



Complicaciones psicológicas y emocionales en pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Juárez del Centro en la especialidad de ginecología del mes de enero a diciembre del 2022

García de la Cruz Kenia Zeltzin

Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco

Proyecto de investigación del Servicio social

Mtra. Elsy Elizabeth Verde Flota

14 de septiembre de 2023

Resumen

Introducción: El siguiente trabajo se realizó en la Ciudad de México en el Hospital Juárez del Centro en pacientes que acudían a consulta externa directamente a la especialidad de Ginecología en condiciones prequirúrgicas y post operadas, en el periodo de enero de 2022 a diciembre del mismo año. La histerectomía es la segunda cirugía realizada con mayor frecuencia ginecológicamente y esta es empleada para brindar el tratamiento de patologías de tipo benigno; Este estudio de investigación posee observacional, descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, realizado con la recolección de datos de los expedientes clínicos de las pacientes histerectomizadas.

Objetivo: Identificar la prevalencia de las complicaciones psicológicas y emocionales en pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Juárez del Centro en la especialidad de ginecología del mes de enero a diciembre del 2022

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, cuantitativo en el cual se contó con la participación de 46 mujeres que fueron sometidas a histerectomías tanto abdominales como laparoscópicas en la “Unidad Médico Quirúrgico Juárez Centro” en un periodo no mayor a 12 meses, con un rango de edad de 25 a 55 años de edad para realizar un instrumento El siguiente instrumento es consta de dos secciones, la primera son datos generales de identificación, en cuanto a la segunda el BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más.

Resultados: De 46 mujeres posoperadas de histerectomía en el apartado de "tristeza" se muestra que un 30% de las mujeres entrevistadas se siente tristes una gran parte del tiempo después de haber sido intervenidas quirúrgicamente; De acuerdo al test BDI-II autoinforme que nos proporcionó la medida de la presencia y la gravedad de depresión en adultos, se obtuvo que el 67.4% de la muestra tienen depresión mínima con un puntaje de 0-13, mientras que el 28.3% de la misma indica que no padecen de este trastorno y de ningún síntoma afín

Palabras claves: Histerectomía, Depresión, Ansiedad, Complicaciones

Índice

<i>Introducción</i>	5
<i>Marco referencial</i>	6
<i>Marco teórico</i>	10
<i>Histerectomía</i>	10
<i>Epidemiología</i>	10
<i>Factores de riesgo</i>	11
<i>Tipos de histerectomía</i>	11
<i>Indicaciones</i>	12
<i>Histerectomía laparoscópica</i>	13
<i>Indicaciones de histerectomía laparoscópica</i>	13
<i>Complicaciones intraoperatorias</i>	14
<i>Miomatosis</i>	16
<i>Fisiopatología de la miomatosis uterina</i>	16
<i>Tipos de miomas</i>	17
<i>Complicaciones psicológicas</i>	17
<i>Emociones</i>	17
<i>Depresión</i>	18
<i>Factores de riesgo de la depresión</i>	19
<i>Ansiedad</i>	19
<i>Duelo</i>	21
<i>Pregunta de investigación</i>	21
<i>Justificación</i>	22
<i>Objetivo general</i>	22
<i>Objetivo específico</i>	23
<i>Metodología</i>	23
<i>Resultados</i>	23
<i>Discusión</i>	32
<i>Conclusión</i>	33
<i>Glosario</i>	35
<i>Anexos</i>	38
<i>Referencias</i>	44

Introducción

El siguiente trabajo se realizó en la Ciudad de México en el Hospital Juárez del Centro en pacientes que acudían a consulta externa directamente a la especialidad de Ginecología en condiciones prequirúrgicas y post operadas, en el periodo de enero de 2022 a diciembre del mismo año.

La histerectomía es la segunda cirugía realizada con mayor frecuencia ginecológicamente y esta es empleada para brindar el tratamiento de patologías de tipo benigno por ejemplo tumores uterinos, cáncer de cuello de útero o displasia cervical severa, cáncer de ovario, endometriosis, sangrado severo así mismo el prolapso uterino. En 2019 se encontró que la histerectomía tiene una frecuencia de 5.6 por 1000 mujeres, con una tasa anual de 650,000 histerectomías realizadas en Estados Unidos

El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de complicaciones psicológicas y emocionales por las que atraviesan las pacientes operadas de histerectomía

Este estudio de investigación posee observacional, descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, realizado con la recolección de datos de los expedientes clínicos de las pacientes histerectomizadas por patologías como miomatosis, sangrado uterino anormal y tumores benignos, de las cuales se les realizó una intervención de tipo laparoscópico y abiertas efectuadas entre el 01 de enero de 2022 a 31 de diciembre del mismo año; por ello es de importancia señalar que al menos el 4% de la población estudiada representa a aquellas mujeres que 2 mujeres con pensamientos suicidas pero mencionan que no lo harían sin embargo el 96% comentan que jamás ha tenido pensamientos de suicidarse; como datos representativos de la investigación se obtuvo en el presente trabajo que el 67.4% de la muestra tienen depresión mínima con un puntaje de 0-13, mientras que el 28.3% de la misma indica que no padecen de este trastorno y de ningún síntoma aún, quedando así el 4.3% siendo las representantes de depresión leve

Marco referencial

A continuación, presentamos resultados de investigaciones relacionadas con el tema a tratar.

Artículo 1:

Eduardo Puetate (2017) en su trabajo “Complicaciones orgánicas y psicológicas en pacientes sometidas a histerectomía intervenidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el servicio de ginecología del mes de junio a diciembre del año 2016” tuvo como objetivo determinar las principales complicaciones orgánicas quirúrgicas y psicológicas con su frecuencia de presentación en pacientes histerectomizadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el período de junio a diciembre del 2016. encontró que la edad más frecuente de las pacientes histerectomizadas fue de los 42 a 46 años representando un 21.11%, El estado civil más frecuente fue casada con el 56,67%, Las complicaciones psicológicas más frecuentes encontradas en nuestro estudio fueron 30% depresión leve, 23.3% depresión moderada con relación directa entre factor psicológico previo y más frecuente en pacientes con enfermedad neoplásica previa y el 44.4% no presentaron patología depresiva en pacientes histerectomizadas (Puetate, 2017)

Artículo 2:

Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía (Cuevas, Díaz, Espinoza, & Garrido, 2019)

Se encontró que en el año 2019 Cuevas, Díaz, Espinoza y Garrido trabajaron en la investigación denominada “Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía” la cual tuvo como objetivo principal describir las consecuencias psiquiátricas y sus factores predisponentes, en las mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía,

basando su metodología en investigaciones en inglés, español y portugués, con un máximo de 15 años de antigüedad de las cuales se excluyeron investigaciones realizadas en mujeres histerectomizadas oncológicas y/o con antecedentes psiquiátricos previos a la cirugía; Como consecuencia los autores encontraron los siguientes hallazgos en el post-operatorio inmediato de la histerectomía, se reportan prevalencias de hasta un 84% para depresión y hasta un 92% para ansiedad, respectivamente. (Cuevas, Díaz, Espinoza, & Garrido, 2019)

Artículo 3

Estado depresivo en pacientes pre y posthisterectomizadas, vía abdominal y/o vaginal (Ajú, 2015)

Ajú en 2015 realizó un estudio titulado “estado depresivo en pacientes pre y posthisterectomizadas, vía abdominal y/o vaginal” donde su objetivo general fue Determinar el estado depresivo en pacientes pre y post Histerectomizadas en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt. En el cual utilizó la siguiente metodología un estudio descriptivo, transversal, como unidad de análisis a las pacientes pre y post histerectomizadas En este estudio se encontró una fuerte evidencia del 12% 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.

Artículo 4

Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: an observational study (Theunissen, y otros, 2017)

En el año 2017, Theunissen y otros elaboraron la investigación nombrada “Prevalencia y predictores de depresión y bienestar después de la histerectomía: un estudio observacional” donde

su objetivo general fue evaluar los factores de riesgo y predictivos de depresión y bienestar, seguido de los objetivos secundarios los cuales se enfocaron en evaluar la incidencia de depresión, el nivel de bienestar y los sentimientos de feminidad; obteniendo como resultado que los sentimientos de feminidad no se vieron afectados negativamente en al menos el 92% de las pacientes estudiadas así como la prevalencia de depresión al inicio corresponde al 24% de la población, a los 3 meses se representó por un 19% y finalmente el 21% corresponde a la depresión a los 12 meses de la histerectomía.

Artículo 5

“Nivel de información y depresión en mujeres histerectomizadas por cáncer de cérvix en el hospital virgen de la puerta, Trujillo”

(Torres, 2019)

En 2019 Torres I. realizó un estudio denominado "Nivel de información y depresión en mujeres histerectomizadas por cáncer de cérvix en el hospital virgen de la puerta, Trujillo" en el cual su objetivo principal fue identificar el nivel de depresión, en mujeres histerectomizadas por cáncer de cérvix, en el Hospital Virgen de la Puerta, Trujillo-2018, por medio de la aplicación de instrumentos de recolección de datos (Evaluación del nivel de información de la mujer histerectomizada e Inventario de depresión de Beck) Obteniendo como conclusión a presencia de porcentajes significativos de mujeres histerectomizadas con algún nivel de depresión, es consecuencia de los efectos psicológicos y físicos de la propia enfermedad y su tratamiento (cirugía), la afectación a su sexualidad y autoestima, de su personalidad

Artículo 6

Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica (Cárdenas, Quiroga, Restrepo, & Cortés, 2005)

Cárdenas, Quiroga, Restrepo y Cortes realizaron en 2005 el estudio denominado "Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica" donde su objetivo principal fue comparar dos tipos de preparación para cirugía en mujeres programadas para histerectomía abdominal en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá. Encontrando así que el primer grupo de 30 mujeres, recibió una preparación basada en la consideración particular de las estrategias de afrontamiento. El segundo grupo, también de 30 mujeres, recibió preparación mediante información escrita. En relación con lo antes expuesto Cárdenas as y colaboradores encontraron en su estudio que las participantes del grupo que recibió el primer tipo de programa presentaron mayor disminución en la ansiedad ($p < 0,01$), menor nivel de dolor percibido ($p < 0,05$) y una baja frecuencia de complicaciones

Marco teórico

En este trabajo de investigación es importante contar con elementos teóricos que refuercen los conocimientos adquiridos durante la formación universitaria, así como para el estudio en cuestión

Histerectomía

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico de elección para la extracción del útero, siendo este el procedimiento ginecológico más común después de la cesárea, cirugía que puede solo extraerse el útero, así como el retiro de las trompas de Falopio, los ovarios y el cérvix.

Etimológicamente, histerectomía se forma de dos raíces griegas: isteros (útero) y ectomía (extirpación). Considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a tres eventos: 1) Histerectomía en el puerperio, 2) Cesárea histerectomía y 3) Histerectomía en bloque. (Ramos, Ramírez, & Hurtado, 2010)

Epidemiología

El colegio americano de obstetras y ginecólogos junto a la asociación americana de los laparoscopistas ginecológicos recomiendan la histerectomía total como abordaje de elección para las enfermedades de tipo benigno, siendo el abordaje principal de elección debido a que este presenta menos complicaciones postoperatorias además de tener un beneficio económico; Sin embargo, hoy en día ha habido una disminución en histerectomías vaginales del 25% en 1988 al 17% en 2010 demostrando que en 2013 disminuyó al 11.5% por debajo de técnicas quirúrgicas menos invasivas (Delara, Yi, Girardo, & Wasson, 2020)

En Estados Unidos es la primera cirugía no obstétrica en mujeres, con una distribución de 56% vía abdominal, 20% laparoscópica, 19% vaginal y 5% robótica en patologías benignas. En México, la primera descripción de la técnica se hizo con algunos reportes en 1989 (Arcos, Arcos, & Flores, 2018)

Factores de riesgo

Uno de los principales factores de riesgo son los antecedentes familiares. El riesgo se incrementa 2.5 veces cuando se tiene un familiar de primer grado con este trastorno y 5.7 veces cuando un familiar los tuvo antes de los 45 años; Los antecedentes ginecoobstétricos también tienen una relación directa; cuando la menarquia sobreviene antes de los 10 años de edad y cuando se tiene contacto con el dietilestilbestrol en la vida intrauterina.⁸ También está descrita la influencia de los embarazos: a mayor número menor frecuencia de miomatosis. Con igual influencia la maternidad temprana y los periodos intergenésicos cortos. Las hormonas, como los estrógenos y la progesterona, se han asociado con la aparición y crecimiento de los miomas, con relación entre la dosis y el tiempo de administración. (Hernández, Valerio, C., Barrón, & Luna, 2017)

Tipos de histerectomía

Actualmente la histerectomía es una cirugía con un gran número de opciones para realizarse, cada una con diferentes ventajas, así como limitaciones en las que se encuentra: histerectomía abdominal total, histerectomía vaginal, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia e histerectomía supracervical laparoscópica

A continuación, Vicente Sola en 2006 nos permite apreciar cuales son las ventajas y desventajas que tiene cada una de las antes mencionadas: La *histerectomía abdominal* total permite al cirujano palpar los órganos pélvicos directamente. Sin embargo, puede aumentar la formación de adherencias y generalmente produce mayor dolor durante el postoperatorio. Además, deja cicatriz en la pared abdominal; La *histerectomía vaginal* permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas. Además, facilita la sección de los ligamentos úterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas; La *histerectomía total laparoscópica* permite y facilita el diagnóstico y tratamiento de patologías como endometriosis y adherencias. Facilita la remoción ovárica, la sección del ligamento ancho, la identificación de los uréteres, y permite

realizar una hemostasia prolija. La *histerectomía vaginal* asistida por laparoscopia permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal; (Sóla, Ricci, Pardo, & Guiloff, 2006)

Indicaciones

Lefebvre, G en 2018 describe cuales son las principales indicaciones por las que se debe realizar la histerectomía en patologías benignas, por ejemplo:

Sangrado uterino anormal La histerectomía corresponde a una solución permanente, con un alto nivel de satisfacción en las pacientes adecuadamente seleccionadas. Es el procedimiento de última elección en pacientes sin interés de embarazo y en las cuales haya falla de tratamiento médico y de ablación endometrial, esto debido al alto riesgo de morbilidad como lesión ureteral, lesión vesical (en hasta 2% de los casos), hemorragia, atelectasias, enfermedad tromboembólica, infarto miocárdico, falla renal, etc. (Orane, 2016)

Leiomas uterinos Los leiomiomas uterinos son los problemas ginecológicos más frecuentes, los tumores están frecuentes en al menos 30% de las mujeres en edad fértil, El tratamiento debe ser individualizado en función de síntomas, el tamaño y la tasa de crecimiento del útero, y el deseo de fertilidad del paciente. Las indicaciones para la histerectomía en una paciente completamente asintomática son pocas e incluyen fibromas que crecen rápidamente dependiendo del agrandamiento de los fibromas después de la menopausia cuando se plantean preocupaciones de leiomiosarcoma (Lefebvre, Allaire, Jeffrey, & Vilos, 2018)

Masas anexiales Morgan expuso que, en mujeres con masas benignas, existe también un beneficio teórico de la escisión quirúrgica en la usencia de síntomas, entre las que se pueden incluir, la prevención de un cuadro agudo que requiere una intervención quirúrgica de urgencia. (Morgan, Quevedo, Morgan, Báez, & López, 2016)

Endometriosis Poveda en 2016 plantea que la histerectomía total es aceptable en aquellas pacientes con endometriosis profunda, con deseo genésico cumplido y sintomatología resistente a otros tratamientos. (Poveda, y otros, 2016) Asimismo, Lefebvre en 2018 afirma que el objetivo final del tratamiento de la endometriosis es el alivio de los síntomas, sin incurrir en efectos secundarios. La decisión proceder a la histerectomía es un paso importante. Esta decisión debe guiarse por tres factores: 1) la presencia de graves síntomas, particularmente dolor intratable, después de que se hayan tratado o descartado otras posibles causas del dolor; 2) el fracaso de otros tratamientos o intolerancia a sus efectos secundarios; 3) el futuro embarazo ya no es posible o deseado. (Lefebvre, Allaire, Jeffrey, & Vilos, 2018)

Histerectomía laparoscópica

Como su nombre lo dice la histerectomía laparoscópica es la extirpación del útero por medio de una técnica quirúrgica que consiste en la introducción de cámaras ópticas a través de orificios con la finalidad de observar el interior, se insufla el abdomen y posterior a ello se realiza la misma (Seminario, 2009)

Indicaciones de histerectomía laparoscópica

- Sangrado uterino anormal premenopáusico y postmenopáusico.
- Diagnóstico de miomas submucosos y pólipos endometriales.
- Localización y extracción de dispositivos intrauterinos mal colocados ó con hilos no visibles al examen ginecológico.
- Evaluación de pacientes infértiles con histerosalpingografía anormal.
- Diagnóstico de adherencias intrauterinas.
- Diagnóstico de útero septado.
- Canulación tubárica en caso de obstrucción cornual de las trompas de Falopio.

- Exploración del canal endocervical y de la cavidad uterina en pacientes con pérdidas repetidas del embarazo (Alverto, 2002)

Complicaciones intraoperatorias

Las complicaciones laparoscópicas se pueden dividir en tres fases de acuerdo al tiempo en el que estas ocurren, es decir, a la introducción de trocares, durante el resto del procedimiento y finalmente aquellas postoperatorias

Primera fase:

- Insuflación extraperitoneal de CO₂:

Una introducción defectuosa de la aguja de Veress puede ocasionar la distensión gaseosa del espacio subcutáneo, preperitoneal o a nivel de epiplón, lo que provoca un enfisema que dificulta la colocación de los trócares y la visión posterior. (Ponce, 2015)

- Lesiones durante la introducción de los trócares:

Lesión vascular	Al realizar mal la introducción del primer trocar transumbilical se puede producir la punción de grandes vasos abdominales (arteria aorta, arteria cava, mesentérica inferior)
Lesión intestinal	Durante la colocación del trocar se puede producir una lesión intestinal la cual aumenta el riesgo de producir peritonitis fecal y la muerte
Lesiones de intestino grueso	Es una lesión rara ya que ocurre en 0.1% de la población, esta ocurre cuando el neumoperitoneo es insuficiente y existe la adherencia

Lesión vesical	Ocurren durante la punción vesical, esta debe solucionarse con una sutura inmediata de la brecha y la colocación de un sondaje vesical por al menos 21 días y profilaxis antibiótica
----------------	--

Información obtenida de: (Ponce, 2015)

Ponce, R. (2015). La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. *Revista Cubana de cirugía*, 54(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000100011

Segunda fase:

- Lesiones vasculares:
- Lesiones intestinales
- Lesiones vesicales
- Lesiones uretrales
- Lesiones recto vaginales

Tercera fase

- Formación de fistulas: Una fístula vesicovaginal es la comunicación anormal entre el epitelio vaginal y vesical, resultando en fuga continua de orina a través de la vagina. Su reparación puede ser por abordaje vaginal, abdominal o laparoscópico. (Martínez, y otros, 2011)
- Prolapso de la cúpula vaginal: El prolapso de la cúpula vaginal es una complicación frecuente en las pacientes postoperadas de histerectomías ya sea por vía transabdominal como transvaginal adicional a esto la edad, paridad, debilidad del tejido conectivo y aquellas enfermedades que aumentan la presión que se ejerce a nivel intraabdominal; Esta alteración se acompaña de cistocele también conocido como prolapso de vejiga y así mismo retócele generando diversos grados de incontinencia (Jiménez, Ferrari, Ramírez, de los Reyes, & Dueñas, 2007)

- Formación de un absceso: Los abscesos abdominales se definen como colecciones localizadas que presentan pus, gérmenes en el frotis o crecen en el cultivo; Las colecciones abdominales se pueden clasificar en simples las cuales son colecciones líquidas, uniloculares, tamaño moderado, seguido de aquellos que son de mediana complejidad cuya característica principal es que son asociadas a fistulas del tubo digestivo (Lu, 2018)
- Dehiscencia de los tejidos abordados
- Formación de hematoma en el área quirúrgica

Miomatosis

Tumores benignos del músculo liso del útero, ocasionalmente malignizan ($\leq 1\%$). Su tamaño es variable, van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal. Están asociados a períodos menstruales abundantes, síntomas de compresión y ocasionalmente dolor. Son dependientes de estrógenos y progesterona, generalmente tienen regresión en la menopausia. (Instituto Mexicano del seguro social, 2009)

Los miomas uterinos son tumores benignos monoclonales provenientes de células del músculo liso del miometrio, que contienen abundante matriz extracelular (colágeno, proteoglicano, fibronectina) y están rodeados de una pseudocápsula delgada de fibras musculares lisas (Arcos, Arcos, & Flores, 2018)

Fisiopatología de la miomatosis uterina

Los miomas uterinos aparecen en aquellas mujeres que se encuentran en edad reproductiva se dice que al menos un 50-60% lo representa, de acuerdo a esto los factores de riesgo para su aparición depende de la raza; es decir; las mujeres afroamericanas tienen una incidencia mayor comparada con aquellas mujeres asiáticas o de raza blanca, así mismo existen factores dependientes de la

reproducción como lo es la menarca precoz menor a 10 años, el uso de tabaco, hipertensión, obesidad y diabetes mellitus tipo II. (Grilli, Zencich, Mejías, & Macció, 2022)

Tipos de miomas

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) clasifica a los miomas uterinos en:

- *Miomas submucosos* (FIGO 0,1,2). Adyacentes al endometrio revistiendo la cavidad uterina.
 - Tipo 0. Localizado completamente en la cavidad endometrial.
 - Tipo 1. Extensión menor de 50% intramural (miometrio).
 - Tipo 2. Extensión mayor de 50% intramural.
- *Miomas intramurales* (FIGO 3,4,5). Adyacentes a la pared miometrial.
 - Tipo 3. 100% intramurales con contacto con el endometrio.
 - Tipo 4. Adyacentes al miometrio.
 - Tipo 5. Más de 50% en el miometrio, el resto abarca el subseroso.
- *Miomas subserosos* (FIGO 6, 7).
 - Tipo 6. Menos de 50% en el miometrio, el resto abarca el subseroso.
 - Tipo 7. Subseroso pediculado.
- Otros por especificar, pediculados, parasitarios (FIGO 8). (Arcos, Arcos, & Flores, 2018)

Complicaciones psicológicas

Emociones

Fernández en su capítulo “psicología de la emoción” expone que las emociones son procesos psicológicos que nos prestan un valioso servicio, al hacer que nos ocupemos de lo que realmente es importante en nuestra vida. Como si fuera un sistema de alarma, nos señalan las cosas que son peligrosas o aversivas, y que por lo tanto debemos evitar, y las cosas que son agradables o apetitivas, y a las que por lo tanto debemos acercarnos. Pero las emociones pueden ser también

consideradas como uno de los procesos psicológicos más complejos y difíciles de explicar. (Fernández & Jiménez, 2010). Por otro lado, Cano en 2012 en su artículo “Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida” considera que las emociones son alteraciones súbitas y rápidas que experimentamos desde nuestro estado de ánimo, la mayoría de veces por ideas, recuerdos o circunstancias. Algunas de las más comunes son: la ira, la tristeza, el temor, el placer, la sorpresa, el disgusto, la vergüenza y el amor, aunque este último es considerado también un sentimiento. Todas ellas son muestras de sensaciones fugaces, que vienen y van. (Cano & Zea, 2012)

Depresión

La depresión se caracteriza por una importante alteración del humor, con episodios que pueden durar varias semanas o meses. Los pacientes sufren pérdida de interés en todo e incapacidad para experimentar placer, con sentimientos de infravaloración y culpa, déficit cognitivos, junto con pérdida del apetito, del sueño y del deseo sexual. (Sequeira & Fornaguera, 2009) Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013)

La depresión se comprende por ser un padecimiento que produce angustia en quienes la sufren, este mismo puede afectar las ocupaciones habituales que van desde las más complejas, así como las más simples; de igual manera afecta de manera significativa las relaciones interpersonales con familiares, amigos y la participación en prácticas sociales dando como resultado un impacto significativo económico y social

Es importante señalar que existe un riesgo excesivo de suicidio en quienes padecen depresión (Morales, 2017)

Factores de riesgo de la depresión

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen:

- Historia familiar de depresión
- Pérdida significativa reciente
- Enfermedad crónica, en especial en aquellos pacientes con pobre respuesta a tratamientos
- Eventos altamente estresantes
- Violencia domestica
- Cambios significativos en el estilo de vida
- Embarazo en mujeres con antecedentes de depresión (Secretaría de salud, 2009)

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se refieren a un grupo de trastornos mentales caracterizados por sentimientos de ansiedad y temor, que incluyen los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). (OMS/OPS, 2017)

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) está asociado con cierta afectación del estado mental, social y la salud en general del individuo, dolor corporal inespecífico, que interfieren en sus actividades diarias. (Boletín de la ANMM, 2012)

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se encuentra clasificado dentro de los trastornos de ansiedad según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), de la American Psychiatric Association. Sus manifestaciones clínicas principales son un

estado de anticipación aprensiva y dificultad para controlar la preocupación (Langarita & Gracia, 2019)

Trastorno de angustia

Al igual que el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia también se caracteriza por una alta tendencia a la cronificación y además está asociado a frecuentes complicaciones (Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS, 2008)

Trastorno de ansiedad fóbica

Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición de situaciones o estímulos específicos temidos, que da lugar a evitarlos. (Reyes)

Trastorno de ansiedad social

La característica esencial es el intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. El individuo teme ser evaluado negativamente, teme ser juzgado como ansioso o débil. (Elizondo, 2016)

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo se define como un trastorno de ansiedad intensa, con obsesiones recurrentes o compulsiones que consumen gran cantidad de tiempo o causan un marcado malestar o deterioro significativo en el funcionamiento diario. (De la Cruz, 2018)

Trastorno de estrés postraumático

La autora Marian Rojas lo describe como un evento que involucra directamente haber experimentado o presenciado una amenaza inmediata a la vida propia, de otra persona, la violación

de la integridad física, moral propia o de otra persona; n incluyendo asalto, abuso sexual o físico (Rojas, 2016)

Duelo

El duelo (del latín dolium, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe (Meza, y otros, 2008)

Etimológicamente, la palabra duelo proviene del latín “dolus” que significa dolor, desafío o combate entre dos, mientras luto proviene de “lugere” que quiere decir llorar. En nuestro medio, duelo y luto suelen ser empleadas como sinónimos, aunque en realidad, duelo hace referencia a los sentimientos subjetivos y reacciones afectivas provocados por la muerte de un ser querido, mientras luto se referirá a la expresión social del comportamiento y a las prácticas posteriores a la pérdida (Guillem, Romeros, & Oliete, 2007)

Fases de duelo

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las complicaciones psicológicas y emocionales por las que atraviesan las pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Juárez del Centro que acuden a la especialidad de Ginecología?

Justificación

Se ha descrito en diversos estudios que la histerectomía es la segunda causa de intervenciones quirúrgicas en el área de ginecología teniendo como principal objetivo tratar enfermedades de origen benigno tales como miomatosis uterina, sangrado uterino anormal y tumores benignos de forma que aquella mujer que atraviesa por este proceso experimenta diversas consecuencias afectivas y psiquiátricas tras la extirpación del útero, debido a la sensación disminuida de femineidad como lo expresa Cuevas en 2019 en su estudio "Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía" generando en ellas sentimientos de inferioridad con respecto a su género, produciendo en su imagen corporal y de percepción la presencia de "estar vacía"

La depresión y el trastorno de ansiedad son las principales enfermedades psicológicas por las que atraviesan algunas mujeres después de haber sido operadas de una histerectomía presentando así síntomas de tristeza, desánimo influyendo así en la capacidad sexual y reproductiva, además de presentar somáticos como: mareos, problemas nerviosos, fatiga, falta de ánimo e irritabilidad, de los cuales pueden durar de algunos días, meses inclusive años después del momento quirúrgico

Objetivo general

Identificar la prevalencia de las complicaciones psicológicas y emocionales en pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Juárez del Centro en la especialidad de ginecología del mes de enero a diciembre del 2022

Objetivo específico

- Identificar la prevalencia del estado depresivo en pacientes postoperadas de histerectomía en el Hospital Juárez del Centro en la especialidad de ginecología del mes de enero a diciembre del 2022
- Conocer las principales complicaciones psicológicas y emocionales por las que atraviesan las pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Juárez del Centro en la especialidad de ginecología del mes de enero a diciembre del 2022
- Identificar la prevalencia de histerectomías realizadas en el Hospital Juárez del Centro en el periodo de enero a diciembre del 2022
- Identificar las principales causas por las que son intervenidas las pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Juárez del Centro en la especialidad de ginecología del mes de enero a diciembre del 2022

Metodología

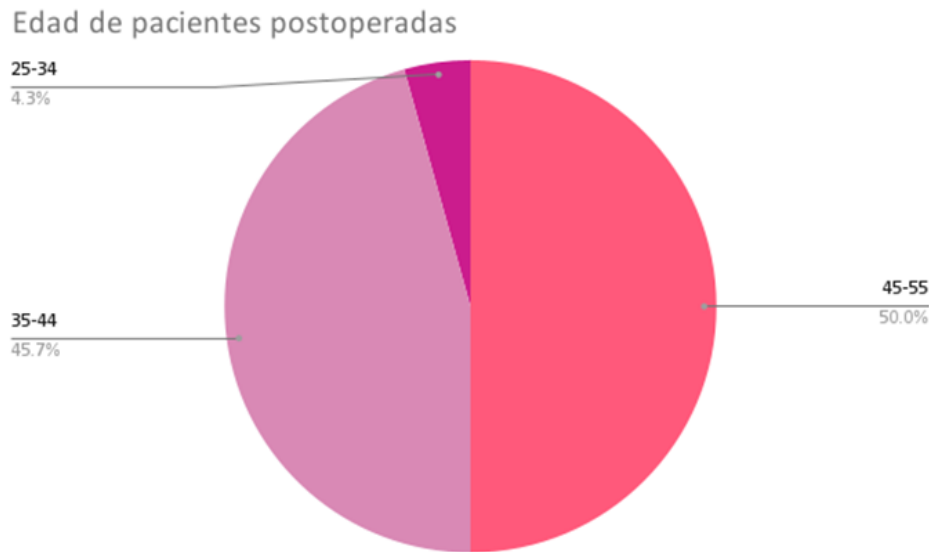
Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, cuantitativo en el cual se contó con la participación de 46 mujeres que fueron sometidas a histerectomías tanto abdominales como laparoscópicas en la “Unidad Médico Quirúrgico Juárez Centro” en un periodo no mayor a 12 meses, con un rango de edad de 25 a 55 años de edad para la realización de un instrumento

El siguiente instrumento es consta de dos secciones, la primera son datos generales de identificación del paciente para caracterizar a la población a través de factores determinantes como la edad, estado civil, número de embarazos, deseo de tener más hijos seguido así de la parte dos la cual se compone del autoinforme “BDI-II” que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más.

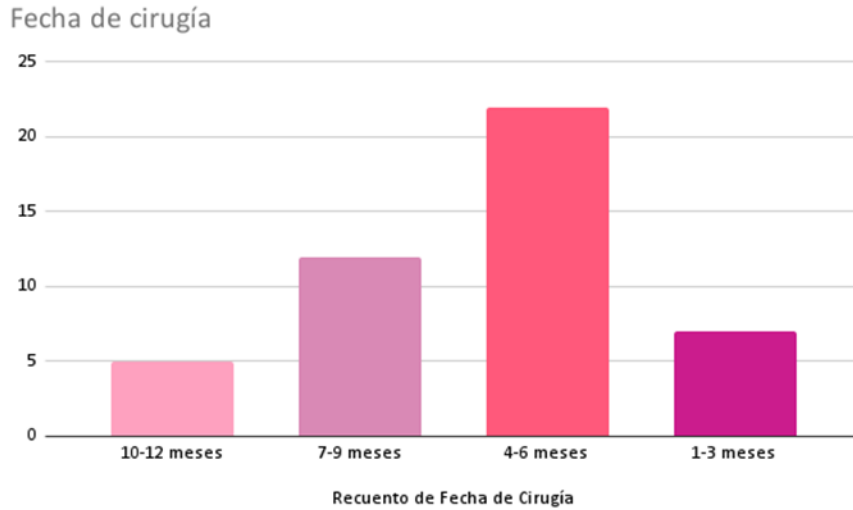
Resultados

En la recolección de datos se obtuvieron 46 encuestas contestadas en su totalidad mismas que

representaron el 100% de la población, de las cuales fue posible observar que el rango de edad predominante fue de aquellas entre 45-55 años de edad representando el 50%, seguido del 45.7% interpretando al rango de 35-44 años y dejando con un 4.3% a las que se encuentran entre los 25 a los 34 años de edad.



Grafica 1. Representación de la edad de pacientes postoperadas de histerectomía. Elaboración propia.



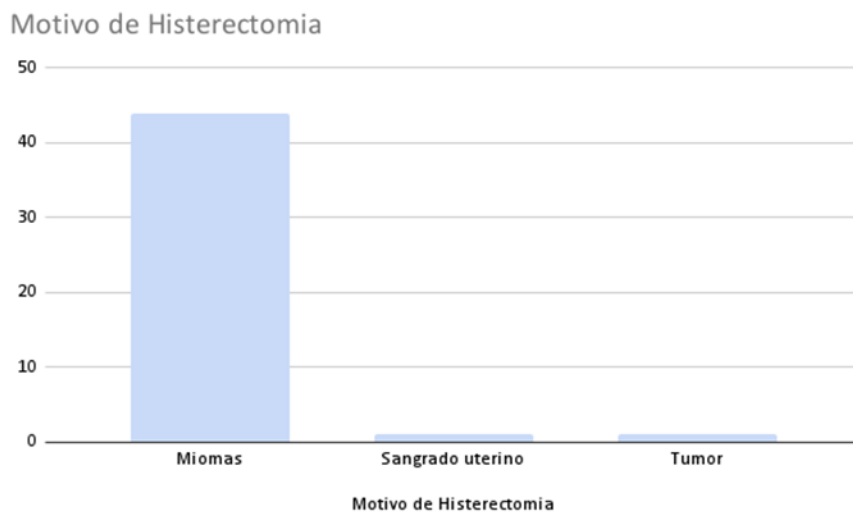
Grafica 2. Temporalidad en la que fueron realizadas las histerectomías en el hospital Juárez en un periodo de 12 meses. Elaboración propia.

La presente encuesta informó sobre la temporalidad en la que las pacientes histerectomizadas

fueron sometidas a cirugía predominando el 47.8% realizadas en un periodo de 4-6 meses,

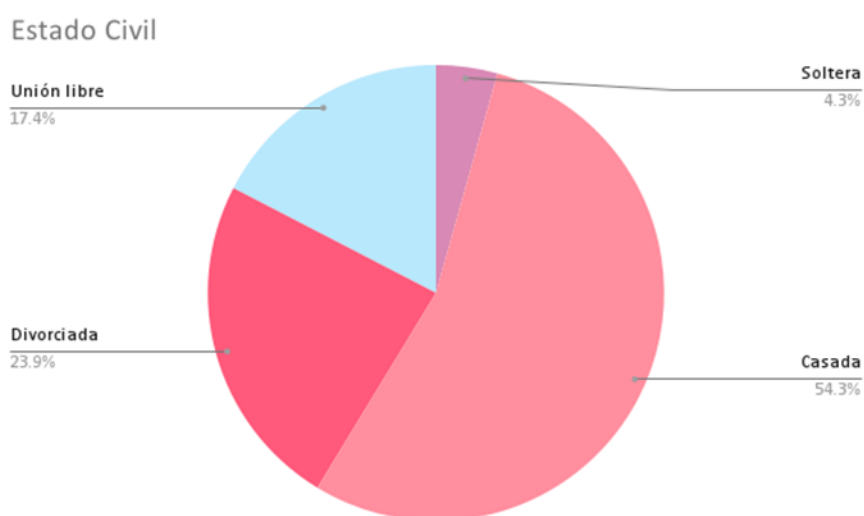
seguido de 12 pacientes de las cuales fueron operadas hace 7-9 meses y por último que el 10.9%

representó al periodo de 10-12 meses



Grafica 3. Motivo por el que fue realizada la histerectomía en el hospital Juárez. Elaboración propia.

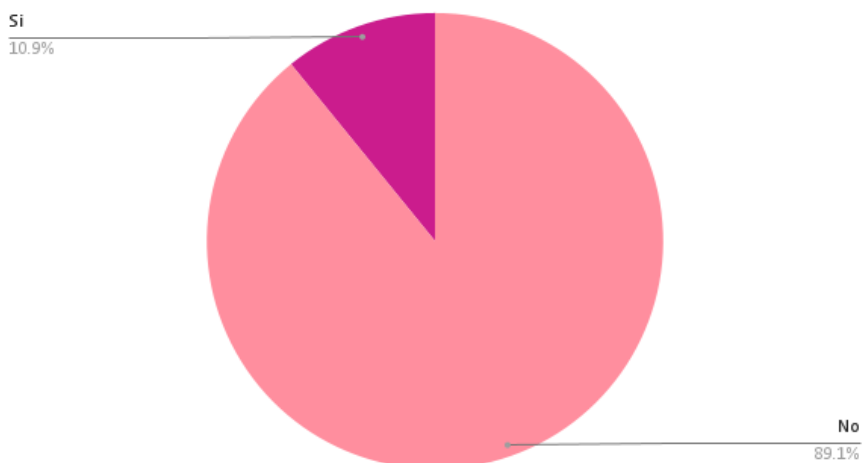
En el apartado de recolección de información dirigido a conocer sobre las pacientes postoperadas de histerectomía se encontró que el 95.7% de ellas presentaba Miomatosis uterina, seguido de un 2.2% de las encuestadas representando a aquellas mujeres con presencia de tumor maligno asimismo 2.2% interpretando el sangrado uterino



Grafica 4. Estado civil actual de las pacientes postoperadas de histerectomía. Elaboración propia.

La grafica 4. muestra el estado civil de las pacientes postoperadas de histerectomía predominando con un 54.3% aquellas que se encontraban casadas, seguido del 23.9% de la muestra manifestado por mujeres divorciadas, tan solo el 4.3% representa a las mujeres en unión libre.

Preparación Psicológica



Gráfica 5. Preparación psicológica previa a la cirugía. Elaboración propia.

Con base al análisis de la ficha de información obtenidas en las encuestas se dice que el 10.9% de las pacientes encuestadas afirmo que obtuvo preparación psicológica previa a la cirugía mientras que el 89.1% demostró que no adquirió la misma.

*	Presencia	Ausencia
Tristeza		
No me siento triste.	29	63%
Me siento triste gran parte del tiempo	14	30%
Me siento triste todo el tiempo.	2	4%
Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	1	2%
Pesimismo		
No estoy desalentado respecto del mi futuro.	34	74%
Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo	12	26%
No espero que las cosas funcionen para mí.	0	0%

Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	0	0%
Fracaso		
No me siento como un fracasado.	38	83%
He fracasado más de lo que hubiera debido	7	15%
Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos	1	2%
Siento que como persona soy un fracaso total.	0	0%
Pérdida de Placer		
Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto	31	67%
No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	15	33%
Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	0	0%
No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	0	0%
Sentimientos de Culpa		
No me siento particularmente culpable.	38	83%
Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	8	17%
Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	0	0%
Me siento culpable todo el tiempo.	0	0%
Sentimientos de Castigo		
No siento que este siendo castigado	38	83%
Siento que tal vez pueda ser castigado.	8	17%
Espero ser castigado.	0	0%
Siento que estoy siendo castigado.	0	0%
Disconformidad con uno mismo.		

Siento acerca de mí mismo que siempre.	33	72%
He perdido la confianza en mí mismo	13	28%
Estoy decepcionado conmigo mismo.	0	0%
No me gusto a mí mismo.	0	0%
Autocrítica		
No me critico ni me culpo más de lo habitual	31	67%
Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	12	26%
Me critico a mí mismo por todos mis errores	3	7%
Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	0	0%
Pensamientos o Deseos Suicidas		
No tengo ningún pensamiento de matarme.	44	96%
He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	2	4%
Querría matarme	0	0%
Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	0	0%
Pérdida de Interés		
No he perdido el interés en otras actividades o personas.	35	76%
Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	8	17%
He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	3	7%
Me es difícil interesarme por algo.	0	0%
Desvalorización		
No siento que yo no sea valioso	38	83%
No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme	8	17%

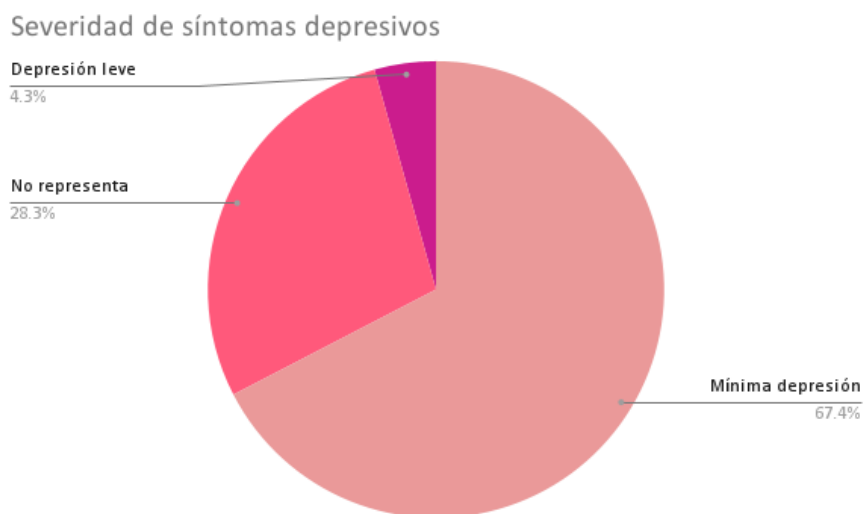
Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	0	0%
Siento que no valgo nada.	0	%
Pérdida de Interés en el Sexo		
No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	32	70%
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	11	24%
Estoy mucho menos interesado en el sexo.	3	7%
He perdido completamente el interés en el sexo.	0	0%

A través de la recogida de datos obtenidos por el instrumento BDI-II se procesó en el paquete estadístico de Excel, dicho cuestionario se aplicó en 46 mujeres posoperadas de histerectomía en el apartado de "tristeza" se muestra que un 30% de las mujeres entrevistadas se siente tristes una gran parte del tiempo después de haber sido intervenidas quirúrgicamente al tiempo que se halla un 2% que menciona sentirse infeliz de forma que no lo puede soportar.

Los resultados obtenidos del instrumento BD-II se muestran en la tabla 1, demostrando de forma significativa al 7% de la población con tendencias de autocrítica juzgándose por todos los errores, un 26% menciona tener una crítica aumentada de lo que solía estarlo.

Lo interesante de estos datos es que se logró encontrar al 4% es decir 2 mujeres con pensamientos suicidas, pero mencionan que no lo harían sin embargo el 96% comentan que jamás ha tenido pensamientos de suicidarse; De acuerdo a la pérdida de interés se muestra que al menos un 7% ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas, se observó que un 17% está menos interesada

que antes en otras cosas y con más del 50% de la población estudiada se demostró que no han perdido el interés.



Gráfica 9. Representación de la severidad de síntomas depresivos. *Elaboración propia.*

De acuerdo al test BDI-II autoinforme que nos proporcionó la medida de la presencia y la gravedad de depresión en adultos, se obtuvo que el 67.4% de la muestra tienen depresión mínima con un puntaje de 0-13, mientras que el 28.3% de la misma indica que no padecen de este trastorno y de ningún síntoma afín, quedando así el 4.3% sienten las representantes de depresión leve con un puntaje mínimo de 14 afirmaciones

Discusión

En el estudio realizado en 2017 por Puetate denominado “Complicaciones orgánicas y psicológicas en pacientes sometidas a histerectomía intervenidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el servicio de ginecología del mes de junio a diciembre del año 2016” se encontró que la edad más frecuente de las pacientes sometidas a histerectomía radica en los 42 a 46 años representando así a un 21.11% de la población estudiada frente al 50% del universo estudiado en nuestra investigación quienes representan a aquellas mujeres de 45 a 55 años de edad

De acuerdo con Cuevas en 2019 encontró que los trastornos depresivos y/o ansiosos presentes en el postoperatorio inmediato a la histerectomía total oscilan entre un 4.8% a un 84%, no obstante Torres en su investigación en 2019 demuestra que existen trastornos psicológicos presentes en mujeres que fueron sometidas a histerectomía en consecuencia de los efectos psicológicos y físicos por los que las mujeres atraviesan durante la enfermedad además del tratamiento quirúrgico. Por otro lado, en la investigación presente se demuestra que el 67.4% de la muestra tienen depresión mínima, mientras que el 28.3% de la misma indica que no padecen de este trastorno y de ningún síntoma afín, quedando así el 4.3% sienten las representaciones de depresión leve con un puntaje mínimo de 14 afirmaciones. En contra parte el estudio realizado por Ajú en 2015 halló el 72% de todo el post Histerectomizadas no presentaron ningún síntoma depresivo, el 20% con depresión ligera, 8% con depresión moderada y el 0% con depresión severa.

Conclusión

La histerectomía de tipo laparoscópico comprendió un 100% de la población estudiada reflejando así diversas ventajas en las pacientes posoperadas de histerectomía como por ejemplo la disminución en la estancia hospitalaria de misma forma que aminora las complicaciones quirúrgicas tales como coágulos sanguíneos, infección y no menos importante el sangrado excesivo.

En la recolección de información se detectó que la histerectomía laparoscópica y abierta poseen el segundo lugar de cirugías realizadas en el área ginecológica, sin embargo, en el Hospital Juárez del Centro obtuvieron el primer lugar en la especialidad

Se ha demostrado que la depresión es un trastorno psicológico que puede llegar a ser incapacitante para realizar las tareas del día a día, considerando que padecerla implica síntomas como sufren pérdida de interés en todo e incapacidad para experimentar placer, con sentimientos de infravaloración y culpa, déficits cognitivos, de ahí la importancia de realizar una detección oportuna

En el estudio realizado se encontró que más de la mitad de la población estudiada (67.4%) presenta depresión mínima, cabe resaltar que aquellas mujeres respondieron con positivo a al menos un síntoma depresivo como indicador principal tenemos la tristeza, seguido del llanto y no menos importante la autocrítica

Es de suma importancia generar consciencia de la salud emocional de las pacientes pre y post operadas de cualquier intervención quirúrgica, debido a lo valioso que es la salud biopsicosocial, de forma que la preparación psicológica ayudaría de manera significativa a la prevención de depresión en aquellas pacientes que aún no lo presenta así mismo es una barrera de protección en las que se encuentra en menor o mayor grado. Además, es importante continuar realizando estudios

de enfoque exploratorio que permitan un mejor conocimiento para el cuidado profesional de enfermería en pacientes con este tipo de cirugías.

Así mismo una servidora, la unidad medico quirúrgica Juárez del centro y la Universidad Autónoma Metropolitana extienden un agradecimiento a cada una de las participantes por ser parte de la investigación realizada en un periodo de 12 meses

Glosario

Biopsia: Procedimiento diagnóstico que consiste la extracción de una muestra representativa de un tejido en el cual existe o se sospecha la presencia de alguna lesión. (IMSS, 2011)

Dismenorrea: El concepto dismenorrea deriva del termino griego “dis” – difícil, “men” – mes, “rheo” – flujo; es la dificultad en la menstruación. la cual se puede dividir en dos la primaria y secundaria, así mismo se presenta el dolor durante la menstruación semejante al dolor cólico en la porción inferior del abdomen (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010)

Dispareunia La dispareunia está considerada un trastorno sexual por dolor

Dispareunia superficial: cuando el dolor se da en la zona externa vulvar, o en la entrada de la vagina.

Dispareunia profunda: cuando el dolor se da en la zona media o profunda de la vagina. (Velázquez, Díaz, & Reina, 2017)

Disuria

La disuria (micción dolorosa) incluyen un proceso inflamatorio (p. ej., infección de vías urinarias, enfermedad autoinmunitaria) (Papadakis, 2021)

Distimia: una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos (OMS/OPS, 2017)

Embolización de la arteria uterina

La embolización de las arterias uterinas es una alternativa de tratamiento no quirúrgico, mínimamente invasiva, eficaz y bien tolerada por las pacientes; Se presenta como una herramienta

terapéutica sumamente importante para el tratamiento de la miomatosis uterina sintomática, para pacientes que desean conservación del útero (Nogueira, y otros, 2014)

Hidronefrosis

La hidronefrosis se define como una dilatación del sistema colector renal debida a dificultad para la eliminación de la orina (Ministerio de salud, 2020)

Hiperestrogenismo

El Hiperestrogenismo es un estado hormonal que se puede traducir por sintomatología variada: metrorragia, hirsutismo, oligomenorrea, esterilidad, etc, (Nocito, 2012)

Hiperpolimenorrea (o menometrorragia) Sangrado frecuente, abundante y/o prolongado, sin patrón cíclico (Schiavon & Jiménez, 2001)

Hipoestrogenismo

El hipoestrogenismo característico de la menopausia da lugar a una atrofia general del aparato genital. Es característica la pérdida de elasticidad del introito vulvar, así como una reducción tanto de las glándulas vaginales como del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubricación (Gómez, 2010)

Histerectomía

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico de elección para la extracción del útero, siendo este el procedimiento ginecológico más común después de la cesárea, cirugía que puede solo extraerse el útero, así como el retiro de las trompas de Falopio, los ovarios y el cérvix

Histeroscopia

La histeroscopia es la inspección endoscópica de la cavidad uterina y canal cervical mediante instrumentos ópticos especialmente diseñados (IMSS, 2011)

Histeroscopio

Hemorragia uterina anormal

Es la presentación aumentada en duración y cantidad del sangrado uterino. (IMSS, 2015)

Leiomioma

Los sarcomas uterinos son tumores malignos de origen mesodérmico; La forma de presentación clínica es variada: hemorragia vaginal, dolor y tumoración abdominal de crecimiento rápido (Vázquez, y otros, 2009)

Poliuria

Se define poliuria como la excreción aumentada de orina, por sobre los valores normales para la edad es decir cuando excede en 2,5 a 3 veces el volumen esperado (100 ml/ m², 1-3 ml/K/h o 80 ml/k/día o 1 500 ml/m²/día) o si después de una restricción hídrica o deshidratación hay una inadecuada concentración urinaria (Lagomarsino, Nardiello, & Aglony, 2004)

Sangrado Uterino Anormal es la variación del ciclo menstrual normal, e incluye cambios en la regularidad, frecuencia del ciclo, y duración del flujo o en la cantidad de sangrado menstrual asociadas a disturbios médicos que sólo pueden ser identificados por una historia clínica orientada a búsqueda de etiología complementando con métodos de laboratorio, gabinete y determinaciones hormonales (IMSS, 2015)

Anexos

Consentimiento informado:

Yo _____ declaro que he sido informada e invitada a participar en una investigación que lleva por título “Complicaciones psicológicas y emocionales en pacientes sometidas a histerectomía en el Hospital Juárez del Centro en la especialidad de ginecología del mes de julio a septiembre del 2022” proyecto de investigación con fines académico , la información brindada durante las entrevistas serán registradas de manera confidencial. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Ficha de recolección de datos.

Nombre: _____

Edad: _____

Estado civil:

 Soltera Divorciada Casada Viuda Unión libre

Nivel educativo:

 Educación primaria incompleta Educación media superior incompleta Educación primaria completa Educación media superior completa Educación secundaria incompleta Educación superior incompleta Educación secundaria completa Educación superior completa

Número de embarazos:

Partos: _____

Cesáreas: _____

Abortos: _____

Hijos vivos: _____

Método anticonceptivo:

 Píldoras Condón Parches DIU Inyectables Implante subdérmico

Ninguno

Otro: _____

¿Desea tener más hijos?

Si

No

¿Cuál es la causa de su histerectomía?

Miomas

Cáncer cervical

Patología ovárica

Sangrado uterino

Patología endometrial

Otras: _____

¿Le brindaron información previa sobre la intervención a realizar?

Si No

¿Tuvo alguna preparación psicológica previo al tratamiento propuesto?

Si No

¿Presenta alguna enfermedad psicológica?

Si No

Si la respuesta anterior fue “Si” especifique ¿Cuál? _____

¿Presenta alguna enfermedad crónica?

Si

No

Si la respuesta anterior fue “Si” especifique ¿Cuál? _____

Ítem	0	1	2	3
Tristeza 0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.				
Pesimismo 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mi. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.				
Fracaso 0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.				
Pérdida de Placer 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.				

<p>Sentimientos de Culpa 0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>				
<p>Sentimientos de Castigo 0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p>				
<p>Disconformidad con uno mismo. 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.</p>				
<p>Autocrítica 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>				
<p>Pensamientos o Deseos Suicidas 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>				
<p>Llanto 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>				
<p>Agitación 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>				

<p>Pérdida de Interés 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3.Me es difícil interesarme por algo.</p>				
<p>Indecisión 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>				
<p>Desvalorización 0 No siento que yo no sea valioso 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada.</p>				
<p>Pérdida de Energía 0 Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>				
<p>Cambios en los Hábitos de Sueño 0No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1^a. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3^a. Duermo la mayor parte del día 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>				
<p>Irritabilidad 0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>				
<p>Cambios en el Apetito</p>				

<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3^a . No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b. Quiero comer todo el día.</p>				
<p>Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>				
<p>Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía</p>				
<p>Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>				

Referencias

- Ajú, J. (2015). Estado depresivo en pacientes pre y posthisterectomizadas, vía abdominal y/o vaginal. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/35293028.pdf>
- Alverto, C. (2002). Histeroscopia duagnóstica en la práctica ginecológica. *Revista Médica Hondureña*, 70(1), 16-20. Obtenido de <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol70-1-2002-5.pdf>
- Arcos, B., Arcos, D., & Flores, G. (2018). Histerectomía total laparoscópica por miomatosis uterina. *Scielo*, 61(2), 29-36. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n2/2448-4865-facmed-61-02-29.pdf>
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina, M. (2013). Depresión: estado actual y la necesidad de políticas públicas en México. *Salud Pública de México*, 55(1). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131i.pdf>
- Boletín de la ANMM. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada. *Boletín de Información Clínica Terapéutica academia nacional de medicina*, 56(4). Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
- Cano, S., & Zea, M. (2012). Manejar las emociones, factor. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(1), 58-67. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5177/517751763003.pdf>
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M., & Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 56(3), 209-215. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n3/v56n3a03.pdf>
- Cuevas, V., Díaz, L., Espinoza, F., & Garrido, C. (2019). Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(3). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000300245>
- De la Cruz, N. (2018). Trastorno obsesivo compulsivos. *Revista médica sinergia*, 3(11). doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v3i11.154>
- Delara, R., Yi, J., Girardo, M., & Wasson, M. (2020). Perioperative Outcomes of Total Vaginal Hysterectomy in Women with Prior Cesarean Delivery. *Elsevier*. doi:<https://sci-hub.se/10.1016/j.jmig.2020.02.019>
- Elizondo, Y. (2016). TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL). *Revista Médica Sinergia*, 1(4), 20-24. Obtenido de <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-TrastornoDeAnsiedadSocialFobiaSocial-7070342.pdf>
- Fernández, E., & Jiménez, M. (2010). *Psicología de la emoción*. España: Editorial Universitaria Ramón Areces. Obtenido de <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>

- Gómez, A. (2010). Menopausia. Salud genitourinaria. *Offarm*, 29(5), 60-66. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-menopausia-salud-genitourinaria-X0212047X10556284>
- Grilli, M., Zencich, D., Mejías, C., & Macció, J. (2022). *Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención*. Argentina: Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Obtenido de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147699>
- Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 70-71. Obtenido de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Guillem, V., Romeros, R., & Oliete, E. (2007). *Duelo en oncología*. España: Dispublic,S.I. Obtenido de <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
- Hernández, M., Valerio, E., C., T., Barrón, J., & Luna, R. (2017). Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Revista de Ginecología y obstetricia de México*, 85(9). Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611
- IMSS. (2011). Recomendaciones en histeroscopia. *Guía de práctica clínica*. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/585GER.pdf>
- IMSS. (2015). Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino anormal de origen no anatómico. *Guía de práctica clínica*. Obtenido de [imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/322GER.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/322GER.pdf)
- IMSS. (2015). Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino anormal de origen no anatómico. *Guía de practica clínica*. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/322GER.pdf>
- Instituto Mexicano del seguro social. (2009). Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina. *Guía de práctica clínica*. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/082GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. *Guía de práctica clinica*. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/183GER.pdf>
- Jiménez, A., Ferrari, A., Ramírez, M., de los Reyes, S., & Dueñas, J. (2007). Prolapso de la cúpula vaginal tratado mediante operación de Richter-Amreich asociada a colpografía anterior. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 50(7), 392-397. doi:10.1016/S0304-5013(07)73204-1
- Lagomarsino, E., Nardiello, A., & Aglony, M. (2004). Síndrome poliúrico. *Revista Chilena Pediatrica*, 75(3), 262-269. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-

- OMS/OPS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. 1-24. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orane, A. (2016). Sangrado Uterino Anormal. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 6(6), 11-20. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr164i.pdf>
- Papadakis, M. (2021). *CURRENT. Medical Diagnosis and Treatment Lange 2021* (60th ed.). McGraw-Hill. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3002§ionid=252419372>
- Ponce, R. (2015). La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. *Revista Cubana de cirugía*, 54(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000100011
- Poveda, I., Monfort, I., García, N., Signes, C., Monzó, S., Monleón, J., . . . Payá, V. (2016). Histerectomía total laparoscópica en pacientes con endometriosis profunda. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400006>
- Puetate, E. (2017). Complicaciones orgánicas y psicológicas en pacientes sometidas a histerectomía intervenidas en el Hospital Gíneco- Obstétrico Isidro Ayora en el servicio de ginecología del mes de junio a diciembre del año 2016. *Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11283>
- Ramos, R., Ramírez, G., & Hurtado, G. (2010). Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. *Medigraphic*, 2(1), 11-14. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi101c.pdf>
- Reyes, A. (s.f.). Trastornos de ansiedad, Guía práctica para diagnóstica y tratamiento. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rojas, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista de Costa Rica y Centroamérica*(619). Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf>
- Schiavon, R., & Jiménez, C. (2001). Alteraciones menstruales en la adolescencia. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(3), 141-153. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er013e.pdf>
- Secretaría de salud. (2009). Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo . *Guía de práctica clínica*. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/Cat%20Maestro%20539%20GPC%202012/IMSS-161_09_TRASTORNO_DEPRESIVO/IMSS-161-09-TrastornoDepresivo.pdf

- Seminario, J. (2009). Histerectomía laparoscópica. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 55, 93-99. Obtenido de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n2/pdf/A05V55N2.pdf
- Sequeira, A., & Fornaguera, J. (2009). Neurobiología de la depresión. *Revista mexicana de neurociencia*, 10(6), 462-478. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn096j.pdf>
- Sóla, V., Ricci, P., Pardo, J., & Guiloff, E. (2006). HISTERECTOMÍA: UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(5), 364-372. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v71n5/art12.pdf>
- Theunissen, M., Peters, M., Schepers, J., Schoot, D., Gramke, H., & Marcus, M. (2017). Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: an observational study. *European Journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology*. Obtenido de <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211517303871>
- Torres, I. (2019). Nivel de información y depresión en mujeres histerectomizadas por cáncer de cérvix en el hospital virgen de la puerta, Trujillo. 1-85. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11675/2E573.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vázquez, M., Vidal, R., Pardo, M., Campos, S., Vaquero, M., & Carbajales, A. (2009). Leiomioma uterino: tumoración abdominal de rápido crecimiento. *Elsevier*, 36(6), 2015-2018. doi:[https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-leiomiosarcoma-uterino-tumoracion-abdominal-rapido-](https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-leiomiosarcoma-uterino-tumoracion-abdominal-rapido)
- Velázquez, M., Díaz, D., & Reina, A. (2017). Dispareunia: una afección en distintas etapas de la vida sexual de la mujer. *SANUM Revista de Divulgación Científico-Sanitaria*, 40-45. Obtenido de https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v1_n2_a6.pdf