



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**HOSPITAL DE LA MUJER**

**“DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA EN EL  
HOSPITAL DE LA MUJER”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**  
**MARÍA LUISA FUENTES MENDOZA**

**ASESORES**  
**DRA. MARÍA DE LA LUZ LINARES PEREZ**  
**DRA. MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ZÚÑIGA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AUTORIZACIONES

---

DRA. MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ZÚÑIGA  
DIRECTORA DEL HOSPITAL DE LA MUJER  
ASESOR

---

DRA. DENISSE ARIADNA ORTEGA GARCÍA  
JEFA DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
DEL HOSPITAL DE LA MUJER

---

DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA

---

DRA. MARÍA DE LA LUZ LINARES PÉREZ  
ASESOR

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme realizar este proyecto.

A mis padres por su amor incondicional, por ser las voces que me calman y consuelan cuando más los necesito, gracias por el ejemplo que me dan día a día, *Papucho* gracias por ser un ejemplo a seguir, *Güera* gracias por tus cuidados y consentirme en todas mis postguardias y ser la madre más comprensiva y cariñosa, los amo, son mi mayor tesoro.

A mis hermanas Betza y Janneth por ser mis amigas y más fieles confidentes y comprender esta aventura llamada residencia; por ser el paño de lágrimas cuando pensaba que no se podía más, por siempre estar para mí, siempre juntas, no hay palabras que describan el amor que les tengo y lo mucho que las necesito, sin ustedes esto no sería posible.

Gracias Hannah por llenar mi vida de alegría, Sam por ser el más fiel de los amigos y agradecer por tu compañía en cada noche de desvelo.

Pepe, porque más que un cuñado siempre te consideraré un hermano, gracias por todo.

Fernando, no tengo las palabras para agradecer toda tu ayuda, amor, tiempo y comprender que en este largo viaje siempre de manera incondicional contaba contigo, por creer en mí y alentarme para superar cada meta, te amo.

A mi familia por apoyarme en este camino, abuela Yolanda porque no hay día que no te piense ni deje de extrañar. A mi familia de Hidalgo que siempre es una motivación para seguir.

Dr. Mariano Hernández por ser un maestro y amigo.

A mis compañeros de residencia Liz, Daniel, Casqui, Mary, Naye, Ana, Gus, Sigrist, Galindito, mi gran amiga y confidente, Dany gracias por brindarme una bella amistad, te quiero, Quintana, amigo, sabes que te quiero mucho por estar juntos desde el R1 hasta el

final y muy en especial a mis hermanos de guardia por trabajar en equipo el mejor año de la residencia juntos, Blanquita por ser tan divertida y ecuánime en las guardias, Pavón y Orduña por ser unos amigos entrañables y Paulina por ser mi gran amiga desde el propedéutico hasta el R4, te quiero bebé, gracias a los R menores por permitirme divertirnos tanto en algo que disfrutamos día con día y hacer de las guardias nuestra enseñanza.

Sara, Naye, Any, Viry, Memo, Daniel, Angie, Liliana y Abdiel gracias Cuskos.

A mis maestros del Hospital de la Mujer, todo mi agradecimiento por sus invaluable enseñanzas. Un agradecimiento especial a mis asesoras de tesis: Dra. Linares, Dra. Martínez con cariño y respeto.

## ÍNDICE

Resumen	6
<i>Abstract</i>	7
1. Marco teórico	8
1.1 Introducción	8
1.2 Antecedentes Históricos	9
1.3 Generalidades Histerectomía	10
1.4 Generalidades Depresión	11
1.5 Relación histerectomía y depresión	15
2. Planteamiento del problema	18
3. Pregunta de investigación	18
4. Justificación	19
5. Objetivos	20
6. Hipótesis	21
7. Material y Métodos	22
8. Resultados	26
9. Discusión	43
10. Conclusiones	45
11. Bibliografía	47
12. Anexos	50

## Resumen

**Introducción.** La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más comunes realizadas en todo el mundo, sin embargo, las mujeres sometidas a esta cirugía suelen experimentar reacciones emocionales negativas, tales situaciones afectan el desarrollo familiar y su vida en pareja, causando importantes repercusiones en su identidad como mujer. Como tal cirugía señala el fin reproductivo de la paciente, ésta puede causar tensión psicológica y un sentimiento de mutilación. En México la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica, la creciente prevalencia de tal problemática en los últimos años la posicionan como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbimortalidad, generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud. La importancia de una identificación oportuna y el establecimiento de un tratamiento adecuado, genera la necesidad de elaborar una herramienta accesible a todos los profesionales de la salud y en todos los niveles de atención para mejorar la calidad de atención en las pacientes. **Objetivo.** Investigar la relación entre la histerectomía y la depresión postoperatoria tres meses después del procedimiento. **Material y métodos.** Se incluyó a las pacientes del Hospital de la Mujer que fueron sometidas a histerectomías con conservación de anexos menores de 40 años, se realizó una entrevista en un periodo mínimo de 3 meses posteriores al evento quirúrgico y se aplicó el cuestionario de depresión de *Beck*. **Resultados.** Se incluyeron un total de 81 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, edad promedio de 36.5 años con una desviación estándar de  $\pm 3.3$  años; con una edad mínima de 25 años y una edad máxima de 40 años. Se estableció una incidencia de depresión en 49% de las pacientes, de las cuales 4% (n=3) presentó depresión grave, 12% (n=10) depresión moderada y 33% (n=27) depresión leve, el 51% restante no arrojaron diagnóstico de depresión. Dentro de los factores de riesgo encontrados destacan edad de 25 a 30 años, estado civil unión libre y solteras, sin creencias religiosas y se demostró que con la aplicación del *test* de *Beck* ninguna paciente presentó ideas suicidas, sólo alteraciones somáticas y problemas en el área afectivo cognitivo. **Conclusión.** Es importante realizar diagnóstico oportuno a toda paciente sometida a histerectomía para detectar depresión de forma oportuna y brindar un tratamiento integral en las pacientes.

**Palabras clave:** Histerectomía, Depresión, Ginecología.

## **Abstract.**

**Introduction.** Currently hysterectomy is one of the most performed gynecological surgeries in the world. However, women with some negative emotional reactions, stories affect family development and their life as a couple, causing significant repercussions on their identity as a woman. As signaling surgery of the patient's reproductive tract, it can cause psychological strain and mutilation experience. In Mexico, depression is the first cause of psychiatric care, the increasing prevalence of depression in recent years the positioning as a public health problem in our country, since it is associated with a high morbimortality, generating in turn expensive In Health systems. The importance of timely identification and the creation of appropriate treatment, the genres of the need for a tool accessible to all health professionals and all levels of care to improve the quality of care in patients. **Objective.** This study was carried out to investigate the relationship between hysterectomy and post-operative depression three months after the procedure. **Materials and methods.** Patients from the Women's Hospital were included who underwent hysterectomies with preservation of annexes under 40 years of age, performing an interview in a minimum period of 3 months after the surgical event. Study variables are age, marital status, schooling, religion, number of pregnancies, occupation, comorbidities, hysterectomy. **Results and conclusions.** It includes a total of 81 patients who met the inclusion criteria, mean age of 36.5 years with a standard deviation of  $\pm 3.3$  years. With a minimum age of 25 years and a maximum age of 40 years. An incidence of depression was established in 49% of the patients, of whom 4% ( $n = 3$ ) had severe depression, 12% ( $n = 10$ ) moderate depression and 33% ( $n = 27$ ) Beck Depression. The remaining 51% did not show a diagnosis of depression. Among the risk factors encountered were age of 25 to 30 years, marital status free and unmarried, without religious beliefs and demonstrated that with the use of Beck's test no suicidal patient present ideas. Only presenting somatic alterations and in the cognitive affective area. Concluding the importance of timely diagnosis of all patients undergoing hysterectomy to detect depression in a timely manner and provide comprehensive treatment in patients.

**Key words: Hysterectomy, Depression, Gynecology**



# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 Introducción

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico realizado por el cual se extrae el útero y el cérvix con remoción o no de los anexos; puede ser vía vaginal, abdominal o laparoscópica. Es la segunda cirugía ginecológica más frecuente después de la cesárea y su principal indicación es la miomatosis uterina, la cual afecta a un 20% de la población femenina, su mayor incidencia se presenta en mujeres entre los 35-50 años.<sup>6</sup>

Esta cirugía puede representar una intervención rutinaria y exenta de interés para el médico; es usual que se considere innecesario conservar el útero a menos que la mujer desee embarazarse. Para algunas pacientes, la resección uterina no implica consecuencias emocionales mayores y representa un gran alivio para las mujeres que han sufrido alguna patología uterina, sin embargo, para muchas otras, la pérdida del útero conlleva efectos profundos en su vida futura y en no pocos casos provoca depresión.<sup>1</sup>

Para *Dieffenbach*, (1820) “Sacar todo el útero a una mujer significa la remoción del alma de la mujer, incluso si es un alma enferma, [...] no existe una indicación para esta operación, el intento de extirpación del útero tiene más del carácter de un relato de asesinato que de operación quirúrgica curativa”.<sup>1</sup>

Tras la resección uterina la paciente puede experimentar un sentimiento de inferioridad frente a otras mujeres y perturbación en su imagen corporal. Tales situaciones afectan el desarrollo familiar y su vida en pareja, causando importantes repercusiones en su identidad como mujer. Como dicha cirugía señala el fin reproductivo de la paciente, ésta puede causar tensión psicológica y una experiencia de mutilación, (aun cuando la respuesta sexual no depende del útero). A esta difícil situación se suma el entorno psicosocial, apoyo familiar y factores individuales de cada paciente. Debido a esto, es importante conocer el real impacto de la cirugía y detectar a pacientes postoperadas

que cursan con síntomas depresivos para referirlas a tiempo con el especialista en salud mental.

## 1.2 Antecedentes Históricos

Las referencias a la histerectomía se encuentran a partir del siglo V. a.C., los primeros intentos en extirpar el útero fueron por vía vaginal por prolapso uterino o inversión uterina. Hacia el siglo XVI d.C., se encuentran los primeros reportes de histerectomías en Italia, Alemania y España. La histerectomía vaginal se realizó de modo esporádico entre los siglos XVII-XVIII.<sup>6</sup>

La apertura del abdomen solía complicarse con una hemorragia postoperatoria, la que con frecuencia era fatal. El cirujano inglés *A.M Heath* en la ciudad de Manchester ligó por primera vez las arterias uterinas a mediados del siglo XIX, pasaron más de 50 años para que este procedimiento se convirtiera en una práctica común, el éxito de la cirugía dependía entonces del control de la hemorragia del desarrollo de infecciones y el manejo del dolor.<sup>19</sup>

En 1864, el francés *Koeberle* introdujo su método de ligar el pedículo vascular de la parte inferior del útero con un instrumento inventado por él llamado “cierranudos”. Ésta fue la técnica habitual para controlar el sangrado asociado a la histerectomía durante los primeros años. En 1878 *W.A. Freud* de Alemania perfeccionó la técnica y para las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía se convirtió en el tratamiento utilizado con mayor frecuencia para tratar enfermedades y síntomas ginecológicos.<sup>6</sup>

### 1.3 Generalidades de Histerectomía

La histerectomía es una de las cirugías que se realizan con mayor frecuencia en ginecología; puede usarse para tratar condiciones ginecológicas benignas y malignas, los miomas uterinos son la principal indicación, seguida de sangrado uterino anormal, prolapso de órganos pélvicos, endometriosis, dolor pélvico, neoplasia ginecológica (cáncer de endometrio, cáncer de cuello uterino en etapa temprana, cáncer de ovario) y hemorragia postparto no revertida.<sup>2</sup>

Los objetivos de la histerectomía son múltiples y dependen de la indicación de ésta, en pacientes con miomatosis uterina consiste en el alivio del dolor pélvico y/o eliminación de la fuente de pérdida de sangre para resolver la anemia secundaria o sangrado abundante, en pacientes con prolapso de órganos pélvicos se elimina la fuente del prolapso, en pacientes con endometriosis o dolor pélvico crónico la terapia empleada ayuda a aliviar el dolor pélvico, en pacientes con cáncer (cáncer de endometrio, cáncer de cuello uterino en etapa temprana o cáncer de ovario) se decide la resección de todo el tejido potencialmente maligno y finalmente, en pacientes con hemorragia postparto; puede lograrse la resolución de hemorragia por técnicas quirúrgicas o farmacológicas.<sup>15</sup>

El abordaje quirúrgico puede realizarse por las siguientes vías; histerectomía abdominal, vaginal, vaginal asistida laparoscópicamente, laparoscópica robótica y laparoscópica de un solo puerto.<sup>22</sup>

La elección de la vía de abordaje depende de los siguientes factores; historia clínica, hallazgos del examen físico, antecedente de cirugías abdominales previas, hábito externo, movilidad uterina, evidencia de adherencias y/o presencia de masas anexiales, preferencia del cirujano y habilidad quirúrgica, sospecha de malignidad entre otros. El enfoque quirúrgico de mínima invasión como lo es la histerectomía vaginal y la histerectomía por vía laparoscópica se prefieren en pacientes con patología benigna.<sup>29</sup>

Los tratamientos alternativos a la histerectomía dependen de la sintomatología, afección presentada y riesgo quirúrgico en pacientes con sangrado uterino anormal se

recomienda tratamiento con anticonceptivos orales, colocación de un dispositivo intrauterino que contenga progesterona o ablación endometrial; en los casos de prolapso de órganos pélvicos se recomienda los ejercicios en el piso pélvico y las pacientes que presentan endometriosis se emplean inyecciones de agonistas de la hormona liberadora de Gonadotropina.<sup>5</sup>

Las principales contraindicaciones para realizar una histerectomía son enfermedad cardiopulmonar grave, insuficiencia renal, hepática, ya que no existen contraindicaciones absolutas cualquier condición médica que plantee un alto riesgo debe ser evaluada de forma individual.<sup>21</sup>

Las complicaciones más frecuentes de la histerectomía total abdominal son hemorragia (30%), adherencias (15%), infecciones (10%), dehiscencia de cúpula vaginal (0.1), dehiscencia de herida quirúrgica (3.2%) y lesión a órganos vecinos como vejiga (3%), intestino (1%) y uretral (5%).<sup>17,10</sup>

#### *1.4 Generalidades de Depresión*

En México la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP). Los datos proporcionados por la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos del año 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia.<sup>18</sup>

Los antecedentes históricos de la depresión que se han registrado a lo largo de la historia, hacen múltiples referencias a la melancolía, equivalente de lo que hoy llamamos depresión y a la manía, entendida como un estado de agitación y delirio.<sup>12</sup>

Hipócrates en el siglo V. a.C. y Galeno en el siglo I a.C. atribuían la tristeza a la bilis negra, uno de los cuatro humores del cuerpo según las teorías predominantes de la época. A principios del siglo XX, el psiquiatra alemán *Emil Kraepelin* propuso una nueva clasificación en trastornos depresivos. En 1980 el término de trastorno maniaco-

depresivo fue reemplazado por el de trastorno bipolar según estableció el DSM-III. En los últimos años las investigaciones más recientes sobre la enfermedad se centran en los múltiples factores bioquímicos asociados a ésta.<sup>12</sup>

La depresión se define en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico del Trastorno Mental (DSM-V), con al menos cinco de los siguientes nueve síntomas; deprimido, anhedonia, alteración del sueño, cambios en el apetito o el peso, problemas psicomotores, falta de energía, pobre concentración, sentimientos de inutilidad o culpa, ideación suicida, presente casi todo el día durante un mínimo de dos semanas consecutivas.<sup>20</sup>

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.<sup>8</sup>

Un estado depresivo implica alteraciones en la regulación emocional, conductual, cognitiva y somática, no debe confundirse con un estado de ánimo transitoriamente deprimido o tristeza, que son reacciones normales a experiencias de vida específicas. Un estado de ánimo triste o deprimido es sólo uno de sus muchos signos y síntomas; el trastorno del estado de ánimo con frecuencia incluye ansiedad, apatía o aumento de la irritabilidad.<sup>24</sup>

La depresión juega un papel importante en la sociedad actual y es prevalente en el sexo femenino. Otro aspecto que se ha investigado en las mujeres sometidas a histerectomía, es el efecto que tiene esta intervención en su auto concepto, así como el papel que juega el soporte social de que dispongan para su proceso de recuperación.<sup>3</sup>

Los trastornos del estado de ánimo como la depresión no tienen causas específicas ya que éstas aún son desconocidas. La etiología se caracteriza generalmente como una relación compleja entre cualquiera o alguno de los siguientes factores: alteraciones biológicas; agentes psicosociales, patrones familiares de genética y medio ambiente compartidos, o exposiciones ambientales como: estrés crónico, dieta y medicamentos. En los estudios en gemelos reportan una herencia de hasta el 40%, con un incremento de 2-3 veces el riesgo de presentar depresión en familiares de primer grado.<sup>28</sup>

Existen teorías y estudios que examinan el papel del desequilibrio de la neurotransmisión y particularmente una disminución de la serotonina, pero estas teorías no han sido probadas. Nuevas teorías exploran la asociación de la depresión con procesos inflamatorios y neurodegenerativos.<sup>7</sup>

La depresión es un trastorno multifactorial con susceptibilidad genética. Estudios familiares y de gemelos sugieren que el mayor riesgo depresivo se observa en familias con edad temprana de inicio. Los trastornos físicos, especialmente las condiciones crónicas, dolorosas y debilitantes, se asocian con frecuencia a la depresión, así como las experiencias de vida estresantes o traumáticas que también pueden precipitar la depresión recurrente o persistente.<sup>9</sup>

Se han observado condiciones clínicas y enfermedades en personas con depresión aunque no se han aclarado las relaciones causales. Algunos de éstas son las siguientes: trastorno de ansiedad, desorden obsesivo compulsivo, trastorno por abuso de sustancias (alcohol, opioides, anfetamina, cocaína y cannabis), enfermedad cardiovascular, profesión, hipertensión, diabetes y cáncer.<sup>14</sup>

Los instrumentos y cuestionarios pueden ser específicos para la detección de síntomas depresivos o la evaluación de la gravedad de los síntomas o ambos. Otros evalúan la depresión dentro de un inventario más amplio de trastornos mentales. Algunos de ellos están diseñados para ser utilizados por los clínicos, mientras que otros son destinados como cuestionarios auto-administrados.<sup>25</sup>

El Cuestionario de Depresión de *Beck* (BDI) mide la intensidad, gravedad y profundidad de la depresión. Se compone de 21 preguntas diseñadas para evaluar un síntoma específico común entre las personas con depresión en adultos y adolescentes mayores a 13 años. Cada *ítem* se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos. La versión estandarizada por Robles, Varela y Jurado & Páez (2001) para población mexicana cuenta con una especificidad de 70% y sensibilidad del 82%.<sup>27</sup>

Los primeros 17 *ítems* evalúan el área cognitivo afectivo: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, auto desprecio, auto acusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento y fatiga y los 5 *ítems* restantes evalúan factores somáticos; insomnio, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y bajo nivel de energía.<sup>27</sup> (Ver Anexo)

El tratamiento en las pacientes con depresión es multidisciplinario y se establece dependiendo la severidad de la sintomatología. El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que el resto de los antidepresivos.<sup>26</sup>

La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico. Los fármacos antidepresivos no generan adicción. La respuesta antidepresiva se inicia posterior a la tercera semana de recibir el fármaco a dosis terapéutica. Se debe mantener la misma dosis con la que se obtuvo la remisión durante todo el tratamiento. Los dos errores más frecuentes en el tratamiento farmacológico de la depresión son la utilización de dosis insuficientes y durante períodos de tiempo demasiado cortos.<sup>20</sup>

La elección del tratamiento se debe basar en la eficacia del medicamento, experiencia del clínico, condiciones especiales del paciente y antecedente de respuesta a

tratamiento previo personal y/o en familiares de primer grado. Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram.<sup>7</sup>

Es más efectiva la terapia combinada (psicoterapia más farmacoterapia) que la terapia con antidepresivos únicamente, el uso de terapia electro convulsiva se reserva al tercer nivel (hospitalización psiquiátrica), bajo medidas técnicas que garanticen la integridad del paciente, así como la supervisión de un comité de bioética, consentimiento informado del paciente y/o de un familiar o persona responsable cuando el paciente se encuentre impedido. El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses.<sup>20</sup>

### 1.5 *Relación Histerectomía y Depresión*

La histerectomía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros. Algunos autores como *Mackinger, Graf y Keck*<sup>11</sup> indican cómo un 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, teniendo en cuenta que las pertenecientes a este grupo mostraron malestar psicológico.<sup>11</sup>

*Rannestad* mostró cómo la histerectomía no ocasiona ningún resultado psicológico adverso en mujeres pre-histerectomizadas sanas, siendo el mejor predictor de la psicopatología consecuente el estado psicológico previo a la intervención. Así, mujeres diagnosticadas de trastorno depresivo mayor antes de la intervención tenían una alta probabilidad de seguir con ese diagnóstico post-intervención o, incluso, con un empeoramiento de los síntomas. De esta manera la psicopatología pre-quirúrgica es predictor de la psicopatología post-quirúrgica.<sup>13</sup>



En el 2015, en Pakistán se realizó un estudio multicéntrico, comparativo y prospectivo para demostrar el efecto de la histerectomía total sobre la función sexual y la depresión, éste se realizó en mujeres de 40 y 60 años usando las siguientes escalas: Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y la Escala de Depresión de Beck (BDS), tres meses posteriores a la intervención. Concluyendo la prevalencia de disfunción sexual y aumento de la depresión, destacando como variables importantes la edad, el nivel educativo, las condiciones de trabajo y la estructura familiar.<sup>9</sup>

Durante un estudio realizado en Estados Unidos de América se evaluó la incidencia de depresión en las mujeres antes de la histerectomía, en él se atribuye la existencia de un fracaso ovárico previo a ésta, por lo tanto, la deficiencia de la hormona ovárica después de la histerectomía puede ser responsable del efecto negativo sobre el estado de ánimo. La naturaleza cíclica de tales estados deprimidos relacionados con la hormona a menudo no se reconoce en ausencia de la menstruación; sin monitorización endocrinológica de rutina la necesidad de reemplazo de estrógenos después de la histerectomía a menudo se pierde. El estrógeno más el reemplazo de la testosterona después de la histerectomía con o sin ooforectomía bilateral ha demostrado reducir la incidencia del estado deprimido. El cumplimiento de la sustitución hormonal después de la histerectomía es elevado en ausencia de sangrado de privación y el efecto depresor de las progestinas sobre el estado de ánimo. Dicho estudio propone adoptar una práctica de monitoreo endocrinológico regular después de una histerectomía para detectar la necesidad de reemplazo de estrógenos.<sup>23</sup>

En el artículo de psiquiatría publicado por *Po-Han y Ching-Hengen* del año 2015, se estudió el riesgo de trastornos depresivos en mujeres sometidas a histerectomía en Taiwán y se concluyó que las mujeres que se sometieron a histerectomía tenían un mayor riesgo de desarrollar depresión.<sup>25</sup>

Durante un estudio realizado en Inglaterra en 2009, *Cooper, Mishra y Kuh* estudiaron la salud mental después de una histerectomía utilizando la Encuesta Nacional de Salud y Desarrollo del MRC, se analizaron las asociaciones entre la histerectomía y el Cuestionario General de Salud (GHQ). Finalizando que las mujeres que se sometieron a histerectomía antes de los 40 años tuvieron puntajes más altos (IC del 95%: 95% IC:

2,7%, 56,3%) que las mujeres que no habían sufrido una, por lo que este grupo de pacientes puede requerir más apoyo que otras mujeres para mantener una buena salud psicológica en la mediana edad.<sup>26</sup>

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México el promedio de histerectomías realizadas en los últimos 5 años fueron aproximadamente 3250, con una media de 650 por año. En el 2016 fueron 835 histerectomías de las cuales 119 se realizaron con ooforectomía bilateral.

En la actualidad se sabe que 150 millones de personas en el mundo sufren depresión en algún momento de su vida. La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años; la depresión para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).

La creciente prevalencia de depresión en los últimos años la posicionan como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbimortalidad, generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud. La importancia de una identificación oportuna y establecimiento de un tratamiento adecuado, genera la necesidad de elaborar una herramienta accesible a todos los profesionales de la salud y en todos los niveles de atención para mejorar la calidad de atención en las pacientes.

## **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Se presentará depresión en las pacientes en edad reproductiva a quienes se les realiza la histerectomía?

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

En el hospital de la Mujer se realiza histerectomía por padecimientos ginecológicos como obstétricos en mujeres en etapa reproductiva, donde la justificación para la extirpación del órgano la da el propio padecimiento, infiriendo que por el hecho de conservar los ovarios y tener soporte hormonal adecuado no debería de presentarse ninguna afectación en el estado emocional. Por lo que es importante investigar si pese a lo anterior se presentan síntomas de depresión, en qué grado y con ello replantear un tratamiento psicológico pre y post cirugía.

Debido a que en esta institución no existen estudios sobre la población de mujeres histerectomizadas, se propone esta investigación con la finalidad de que los resultados constituyan una pauta que oriente cambios para que el personal de salud ponga énfasis en la atención integral y en la búsqueda de equilibrio en todas las esferas de salud para una vida sana y más larga.

De acuerdo a los resultados esperados, se pretende implementar una detención oportuna cuando las pacientes presenten rasgos o diferentes estados depresivos y el abordaje oportuno de este padecimiento, así como su referencia al especialista en cuestión.

## 5. OBJETIVOS

### *a) Objetivo general*

Determinar la incidencia de depresión en mujeres en edad fértil a las cuales se les realizó histerectomía en el Hospital de la Mujer.

### *b) Objetivos específicos*

1. Identificar los factores de riesgo asociados a depresión en pacientes sometidas a histerectomías.
2. Determinar los diferentes grados de depresión de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía.
3. Identificar los *ítems* con mayor frecuencia en las pacientes encuestadas con el instrumento de Depresión de *Beck*

## **6. HIPÓTESIS**

Las pacientes sometidas a histerectomía cursan con algún estado de depresión.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

### a. Tipo y diseño del estudio

Se trata de estudio observacional prospectivo, trasversal y analítico.

### b. Universo

Pacientes a quienes se les realizó histerectomía en edad fértil en un periodo mínimo de 3 meses y no mayor a seis meses posteriores al tratamiento.

### c. Muestra

Se utilizó el programa Epi Info. Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizaron los siguientes datos:

Población: 203 mujeres menores de 40 años postoperadas de histerectomía con conservación de anexos.

Total de Histerectomías en 5 años 3250

Promedio por año: 650

HTA totales 2016: 835

HTA con conservación de anexos mujeres menores de 40 años: 203

Tomamos a esta población: 203

Nivel de confianza: 95%

Poder estadístico: 80%

Nivel de significancia: 0.05

Tamaño de muestra: 81

### d. Selección de pacientes

Se reclutarán las mujeres con diagnóstico postoperadas de histerectomía con conservación de anexos de 18 a 40 años en un periodo mínimo a 6 meses posteriores a la histerectomía.

e. Variables:

- Independiente: Histerectomía
- Dependiente: Depresión

Variables de control:

Variable	Definición Operacional	Categoría	Unidades de Medición
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Cuantitativa Discontinua	Años
Estado Civil	Relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social respectivo	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Separada Viuda
Escolaridad	Grado más elevado de estudios realizado	Cualitativa Nominal	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
Religión	Conjunto de creencias religiosas	Cualitativa Ordinal	Católica Cristiana Atea Testigo de Jehová Otra
Gesta	Número Total de Embarazos	Cuantitativa Discreta	Número de embarazos
Ocupación	Acción o función que desempeña para ganarse el sustento	Cualitativa Ordinal	Ama de Casa Empleada Profesionista Ninguna



Comorbilidad	Presencia de una o más enfermedades	Cualitativa Ordinal	Depresión Hipertensión Diabetes Anemia Obesidad
Histerectomía	Extirpación quirúrgica del útero	Cualitativa	Con Ooforectomía Sin Ooforectomía
Depresión	Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos y cognitivos, volitivo y somático por lo que es una afectación global de la vida psíquica.	Cualitativa	Sin depresión 0-10 puntos Leve 11-20 puntos Moderada 21-30 puntos Grave Más 30 puntos

f. Criterios de inclusión:

Pacientes postoperadas de histerectomía entre 18 a 40 años con conservación de anexos.

Pacientes de 18 a 40 años con histerectomía en un periodo mínimo de 3 meses y no mayor a 6 meses posteriores a la cirugía.

Que firmen el consentimiento informado.

g. Criterios de no inclusión:

Pacientes que cursen con antecedente previo de depresión a procedimiento quirúrgico y que reciben tratamiento.

Pacientes con histerectomía total con ooforectomía bilateral.

Pacientes postoperadas de histerectomía con resultado maligno por histopatología.

Pacientes que no acudan a cita de entrevista

Pacientes que no quieran firmar consentimiento informado.

h. Criterios de eliminación:

Pacientes que no completaron entrevista.

i. Descripción de la metodología:

A todas las pacientes se les aplicará la encuesta de Depresión de *Beck* previo consentimiento de participación en dicho estudio a las cuales se les localizará vía telefónica para presentarse a dicha evaluación. La información se vaciará en una base de datos para su análisis posterior.

j. Análisis estadístico:

Se utilizará el instrumento de recolección basado en Escala de Depresión de *Beck* en su 6ta edición para evaluar la depresión.

El análisis estadístico de los resultados se realizará con el programa *Stata/IC 12.1*. Se analizará los parámetros según el tipo de variable, estudio de normalidad (prueba de *Skewness/Kurtosis*) y distribución paramétrica; con la prueba chi cuadrada, prueba t de *student* o el *test* de *Wilcoxon*. Se consideró como estadísticamente significativo  $p < 0.05$ .

k. Consideraciones éticas:

La entrevista se realizará bajo la aprobación de las pacientes, éstos manifestarán por escrito su participación voluntaria en la investigación al consentir con su firma o durante el momento de la entrevista.

Sin riesgo.

## 8. RESULTADOS

Se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión un total de 81 pacientes de las 151 pacientes menores de 40 años con histerectomía y conservación de anexos, las cuales se entrevistaron en el Hospital de la Mujer.

### EDAD

Las pacientes tuvieron una edad promedio de 36.5 años con una desviación estándar de  $\pm 3.3$  años, con una edad mínima de 25 años y una edad máxima de 40 años.

Se hicieron grupos de edad, el primer grupo fueron las pacientes que tuvieran 25-30 años, el segundo >30-35 años y el tercero >35-40 años.

El 64% (n=51) de las pacientes presentaron una edad entre 35 y 40 años, 30% (n=25) de 30 a 35 años y de 25 a 30 años el 6% (n=5).

### DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD

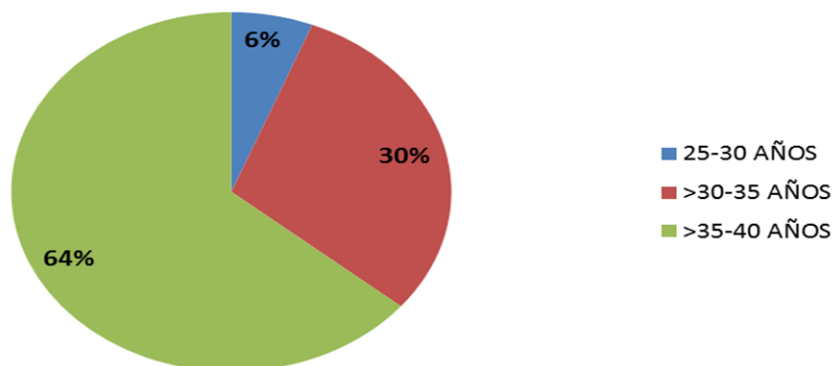


Figura 1

## ESTADO CIVIL

El 36% de nuestra población de pacientes son casadas (n=29), seguido de solteras en un 29% (n=23), unión libre en un 27% (n=22), 6% divorciadas (n=6) y el 2% restante dividido en 1% separada (n=1) y 1% viuda (n=1).

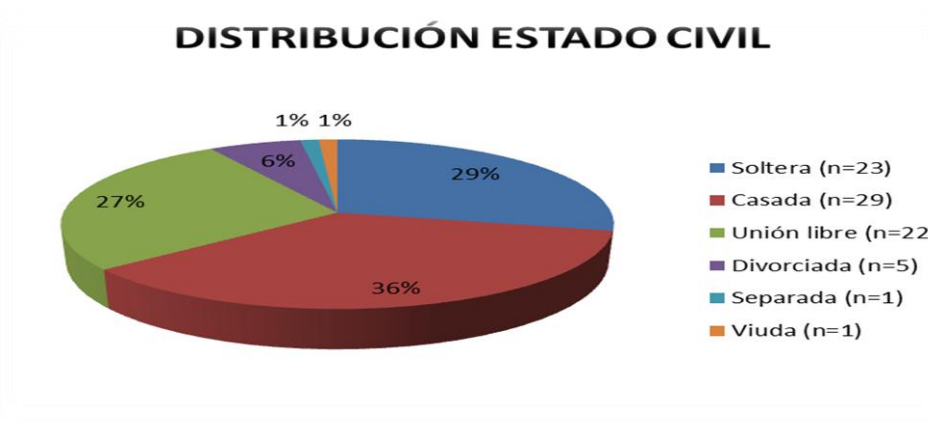


Figura 2

## RELIGIÓN

La religión católica fue la más predominante con un 89% (n=72), seguida de las pacientes que refirieron ser ateas con un 6% (n=5), cristiana 4% (n=3) y el 1% restante 1% (n=1) otra religión.

## RELIGIÓN EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

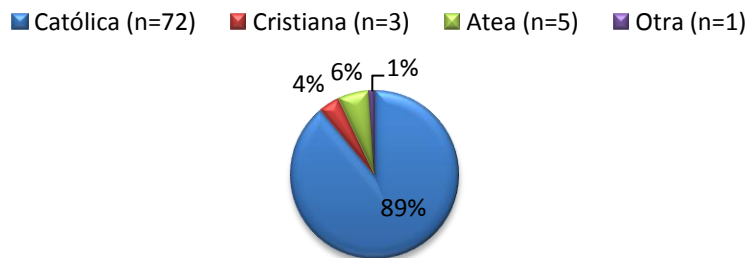


Figura 3

## ESCOLARIDAD

En el 52% (n=42) de las pacientes el máximo grado de escolaridad es la secundaria, el siguiente es la preparatoria con un 22% (n=18), el 20% (n=16) con educación primaria, un 5% (n=4) curso con licenciatura y el 1% (n=1) ningún grado de escolaridad.

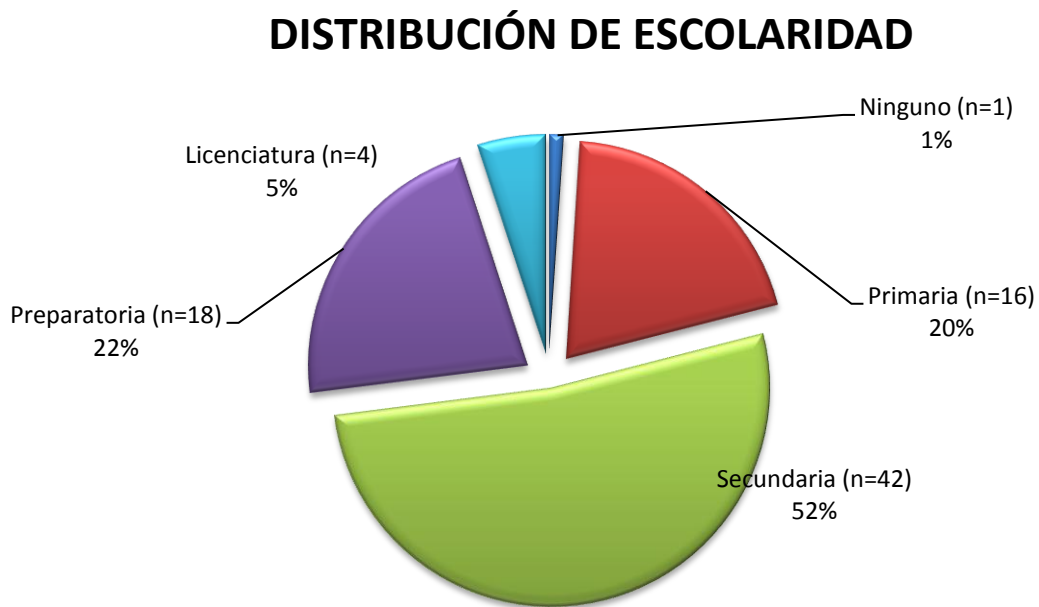


Figura 4

## GESTAS

El 69% (n=56) de las mujeres presentaron más de dos embarazos. El 26% (n=21) de las pacientes entrevistadas tienen un sólo hijo y el 5% (n=4) de las pacientes nunca presentó algún embarazo. La media de gestas en las pacientes fue de 2.5 con una desviación estándar de  $\pm 1.3$ . La media de partos fue  $1.8 \pm 1$ , la media de cesáreas fue  $1.6 \pm 1$  y la media de abortos fue  $1.4 \pm 1$ , con lo que se establece la semejanza del grupo de estudio.

### PORCENTAJE POR NÚMERO DE EMBARAZOS

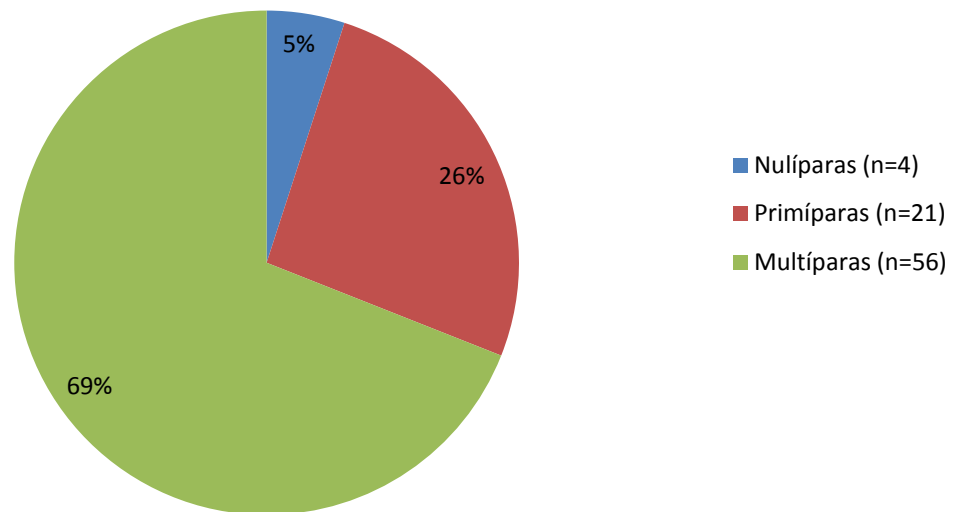


Figura 5

## INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA

La miomatosis fue el motivo predominante de histerectomía en el 88% (n=71) de las pacientes, seguido en un 9% (n=7) por Neoplasia cervical intraepitelial, 2% (n=2) en pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial sin atipia y el 1% (n=1) restante con hiperplasia endometrial con atipia.

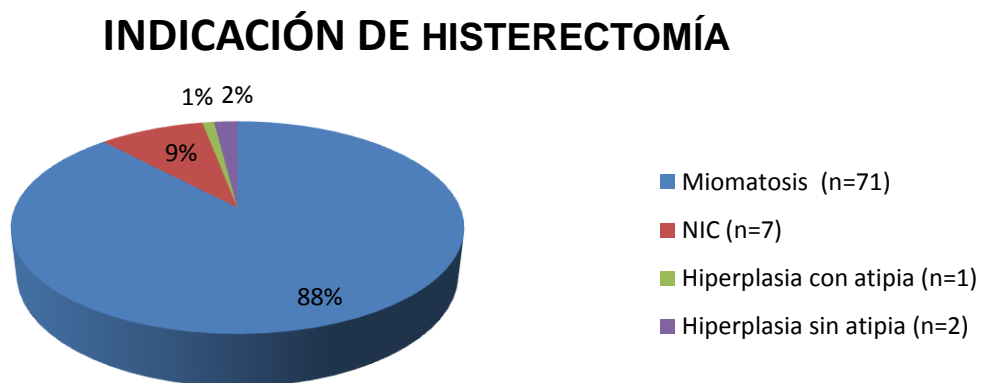


Figura 6

## RESULTADO HISTOPATOLÓGICO

El Leiomioma fue el diagnóstico histopatológico más frecuente en el 57% (n=46) de las pacientes. Seguido de adenomiosis en un 36% (n=29), el 5% (n=4) presentando hiperplasia endometrial con atipia y el 2% (n=2) restante con diagnóstico de hiperplasia endometrial sin atipia.

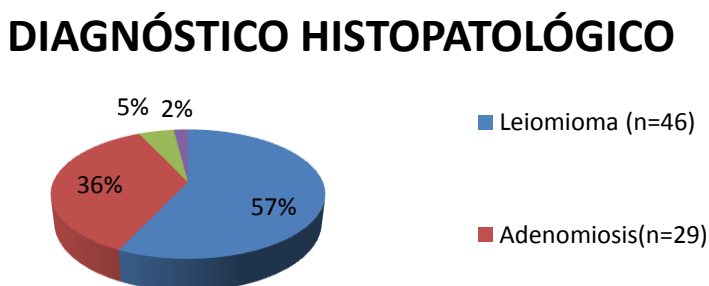


Figura 7

## COMORBILIDADES

La comorbilidad más predominante fue la anemia 10% (n=8), seguido de obesidad 10% (n=8), Diabetes mellitus 4% (n=3), Hipertensión arterial 1% (n=1); sin embargo, el 75% (n=61) de las pacientes refirieron no tener ninguna comorbilidad.

## PREVALENCIA DE COMORBILIDADES

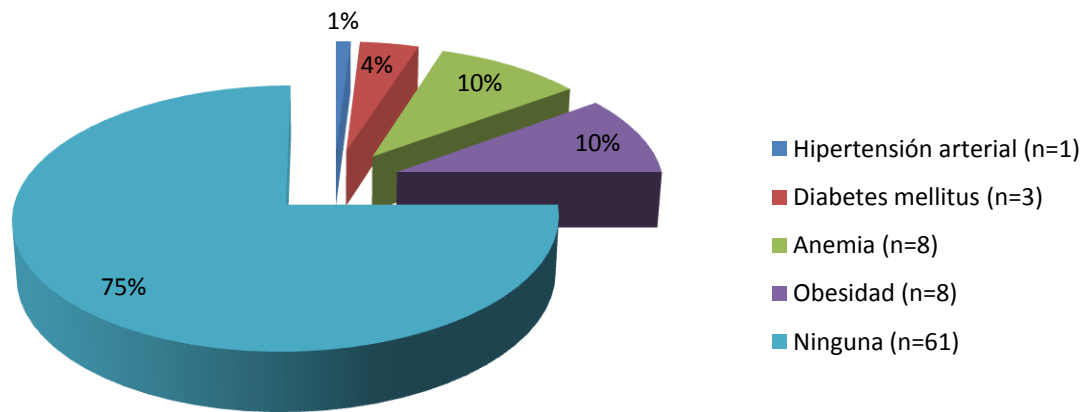


Figura 8



## VÍA DE HISTERECTOMÍA

En las pacientes que se les realizó histerectomía el 96% (n=78) fue por vía abdominal y por vía vaginal en el 4% (n=3).

## TIPO DE HISTERECTOMÍA

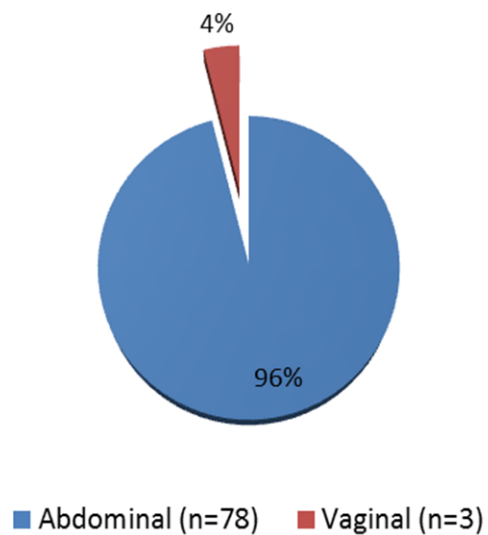


Figura 9

El 49% de las pacientes que se les realizó Histerectomía por vía abdominal presentaron algún grado de depresión, en comparación con las pacientes que se les realizó por vía vaginal, en las que no se presentó depresión; al realizar el análisis con t de *student* no se encontró información estadísticamente significativa ( $p=0.098$ ).

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN

El 51% (n=41) de las pacientes histerectomizadas no arrojaron un diagnóstico de depresión con la prueba *Beck*, mientras que el 49% (n=40) de las pacientes presentaron algún grado de depresión. El 4% presentó depresión grave (n=3), mismas que fueron canalizadas al servicio de psicología para su referencia a médico especialista. El 12% presentó depresión moderada y por ello fueron referidas al servicio de psicología del hospital (n=10) y el 33% restante (n=27) presentó depresión leve.

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN

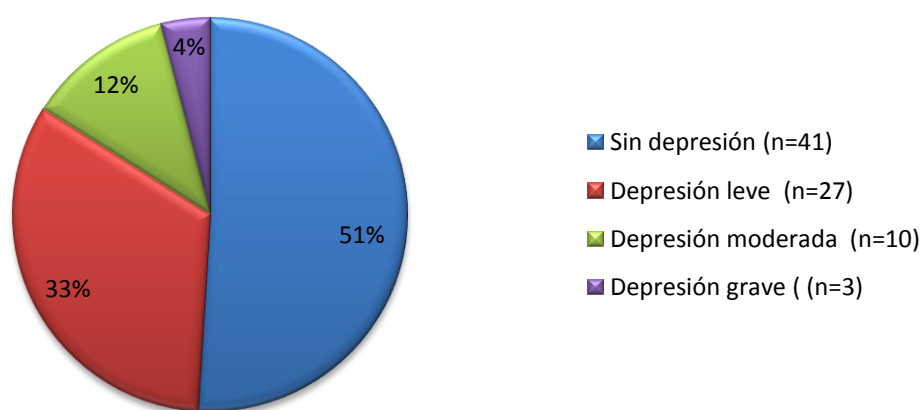


Figura 10

**TABLA 1. GRADOS DE DEPRESIÓN**

Grado de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Depresión leve	27	67.5%
Depresión moderada	10	25%
Depresión grave	3	7.5%

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD

El grupo de pacientes de 25-30 años presentó una incidencia mayor en un 60% en comparación con los demás grupos de edad.

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD

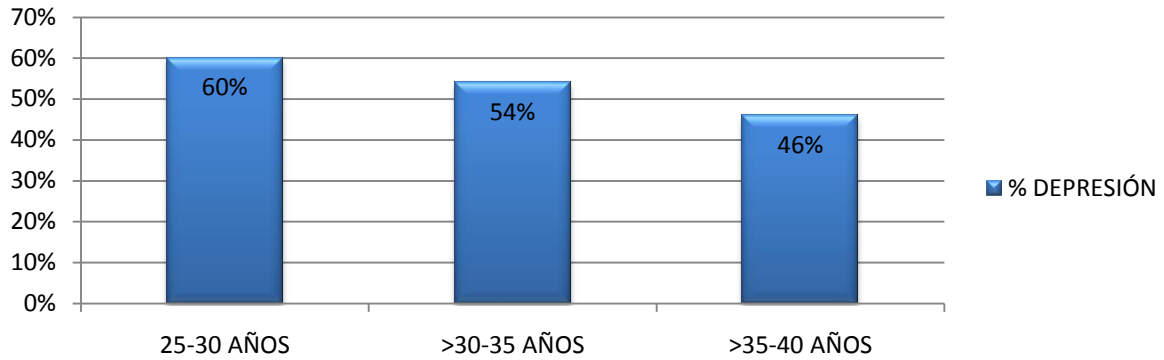


Figura 11

El grado de depresión grave sólo se presentó en el grupo de mayor edad en un 13%.

## GRADO DE DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD

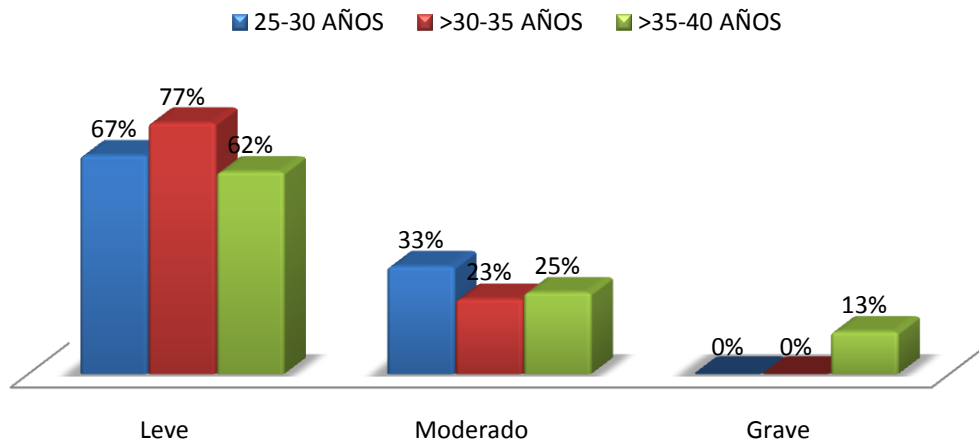


Figura 12

Aunque podemos encontrar que en el grupo de 25-30 años existe una tendencia mayor a la presentación de depresión (60%), al hacer un análisis con la prueba  $X^2$  no fue estadísticamente significativo ( $p=0.543$ ) en comparación con los otros grupos de edad.

### INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR ESTADO CIVIL

En la siguiente gráfica se muestra un análisis del porcentaje de aparición de depresión por estado civil, observando que las pacientes solteras y en unión libre presentan un mayor índice de depresión respecto a las pacientes casadas o divorciadas.

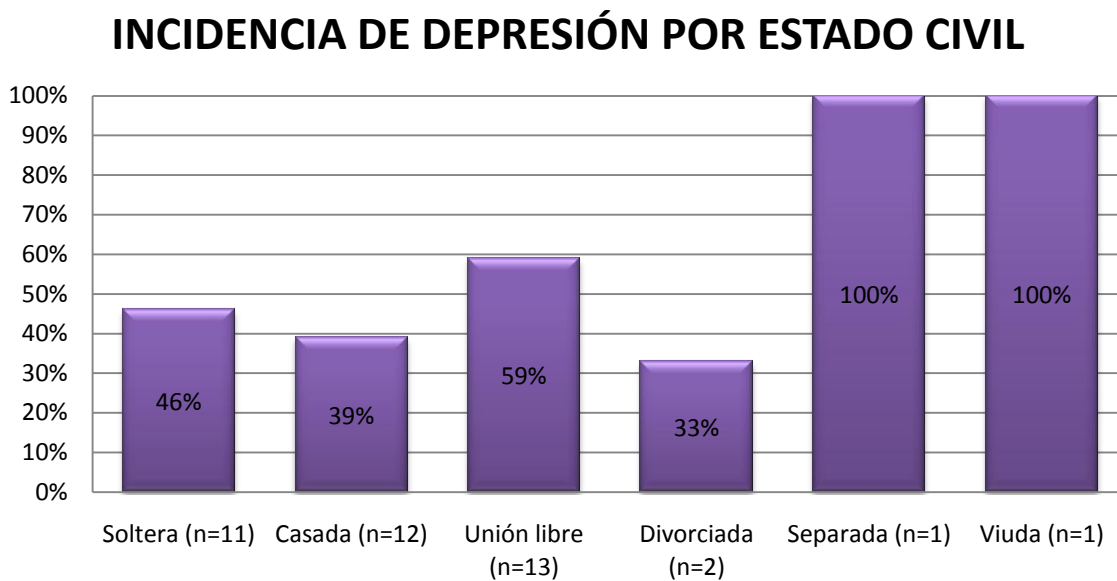


Figura 13

## DEPRESIÓN Y RELIGIÓN

Las pacientes que profesan algún tipo de religión presentan mayor incidencia de depresión respecto a las pacientes que no profesan ninguna.

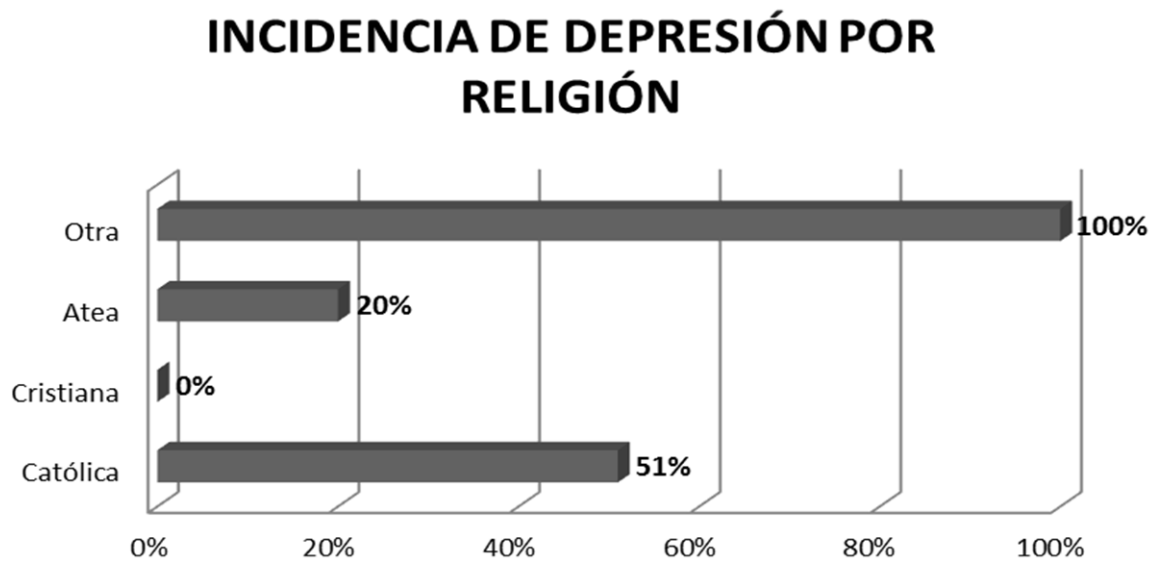


Figura 14

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR NÚMERO DE EMBARAZOS

La media de las pacientes que no presentaron depresión su media de gestas fue de 2.3 y la media de las pacientes con depresión fue de 2.7, no fue estadísticamente significativo ( $p=0.1828$ ). La media de partos fue  $1.8 \pm 1$ , la media de cesáreas fue  $1.6 \pm 1$  y la media de abortos fue  $1.4 \pm 1$ . Con lo que se establece la semejanza del grupo de estudio.

Las pacientes multíparas presentaron mayor depresión en un 55% ( $n=31$ ), seguido de las nulíparas en un 50% ( $n=2$ ).

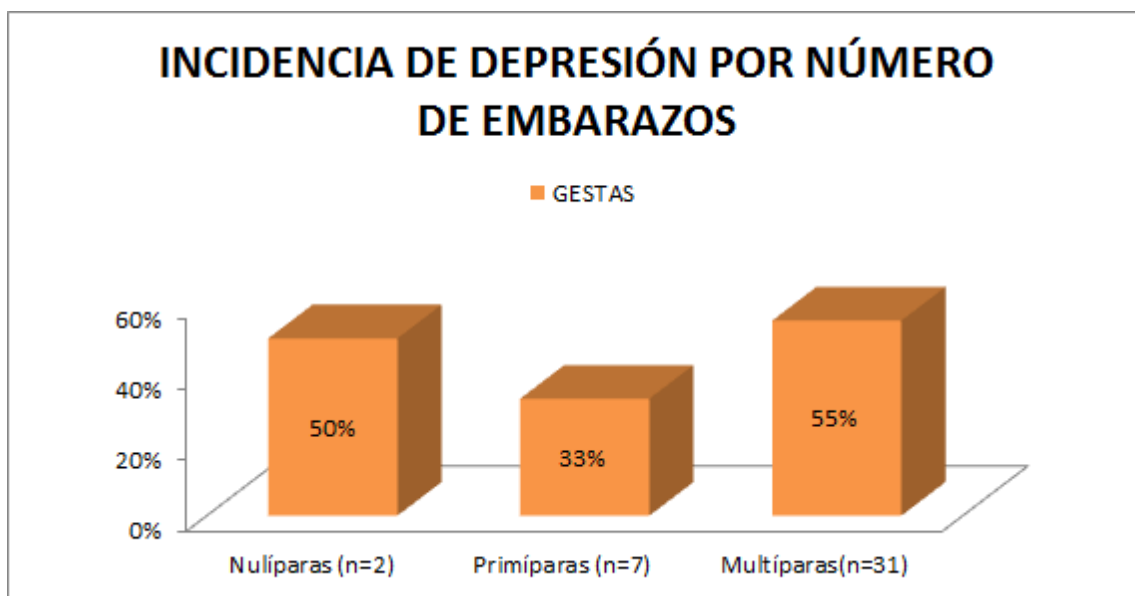


Figura 15

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR ESCOLARIDAD

Se observa una mayor incidencia de depresión en pacientes sin ningún grado de estudios. No observando alguna significancia estadística dentro de los diferentes grados de estudio.

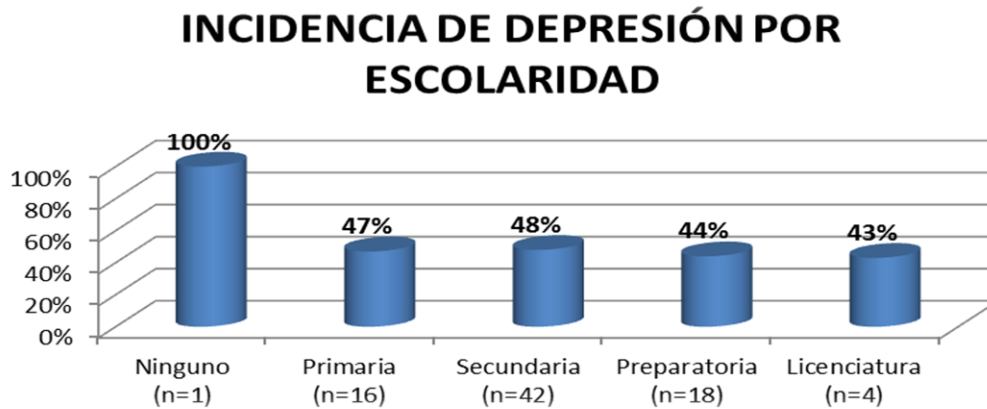


Figura 16

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA

La incidencia de depresión por indicación de histerectomía se encontró con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de hiperplasia con y sin atipia.

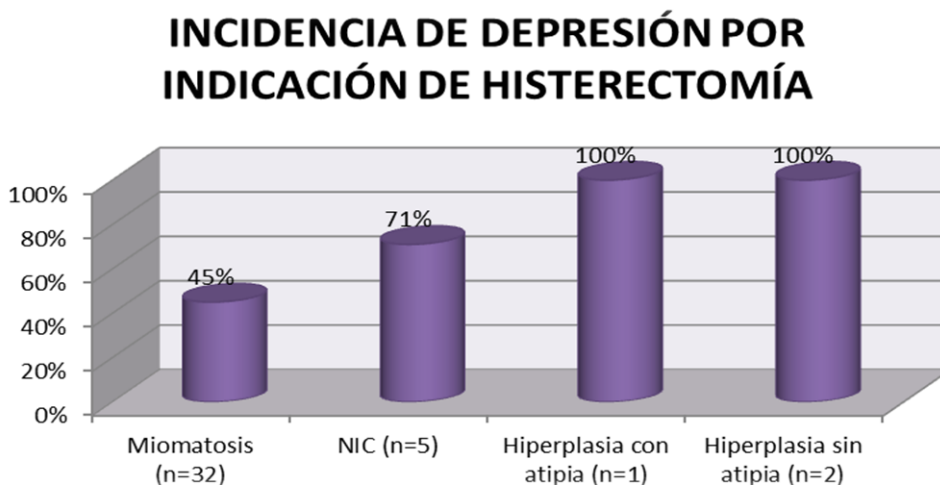


Figura 17

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

Al analizar la incidencia de depresión de acuerdo a los diagnósticos histopatológicos encontramos que es similar excepto en el diagnóstico de hiperplasia con atipia con un 25% de presentación de depresión; por lo que concluimos que la incidencia de depresión es independiente del diagnóstico final que se le da a la paciente.

### INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

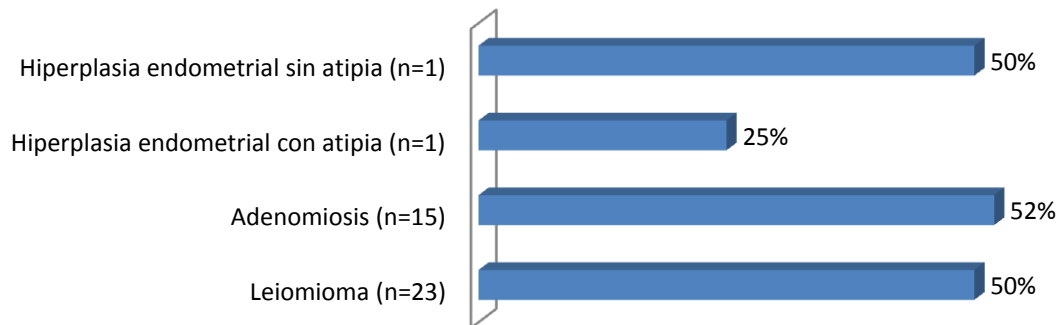


Figura 18



## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POR PREVALENCIA DE COMORBILIDADES

Ninguna de las pacientes con alguna comorbilidad crónico-degenerativa, presentó algún grado de depresión en comparación de las pacientes sin comorbilidades que presentaron algún grado de depresión en el 62%. Dentro de las comorbilidades preguntadas fue el diagnóstico previo de depresión, la cual no se evidenció por ninguna de las pacientes. De acuerdo a esto podemos inferir que la aparición de algún grado de depresión es independiente de alguna comorbilidad previa.

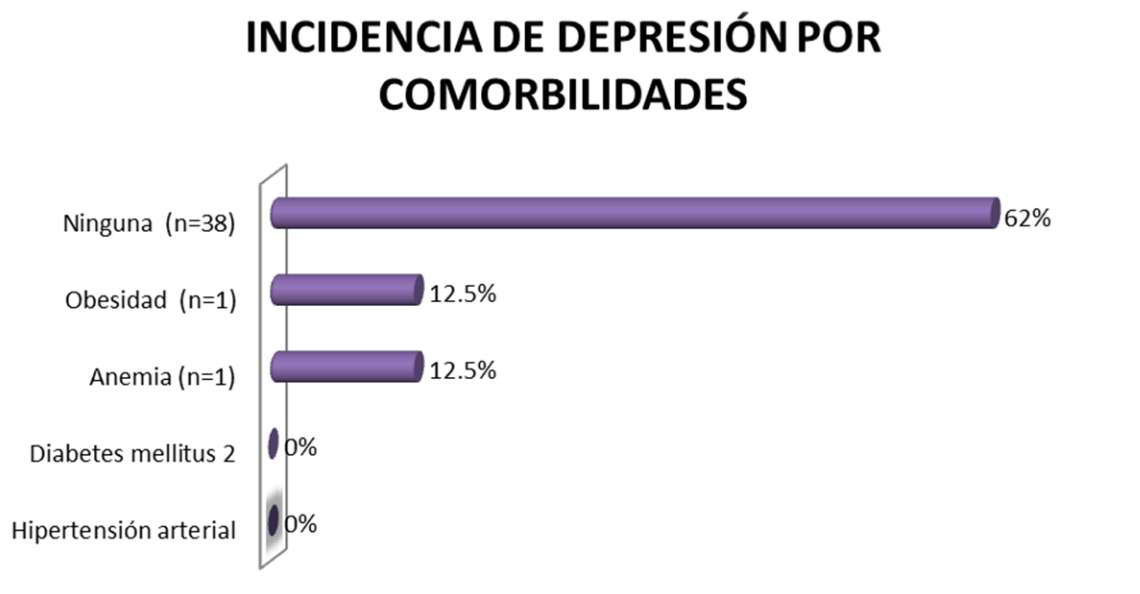


Figura 19

En la aplicación posquirúrgica del *Test de Beck* el resultado global fue 3.6 puntos; los principales *ítems* fueron: *ítem 18* (Pérdida de apetito  $x=0.962$ ), *ítem 4* (Insatisfacción  $x=0.530$ ), *ítem 17* (Cansancio  $x=0.518$ ), *ítem 21* (Libido  $x=0.432$ ), *ítem 1* (Estado de ánimo  $x=0.379$ )

TABLA 2. RESULTADOS GLOBALES DEL <i>TEST BECK</i> EN SU APLICACIÓN POSQUIRÚRGICA		
<i>ÍTEM</i>	MEDIA (X)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
<i>Ítem 1</i>	0.379	± 0.4884
<i>Ítem 2</i>	0.061	± 0.2421
<i>Ítem 3</i>	0	0
<i>Ítem 4</i>	0.530	± 0.5021
<i>Ítem 5</i>	0.024	± 0.1561
<i>Ítem 6</i>	0	0
<i>Ítem 7</i>	0	0
<i>Ítem 8</i>	0.012	± 0.1111
<i>Ítem 9</i>	0	0
<i>Ítem 10</i>	0.098	± 0.3002
<i>Ítem 11</i>	0.024	± 0.1561
<i>Ítem 12</i>	0.049	± 0.2180
<i>Ítem 13</i>	0.037	± 0.1900
<i>Ítem 14</i>	0.037	± 0.1900
<i>Ítem 15</i>	0.0197	± 0.4006
<i>Ítem 16</i>	0.246	± 0.4339
<i>Ítem 17</i>	0.518	± 0.5027
<i>Ítem 18</i>	0.962	± 0.1900

<i>Ítem 19</i>	0.160	$\pm 0.3693$
<i>Ítem 20</i>	0.037	$\pm 0.19002$
<i>Ítem 21</i>	0.432	$\pm 0.4984$

## 9. DISCUSIÓN

Nuestro estudio indicó que de acuerdo al grupo de edad las pacientes sometidas a histerectomía menores de 25 a 30 años aumenta la incidencia de presentar depresión, este hallazgo es similar a los estudios presentados por *Mackinger, Graf y Keck*, que informó la asociación que existe: a menor edad, mayor impacto emocional para la paciente ante el evento quirúrgico definitivo.

En algunos estudios el diagnóstico de depresión posterior a la histerectomía se ha presentado más frecuentemente en el grupo de mayor edad, sin embargo ninguno ha presentado diferencia estadísticamente significativa. El estudio realizado por Cooper (2008) reportó resultados contradictorios, mostrando que a las mujeres <40 años que se les realiza histerectomía tienen mayor riesgo de presentar un estado de salud mental alterado. En nuestro estudio encontramos que la mayor incidencia de depresión fue en el grupo de pacientes más jóvenes, sin embargo sólo en el grupo de mayor edad se presentó depresión grave.

En el mismo estudio refieren la asociación entre la indicación de histerectomía y el grado de depresión, siendo más frecuente en diagnósticos previos probablemente malignos y que en estudios postoperatorios se confirma. En nuestro estudio fue motivo de no inclusión para no sesgar el resultado por la predisposición y la connotación a un estado de ánimo alterado por dicho diagnóstico, Así mismo, se concluye que el diagnóstico histopatológico es independiente del diagnóstico de la paciente y que la única asociación significativa se da cuando existe un resultado positivo a cáncer.

En otro estudio realizado en Pakistán por *Gun y cols*, se describe la importancia del lazo efectivo en la pacientes postoperadas de histerectomía y de las redes de apoyo que tienen para sobre llevar situaciones adversas y refieren mejores resultados en las pacientes en cuyo estado civil se encuentran en situación de pareja. En nuestro estudio los grupos de pacientes que presentaron mayor índice de depresión se reportó en el estado civil de unión libre y soltera y la menor incidencia en el grupo de pacientes casadas. También menciona la asociación de paridad al disminuir la incidencia de

depresión, en nuestro estudio las pacientes que se estudiaron en el momento de la encuesta no se encontró una diferencia significativa entre las pacientes multigestas y nuligestas.

En el estudio de *Helmy's* (2008) se reveló que el 78.8% de sus pacientes sin antecedentes previos de depresión experimentaron síntomas depresivos en los 2 años posteriores a su histerectomía. También concluyeron que un nivel bajo de educación y factores culturales determinados contribuyen a la incidencia de enfermedades psiquiátricas, describieron que los roles socioculturales influyen en la percepción de la mujer sobre la importancia de la fertilidad; en las sociedades tradicionales, en donde el rol masculino es dominante, la fertilidad de la mujer es sumamente importante. En este estudio se encontró una relación positiva entre la depresión en mujeres con histerectomía y el grado de estudios siendo más frecuente en mujeres sin estudios.

En este estudio no se encontró una asociación significativa entre la depresión y la religión ejercida, a diferencia de los hallazgos encontrados por *Novetsky* y *Boyd* quienes encontraron como factor de buen pronóstico profesar algún tipo de creencia respecto a las pacientes sin creencias religiosas.

En los estudios comparativos donde el instrumento de medición fue la encuesta de Depresión de *Beck, Cooper* (2008), ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico y para cuantificar la intensidad, dentro de los *ítems* evaluados en nuestro estudio los que presentaron una mayor frecuencia fueron 1,4 y 17, los cuales corresponden a la evaluación del área afectivo cognitivo y los 2 restantes 18 y 21 del área de valoración somática.

*Rannestad* reportó una incidencia mínima (20%) de depresión en pacientes con histerectomía ya que en los resultados en encuestas psicológicas no se mostró asociación con el evento quirúrgico, sin embargo, en las encuestas realizadas en nuestro hospital existe una incidencia de depresión del 49% en las pacientes entrevistadas con el cuestionario de Depresión de *Beck*.

## 10. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio han demostrado que la histerectomía afecta a un 49% de la población estudiada presentando algún grado de depresión, misma que cuenta con una incidencia del 20% en mujeres mexicanas de edad reproductiva. Se concluye que es una patología subdiagnosticada ya que no es buscada intencionadamente.

Los factores de riesgo que se identificaron en este estudio son el estado civil de las pacientes sometidas a histerectomía ya que éstas obtienen un resultado positivo al presentar una menor incidencia de depresión, lo anterior porque cuentan con mayores grupos de apoyo y esto ayuda a evitar que se tenga algún grado depresivo, asimismo, la escolaridad y edad en la que se realice la histerectomía también tiene un impacto significativo en mujeres que se encuentran en edad reproductiva ya que presentan mayor grado de depresión.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que el principal grado de depresión obtenido es leve, seguido de moderado y en menor porcentaje el severo según los datos obtenidos por medio de la encuesta de Depresión de *Beck*.

La depresión es una patología multifactorial, donde interviene de manera significativa su entorno social y la capacidad de resiliencia, por ello la importancia en crear las estrategias necesarias para realizar su diagnóstico.

Los *ítems* que se identificaron con mayor frecuencia durante el estudio afectaron puntos de valoración en el área tanto afectivo cognitivo y somáticas y ninguna de nuestras pacientes contestó los *ítems* correspondientes a valoración suicida, lo que nos permite tener una intervención oportuna al enviar a las pacientes con depresión moderada y leve que se detectaron con el manual de Beck.

Hay algunas limitaciones en este estudio. En primer lugar, no se tuvieron en cuenta ciertos factores, como las actitudes de las mujeres hacia la histerectomía y el nivel de

apoyo que recibían de sus parejas, estos factores podrían afectar el estado psicológico de las mujeres después de sus operaciones y contribuir a la depresión.

En segundo lugar, recomendamos que se realicen estudios futuros con poblaciones de muestras más grandes, igualmente, factores como la gravedad de la depresión en episodios más largos y recurrentes, el nivel de apoyo de la pareja y las actitudes de las mujeres hacia la histerectomía podrían incluirse como variables intervinientes y se podrían usar diseños de estudio de casos y controles.

Otra limitación importante es no conocer el estado de ánimo previo a la cirugía ya que la evaluación no se realizó antes del evento quirúrgico, por lo que se sugiere que se aplique la encuesta de depresión de Beck como parte de la evaluación integral de las pacientes que se someterán a cirugía durante su estudio pre operatorio para así detectar casos con depresión y ser canalizadas a tiempo por el servicio correspondiente; de esta manera se mejoraría el resultado integral de las pacientes y se brindaría una mejor atención, asimismo, también se disminuirían los costos para el sistema de salud cuando una paciente tiene una evolución tórpida ya que el estado emocional se ve alterado.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ahumada S, Trujillo S. La histerectomía: repercusiones psicosociales. Documento de trabajo N° 23.SERNAM 1994.
2. Baez Hernandez A, Reza G, Abdominal Hysterectomy: The life experience of twenty women, Index Sciello Vol.15 no.52-53 Granada 2010.
3. Burger HG, Hale GE, Dennerstein L, Robertson DM. Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. Menopause Research Clinical Obstetrics and Gynecology Vol. 20, No.1, 2008.
4. Estadística Hospital de la Mujer Secretaría de Salud, 2016.
5. Farquhar S, Harvey SA, Yu Y, Sadler L, A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. Am J Clin Obstet Gynecol 2006; 194: pp. 711-717.
6. Garry R: The future of hysterectomy. BJOG 2005; 112: pp. 133-139.
7. Goktas SB, Gun I, Yildiz, *The effect of total hysterectomy on sexual function and depression.* - Pak J Med Sci - January 1, 2015.
8. Gumus A.- Asian Pac. J. *Turkish hysterectomy and mastectomy patients - depression, body image, sexual problems and spouse relationships.* Keskin Cancer Prev. January 1, 2011; 12 (2); 425-32.
9. Gun I, Yildiz T, Sakar MN, Caglayan S. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. Pakistan journal of medical sciences- January 1, 2015; 31 (3); 700-5.
10. Hilditch J, Clarke-Pearson DL, Geller EJ, Complications of hysterectomy, Obstet Gynecol, 2013; 654



11. Jacoby VL. Hysterectomy controversies: ovarian and cervical preservation. Clin Obstet Gynecol 2011.
12. Kaplan H. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª. Ed. México. D.F. Panamericana. 2000. P. 594, 609.
13. Keshavarz H, Hillis SD, Kieke BA, and Marchbanks PA: Hysterectomy surveillance, United States, 1994–1999. pp. 1-8.
14. Khastgir G, Studd J, Hysterectomy, ovarian failure, and depression. Menopause New York, January 1, 1998; 5 (2); 113-22.
15. Kristen H, Kjerulff M, Langerberg P, Rhodes J, Harvey G, Guzinski, M, Stolley M. Effectiveness of hysterectomy. ObstetGinecol 2000; 95:319-26.
16. Krytz D, Wingard D, Barrett E. Hysterectomy Status and life satisfaction and older women. J Womens Health 2002: 11:181-9.
17. McPherson K, Metcalfe MA, Herbert A, *et al.* Severe complications of hysterectomy: the VALUE study. BJOG. 2004.
18. Medina Mora, Borges G., Lara C., Blanco J., *Et al*, Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology, Salud Mental 2003:26 (4) p. 16.
19. Michael S. Baggish, MD. Mickey M Karram, Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica. 2ª edición. Buenos Aires. Medica Panamericana 2009.
20. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.

21. Naughton M. Health-Related quality of life alter hysterectomy. *ClinObstetGynecol* 2002; 40:947-57.
22. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009.
23. Novetsky AP, Boyd LR, Curtin JP. Trends in bilateral oophorectomy at the time of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol* 2011.
24. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *J Affect Disord*.
25. Po-Han Chou, Ching-Heng Lin, Chin Cheng, Chia-Li Chang, *et al*. Risk of depressive disorders in women undergoing hysterectomy: A population-based follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 2015-09-01, V.68, P. 186-191.
26. Rachel Cooper, Gita Mishra, *et al*. Hysterectomy and subsequent psychological health: Findings from a British birth cohort study, *Journal of Affective Disorders*, Elsevier B.V. 2009, Vol. 115, N. 1, p. 122-130.
27. Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Validación de la versión castellana de la Escala de Beck para la Depresión. *Actas Luso EspNeurolPsiquiatrCienc Afines* 1986; 14: 324-334.
28. Rannestad T, Eikelan O, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *ActaObstetGynecolScand* 2001; 80:46-51.
29. Scriven A, Tucker C. The quality and management of written information presented to women undergoing hysterectomy. *J ClinNurs* 1997; 6(2): 107-13.

## 12. ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO



Hospital de la Mujer

Hospital de La Mujer  
Servicio de Ginecología

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

México, DF; a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017.

<b>Título del protocolo:</b>	DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER
<b>Lugar de realización:</b>	Hospital de la Mujer
<b>Investigador principal:</b>	Nombre completo: Dra. María Luisa Fuentes Mendoza
<b>Datos de contacto:</b>	Hospital de la Mujer Salvador Díaz Mirón 374, colonia Santo Tomas, Miguel Hidalgo, Ciudad de México
<b>Fundamentos legales de este consentimiento informado:</b>	Principios de la Declaración de Helsinki y Ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I. Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados en el Artículo 21.

C.

\_\_\_\_\_  
*(Anotar el nombre completo de la persona invitada a participar en el estudio)*

Con base a los fundamentos legales antes descritos, se le invita a usted a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno

de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

#### **1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

Este estudio contribuye a relacionar el aumento de trastornos depresivos tras la práctica de una histerectomía con conservación de anexos, en las pacientes de edad reproductiva fértil con la finalidad de que los resultados constituyan una pauta que oriente cambios, para que el personal de salud ponga énfasis en la atención integral y en la búsqueda de equilibrio en todas las esferas de salud para una vida sana y más larga.

#### **2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos: determinar la incidencia de depresión en mujeres en edad fértil a las cuales se les realizó histerectomía e identificar los factores de riesgo asociados y determinar los diferentes grados de depresión de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía.

#### **1. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará un cuestionario correspondiente al inventario de depresión de Beck. La entrevista se realizará brevemente en un tiempo de 10 a 15 minutos. A usted se le pidió participar en el estudio, porque se encuentra en el grupo de personas con factores de riesgo para presentar depresión. Las personas que participan en el estudio son pacientes postoperadas de histerectomía menores de 40 años y con 3 a 6 meses posteriores a la intervención quirúrgica. Cuando el estudio finalice se canalizará al servicio de Psicología a las pacientes que presenten algún rasgo depresivo para posteriormente canalizarlas a un centro especializado.

#### **2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO.**

Los beneficios esperados es detectar la depresión en pacientes de edad fértil postoperadas de histerectomía con conservación de anexos. A fin de definir el grado que presentan y poder referirla al personal de salud mental correspondiente para brindar una atención integral a las pacientes operadas en este hospital. En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que existe una prevalencia de depresión en pacientes sometidas a histerectomía, con este estudio conocerá de manera clara si usted tiene algún grado de depresión y permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido.

#### **3. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO.**

Ninguno, es un estudio donde se realizan encuestas y se analizan los resultados.

#### **4. COMPENSACIONES.**

- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.

#### **5. ACLARACIONES PERTINENTES.**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- En el estudio, no se vulnerarán en ningún caso sus derechos constitucionales, humanos, como paciente, ni sus derechos sexuales y reproductivos.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en cuanto a la calidad, calidez y seguridad de la atención que usted merece, en caso de no aceptar la invitación o retirarse de dicho estudio.

- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, - aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, para revocar su participación en el estudio bastará con informar verbalmente al investigador.
- En el transcurso del estudio o al finalizar el mismo, usted podrá solicitar que le sea entregada copia con toda la información que se haya recabado acerca de usted, con motivo de su participación en el presente estudio.
- En el caso de que alguna indemnización sea aplicable, por esta y otras causas derivadas del estudio, será responsabilida única y exclusivamente del investigador principal del estudio y no del Hospital de la Mujer.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Usted también puede someter sus quejas e inconformidades con el actuar de los investigadores ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital de la Mujer (CEI-HM) con el Mtro. Nilson Agustín Contreras Carreto, Presidente del CEI-HM al 53411100 Extensión 1215 y 1202.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar esta Carta de Consentimiento Informado.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,

\_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera completa, clara y satisfactoria. He sido informada(o) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Acepto que (que la participante especifique la modalidad que autoriza):

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas únicamente para este estudio.

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas para este y otros estudios.

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas para este y otros estudios; además de la preservación de muestras y tejidos biológicos obtenidos con fines de investigaciones futuras, en cuyo caso, entiendo que el procedimiento de conservación será responsabilidad directa del investigador principal y la institución que representa y no del Hospital de la Mujer.

Una vez especificado lo anterior, convengo en participar en este estudio de investigación. Recibo también una copia de este documento.

**Firma de aceptación de los compromisos derivados de este documento:**

---

**Nombre completo y firma del participante**

---

**Nombre completo y firma del testigo 1**

---

**Nombre completo y firma del testigo 2**

---

**Nombre completo y firma del investigador**

## **Cuestionario de Depresión Beck (Beck Depression Inventory, BDI)**

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

### 1. Estado de ánimo

- No estoy triste
- Siento desgana de vivir. Estoy triste
- Siento siempre desgana de vivir, Siempre estoy triste y no lo puedo remediar
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar mas

### 2. Pesimismo

- No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro
- Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro
- Creo que no debo esperar ya nada
- Creo que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones
- Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación

### 3. Sentimientos de fracaso

- No tengo la sensación de haber fracasado
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas
- Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena
- Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos
- Creo que he fracasado por completo

### 4. Insatisfacción

- No estoy particularmente descontento
- Casi siempre me siento aburrido
- No hay nada que me alegre como me alegraba antes
- No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
- Estoy descontento de todo

### 5. Sentimientos de culpa

- No me siento particularmente culpable
- Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada
- Me siento culpable
- Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada
- Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada

### 6. Sentimientos de castigo

- No tengo la impresión de merecer un castigo
- Creo que me podría pasar algo malo
- Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado
- Creo que merezco ser castigado
- Quiero ser castigado

### 7. Odio a sí mismo

- No estoy descontento de mí mismo
- Estoy descontento de mí mismo

- No me gusto a mí mismo
- No me soporto a mí mismo
- Me odio

#### 8. Autoacusación

- No tengo la impresión de ser peor que los demás
- Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
- Me hago reproches por todo lo que no sale bien
- Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre

#### 9. Impulsos suicidas

- No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida
- A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré
- Pienso que sería preferible que me muriese
- He planeado como podría suicidarme
- Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese
- Si pudiese, me suicidaría

#### 10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo corriente
- Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente
- Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
- Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

#### 11. Irritabilidad

- No me siento más irritado que de costumbre
- Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
- Estoy constantemente irritado
- Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban

#### 12. Aislamiento social

- No he perdido el interés por los demás
- Me intereso por los demás menos que antes
- He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas
- Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

#### 13. Indecisión

- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
- Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo
- Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.

#### 14. Imagen corporal

- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre
- Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado
- Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo

#### 15. Capacidad laboral

- Trabajo con la misma facilidad de siempre
- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
- Ya no trabajo bien como antes
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa
- Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.



#### 16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como de costumbre
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre
- Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir
- Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste

#### 17. Cansancio

- No me canso antes que de costumbre
- Me canso más pronto que antes
- Cualquier cosa que haga me cansa
- Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste

#### 18. Pérdida de apetito

- Mi apetito no es peor que de costumbre
- No tengo tanto apetito como antes
- Tengo mucho menos apetito que antes
- No tengo en absoluto ningún apetito.

#### 19. Pérdida de peso

- No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo
- He perdido más de dos kilos de peso
- He perdido más de cuatro kilos de peso
- He perdido más de siete kilos de peso

#### 20. Hipocondría

- Mi salud no me preocupa más que de costumbre
- Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares
- Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa
- No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

#### 21. Libido

- No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales
- Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo
- Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
- He perdido todo mi interés por las cosas del sexo

### PUNTUACIONES Y VALORACIÓN

1.

0. No estoy triste

1. Siento desgana de vivir. Estoy triste

2. Siento siempre desgana de vivir, Siempre estoy triste y no lo puedo remediar

2. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho

3. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más

2.

0. No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mí futuro

1. Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro

2. Creo que no debo esperar ya nada

2. Creo que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones

3. Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación

3.

- 0. No tengo la sensación de haber fracasado
- 1. Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas
- 2. Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena
- 2. Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos
- 3. Creo que he fracasado por completo

4.

- 0. No estoy particularmente descontento
- 1. Casi siempre me siento aburrido
- 1. No hay nada que me alegre como me alegraba antes
- 2. No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
- 3. Estoy descontento de todo

5.

- 0. No me siento particularmente culpable
- 1. Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada
- 2. Me siento culpable
- 2. Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada
- 3. Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada.

6.

- 0. No tengo la impresión de merecer un castigo
- 1. Creo que me podría pasar algo malo
- 2. Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado
- 3. Creo que merezco ser castigado
- 3. Quiero ser castigado

7.

- 0. No estoy descontento de mí mismo
- 1. Estoy descontento de mí mismo
- 1. No me gusta a mí mismo
- 2. No me soporto a mí mismo
- 2. Me odio

8.

- 0. No tengo la impresión de ser peor que los demás
- 1. Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
- 2. Me hago reproches por todo lo que no sale bien
- 2. Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes
- 3. Me siento culpable de todo lo malo que ocurre

9.

- 0. No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida
- 1. A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré
- 2. Pienso que sería preferible que me muriese
- 2. He planeado como podría suicidarme
- 2. Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese
- 3. Si pudiese, me suicidaría

10.

- 0. No lloro más de lo corriente
- 1. Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente
- 2. Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
- 3. Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

11.

- 0. No me siento más irritado que de costumbre
- 1. Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
- 2. Estoy constantemente irritado
- 3. Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban

12.

- 0. No he perdido el interés por los demás
- 1. Me intereso por los demás menos que antes
- 2. He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas
- 3. Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13.

- 0. Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
- 1. Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- 2. Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo
- 3. Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.

14.

- 0. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre
- 1. Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado
- 2. Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
- 3. Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo

15.

- 0. Trabajo con la misma facilidad de siempre
- 1. Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
- 1. Ya no trabajo bien como antes
- 2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa
- 3. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.

16.

- 0. Duermo tan bien como de costumbre
- 1. Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre
- 2. Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3. Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste

17.

- 0. No me canso antes que de costumbre
- 1. Me canso más pronto que antes
- 2. Cualquier cosa que haga me cansa
- 3. Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste

18

- 0. Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1. No tengo tanto apetito como antes
- 2. Tengo mucho menos apetito que antes
- 3. No tengo en absoluto ningún apetito.

19.

- 0. No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo
- 1. He perdido más de dos kilos de peso
- 2. He perdido más de cuatro kilos de peso
- 3. He perdido más de siete kilos de peso

20

0. Mi salud no me preocupa más que de costumbre

1. Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares

2. Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa

3. No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

21

0. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales

1. Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo

2. Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo

3. He perdido todo mi interés por las cosas del sexo

#### GRADOS DE DEPRESIÓN

- Sin depresión: puntuación de 0-10
- Depresión leve: puntuación de 11-20
- Depresión moderada: puntuación 21-30
- Depresión grave: puntuación más de 30

