipo de variable en las pacientes. Se informó a los jefes del departamento, servicio, residentes y familiares, por último se dio plan educacional.

## V. RESULTADOS

A continuación se presentaran los resultados obtenidos acerca de la incidencia de la depresión en pacientes pre y posthisterectomizadas en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, bajo los siguientes objetivos: 1. General: Se determinó el estado depresivo en pacientes pre y post Histerectomizadas en el departamento de ginecología del hospital Roosevelt. Y 2. Específicos: a) Se identificó la incidencia del estado depresivo en las pacientes Post Histerectomizadas del Hospital Roosevelt, y b) Se identificó la incidencia del estado depresivo en las pacientes Pre Histerectomizadas del Hospital Roosevelt. Con la siguiente metodología como un estudio descriptivo, transversal, como unidad de análisis a las pacientes pre y post histerectomizadas, unidad primaria de muestreo a pacientes pre y post histerectomizadas del departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de Enero a Diciembre 2012, unidad de análisis los datos registrados en el test de Zung, unidad de información a la paciente femenina pre y post histerectomizada que se presentó en el servicio de Consulta Externa y cuarto piso de Ginecología, del Hospital Roosevelt. Como población a las pacientes captadas en el servicio de Consulta Externa y cuarto piso de Ginecología del Hospital Roosevelt, de lunes a viernes durante el año 2012. Como marco muestral a todas las pacientes que aceptaron participar pre y post histerectomizadas del servicio de Consulta Externa y cuarto piso de Ginecología del Hospital Roosevelt, de Lunes a Viernes durante las mañanas. Y la muestra se obtuvo de una formula en Excel Para Calculo de Muestra.

**ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES PRE Y POST HISTERECTOMIZADAS EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT**

**CUADRO NO. 1**

**Incidencia de estado depresivo en las pacientes Pre y Post Histerectomizadas del  
Hospital Roosevelt**

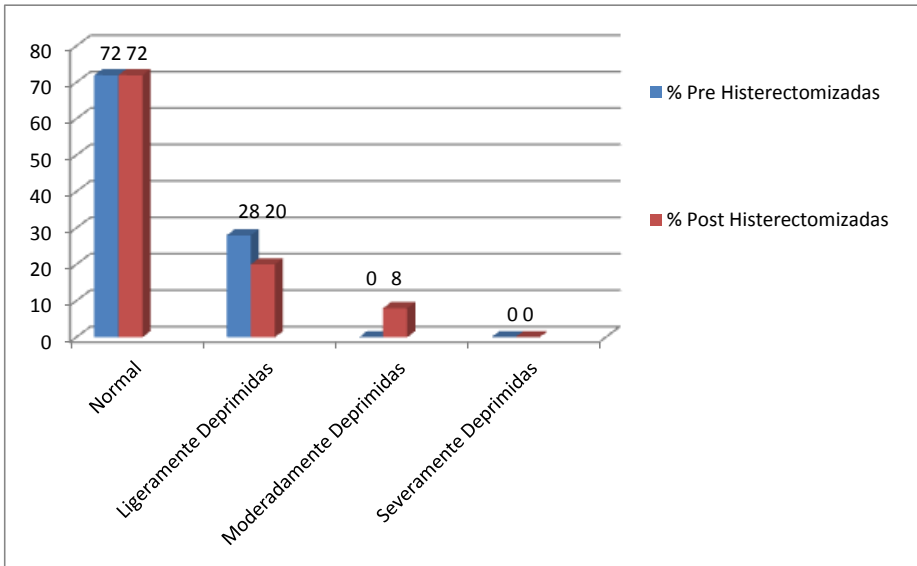
Nivel De Depresión	Cantidad		Porcentaje (%)	
	Pre Histerectomía	Post Histerectomía	Pre Histerectomía	Post Histerectomía
Normal	102	102	72	72
Ligeramente Deprimida	39	28	28	20
Moderadamente Deprimida	0	11	0	8
Severamente Deprimida	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta de recolección de datos

### GRAFICA NO. 1

**Incidencia de estado depresivo en las pacientes Pre y Post Histerectomizadas del Hospital Roosevelt**

## % De Pre Y Post Histerectomizadas



Fuente: Boleta de recolección de datos

## CUADRO NO. 2

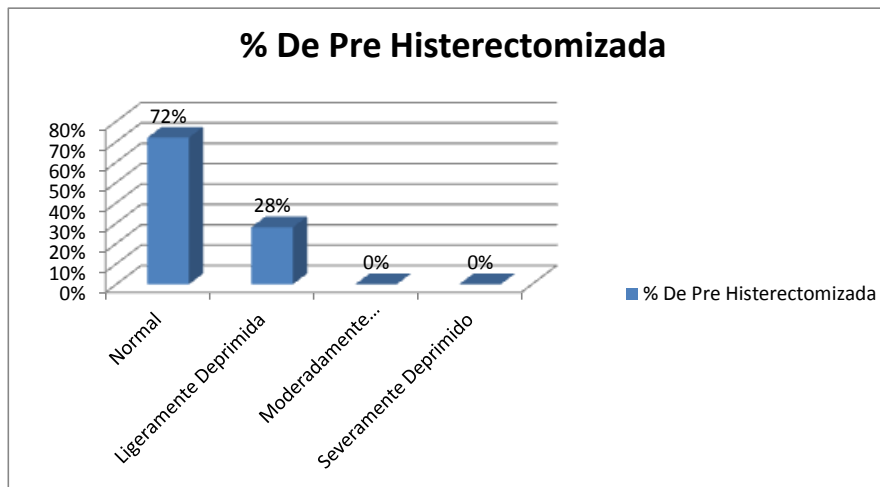
### Incidencia de estado depresivo en las pacientes Pre Histerectomizadas del Hospital Roosevelt

Nivel de Depresión	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Normal	102	72
Levemente Deprimida	39	28
Moderadamente Deprimida	0	0
Severamente Deprimida	0	0
Total	141	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

## GRAFICA NO. 2

### Incidencia de estado depresivo en las pacientes Pre Histerectomizadas del Hospital Roosevelt



Fuente: Boleta de recolección de datos

### CUADRO NO. 3

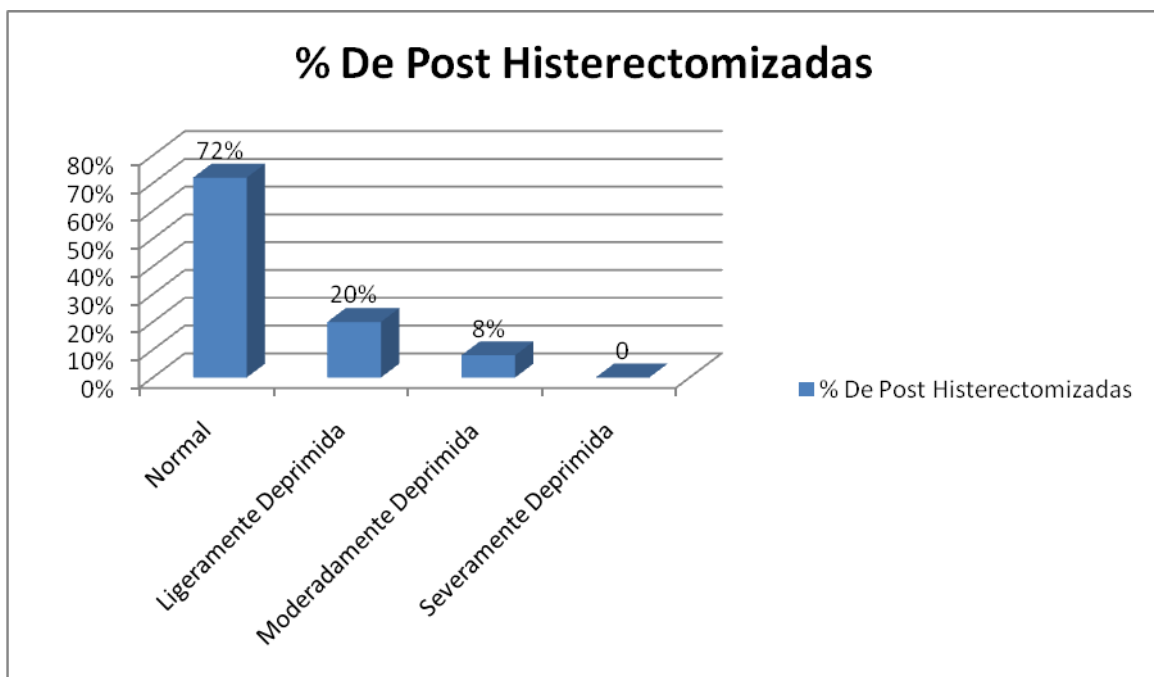
#### Incidencia de estado depresivo en las pacientes Post Histerectomizadas del Hospital Roosevelt

Nivel de Depresión	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Normal	102	72
Levemente Deprimida	28	20
Moderadamente Deprimida	11	8
Severamente Deprimida	0	0
Total	141	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

### GRAFICA NO. 3

#### Incidencia del estado depresivo en las pacientes Post Histerectomizadas del Hospital Roosevelt



Fuente: Boleta de recolección de datos

## VI. DISCUSION Y ANALISIS

En la gráfica número 1 se demuestra que la misma cantidad de pacientes que se encuentran en un estado normal sin depresión es igual entre las pre y posthisterectomizadas siendo en un 72% en ambos, habiendo un ligero cambio entre el 28% en pacientes prehisterectomizadas al 20% en pacientes posthisterectomizadas con depresión leve, en cuanto a la depresión moderada no se observó ningún caso en las pacientes prehisterectomizadas y únicamente el 8% padeció dicho padecimiento en las posthisterectomizadas, y por ultimo no se detecto ningún caso de depresión severa en ambos grupos de pacientes ( pre y posthisterectomizadas). Y en conjunto, se puede observar que no hubo ningún cambio de incidencia y que la mayoría se encuentra en un estado normal sin depresión y ningún caso de depresión severa en ambos grupos de pacientes, mas sin embargo al calcular en Excel con la formula de Chi cuadrado así:<sup>(48)</sup>

	Pre Histerectomía	Pos Histerectomía	Total
Normal	102(102.00)(0.00)	102(102.00)(0.00)	204
Depresión Leve	39(33.50)(0.90)	28(33.50)(0.90)	67
Depresión Moderada	0(5.50)(5.50)	11(5.50)(5.50)	11
Total	141	141	282(Gran Total)

Obtenemos un Chi cuadrado de 12.81, P= 0.001, por lo que el resultado es significativo. Comparando con la mayoría de los estudios citados en este trabajo, se puede mencionar que se contradice con los que mencionan que el estado depresivo mejora por el alivio de los síntomas, ya que en este caso se observa que la depresión se profundiza en las pacientes Post Histerectomizadas. Por lo tanto este trabajo demuestra que sí hay cambio en el estado de ánimo secundario al procedimiento quirúrgico, aunque la mayoría se encuentra en un estado normal en ambos grupos al igual que la población general, habiéndose detectado bajos porcentajes con dicha patología.

En la grafica número 2 se puede identificar la incidencia del estado depresivo en las pacientes prehisterectomizadas, habiendo excluido anteriormente a las pacientes con diagnostico o con tratamiento para la depresión, incluyendo únicamente a pacientes con enfermedad benigna, por lo tanto se identifico únicamente una incidencia del 28% con depresión leve, no encontrándose a ninguna en estado depresivo moderado o severo y la mayoría en un estado sin depresión en un 72%. Lo que no concuerda con estudios

previos realizados en prehisterectomizadas, por ejemplo en el estudio realizado sobre los aspectos psicológicos en cirugía ginecológica por Schwartz y Williams donde citan a Gath et al., que encontró que el 58% de las pacientes que se someterán a una histerectomía presentan una psicopatología preoperatoria. Por otra parte Khastgir y Studd y Thornton, Mcqueen, Dneale y Dixon coinciden en que existe una incidencia alta de depresión antes de la operación la cual disminuye posterior a la misma por el alivio de los síntomas físicos. Además se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad en la mayoría de las mujeres tres semanas antes de la operación (Thornton et al.)<sup>(46)</sup>. Pero en este caso se demostró únicamente el 28% presentó un estado leve de depresión y la mayoría normal. Y casi concordando con otros estudios como por ejemplo cuando se estudiaron 1,200 mujeres de Maryland que fueron histerectomizadas. Las dos razones más comunes para la cirugía fueron la fibrosis y los problemas menstruales. Las pacientes se entrevistaron poco antes de la cirugía, encontraron que un 14% de ellas tenían depresión, la mayoría (54%) no tenían ni depresión.<sup>(14)</sup>, como lo es en este caso. No existiendo un consenso acerca de la prevalencia de depresión en pacientes prehisterectomizadas, en este estudio únicamente se presentan estos resultados como nuevos, concordando con algunos y no con otros, pero servirá para comparar con los resultados en pacientes postoperadas.

En la gráfica número 3 se puede identificar que la incidencia del estado depresivo en las las pacientes posthisterectomizadas es en un 72% como normal y pacientes con una leve depresión en un 20%, y 8% con depresión moderada, no habiendo pacientes con depresión severa, comparando con estudios previos, por ejemplo en el estudio realizado en pacientes posthisterectomizadas comparando las complicaciones de histerectomía abdominal total y abdominal subtotal, se obtuvo 0% de depresión en a las que se les realizó histerectomía abdominal total, y 1% de depresión en pacientes con histerectomía subtotal <sup>(13)</sup>. El 44.4% de pacientes que habían presentado ansiedad, solo el 6.7% presentaron depresión posterior a la histerectomía <sup>(17)</sup>. Pacientes que querían otro hijo antes del procedimiento tenían más depresión en comparación de las pacientes que no querían <sup>(19)(24)</sup>, casi concuerda ya que la mayoría de las pacientes no presentó depresión y el porcentaje es bajo para las que la padecen, después de haber excluido anteriormente a todas las pacientes con diagnóstico o tratadas para depresión e incluyendo únicamente a pacientes con enfermedad benigna.



## DISCUSION

Desde un inicio se quería comparar la incidencia del estado depresivo entre las pacientes pre y posthisterectomizadas, no habiendo ningún cambio significativo secundario al procedimiento quirúrgico y que a la mayoría de pacientes se encontraba en un estado normal sin depresión, aunque los resultados que se obtuvieron de este estudio serán validos para el Hospital Roosevelt, y para todas las pacientes que acudirán al servicio de Ginecología para la realización de Histerectomía, sin enfermedad maligna ni con diagnósticos previos de depresión, aun tomando en cuenta a toda la población hubo pacientes que no estuvieron de acuerdo y no contestaran a conciencia el estudio, aunque el instrumento utilizado para la obtención de los datos, la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS), Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia. No fue diseñada para screening pero muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general. En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total.<sup>(29, 30, 31)</sup> Es Una herramienta que ha sido validado y utilizado ampliamente en Guatemala. <sup>(32,33,34)</sup>., con el Chi cuadrado con un valor de P significativo únicamente demuestra que si hay un profundización en cuanto a la depresión en post histerectomizadas pero con una incidencia baja (28%) tampoco se comprobó que la histerectomía disminuye o mejora el estado depresivo, probablemente harán falta otros estudios más específicos, tales como los niveles hormonales, un estudio psicosocial de cada paciente para conocer realmente el impacto de la cirugía.

## **6.1. CONCLUSIONES**

- 6.1.1** El 72% de las pacientes pre y pos thisterectomizadas se encontró en un estado normal sin depresión.
- 6.1.2** Ningún paciente pre o post histerectomizada se encontró con depresión severa.
- 6.1.3** El 28% de las pacientes pre histerectomizadas, y 20% de post histerectomizadas se encontró con depresión leve.
- 6.1.4** Ninguna paciente prehisterectomizada y 8% de las posthisterectomizadas se detectó depresión moderada.
- 6.1.5** Se observa que la depresión se profundiza en las pacientes con Post histerectomía.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

- 6.2.1. Para próximos estudios, incluir a pacientes con enfermedad maligna, para ver el impacto real del procedimiento quirúrgico (Histerectomía).
- 6.2.2. Para próximos estudios, agregar a pacientes además de solo Histerectomías, con anexectomía bilateral, con resección del tercio superior de vagina o con histerectomía radical, y comparar con el presente trabajo.
- 6.2.3. Para próximos estudios comparar la prevalencia de depresión a largo plazo (de 3 a 5 años) en pacientes posthisterectomizadas.
- 6.2.4. Continuar con el buen asesoramiento del médico y el apoyo de familiares hacia la paciente acerca de los beneficio e incluso de los efectos de la histerectomía, ya que en la revisión bibliográfica se menciona que hay menos depresión cuando la paciente conoce acerca de dicha cirugía.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas-Mendoza, J.E. y López-Serrano, A. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 4, Número 1, 2010
2. Pattern of mental ill health morbidities following hysterectomy for benign gynaecological disorders among Nigerian women International Journal of Mental Health Systems 2009,
3. Rohl J, Kjerulff K, Langenberg P, et al. Bilateral oophorectomy and depressive symptoms 12 months after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2008;199:22.e1-22.e5.
4. Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica, Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica y de la Asociación de Psicoanálisis Freudiano "Oskar Pfister". 2009.
5. S. BE´ATRICE M. EWALDS-KVIST<sup>1</sup>, TOIVO HIRVONEN<sup>2</sup>, MA° RTEN KVIST<sup>3</sup>, KAARLO LERTOLA<sup>4</sup>, & PIRKKO NIEMELA" Depression, anxiety, hostility and hysterectomy, November 2004
6. KRISTEN H. KJERULFF, MS, PhD, PATRICIA W. LANGENBERG, PhD, JULIA C. RHODES, MS, LYNN A. HARVEY, GAY M. GUZINSKI, MD, AND PAUL D. STOLLEY, MD, MPH, Vol 95 marzo 2000.
7. Yasser A. Helmy a, Ibrahim M.A. Hassanin a, Taher Abd Elraheem Ahmed A. Bedaiwy c, Rachele S. Peterson d, Mohamed A. Bedaiwy Psychiatric morbidity following hysterectomy in Egypt, 2008 102, 60–64
8. Psychosocial and emotional sequelae of hysterectomy L. DENNERSTEIN and M. RYAN 1982
9. G. Khastgir, J . W. W. Studd and J. Catalan\*, The psychological outcome of hysterectomy, 2000; 14: 132- 14 I.
10. KAV-VENAKI and L. ZAKHAM Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Psychological effects of hysterectomy in premenopausal women.

11. Nicole Florya, T, Francois Bissonnetteb, Yitzchak M. Binika, Psychosocial effects of hysterectomy accepted 18 May 2005.
12. Katherine E. Hartmann, MD, PhD, Cindy Ma, MPH, Georgine M. Lamvu, MD, MPH, Patricia W. Langenberg, PhD, John F. Steege, MD, and Kristen H. Kjerulff, Quality of Life and Sexual Function After Hysterectomy in Women With Preoperative Pain and Depression, PhD VOL. 104, NO. 4, OCTOBER 2004
13. Vibeke Zobbea, Birthe Margrethe Andersena, Thomas Filtenborge, Christian Gluudd, Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results Helga Gimbel, December 2003, Vol. 110, pp. 1088–1098
14. P. Donoghue, H. J. Jackson and R. Puguno, Understanding pre- and post-hysterectomy levels of negative affect: a stress moderation model approach 2003;24:99-109
15. [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/martinez\\_h\\_m/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_h_m/capitulo1.pdf)
16. Yen-Ju, Yu, Chen Yung-Hung, Cheng-Yu Long, Chang, Los factores de riesgo para el trastorno depresivo mayor y el impacto psicológico de la histerectomía, Marzo-Abril 2008.
17. Michael A Okunlola, Umuerrri Celestino, un Olayinka O Omigbodun, Imran Morhason-Bello, Patrón de morbilidad mental, problemas de salud después de una histerectomía por enfermedades ginecológicas benignas entre las mujeres de Nigeria Int J Syst Salud Ment. 2009.
18. [http://www.hystersisters.com/vb2/article\\_309471.htm](http://www.hystersisters.com/vb2/article_309471.htm)
19. Phyllis C. Lepperta, Richard S. Legrob, Kristen H. Kjerulff c, Hysterectomy and loss of fertility: Implications for women's mental health, Received 9 January 2007
20. Adel Aziza,\* , Christer Bergquista, Lena Nordholmb, Anders Møllerc, Gunnar Silfverstolpea, Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy, Received 5 February 2004

21. Cynthia M. Farquhar, MBChB, FRANZCOG, CREI, MPH, A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy, accepted August 24, 2005
22. Cynthia Margaret FARQUHAR,<sup>1</sup> Lynn SADLER<sup>1</sup> and Alistair W. STEWART<sup>2</sup> A prospective study of outcomes five years after hysterectomy in premenopausal women, 2008; 48: 510–516
23. Bruno Baldaroa,<sup>\*</sup>, Giovanni Gentileb, Maurizio Codispotic, Michela Mazzettia, Elena Trombinia, Carlo Flamignib, Psychological distress of conservative and nonconservative uterine surgery accepted 1 November 2001
24. María Teresa Urrutia S, SIGNIFICADO DE LA HISTERECTOMÍA PARA UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS, REV CHIL OBSTET GINECOL 2009; 74(5): 276 – 280
25. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile, Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas, Rev Cubana Obstet Ginecol 2007;33(1)
26. Lic. Carmen R. Victoria García Viniegras. Investigadora Auxiliar. Dirección de Investigaciones. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Dirección de Investigaciones. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Recibido: 26 de mayo de 1998. Aprobado: 17 de noviembre de 1998.
27. <http://es.scribd.com/doc/51983044/238-Instrucciones-GHQ-28>
28. [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_1\\_99/mgi10199.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.htm)
29. [http://www.mentalhealthministries.net/links\\_resources/flyers/zung\\_scale\\_sp.pdf](http://www.mentalhealthministries.net/links_resources/flyers/zung_scale_sp.pdf)
30. [http://www.depresion.psicomag.com/esc\\_zung.php](http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php)
31. <http://www.portalpsicologico.org/cuestionarios-y-test/test-sds-escala-autoaplicada-de-depresion-de-zung.html>
32. <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/docgt057/docgt057-1.pdf>

33. [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2627.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2627.pdf)
34. <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/12947.pdf>
35. <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt/2002/03-Medicas/M-011.pdf>
36. [http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia\\_de\\_sustituci%C3%B3n\\_hormonal](http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_de_sustituci%C3%B3n_hormonal)
37. [http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4938/1/interpsiquis\\_2009\\_38986.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4938/1/interpsiquis_2009_38986.pdf)
38. Rinaldi, G. Prevención psicósomática del paciente quirúrgico. Causas y consecuencias del impacto psicobiológico de una cirugía. Barcelona: Paidós; 2001.
39. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4042/1/.html>
40. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4042/2/Depresio-e-Histerectomia->
41. <http://salud.doctissimo.es/enciclopedia-medica/enfermedades-genito-urinarias/histerectomia.html>
42. <http://suite101.net/article/histerectomia-por-miomas-uterinos-a8598>
43. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000100003&script=sci_arttext)
44. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=75737>
45. <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/319>
46. [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/martinez\\_h\\_m/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_h_m/capitulo1.pdf)
47. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252008000400011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252008000400011&script=sci_arttext&tlng=pt)
48. <http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare2/Default2.aspx>

## VIII. ANEXOS

### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

A

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.



Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

### **Claves de Medición para la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)**

Coteje estas claves con las respuestas del paciente.  
Sume los números para obtener un valor total.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

#### **Propiedades psicométricas.**

**Fiabilidad:** Los índices de fiabilidad oscilan de 0,70-0,80 en la fiabilidad por el método de las dos mitades, e índice  $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 y 0,92 .

**Validez:** Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. La

puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

No fue diseñada para screening pero muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general. En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. <sup>(29, 30, 31)</sup>

Es Una herramienta que ha sido validado y utilizado ampliamente en Guatemala. <sup>(32,33,34)</sup>

## **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada “ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES PRE Y POSTHISTERECTOMIZADAS, VIA ABDOMINAL Y/O VAGINAL” para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.