

**DEPRESIÓN EN MUJERES DE 19 A 54 AÑOS DIAGNOSTICADAS  
CON HIPOTIROIDISMO DE LA E.P.S. EMCOSALUD DE LA  
CIUDAD DE NEIVA**

**MYRIAM LORENA CAVIEDES ARTUNDUAGA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
NEIVA  
2015**

**DEPRESIÓN EN MUJERES DE 19 A 54 AÑOS DIAGNOSTICADAS  
CON HIPOTIROIDISMO EN LA E.P.S EMCOSALUD DE LA  
CIUDAD DE NEIVA**

**MYRIAM LORENA CAVIEDES ARTUNDUAGA**

**Tesis de grado presentada como requisito para optar el título de  
Psicóloga**

**Asesora:**

**Mg. William Sierra Barón**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**NEIVA**

**2015**

## Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Neiva de 2015

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de grado lo dedico al Señor Todopoderoso, por ser él mi único y suficiente Dios. Quien me conduce siempre con Luz por el derrotero del bien; y que a la vez me ha dado la oportunidad de vivir a pesar de mis problemas de salud, de mis interminables fallas y errores que como ser humano cometo, pero siempre me ha levantado del pozo profundo y me extiende su mano poderosa para salir victoriosa en las batallas de la vida.

A mis padres, Orlando Caviedes Charry y Luz Miryam Artunduaga Yunda, por brindarme su amor, apoyo incondicional y enseñarme con su ejemplo a luchar y trabajar para alcanzar mis sueños.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecimientos sinceros y en gran manera a mis padres y mis dos hermanas, quienes me apoyaron durante toda mi carrera universitaria. Además, me siguen instando para ser una mujer digna, justa y profesional.

A toda mi hermosa familia que con su apoyo incondicional y sus fuertes palabras de aliento cuando todo lo veía perdido, a mi hermoso novio Jaime Andrés Torres Almario quien con su amor, dedicación, paciencia y escucha me alentaban a que no bajara la guardia en momentos de salud y de no querer seguir con esta luchada tesis, a mi amigo y confidente incondicional Dr. Carlos Javier Parra Hernández quien me ha apoyado en todo brindándome su comprensión, cariño, fuerza, consultas médicas, tratamientos y oraciones para culminar con éxito lo que alguna vez rechace la Psicología.

Al equipo de docentes del Programa Psicología de la Universidad Surcolombiana de Neiva, por haber compartido sus enseñanzas pedagógicas e investigativas durante toda la carrera.

Finalmente, agradecimientos especiales para mis asesores de tesis (Mg. William Sierra Barón) y al (Mg. en Economía Internacional Oscar Hernán Cerquera), ya que sus aportes comprensión y comentarios enriquecieron el desarrollo de esta investigación.

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS .....	9
LISTA DE GRÁFICAS .....	11
LISTA DE ANEXOS .....	12
RESUMEN.....	13
ABSTRACT.....	14
<b>DEPRESIÓN EN MUJERES DE 19 A 54 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON HIPOTIROIDISMO DE LA E.PS. EMCOSALUD DE LA CIUDAD DE NEIVA15</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>18</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>21</b>
<b>Objetivo General.....</b>	<b>23</b>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>23</i>
<b>ANTECEDENTES EMPÍRICOS .....</b>	<b>24</b>
<i>Ámbito Internacional.....</i>	<i>24</i>
<i>Ámbito Nacional.....</i>	<i>26</i>
<b>ANTECEDENTES TEÓRICO .....</b>	<b>28</b>
<b>Depresión .....</b>	<b>30</b>
<i>Etiología de la Depresión .....</i>	<i>31</i>
<i>Fisiopatología de los Trastornos Depresivos .....</i>	<i>32</i>
<i>Trastornos del Estado del Ánimo .....</i>	<i>33</i>
<input type="checkbox"/> <b>Trastorno depresivo mayor episodio único .....</b>	<b>33</b>
<input type="checkbox"/> <b>Trastorno depresivo mayor recidivante .....</b>	<b>33</b>
<input type="checkbox"/> <b>Trastorno distímico.....</b>	<b>33</b>
<i>Trastornos Depresivos .....</i>	<i>38</i>

<b>Glandula Tiroides .....</b>	<b>42</b>
<b>Eje Hipotálamo- Hipófisis- Tiroides' Marin M. (2010) .....</b>	<b>44</b>
<i>Fisiología .....</i>	<i>44</i>
<b>Hipotiroidismo .....</b>	<b>46</b>
<b>Fuente: Tomado del libro Endocrinología. Jara Albarrán A. Primera edición.</b>	
<b>Editorial Médica Panamericana. Madrid 2001. ....</b>	<b>52</b>
<b>Psicoendocrinología .....</b>	<b>52</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>55</b>
<i>Muestra .....</i>	<i>56</i>
<b>Técnicas e Instrumentos .....</b>	<b>57</b>
<i>Técnica .....</i>	<i>57</i>
<i>Instrumento .....</i>	<i>57</i>
<i>    Criterios de Inclusión .....</i>	<i>59</i>
<b>INTERPRETACIÓN - VALIDEZ Y CONFIABILIDAD .....</b>	<b>60</b>
<i>    Interpretación .....</i>	<i>60</i>
<i>    Validez y Confiabilidad .....</i>	<i>60</i>
<b>Consideraciones Éticas .....</b>	<b>64</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>98</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>103</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO B: LISTA DE CHEQUEO PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	
<b>.....</b>	<b>113</b>

**ANEXO C: MATRIZ DE CORRELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA  
APLICACIÓN DE LA ENCUESTA. ESTE ANEXO SE ENCUENTRA EN LA  
HOJA DE EXCEL ANEXO EN ARCHIVO ADJUNTO..... 115**

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Síntomas hipotiroideos normales – activa.....	51
<b>Tabla 2:</b> Síntomas comunes entre depresión e hipotiroidismo.....	52
<b>Tabla 3:</b> Edad y Nivel de Educación de Mujeres con Hipotiroidismo.....	66
<b>Tabla 4:</b> Estrato Socioeconómico Mujeres con Hipotiroidismo.....	68
<b>Tabla 5:</b> Familiares con hipotiroidismo.....	68
<b>Tabla 6:</b> Situación laboral de mujeres con hipotiroidismo.....	69
<b>Tabla 7:</b> Tiene alguna otra enfermedad diagnosticada.....	70
<b>Tabla 8:</b> Criterio estados de ánimo.....	71
<b>Tabla 9:</b> Criterio Interés.....	72
<b>Tabla 10:</b> Criterio comida y peso corporal.....	72
<b>Tabla 11:</b> Criterio Sueño.....	73
<b>Tabla 12:</b> Criterio Actividad Psicomotora.....	74
<b>Tabla 13:</b> Criterio Fatiga.....	74
<b>Tabla 14:</b> Criterio Autoestima.....	75
<b>Tabla 15:</b> Criterio Concentración.....	76
<b>Tabla 16:</b> Criterio Muerte.....	76
<b>Tabla 17:</b> El episodio depresivo mayor se repitió.....	77
<b>Tabla 18:</b> Hace cuanto se repitió el episodio (meses).....	78
<b>Tabla 19:</b> Cuanto duro el episodio (semanas).....	78
<b>Tabla 20:</b> Tiempo de diagnosticado el hipotiroidismo vs consumo del medicamento.....	81
<b>Tabla 21:</b> Tiempo de diagnosticado el hipotiroidismo vs episodio depresivo mayor.....	82
<b>Tabla 22:</b> Tiempo de diagnosticado el hipotiroidismo vs trastorno depresivo mayor episodio único.....	83
<b>Tabla 23:</b> Tiempo de diagnosticado el hipotiroidismo vs trastorno depresivo recidivante.....	84
<b>Tabla 24:</b> Tiempo de diagnosticado el hipotiroidismo vs trastorno distímico.....	85

<b>Tabla 25:</b> Tiempo de diagnosticado el hipotiroidismo vs trastorno depresivo no especificado.....	86
<b>Tabla 26:</b> Dosis del medicamento vs. Tipo de depresión - episodio depresivo mayor.....	87
<b>Tabla 27:</b> Dosis del medicamento vs Trastorno depresivo mayor episodio único.....	88
<b>Tabla 28:</b> Dosis del medicamento vs Trastorno recidivante.....	89
<b>Tabla 29:</b> Dosis del medicamento vs Trastorno distímico.....	90
<b>Tabla 30:</b> Dosis del medicamento vs Trastorno depresivo no especificado.....	91
<b>Tabla 31:</b> Edad vs. Episodio depresivo mayor.....	92
<b>Tabla 32:</b> Edad vs. Trastorno depresivo mayor episodio único.....	92
<b>Tabla 33:</b> Edad vs. Trastorno recidivante.....	93
<b>Tabla 34:</b> Edad vs. Trastorno distímico.....	94
<b>Tabla 35:</b> Edad vs. Trastorno depresivo no especificado.....	94
<b>Tabla 36:</b> Edad Promedio por tipo de trastorno.....	94

## LISTA DE GRÁFICAS

<b>Figura 1.</b> Clasificación de los trastornos del estado de ánimo en las mujeres con hipotiroidismo.....	79
<b>Figura 2.</b> Presencia o ausencia de Depresión en mujeres con hipotiroidismo.....	80
<b>Figura 3.</b> Presencia de depresión al tiempo en mujeres con hipotiroidismo.....	80
<b>Figura 4.</b> Relación entre dosis medicamento - tipo de depresión.....	96
<b>Figura 5.</b> Relación entre tiempo del diagnóstico de la enfermedad y depresión.....	97

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A:</b> Consentimiento informado.....	112
<b>Anexo B:</b> Lista de chequeo para los trastornos depresivos.....	113
<b>Anexo C:</b> Matriz de Correlación de la información de la aplicación de la encuesta .....	115

## RESUMEN

Este estudio fue realizado a 100 mujeres que fueron diagnosticadas con hipotiroidismo de 19 a 54 años de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva, se realizó una lista de chequeo con base a los criterios de los trastornos del estado del ánimo como lo es la depresión encontrados en el libro base guía para el diagnóstico clínico DSM – IV.

Los resultados del estudio demostraron que la mayoría de las mujeres con problemas de tiroides (hipotiroidismo), se pudo demostrar clínicamente un trastorno depresivo. Los episodios depresivos son más frecuentes en mujeres con hipotiroidismo que en aquellos que presentan la enfermedad hipotiroidea pero no presentan un cuadro depresivo.

Se evidenció en mayor gravedad en mujeres que tienen un tiempo de diagnosticada la enfermedad tiroidea (3 – 5 años) y los resultados obtenidos arrojaron una alta tasa de padecer un trastorno del estado del ánimo como lo es el trastorno depresivo mayor episodio único con 34 mujeres en edades entre 45 – 54 años.

Las mujeres con hipotiroidismo presentan síntomas graves de agitación, trastornos del sueño, cambios en el apetito, falta de concentración y fatiga, fueron los más notable en mujeres con un trastorno depresivo mayor episodio único que en mujeres con episodios depresivos mayores, trastorno depresivo recidivante o distimia; Pudiendo concluir que las mujeres con una disfunción tiroidea presentan un riesgo alto para presentar un trastorno depresivo por lo que el diagnóstico y el tratamiento debe ser efectivo para evitar el riesgo de padecer una depresión crónica y una muerte temprana por descompensación hormonal y falla multisistémica del organismo al no ser tratadas a tiempo.

**Palabra Clave:** Depresión, Hipotiroidismo, Mujeres, Criterio Diagnóstico.

## ABSTRACT

This study was realized to 100 women who were diagnosed with hipotiroidismo from 19 to 54 years of the E.P.S Emcosalud of Neiva's city, a list of checkup was realized by base to the criteria of the disorders of the condition of the spirit like it is the depression found in the book base guides for the diagnosis clinical DSM - the IVth. The results of the study demonstrated that the majority of the women with problems of thyroid (hipotiroidismo), could demonstrate clinical a depressive disorder. The depressive episodes are more frequent in women with hipotiroidismo that in those who present the disease hipotiroidea but they do not present a depressive picture. It was demonstrated in major gravity in women who have a time of diagnosed the thyroid disease (3 - 5 years) and the obtained results threw a high rate of suffering a disorder of the condition of the spirit since it is the depressive major disorder the only episode with 34 women in ages between 45 - 54 years. The women with hipotiroidismo present serious symptoms of agitation, sleep disorders, changes in the appetite, lack of concentration and fatigue, they were them more notable in women with a depressive major disorder the only episode that in women with depressive major episodes, depressive disorder recidivante or distímia; Being able to conclude that the women with a thyroid dysfunction present a high risk to present a depressive disorder for what the diagnosis and the treatment must be a cash to avoid the risk of suffering a chronic depression and an early death for hormonal decompensation and multisystemic fault of the organism on not having been treated in time.

**Keyword:** Depression, Hypothyroidism, Women, Diagnostic Criteria.

# DEPRESIÓN EN MUJERES DE 19 A 54 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON HIPOTIROIDISMO DE LA E.P.S. EMCOSALUD DE LA CIUDAD DE NEIVA

En forma general se podría afirmar que en el mundo la prevalencia de hipotiroidismo no sospechado llega hasta 18 casos por 1.000 personas según estadísticas de la Federación internacional de la Tiroides. Si se consideran también los pacientes con hipotiroidismo subclínico, esta cifra aumenta hasta alcanzar 25 a 104 casos de la enfermedad (hipotiroidismo) por cada 1.000 personas, dependiendo de la edad, el género y la ubicación geográfica de la población estudiada. Según la Asociación Colombiana de Endocrinología habla que la enfermedad es más frecuente en mujeres; en ellas la prevalencia se empieza a elevar a partir de los 35 años de edad, y en hombres a partir de los 50 años. En estudios de tamizaje de población mayor de 60 años la prevalencia de hipotiroidismo clínico no sospechado alcanza 7 por cada 1.000 hombres y 18 por cada 1.000 mujeres (Acta Médica Colombiana, 1999)

“De todos los casos de hipotiroidismo, 70% a 80% son causados por tiroiditis autoinmune; por ejemplo, en los niños la enfermedad tiroidea autoinmune es la causa más común de hipotiroidismo adquirido. Esta se presenta entre 1 y 2 % de los niños y jóvenes entre 11 y 18 años de edad con una relación hombre -mujer de 1:2” (Acta medica Colombiana 1999)

“En relación con el hipotiroidismo congénito los estudios realizados en países que practican el tamizaje universal a los neonatos muestran una prevalencia de un caso por cada 2.950 a 5.000 nacidos vivos. En la población negra, la prevalencia se reduce a alrededor de un caso por cada 32.000 nacidos vivos” (Acta medica Colombiana 1999)

“La frecuencia de hipotiroidismo congénito en Colombia, oscilaría entre uno por cada 1.884 a uno por cada 9.000 recién nacidos. Se impone la unificación de las técnicas y de los programas para establecer la frecuencia definitiva de la enfermedad”. (Acta medica Colombiana 1999) El presente estudio investigativo surge en respuesta a la continua expansión de la incidencia nacional y regional de los trastornos tiroideos. “Un diagnóstico oportuno resolverá en las mejores condiciones los trastornos ginecológicos originados por el mal funcionamiento de la glándula tiroides”. (Zarate, Basurto, Saucedo, 2003)

Generalmente, los problemas que generan el hipotiroidismo son tratados con procedimientos Quirúrgicos como la Tiroidectomía, Yodo Radiactivo y los tratamientos farmacológicos como la Levotiroxina. En 1999 en Conferencia de Consenso general la Asociación Colombiana de Endocrinología y Medicina Interna, establece la Levotiroxina (como medicamento para tratar los problemas generados por el hipotiroidismo) es una forma sintética de la tiroxina (hormona tiroidea), usada como un reemplazo hormonal en pacientes con problemas de tiroides. El suministro en paciente es de manera continua de por vida, hasta que se regulan los niveles sanguíneos en el organismo y no se requieren mayores dosis.

Los pacientes Hipotiroideos por lo general padecen de cambios de modificación de conducta o comportamientos como lo son (Tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamiento o deseos de suicidio, pesimismo, o cambios en el apetito); pero siendo la modificación de conducta el enfoque terapéutico más llamativo, se llevan a cabo la aplicación de técnicas a los diferentes trastornos de la conducta, que es una disciplina terapéutica de ámbito clínico con metodología científica

y basada en las leyes que rigen el aprendizaje. (Ferketick, Schwartzbaum, Frid, Moeschberger, 2000).

Las técnicas de modificación de la Conducta se asienta en unos principios epistemológicos abiertos, es por tanto sensible a todos los cambios que el progreso de la disciplina ha ido sugiriendo como convenientes. Son hechos de conducta (las respuestas) en función de elementos precedentes (estímulos), que han permitido su evolución desde concepciones del aprendizaje muy simples como las de los científicos Watson y Skinner (E-R), siendo un modelo de aprendizaje de reflejo condicionado que permite asociar los estímulos en últimas las emociones o conducta emocional y las respuestas o miedos humanos, en cambio Tolman (E-O-R) habla de una conducta propositiva manteniendo la conducta en una dirección determinada e intencional en termino de variables intermedias relacionada a eventos ambientales. El modelo tiene carácter correctivo y cambia de esta manera la modificación de conducta. (Psicología y Psicopatología (s.f)

Con la presente investigación se buscó describir los tipos de trastornos depresivos en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo de la ciudad de Neiva en la E.P.S Emcosalud. Se evidenció el cumplimiento de los criterios de acuerdo con el DSM-IV para el episodio depresivo mayor y a partir de allí definir los trastornos que presentan las mujeres con hipotiroidismo y organizar los 4 tipos de trastornos depresivos como lo son el trastorno depresivo mayor episodio único, trastorno depresivo mayor recidivante, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado y los posibles síntomas y criterios que existen en cada uno de los tipos de depresión.

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó una lista de chequeo que permitió verificar los criterios de la guía para el diagnóstico clínico DSM-IV capítulo trastorno de los estados de ánimo, sub-conjunto de criterios de los trastornos depresivos

y el trastorno depresivo recidivante. Creada con el fin medir el cumplimiento de los criterios del episodio depresivo mayor y determinar los tipos de depresión en las mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo y dentro del campo de la psicología para medir la severidad de la depresión.

El presente documento se divide en ocho capítulos. El capítulo uno tiene que ver con el planteamiento del problema, este muestra toda la situación problemática y la pregunta sobre la depresión y las características del hipotiroidismo en los pacientes.

El segundo capítulo es la justificación, en donde se mencionó la importancia del proyecto a nivel social y a nivel personal. El capítulo tres trata de los objetivos de investigación tanto del general como de los específicos, los cuales dan cuenta de las metas que se persiguen. En el cuarto capítulo se encuentran los antecedentes que existen de la temática a tratar en el estudio. En el capítulo quinto se discute el marco teórico, en el que se describen los aspectos conceptuales y referenciales para fortalecer el fondo del estudio. En el capítulo sexto se define el diseño metodológico. En el capítulo séptimo y octavo se establecieron las discusiones y conclusiones de estudio de investigación, quienes dieron el resultado último de todo el proyecto.

### **Planteamiento del Problema**

Debido a que no existe literatura avanzada y datos en donde se hable específicamente del hipotiroidismo y su relación con la depresión, la organización Mundial de la Salud - OMS (2013) sostiene que en el mundo existe alrededor de 225 millones de personas con hipotiroidismo y menos del 30% reciben tratamiento. En Colombia, cerca de 3 millones de personas lo padecen y solo el 14% son tratadas (El Tiempo, 2013)

En la década de 1990 en Colombia el Cretinismo o Bocio ahora llamado Hipotiroidismo era el de mayor riesgo de muerte en niños desde su nacimiento tanto en hombres como en mujeres, por lo que fue considerado problema de salud pública. Colombia es uno de los países latinoamericanos que más padeció este problema a causa de la deficiencia de yodo en el organismo. Para mitigar esta enfermedad se realizaron campañas de sensibilización y la mejor forma de encontrarla fue utilizando la sal casera agregándole compuesto químico como el yodo (I) y así detener el bocio, mejorando la calidad de vida de aquellos pacientes que presentaban la enfermedad en aquella época. (Valero, Franco, Chávez, Montero, 2012)

Aproximadamente del 10% al 15% de los pacientes diagnosticados con depresión en mujeres con fase pre menopáusica, presentan trastornos subclínico de la función tiroidea. Si bien el HSC (Hipotiroidismo Subclínico) no se considera una causa aislada suficiente para desencadenar depresión, sí se plantea que puede disminuir el "inicio" y favorecer, con la unión de otros factores, su aparición. (Madroño, 2003).

En mujeres con HSC y niveles elevados de anticuerpos antitiroperoxidasa se ha observado una mayor susceptibilidad de padecer depresión. (Romaldini, Sgarbi, Farah, 2004) Por otra parte, Papadimitriou, Calabrese, Dikeos, Christodoulou, (2005) han señalado la asociación de disfunción tiroidea subclínica con trastornos bipolares afectivos.

Seligman y Abramson (1978) argumentaron que la depresión generalmente resulta de experiencias vivenciales y déficit emocionales debido a la exposición de situaciones incontrolables en la vida de cada persona, debido a esto y al no tener estudios en Colombia en donde se indaguen el nivel de depresión de las mujeres

diagnosticadas con hipotiroidismo y el consumo de la levotiroxina afecta sus estados interpersonales conllevando a una depresión.

En el contexto de la ciudad de Neiva, y en especial, en la Clínica Emcosalud, según registros clínicos, al año 2014 existen alrededor de 166 mujeres que presentan Hipotiroidismo de las cuales vienen siendo tratadas con el medicamento denominado Levotiroxina, el cual se usa para estimular la tiroides. Este medicamento contiene un reemplazo producido sintéticamente para la hormona tiroidea que pueden complementar o sustituir a las tiroides naturales del cuerpo, se prescribe cuando la tiroides se ha dañado debido a la cirugía, la radiación, u otros medicamentos o en el caso de que la tiroides deba ser eliminada (Efectos secundarios de la Levotiroxina, 2013)

La Levotiroxina está diseñada para ser utilizada junto con otras formas de tratamiento, como la dieta y el ejercicio para mantener saludables los niveles de la función tiroidea posibles, esto significa que no se pueden utilizar para promover la pérdida de peso o la infertilidad a menos que estos problemas se derivan directamente de la función tiroidea deficiente. Tomando Levotiroxina junto con las píldoras de dieta pueden causar efectos secundarios graves y potencialmente mortales

El consumo de la Levotiroxina presenta unos efectos secundarios que se derivan del uso excesivo del medicamento o en forma incorrecta, y, el consumo de este medicamento por periodos prolongados ocasiona cambios en el comportamiento de estas mujeres con edades entre 19 y 54 años de edad. Efectos secundarios de la Levotiroxina (2013) Los efectos secundarios comunes de Levotiroxina incluyen intolerancia al calor, ansiedad, aumento del apetito, pérdida de peso, insomnio, diarrea, palpitaciones, taquicardia, hipertensión, angina de pecho, aumento de la frecuencia de las deposiciones

y las irregularidades menstruales. Estos efectos secundarios suelen aparecer varias semanas después de comenzar el medicamento.

Conocida la problemática, se formuló la pregunta que guio esta investigación:

¿Las mujeres Diagnosticadas con Hipotiroidismo presentan algún tipo Trastorno Depresivo y son pertenecientes a la EPS. Emcosalud de la ciudad de Neiva?

### **Justificación**

El mundo actual atraviesa una época de grandes cambios, con ritmos de vida enormemente acelerados y, mayor demanda de competencia entre los seres humanos. Es en estos entornos donde se les exige a las personas mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad de sí mismo y capacidad para moldearse a situaciones nuevas. Precisamente las contrariedades y exigencias que suceden en la vida cotidiana y que debe enfrentar el ser humano propician a que este sometido a muchos momentos de angustia, los cuales diversos aspectos generan cambios en su cuerpo de las personas como lo son las: úlceras gástricas de un ejecutivo, el accidente de cierta persona, la incapacidad de un individuo para disfrutar de las relaciones sexuales con su pareja o una inexplicable depresión. Aparicio J, Rodríguez R. (2003) conllevan a tener cargas emocionales y hormonales tan altas lo que implica un cambio en su organismo originando una enfermedad tiroidea o una depresión.

Al respecto se considera que aproximadamente 450 millones es el número de personas aquejadas por un tipo de trastorno mental y es la tercera causa de incapacidad laboral a partir del año 2020 según la OMS: Organización Mundial de la Salud (2001)

La enfermedad de la glándula tiroides es la más común y maligna del sistema endocrino, con una incidencia que varía de 0,5% al 10% por cada 100.000 personas en las diferentes regiones del mundo. La incidencia en Colombia es de 0,5 y 2% por cada

1.000 personas en hombres y mujeres, respectivamente (tasa ajustada 2010). En 2006 hubo 221 casos nuevos reportados en el Instituto Nacional de Cancerología (INC), según lo cual ocupa el séptimo lugar en asiduidad (4%), con una distribución de 5 mujeres por cada hombre. Federación Internacional de Tiroides (s.f.)

En la actualidad son muchos los problemas de tiroides que se presentan en la población Colombiana, en especial las mujeres residentes en la ciudad de Neiva y pertenecientes a la E.P.S Emcosalud, se realizó este estudio para promover la salud y prevención de dicha enfermedad, así como permitir en los proceso y mitigación del hipotiroidismo en personas jóvenes, ya que los cambios evolutivos del ser humano, las nuevas tecnologías y al mismo tiempo nuevas enfermedades, los factores ambientales y los cambios climáticos, el consumo de alimentos no saludables y el sedentarismo han catalogado al Hipotiroidismo como la tercera causa de cáncer más graves en mujeres después de cáncer de mama y de cuello uterino; el hipotiroidismo es la enfermedad maligna más común del sistema endocrino Organización Mundial de la Salud (2011), por ello al describir las enfermedades tiroideas se centró específicamente en el Hipotiroidismo, diseñando este proyecto investigativo con la necesidad de describir el episodio depresivo mayor y los tipos de trastornos depresivos.

Teniendo en cuenta la complejidad de la enfermedad de Tiroides, se hace necesario que existan estudios que investiguen la problemática más común relacionadas con la depresión y como aporte a la ciencia y al conocimiento científico se hizo realizó este estudio ya que los problemas interpersonales, la ansiedad, y la depresión, menopausia temprana, cambios de comportamiento y al poder contar con el acceso a la población, se hace necesario prestar un interés investigativo en estas personas que sufren y son diagnosticadas con Hipotiroidismo.

Es de vital importancia ampliar el campo de acción del programa de Psicología, de la Universidad Surcolombiana con estudios población de mujeres diagnosticadas con Hipotiroidismo, al formar psicólogos integrales Universidad Surcolombiana, Programa de Psicología (s.f.), con capacidad de entablar una investigación que lleve un buen manejo de estas patologías clínicas y el manejo adecuado desde la óptica del psicólogo, no la del médico-psiquiatra, éste debe tener una capacidad de intervención práctica, responsable, ética y creativa para atender esta clase de poblaciones que padecen este problema. Según Estudios Nacionales de Salud Mental en Colombia practicada por el DANE en 2010, 14 de cada 100 mujeres sufre esta enfermedad, mientras que un hombre por cada cuatro mujeres también lo padece DANE (2012)

### **Objetivo General**

Analizar la relación entre la depresión y el hipotiroidismo en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo de 19 a 54 años de la ciudad de Neiva de acuerdo con los criterios definidos en el DSM-IV.

### ***Objetivos Específicos***

Describir los tipos de trastornos depresivos en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo de acuerdo con los criterios definidos en el DSM-IV.

Identificar el cumplimiento de los criterios determinados en el DSM-IV para el episodio depresivo mayor en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo.

Conocer el trastorno de mayor prevalencia de acuerdo con el DSM-IV en mujeres con diagnóstico de hipotiroidismo.

Cuáles son los tipos de trastorno depresivo por rango de edad en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo.

## **Antecedentes Empíricos**

A continuación se relacionan los estudios revisados a nivel internacional, nacional y local relacionados con la depresión y el hipotiroidismo.

### ***Ámbito Internacional***

El estudio denominado *Depresión en pacientes con alteraciones de la tiroides*, realizado por Radanovic-Grguric, Filakovic, Barkic, Mandic, Karner, Smoje (2003), tuvo como objetivo verificar si la disfunción tiroidea presenta un riesgo potencial para los trastornos depresivos por lo que el diagnóstico y los tratamientos se recomiendan con el fin de evitar el riesgo de la cronicidad o tornarse crónica.

“Esta investigación se realizó a 53 mujeres con una edad media de 47 años de edad con disfunción tiroidea, 30 de ellas con hipertiroidismo y 23 con hipotiroidismo, y 28 mujeres con depresión unipolar y disfunción tiroidea, que presentaban un riesgo potencial para los trastornos depresivos; se utilizó La escala de Hamilton para la Depresión y la Escala de Autoevaluación de Zung se emplearon para discriminar aquellos pacientes que padecían de depresión, empleándose además la Escala de Impresión Clínica Global para determinar la gravedad del trastorno mental. Se consideró que clínicamente eran significativas de trastornos depresivos en aquellos pacientes que puntuaban con al menos 17 en la Escala de Hamilton para la Depresión, 30 de las mujeres que presentaban hipertiroidismo 17 de ellas presentaban y cumplían con los criterios para un trastorno depresivo, mientras que de las 23 pacientes hipotiroideas, 16 padecían de un trastorno depresivo de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV lo que conllevó a ser diagnosticadas con depresión unipolar y ser tratadas con fármacos antidepresivos para mejorar sus estados de ánimo. Al mismo tiempo el estudio encontró que los episodios depresivos muestran que la mayoría de los pacientes con disfunción

tiroidea presentan clínicamente algún trastorno depresivo" Eur. J Psychiat (2003). Los episodios depresivos son más frecuentes en pacientes con hipotiroidismo que en aquellos que presentan hipertiroidismo The European journal of psychiatry (2003)

Siguiendo con los estudios internacionales, en un intento por clasificar a las personas que padecen de depresión, el estudio *denominado Características Socio Demográficas y Niveles de Depresión en Estudiantes Ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en Lima-Perú (2003)*, plantea a través de la escala CES-D; aplica una muestra a 382 alumnos que el 40% está propenso a desarrollar un cuadro depresivo, de los cuales 37 casos obtuvieron puntajes elevados de depresión y 118 casos con puntajes intermedios o propensos a desarrollar cuadros depresivos (Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2011)

El estudio indicó que la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población estudiantil que en las demás personas, siendo más frecuente en las mujeres estudiantes de licenciaturas “difíciles” (ingeniería, medicina, psicología).

Por otra parte la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de la Universidad Nacional Autónoma de México realizó un estudio sobre *depresión en estudiantes universitarios utilizando el Inventario de Depresión de Beck* para detectar los casos que tenían algún síndrome depresivo, en una muestra aleatoria, distribuida por sexo y programa académico de más de 11.300 alumnos; Como resultado encontraron que del total de alumnos evaluados, 1026 sufrieron algún problema depresivo, siendo mayor la depresión en mujeres.

En la muestra total de la población objeto de estudio 382 estudiantes estaban propensas a desarrollar cuadros depresivos de los cuales 37 estudiantes obtuvieron

porcentajes altos de depresión y 118 de ellas estaban propensas a desarrollar cualquier cuadro depresivo.

Rosete Mohedano (2003), comenta que toda persona, evidentemente, reacciona ante cualquier cambio importante de la vida; pero cuando estas reacciones alcanzan determinado grado de impacto y no son resueltas por los canales adecuados, propios de una personalidad madura, pueden considerarse como trastornos emocionales y por consiguiente, de salud mental. Amézquita, M.; González, R.; Zuluaga, D. (2003) Existen grupos de personas que son más vulnerables, entre ellos se encuentran los adolescentes, en quienes aparecen otras formas de conducta y se expresan como problemas de relaciones familiares, sexuales, escolares, o de trabajo; muchas veces se canalizan hacia hábitos inadecuados como las adicciones, y en los adolescentes estudiantes el problema principalmente se localiza en el rendimiento escolar. (Amézquita, González, Zuluaga, 2003)

### *Ámbito Nacional*

A nivel nacional no se encuentran estudios publicados sobre depresión e hipotiroidismo; se encuentran investigaciones que analizan la depresión en estudiantes universitarios uno de ellos fue realizado por la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, el cual se *denominó caracterización de la depresión en estudiantes universitarios*; estudio exploratorio que incluyó estudiantes hombres y mujeres de todas las carreras de pregrado, conformando así una muestra de 4421 jóvenes. Para efectos de la investigación se recurrió a la aplicación previa de una prueba piloto en la Universidad, que permitiera la estimación real y aproximada del porcentaje de estudiantes (hombres y mujeres) que presentarían o no sintomatología depresiva.

Se escogió en primer lugar, una muestra piloto de 221 matriculados para el primer semestre académico del año 2002 de todas las carreras de pregrado, de los cuales quedaron 198 totalmente diligenciados, 100 hombres y 98 mujeres. Se decidió aplicar la Escala Auto aplicada para la Depresión de Zung a igual número de hombres y mujeres. Los resultados arrojaron que el 43% de las mujeres y el 18% de los hombres presentan algún tipo de depresión.

Los resultados como punto central de la investigación, que para la disminución de la ansiedad era aportar a los individuos, familias y sociedad estrategias de respuesta más activas que faciliten el intercambio de buenas relaciones y una interpretación del entorno más adecuado. Actualmente se reconoce una clara asociación entre disfunciones biológicas a nivel neuroendocrino y depresión, evidenciadas en alteración de la cantidad de neurotransmisores y sus metabolitos, el funcionamiento de los diferentes receptores neuronales y el nivel de las hormonas que dependen del eje hipotálamo-hipófisis.

Los autores Gómez-Restrepo; Ospina y Castro-Díaz (2010) desarrollaron la investigación denominada *Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes que consultan un servicio de urgencias en Bogotá* realizada en el Hospital San Ignacio. Según el estudio en el mundo hay alrededor de 225 millones de personas con hipotiroidismo y menos del 30% reciben tratamiento, siendo este el trastorno más diagnosticado en Colombia actualmente, cerca de 3 millones de personas lo padecen y solo el 14% son tratadas.

La prevalencia de hipotiroidismo varía entre el 0,5 y el 2% en áreas de la región suramericana con buen suministro de yodo, y supera el 5% en países con insuficiencia de este mineral”, aseguran las estadísticas, que este se presenta sobre todo entre los 20 y 40 años (Federación Internacional de la Tiroides, (s.f.)

Según el estudio anteriormente enunciado la hormona tiroidea que actúa en todas las células del organismo, no presenta una fuerte relación con el hipotiroidismo, en líneas generales se puede decir que las hormonas tiroideas actúan en todas y cada una de las células del organismo regulando su actividad. Cuando hay muchas hormonas tiroideas, como en el Hipertiroidismo, todo va muy deprisa y cuando hay pocas, en el Hipotiroidismo, todo va más despacio. (Fardella, Gloger, Figueroa, Santis, Gajardo y Salgado, 1999)

Los estudios investigativos anteriormente mencionados, referenciaron en sus análisis la identificación de niveles depresivos a través de diferentes técnicas y pruebas que ofrece la literatura; no obstante el propósito de esta investigación es describir el tipo de depresión de acuerdo con los criterios definidos en el DSM-IV en mujeres de 19 a 54 años diagnosticadas con hipotiroidismo en la ciudad de Neiva.

Siguiendo a la revisión de las evidencias nacionales e internacionales, se encontró que son realmente pocos los estudios que expliquen los tipos de depresión en mujeres con hipotiroidismo. Por tanto el aporte del presente estudio en esta materia se hace más importante y evidente en la medida a que contribuye en la descripción de los tipos de trastorno depresivo en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo de la ciudad de Neiva.

Debido a que existe un vacío de conocimiento en el objeto de estudio planteado es de suma importancia identificar los criterios de depresión de acuerdo con el DSM-IV en las mujeres con enfermedad de tiroides.

### **Antecedentes Teórico**

La glándula tiroides “regula el metabolismo del cuerpo, mediante la producción de hormonas que intervienen en la regulación de la producción de calor, regulación del

consumo de oxígeno y a su vez son necesarias para la síntesis de muchas proteínas esenciales en los períodos de crecimiento y para el desarrollo del sistema nervioso central. También influyen sobre el metabolismo de los hidratos de carbono y de los lípidos, entre otras funciones”.

La Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM), sostuvo que existe un sub diagnóstico de hipotiroidismo porque “se trata de una patología muy frecuente, cuyos síntomas no son específicos, se instalan muy lentamente y por lo tanto pueden pasar desapercibidos o ser atribuidos a otras condiciones, como agotamiento, estrés o depresión. Este sub diagnóstico es francamente más común en los casos de hipotiroidismo leve o subclínico, pero pacientes con hipotiroidismo muy manifiesto siguen aún hoy siendo motivo de consulta”. Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico (2010)

Los cuadros depresivos presentan mucha similitud con el hipotiroidismo y por eso los psiquiatras evalúan el nivel de las hormonas tiroideas, antes de hacer un diagnóstico de depresión. Lo mismo pasa con los cuadros de angustia y nerviosismo que provoca el hipertiroidismo, síntomas que se asemejan a otros trastornos psiquiátricos”; Sepúlveda (2009) enuncia el cruce de disfunción de la tiroides y cuadros psiquiátricos, advirtiendo que más del 10% de los pacientes que consultaban por depresión y crisis de pánico tenían hipotiroidismo. Las más afectadas eran mujeres en edad laboral. (Universidad Católica de Chile, centro de estudios investigativos sobre la Tiroides, 2009).

A continuación se abordará y desarrollará de manera detallada el referente teórico bajo la reflexión de los trastornos del estado de ánimo y el hipotiroidismo.

## **Depresión**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo. El concepto Trastornos del Estado de Animo (TEA) se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo, solo observable del estado de ánimo. (Friedman & Thase, 1995).

Los TEA incluyen trastornos en los que el estado de ánimo es deprimido, aunque también en algunas ocasiones puede ser eufórico. Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978) Este estudio se centra en el trastorno del estado de ánimo deprimido en la cual los seres humanos se sienten melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días.

Cuando la persona presenta un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Debido a que en Colombia y el mundo existen personas con una enfermedad depresiva y no tratan de buscar tratamiento, ya que la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento. Existen investigaciones que indican que la enfermedad depresiva ha resultado debido al estudio amplio y profundo de esta y en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias, y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante. La depresión es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de

afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

La revista *American Journal of Psychiatry* en un artículo publicado en el año 2011 relaciona las causas de la depresión incluyendo los genes especialmente en el brazo corto 3 y 12 de los cromosomas, y la activación y el funcionamiento anormal de este determinado grupo de genes, que son los responsables de regular el transporte de la serotonina, considerado un neurotransmisor esencial en la regulación del estado de ánimo; como también las causas ambientales, psicológicas y los factores bioquímicos de la depresión suelen comenzar entre los 15 y los 30 años y es mucho más común en las mujeres.

### ***Etiología de la Depresión***

La depresión es una enfermedad de generación multifactorial, representando un problema de salud pública debido a su elevada morbilidad en un 5% de la población mundial. La etiología de la depresión es bastante compleja, interviniendo múltiples factores tanto genéticos, biológicos y psicosociales; se ha demostrado que en la naturaleza biológica hay evidentes alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, con una alta carga hereditaria (genes) sin mediar los factores estresores y descompensadores en el cerebro y en ciertas personas. Ansiedad y Depresión, Evidencias Genéticas, Sociedad Española de Ansiedad y Estrés (2004)

Estudios realizados por laboratorios farmacéuticas evidenciaron alteraciones en los neurotransmisores cerebrales reduciendo el número de transportadores como la serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes. Como factores determinantes encontramos aspectos relacionados con la incorporación

de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia. Existen factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros. (Dr. Rozados Laboratorio Bioquímico, s.f.)

### ***Fisiopatología de los Trastornos Depresivos***

“Distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre las personas y, a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico, son capaces de determinar cambios que darán lugar a la manifestación de síntomas depresivos. De hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Sin embargo, y al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación”.

De todos modos, durante las tres últimas décadas se ha prestado una importante atención al estudio de los aspectos biológicos de la depresión:

La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos (alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido,) que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función eje Hipotálamo - Hipófisis –Suprarrenal en el córtex pre frontal, diencéfalo, y el sistema límbico. (Bases Genéticas de la ansiedad y la tristeza, s.f)

La respuesta a los tratamientos somáticos tales como antidepresivos y terapia electroconvulsiva, así como las observaciones a lo largo de que la depresión puede ser inducida por fármacos o enfermedades crónicas que le generan a la persona estados de ánimo alterados. (El medico interactivo, Diario electrónico de la sanidad, 2003)

De todos modos, conviene señalar que la identificación de una alteración biológica no prueba necesariamente que exista una relación causal con la depresión. Fisiopatología de la depresión (s.f.) Se puede ver reflejado en un cambio de la actividad psicomotora, o en la alteración de otros estados alterados del sueño o la pérdida del peso a causa de dietas extremas o privación de comida.

### *Trastornos del Estado del Ánimo*

A continuación se expondrán el episodio depresivo mayor y los trastornos del estado de ánimo basados en los episodios del estado de ánimo de acuerdo con el libro Guía para el diagnóstico clínico DSM-IV; los trastornos del estado de ánimo que se desarrollarán son:

- Trastorno depresivo mayor episodio único
- Trastorno depresivo mayor recidivante
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

“Los trastornos del estado de ánimo no son contemporáneos, por el contrario, numerosos textos antiguos los narran; tal es el caso de la historia del rey Saúl en el viejo testamento y la del suicidio de Ajax en la Ilíada de Homero que describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el año 400 A.C. Hipócrates utilizó los términos de manía y de melancolía para describir los trastornos mentales. Cerca del año 30 D.C. el médico romano Aulus Cornelius Celsus en su texto de medicina, describió el concepto de la melancolía utilizado por los griegos (Melan-negra y Cholé-bilis) como una depresión causada por la bilis negra. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó maniaco-melancholicus. En 1854 Jules Falret llamó folie circulaire, a una

patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos” (Revista Digital Universitaria Universidad Nacional Autónoma de México (2005)

Los trastornos del estado del ánimo son episodios que se entienden como cualquier periodo de tiempo en el cual una persona se siente anormalmente feliz o triste, el estado del ánimo puede ser normal, elevado o deprimido, DSM-IV (2010) cuando hay un trastorno del estado de ánimo, la persona pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general, las personas presentan un abanico de estados de ánimos y de expresiones afectivas reflejando un desequilibrio emocional sin ningún otro trastornos físico o mental.

Los episodios de los estados del ánimo se entienden como cualquier periodo de tiempo durante el cual una persona se siente anormalmente feliz o triste.

En este apartado se describe el episodio del estado de ánimo ilustrando uno de ellos, a continuación se referencia de la siguiente manera:

El episodio depresivo mayor es uno de los trastornos del estado del ánimo más común en los que las personas buscan ayuda, la principal característica está en un periodo de al menos 2 semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, los síntomas que presenta una depresión pueden variar, existen personas que aminoran en una actividad con llanto recurrente, otros sonríen y niegan que algo ande mal en su vida, otros duermen en exceso o presentan insomnio y anorexia, perdiendo la capacidad del placer sexual (libido).

El paciente debe haberse sentido mal la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. Estos son requisitos esenciales para que la persona presente un Episodio depresivo mayor DSM-IV (2010)

La persona debe tener al menos cinco síntomas enumerados en los criterios para un episodio depresivo mayor, presenta un estado de ánimo deprimido o pérdida de la capacidad de sentir placer por las actividades de su vida cotidiana. Muchas personas pierden el apetito y peso corporal, o presentan dificultades para dormir, se despiertan temprano en la mañana y muchas veces antes de la hora de levantarse, como también hay personas que comen y duermen más de lo habitual, estas personas clasifican como síntomas atípicos de la enfermedad.

Las personas deprimidas por lo común padecen de fatiga que quizás expresan como cansancio o pérdida de energía, su lenguaje o movimientos pueden mostrar un enlentecimiento psicomotor, el más evidente es al responder una pregunta o al iniciar una acción solicitada. Algunas personas hablan en tono bajo o simplemente dejan de hablar por completo excepto en alguna respuesta directa que se les haga.

En contraste con otras personas deprimidas se sienten angustiados entrando en un estado de agitación que se puede presentar en la caligrafía, el ritmo al caminar o en la incapacidad para permanecer quietos mientras están sentados. La capacidad de las personas para valorarse está en muy baja medida manifestando una baja autoestima o sentimientos de culpabilidad, pueden tener dificultades para concentrarse, pensamientos acerca de la muerte, deseos de morir o ideas suicidas siendo estos últimos los síntomas depresivos más graves y riesgo significativo encontrados en las personas con episodios depresivo mayor. (DSM-IV (2010))

Entre más síntomas presente la persona más fiable será el diagnóstico de Episodio depresivo mayor, entre estos encontramos periodos de llanto, irritabilidad, fobias, tristeza, rumiaciones, obsesiones y compulsiones, ansiedad, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo), las personas reconocen que se sienten desesperanzadas, desolados e inútiles o que valen muy poco, pocas veces van acompañados de síntomas ansiosos, algunas personas pierden el contacto con la realidad y desarrollan ideas delirantes alucinaciones o de persecución. (DSM-IV 2010)

El episodio tiene que haber sido bastante difícil, algunas personas refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

#### Criterios para el Episodio depresivo mayor' DSM-IV (2010)

En un mínimo de dos semanas la persona ha tenido cinco o más de los siguientes síntomas, los cuales existe un cambio en el funcionamiento habitual de su estilo de vida. Los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- Estado de ánimo: Durante la mayor parte del día y casi todo el día, según lo indica la propia persona (p.ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej. llanto).

- Interés: Durante la mayor parte del día, casi todo el día, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.

- Comida y peso corporal: Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

- Sueño: Casi cada día la persona duerme en exceso o no duerme lo suficiente.

- Actividad Psicomotora: Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

- Fatiga: Casi cada día se presenta cansancio o falta de energía.

- Autoestima: Casi cada día la persona se siente que no vale nada o tiene sentimientos indebidos de culpabilidad excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

- Concentración: Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución específica o una observación ajena).

- Muerte: Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

## *Trastornos Depresivos*

Los trastornos del estado del ánimo son un patrón de enfermedad debido a un estado de ánimo anormal, casi la mayoría de las personas que presentan un trastorno del estado del ánimo experimentan depresión en algún momento de su vida.

A continuación en este apartado encontraremos algunos de los trastornos depresivos, ilustrando a cada uno de ellos de la siguiente manera:

Trastorno Depresivo mayor episodio único' DSM-IV (2010): El trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por un episodio depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

El trastorno depresivo mayor habitualmente comienza cuando la persona tiene aproximadamente 25 y 30 años, pero puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, desde la infancia hasta la ancianidad. El inicio puede ser repetitivo o gradual. Se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante 2 meses seguidos. Durante este período de 2 meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor.

A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

#### Criterios Trastorno Depresivo mayor episodio único DSM-IV (2010)

- La persona tiene un solo Episodio depresivo mayor.
- El trastorno esquizoafectivo no explica mejor el episodio, a un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- Si la persona ha tenido alguna vez Episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos, todos ellos fueron directamente precipitados por el uso de sustancias o por tratamientos antidepresivos.

#### *Trastorno Depresivo mayor recidivante DSM-IV (2010)*

Este trastorno se caracteriza por la aparición repetida de episodio depresivo mayor, puede haberse presentado un elevado estado del ánimo alterado o una hiperactividad, inmediatamente la persona atraviesa por el segundo episodio depresivo llamado trastorno depresivo mayor recidivante.

En una persona dado los síntomas de la depresión siguen siendo prácticamente los mismos episodios siguientes, estas personas tendrán un episodio alrededor de cada cuatro años; existen ciertas evidencias de que las frecuencias de los episodios se incrementan con la edad. Múltiple episodios de depresión aumentan notablemente la probabilidad de intentos de suicidio y de su culminación. Es muy probable que las personas con episodios recidivantes sufran un deterioro mucho más importante a causa de su enfermedad que las personas con un solo episodio.

#### Criterios Trastorno Depresivo mayor recidivante

- Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

**Nota:** Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

- Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

### ***Trastorno Distímico DSM-IV (2010)***

Las personas distímicas están crónicamente deprimidos, se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión mayor (clínica) menos severa, pero más crónica, presentan muchos de los síntomas que se encuentran en el Episodio depresivo mayor, incluidos los estados de ánimo deprimido, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse y problemas con el apetito y el sueño.

La distimia es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Puede afectar o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Las personas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente

"recobrar el ánimo" y reponerse. Revista Psiquiátrica Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión (2008)

#### Criterios trastorno distímico

- Están ausentes de los criterios los pensamientos sobre la muerte o suicidio, los estados de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por la persona u observado por los demás, durante al menos 2 años.

- Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- pérdida o aumento de apetito
- insomnio o hipersomnia
- falta de energía o fatiga
- baja autoestima
- dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- sentimientos de desesperanza

- No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**Nota:** Antes de la aparición del episodio Distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno Distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

- Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### ***Trastorno Depresivo no Especificado DSMIV (2010)***

La categoría del trastorno depresivo no especificado comprende los trastornos depresivos que no están (todavía) suficientemente reconocidos como para que se les asignen números de código propios. Tienen que darse también la condición de que no cumplan los criterios para un Episodio Depresivo Mayor, Trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo Mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado.

### **Glándula Tiroides**

La glándula tiroides es neuroendocrina se encuentra debajo de la nuez de adán, junto al cartílago tiroides sobre la tráquea, pesa alrededor de 15 y 30 gramos, formada por dos lóbulos en forma de mariposa en ambos lados de la tráquea unidas por el istmo. La glándula tiroides regula el metabolismo del cuerpo, es productora de proteínas y regula la sensibilidad del cuerpo a otras hormonas, a continuación encontraremos la

definición de que es la glándula tiroides, su fisiología, localización en el eje Hipotálamo - Hipófisis - Tiroides y los síntomas fisiológicos y corporales de esta glándula.

La glándula de la tiroides, del griego *thyreos* y *eidos*, significa *forma de escudo*. Su nombre fue dado por *Wharton* en 1656. Aunque su descubridor fue *Vesalius* en 1534 es de señalar que desde 1500 se conocía la existencia del bocio. Pasarían casi 2 siglos antes de que se precisara su importancia fisiológica.

Entre 1825 y 1845, *Parry*, *Graves* y *Basedow* describieron el bocio tóxico difuso. En 1884 se realizó por *Rehn* la primera tiroidectomía subtotal como tratamiento del hipertiroidismo, y en 1888 *Ord* describió el cuadro clínico ya reportado por *Gull*, el cual se corresponde con el hipotiroidismo primario; pero desde siglos atrás, en China se conocía el beneficio del consumo de algas marinas y esponjas, aunque para la literatura occidental es en 1891 que se emplea el extracto del tiroides para el tratamiento del hipotiroidismo.

En 1895 *Baumann* descubrió la presencia de yodo en el tiroides unido a la globulina, y llamó a esa sustancia yodotirina; *Oswald*, años después, aisló una proteína yodada a la que llamó tiroglobulina.

En 1811 se describió el carcinoma primario del tiroides; en 1896 *Riedel* la tiroiditis crónica que hoy lleva su nombre; en 1912 *Hashimoto* describió la tiroiditis crónica; en 1914 *Kendall* aisló la tiroxina, aunque no fue hasta 1926 que *Harrington* determinó que es un derivado de la tirosina con 4 átomos de yodo; años más tarde *Pitt Rivers* y *Gross* identificaron la T3.

Entre 1917 y 1975 se reportó:

- El efecto bociógena del yodo y otras sustancias (desde un siglo antes ya se asociaba el yodo con el bocio).

- Hipertiroidismo por yodo.

La secreción de las hormonas tiroideas tiroxina (T4) y triyodotironina (T3) se halla sometida a la influencia estimuladora de la tirotropina hipofisiaria (TSH). La regulación de la secreción de TSH depende principalmente de un doble mecanismo.

### **Eje Hipotálamo- Hipófisis- Tiroides' Marín M. (2010)**

Se le puede considerar como una unidad funcional que se encuentra situado dentro del **cráneo**, en la base del **encéfalo**. El **Hipotálamo** tiene una función nerviosa (se relaciona con el sueño y con sensaciones como la sed y el hambre) y otra endocrina (coordina toda la función hormonal).

Elabora hormonas que están relacionadas con la función de la **Hipófisis**. Los compuestos liberados por el hipotálamo activan o inhiben la producción de las hormonas de la hipófisis.

a. La tiroliberina (TRH), un péptido hipotalámico que atraviesa el plexo venoso que comunica la prominencia media del tallo y la hipófisis anterior y estimula la síntesis y secreción de TSH por la hipófisis.

b. Las hormonas tiroideas T4 y T3 inhiben directamente la secreción hipofisaria de TSH. El efecto inhibitorio de T4 es mayor que el de T3 y depende de su conversión intracelular a T3. La hormona tiroidea también ejerce un efecto de retroalimentación sobre el hipotálamo.

c. Se considera que la hormona tiroidea es la influencia dominante sobre la secreción de TSH. Harrison, et al.(2005)

### ***Fisiología***

La Hormona hipotalámica liberadora de tirotropina (TRH), que es un tripéptido que se almacena en la eminencia media del hipotálamo desde la que se segrega al

sistema venoso portalhipofisario, estimula la secreción de la hormona hipofisaria estimulante del tiroides (TSH), al fijarse específicamente a los receptores de la membrana hipofisaria y activar el sistema adenilciclasa y producir una exocitosis de los gránulos que contienen TSH. La TSH, que está compuesta por dos subunidades alfa y beta, activa a su vez el sistema adenilciclasa al unirse a sus receptores de la glándula tiroides y regula la síntesis y liberación de las hormonas tiroideas tetrayodotironina (T4) Y triyodotironina (T3) a la circulación periférica.

La síntesis de hormonas tiroideas en la glándula tiroides se realiza siguiendo varias etapas: atrapamiento del yodo, síntesis de tiroglobulina, organificación del yoduro e hidrólisis de la tiro globulina. La tiroglobulina (TG) es la proteína precursora y de almacenaje de la síntesis de hormonas tiroideas dentro de la glándula tiroides. El 80 % de la T3 se deriva de la conversión extratiroidea de T4 por mono de yodación en tejidos periféricos; el resto se segrega por la glándula tiroides. La T4 se convierte también en pequeñas cantidades de T3 inversa (rT3).

Las hormonas tiroideas T3 Y T4 están unidas reversiblemente en sangre a proteínas transportadoras, principalmente globulinas fijadoras de tiroxina (TBG) y en menor proporción a pre albúminas fijadoras de tiroxina (TBPA) y albúmina.

La T4 libre (FT4) y la T3 libre (FT3) son las formas metabólicas activas y son los mejores indicadores del estado de las hormonas tiroideas. La FT4 se aproxima al 0,03 % de la T4total y la FT3 al 0,3 % de la T3 total.

En el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides existe un mecanismo de “feed back” o de Retroalimentación autorregulado. Tanto T3 y T4 séricas como sus fracciones libres ejercen un efecto de retroalimentación inhibitoria sobre la secreción hipofisaria de TSH y sobre la liberación de TSH mediada por la TRH hipotalámica; en base a este

mecanismo, cuando se produce un hipotiroidismo primario y disminuyen las concentraciones séricas de T<sub>3</sub> Y T<sub>4</sub>, se eleva secundariamente la tasa plasmática de TSH al perderse la acción inhibitoria de las hormonas tiroideas. Jara Albarrán A (2001)

El rol de la hormona tiroidea en cada una de los sistemas del cuerpo humano es afectado por el descontrol y caída de los niveles de TSH y mal manejo de la medicación (levotiroxina) a continuación se expondrán una serie de fases iniciales o tardías de los síntomas fisiológicos o corporales presentes en las mujeres con enfermedad de tiroides. A continuación se clasifican los síntomas somáticos del hipotiroidismo.

- Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

### **Hipotiroidismo**

El hipotiroidismo refleja una glándula tiroides hipoactiva. El hipotiroidismo significa que la glándula tiroides no es capaz de producir suficiente hormona tiroidea para mantener el cuerpo funcionando de manera normal. Las personas hipotiroideas

tienen muy poca hormona tiroidea en la sangre. Las causas frecuentes son: enfermedad autoinmune, la eliminación quirúrgica de la tiroides y el tratamiento radiactivo.

Cuando los niveles de hormona tiroidea están bajos, las células del cuerpo no pueden recibir suficiente hormona tiroidea y los procesos corporales comienzan a funcionar con lentitud. A medida que el cuerpo comienza a funcionar con lentitud, usted podrá notar que siente más frío y se fatiga más fácilmente, que su piel se reseca, que tiene tendencia a olvidarse de las cosas y a encontrarse deprimido y también comienza a notar estreñimiento. Como los síntomas son tan variados, la única manera de saber con seguridad si tiene hipotiroidismo es haciéndose las pruebas de sangre.

Existen muchas razones diferentes por las cuales las células de la glándula tiroides no pueden producir suficiente hormona tiroidea. A continuación se presentan las principales causas, desde la más común a la menos frecuente.

### ***Hipotiroidismo primario (HP)***

El HP hace referencia al daño primario de la glándula tiroides, cuyo marcador principal en sangre es la elevación de la TSH. Aproximadamente 4% de la población tiene algún grado de hipotiroidismo, incluyendo el subclínico, pero sólo 0,4% tiene hipotiroidismo clínico. Es más frecuente en mujeres, con una relación de 4 a 10 mujeres por un hombre, y la prevalencia se incrementa con la edad; así, 15 a 20% de las mujeres mayores de 60 años tienen HP.

En los sitios con suficiencia de yodo, la causa más frecuente de HP es la tiroiditis autoinmune: si ésta se presenta con bocio se denomina tiroiditis de Hashimoto y, sin bocio, tiroiditis no bociógena autoinmune.

Ésta es una enfermedad autoinmune órgano-específica en la cual la tiroides es atacada, bloqueada y destruida, lenta y progresivamente, por linfocitos y anticuerpos. En

ocasiones hace su debut como una tiroiditis sub-aguda (hashitoxicosis) en la que una primera fase de tirotoxicosis es seguida por hipotiroidismo que puede mejorar o persistir. Algunos pacientes pueden hacer varios episodios de hashitoxicosis antes de llegar al estado crónico de hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto.

Otra causa frecuente de HP es el antecedente de cirugía de tiroides por cáncer de dicha glándula, bocio multinodular, adenoma tóxico, u otros motivos, o por la aplicación de yodo radioactivo por enfermedad de Graves, adenoma tóxico (nódulo de Cope), o bocio multinodular tóxico (enfermedad de Plummer) o por radiación externa del cuello.

Otras causas de HP son algunas sustancias y medicamentos. Así, algunas personas cuando ingieren o les suministran exceso de yodo a través de medicamentos como la amiodarona, antisépticos o medios de contraste, pueden presentar HP, debido a un efecto fisiológico conocido como de Wolff-Chaikoff. Otro medicamento que produce HP por bloqueo de la producción hormonal es el litio. También medicamentos para la hepatitis C, como el interferón alfa y la ribavirina, y para la esclerosis múltiple, como el interferón beta, pueden producir tiroiditis e HP. (Murray, Granner, Rodwell, s.f.).

Este hipotiroidismo por medicamentos o sustancias es generalmente transitorio pero puede durar varios meses o inducir una tiroiditis autoinmune con HP permanente. Es importante que los cardiólogos antes de formular amiodarona, los psiquiatras antes de formular litio, los radiólogos antes de hacer procedimientos en los que apliquen medios de contraste yodados, y los hepatólogos y neurólogos antes de utilizar el interferón alfa o beta, soliciten pruebas tiroideas (TSH, T4 libre y, si es posible, anticuerpos antitiroideos).

Las tiroiditis sub-agudas, ya sea la variedad dolorosa o la de Quervain, la silente o tiroiditis linfocítica sub-aguda, y su variedad postparto, cursan con un período de

hipotiroidismo transitorio que sigue a una primera fase de tirotoxicosis que también es transitoria. Cerca de la mitad de estos pacientes pueden quedar luego con hipotiroidismo definitivo, por lo que se debe hacer seguimiento con pruebas de función tiroidea aun después de una supuesta recuperación de la tiroiditis. Jara Albarrán A (2001)

- Por una enfermedad autoinmune. En algunas personas, el sistema inmune que protege el cuerpo contra infecciones extrañas, puede confundir a las células tiroideas y sus enzimas con agentes invasores y atacarlas. En consecuencia no quedan suficientes células tiroideas y enzimas para producir cantidad adecuada de hormona tiroidea. Esto es más común en mujeres que en hombres. La tiroiditis autoinmune puede comenzar repentinamente o se puede desarrollar lentamente en el curso de varios años. Las formas más comunes son la tiroiditis de Hashimoto y la tiroiditis atrófica.

- Con extracción por medio de la cirugía de una parte o la totalidad de la glándula tiroides. Algunas personas con nódulos tiroideos, cáncer de tiroides o enfermedad de Graves necesitan cirugía para eliminar una parte o la totalidad de la glándula tiroides. Si se quita toda la glándula, la persona sin duda desarrollará hipotiroidismo. Si se deja intacta una parte de la tiroides, ésta puede producir suficiente hormona tiroidea para mantener los niveles sanguíneos dentro del rango normal.

- Por Tratamiento radiactivo. Algunas personas con enfermedad de Graves, bocio nodular o cáncer de tiroides son tratados con yodo radiactivo (I- 131) con el fin de destruir la glándula tiroides. Pacientes con enfermedad de Hodgkin, linfoma o cánceres de la cabeza o el cuello son tratados con radiación. Todos estos pacientes pueden perder una parte o la totalidad de su función tiroidea.

- Por Hipotiroidismo congénito (hipotiroidismo con el que el niño nace). Algunos bebés nacen sin la glándula tiroides o con una glándula que esta sólo

parcialmente formada. Otros pocos tienen una parte o toda la glándula tiroides en el lugar incorrecto (tiroides ectópica). En algunos bebés, las células tiroideas o sus enzimas no funcionan en forma normal.

- Debido a una Tiroiditis. La tiroiditis es una inflamación de la glándula tiroides, generalmente causada por un ataque autoinmune o por una infección viral. La tiroiditis puede hacer que toda la hormona tiroidea que estaba almacenada, sea liberada repentinamente en la sangre, causando Hipertiroidismo de corta duración (demasiada actividad tiroidea); luego la glándula se vuelve hipoactiva (poco activa o nula).

- Por consumo de Medicamentos. Medicamentos como la amiodarona, el litio, el interferón alfa y la interleukina-2 pueden impedir que la glándula tiroides produzca hormona tiroidea en forma normal. Estas drogas pueden causar hipotiroidismo más frecuentemente en pacientes con una predisposición genética a desarrollar enfermedad tiroidea autoinmune.

- Por demasiado o muy poco yodo. La glándula tiroides debe disponer de yodo para producir hormona tiroidea. El yodo entra al cuerpo con los alimentos y viaja a través de la sangre hasta la tiroides. Para mantener balanceada la producción de hormona tiroidea se necesita una cantidad de yodo adecuada. Ingerir demasiado yodo puede causar o agravar el hipotiroidismo.

- Por daño a la glándula pituitaria o hipófisis. La hipófisis, la “glándula maestra” le dice a la tiroides cuánta hormona tiroidea debe producir. Cuando la pituitaria ha sido dañada por un tumor, radiación o cirugía, ya no podrá darle instrucciones a la tiroides, y en consecuencia, la glándula tiroides dejará de producir suficiente hormona.

- Por trastornos infiltrativos raros de la tiroides. En algunas personas, ciertas enfermedades causan un depósito de sustancias anormales en la

- tiroides. Por ejemplo, la amiloidosis puede depositar proteína amiloidea, la sarcoidosis puede depositar granulomas, y la hemocromatosis puede depositar hierro, haciendo que la tiroides tenga baja función y genere hipotiroidismo.

Tabla 1.

Síntomas hipotiroideos normales – activa

<b>Síntomas Comunes</b>	<b>Síntomas del Hipotiroidismo (Tiroides menos activa de lo normal)</b>
<p>Afecto triste Letargo Aumento de peso Aumento de sueño Pobre concentración Afectación de la Memoria Disminución de la Libido Ideas suicidad</p>	<p>Fatiga Cansancio Agotamiento Aletargamiento Depresión Aumento de peso repentino Piel reseca Comezón Engrosamiento del pelo Caída del pelo Susceptibilidad al frío especialmente en las piernas, Estreñimiento Dolores musculares Menstruación abundante Períodos más frecuentes</p>

Fuente: Tomado del libro Endocrinología. Jara Albarrán A. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2001.

Una vez descritos las causas del hipotiroidismo se relacionaran los síntomas hipotiroideos normales y los síntomas comunes entre depresión e hipotiroidismo a continuación se encontrarán en las tablas 1 y 2.

Existen síntomas hipotiroideos normales cuando esta activada la tiroides como en este caso las mujeres que están presentes en este estudio investigativo y los problemas o alteraciones que acarrea en el organismo y los síntomas comunes entre el hipotiroidismo y la depresión.

Tabla 2.

Síntomas Comunes entre depresión e Hipotiroidismo Psychiatric Annal (2000)

<b>Síntomas del Hipotiroidismo (Tiroides menos activa de lo normal)</b>	<b>Síntomas de Hipertiroidismo (Tiroides más activa de lo normal)</b>
Fatiga Cansancio Agotamiento Aletargamiento Depresión Aumento de peso repentino Piel reseca Comezón Engrosamiento del pelo Caída del pelo Susceptibilidad al frío especialmente en las piernas, Estreñimiento Dolores musculares Menstruación abundante Períodos más frecuentes	Nerviosismo Irritabilidad Aumento en la transpiración Piel más delgada Pelo maltratado y frágil Debilidad muscular especialmente en los brazos y piernas Manos temblorosas Rapidez en el ritmo cardíaco Frecuentes movimientos intestinal Pérdida de peso a pesar de continuar con buen apetito Reducción en el flujo menstrual Períodos irregulares y menos frecuentes

Fuente: Tomado del libro Endocrinología. Jara Albarrán A. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2001.

### Psicoendocrinología

Ha sido tal la cantidad de casos que se han analizado en donde se ha hecho evidente una interacción entre las hormonas y la conducta la cual es bidireccional, es decir, las hormonas pueden afectar a la conducta y la conducta puede influir sobre los niveles hormonales proponiendo su estudio bajo un enfoque interdisciplinario que maneja métodos y técnicas científicas que fueron adoptadas y perfeccionada por investigadores de otras áreas. Anatomistas, psicólogos, etólogos, zoólogos, fisiólogos, endocrinólogos, psiquiatras son los que han contribuido a la comprensión de esta interacción. Esta mezcla de intereses y enfoques científicos con su síntesis de conocimiento condujo a que surgiera la aparición de la Psicoendocrinología como campo de estudio diferenciado.

Esta es una disciplina moderna que inicio hace solo 50 años pero algunos de los efectos de las hormonas sobre la conducta han sido de manera implícita reconocidos durante siglos.

Una de las primeras investigaciones en este campo arrojó como resultado que una sustancia producida por los testículos podía desplazarse por el torrente sanguíneo y a la larga afectar a la conducta.

Las hormonas son definidas como mensajeros químicos orgánicos producidos y liberados por glándulas especializadas llamadas glándulas endocrinas. Estas liberan las hormonas al torrente sanguíneo (o sistema de fluido de los tejidos), en el cual pueden a continuación actuar sobre órganos diana (o tejidos) a cierta distancia de su origen. Estas coordinan la fisiología la conducta de un animal mediante la regulación, la integración y el control de su función corporal. Psicoendocrinología (s.f)

Las hormonas no causan los cambios conductuales per se, sino que influyen sobre tres sistemas: sistemas input (sistemas sensoriales), Integradores (Sistema nervioso central) y sistemas output (efectores como los músculos) de modo que sea más fácil que estímulos específicos provoquen ciertas respuestas, es decir las hormonas varían la probabilidad de que una conducta concreta se lleve a cabo en la situación adecuada.

Esta disciplina para su análisis utiliza técnicas como: la extirpación y reposición, los bioensayos, los bioensayos conductuales, inmuno ensayo, inmunocitoquímica, auto radiografía, test de transferencia (BLOTTING TESTS), auto radiografía que utiliza la hibridación in situ, estimulación y registro eléctrico y técnicas farmacológicas como: canulación, anastomosis.

Con base en los estudios realizados en esta disciplina se propone que la mayoría de especies de los vertebrados, la tiroides está localizada en la parte superior del tórax y

segrega dos hormonas en respuesta a la hormona estimuladora de la tiroides procedente de la hipófisis anterior. Las hormonas tiroideas, triyodotironina y tiroxina, elevan los ritmos de oxidación de los tejidos. Situadas dentro o cerca de la tiroides existen dos estructuras endocrinas adicionales, la glándula paratiroides y las células C de la tiroides. Estas estructuras segregan hormonas peptídicas que regulan los niveles de calcio en sangre.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de Estudio**

La presente investigación está orientada bajo el enfoque de Investigación Cuantitativa, el cual se fundamenta en el método científico como paradigma de investigación definido como un “procedimiento para tratar un problema o un conjunto de problemas mediante una serie de operaciones y reglas prefijadas aptas para alcanzar el resultado propuesto cuyos elementos son los conceptos, las definiciones, las hipótesis, las variables y los indicadores”. Campos, A. Citado por De Canales, Francisca H. y Otros (1997)

Se llevó a cabo desde un tipo de estudio descriptivo buscando especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente se pretendió recoger información de manera independiente, Hernández, (2010) el diseño metodológico implementado fue transeccional o transversal, dado que se observó el fenómeno tal y como se dio en su contexto natural, se recolectaron los datos en un sólo momento de tiempo, es decir, se realizó una medición única para después analizar los resultados.

### **Población y Muestra**

La población de estudio la conformaron 100 mujeres de 19 a 54 años de edad diagnosticadas con hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva; además, están vinculadas al régimen contributivo ya sean como afiliadas o Beneficiarias, y a la vez son tratadas por Medicina General y las Especialidades de Medicina Interna y Endocrinología.

### *Muestra*

Se realizó un muestreo intencionado ya que se seleccionó los elementos que a juicio son representativos, lo que exigió un conocimiento previo de la población que se investigó.

Luego de realizar la verificación completa de la población objeto de estudio y el previo listado de pacientes con hipotiroidismo se hizo la revisión y depuración de cuantas mujeres residían en la ciudad de Neiva, si estaban dentro de las beneficiaria y afiliadas, pertenecían a los criterios de inclusión, y al terminar de depurar la base de datos previamente obtenida por el investigador, quedaron 166 mujeres pertenecientes a la E.P.S Emcosalud, paso a seguir se realizó aleatoriamente en Excel la exclusión de estas mismas porque:

- ✓ 8 mujeres no respondieron la lista de chequeo
- ✓ 12 mujeres reciben tratamiento Psiquiátrico
- ✓ 10 mujeres trabajan en veredas o municipios fuera de Neiva
- ✓ 15 mujeres la dirección estaba fuera del casco urbano de Neiva
- ✓ 10 mujeres la dirección estaba errada o no coincidía con la base de datos

Las mujeres de la E.P.S. Emcosalud de la ciudad de Neiva presentan una enfermedad de tiroides y cumplían con los criterios de inclusión, además se pudo evidenciar que la población objeto de estudio de las 166 que correspondía a la muestra total de las mujeres con hipotiroidismo que estaban en la base de datos obtenida previamente, y escogidas aleatoriamente.

En total fueron 100 mujeres que hicieron parte de la muestra objeto de estudio. Para que ésta fuera representativa el cual permitió seleccionar los participantes según los criterios y juicios sujetos a la investigación.

### **Técnicas e Instrumentos**

A continuación se presentarán las técnicas e instrumentos usados para el desarrollo del estudio:

#### ***Técnica***

La entrevista es la técnica con la cual el investigador pretende obtener información de una forma oral y personalizada. La información versará en torno a acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona tales como creencias, actitudes, opiniones o valores en relación con la situación que se está estudiando.

La técnica de investigación que se desarrolló para el presente estudio fue una entrevista previamente elaborada que describe, los fenómenos sociales, aportando información de cómo la gente piensa, siente y actúa, lo importante era caracterizar a las mujeres con hipotiroidismo con estos aspectos para luego buscar la explicación según como las mujeres conocen y describen la realidad del hipotiroidismo.

Para la recolección de la información que es entendida como una comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio (mujeres) con el propósito de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema investigado Hernández R.(1998)en este caso el hipotiroidismo y una posible depresión en estas mujeres investigadas.

#### ***Instrumento***

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue de un test diagnóstico para la depresión en mujeres con hipotiroidismo; fue construido con base a

la verificación del episodio depresivo mayor y los trastornos del estado del ánimo (depresión), es una escala hetero aplicada y calificada por el investigador y un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta; los criterios se encuentran en el (Anexo B) pág.110, vale la pena recalcar que los ítems de la “columna de 2 semanas consecutivas y la siguiente columna durante los 2 meses 2 años consecutivos” no son mutuamente excluyentes.

Al iniciar la construcción de la lista de chequeo se crearon 34 preguntas, muchas de las cuales eran repetidas entre si y no se hablaba en detalle el tiempo o duración del síntoma y sus posibles efectos y con dos casillas y su respuesta en Si o No, luego de la verificación y lectura detallada del libro guía base DSM-IV, se decidió eliminar estas casillas y realizar una información inicial o entrevista en donde el sujeto investigado (mujeres) describían el nivel educativo, estrato socioeconómico, tiempo de diagnosticado del hipotiroidismo, consumo del medicamento y dosis, si algún familiar padecía de la enfermedad mencionada, si labora en el momento de la entrevista y si padece de alguna otra enfermedad.

Después de realizar lectura del libro guía, se realizó la construcción del test diagnóstico incluyendo los síntomas, duración, deterioro y exclusiones de los mismo anteriormente enunciados, se revisaron los criterios para el episodio depresivo mayor y de ahí realizar por ítem el test diagnóstico; los criterios para La lista o test diagnóstico de depresión para mujeres con hipotiroidismo consta de 18 criterios o preguntas para la verificación del Episodio Depresivo Mayor en donde se miden 9 síntomas clasificadas en estados de ánimo, interés, comida y peso corporal, sueño, actividad psicomotora, fatiga, autoestima, concentración y muerte, Para definir el cumplimiento de cada criterio,

se construyeron una o dos preguntas que permitiera medir la presencia o no en las mujeres con hipotiroidismo.

Además de los criterios se definieron 3 columnas, una que responde a la presencia de los síntomas del Episodio Depresivo durante 2-14 días, las siguientes 2 semanas y la última casilla durante 2 meses 2 años consecutivos, Se inició indagando por la presencia de cada criterio en un tiempo de 2 semanas, si la mujer referenciaba y si el síntoma y la duración eran mayor a 15 días ya que todos los trastornos del estado de ánimo – depresión tienen una prevalencia o duración de 15 días, en caso afirmativo y si pasado estos días la mujer presentaba mayor duración se clasificaba al tiempo entre 2 meses consecutivos en los últimos 2 años para poder derivar en que trastorno o fase depresiva estaba pasando las mujeres con hipotiroidismo.

El instrumento que se utilizó fue una test diagnóstico para los trastornos depresivos con base a una enfermedad médica como lo fue el hipotiroidismo, esta lista de chequeo fue creada por la estudiante y el asesor previa revisión literaria y con la aprobación de jueces expertos en clínica y pruebas psicológicas.

Al finalizar la entrevista se les indagaba a estas mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo si anteriormente habían presentado o pasado por un episodio depresivo, hacia cuanto se había repetido el episodio en meses y cuánto tiempo duro en días.

### ***Criterios de Inclusión***

Los criterios de inclusión para seleccionar los participantes como muestra de ésta investigación fueron los siguientes:

- a. Pertenecer a la E.P.S Emcosalud como afiliadas o beneficiarias.
- b. Habitar en la ciudad de Neiva.
- c. Estar en edades de 19 a 54 años.

- d. Qué su estado de salud no le impida responder el cuestionario.
- e. Saber leer y escribir español.
- f. Presentar hipotiroidismo con un tiempo de 3 a 6 meses después de diagnosticada la enfermedad.

Se cumplieron los seis criterios para la selección de los sujetos participantes.

### **Interpretación - Validez y Confiabilidad**

#### ***Interpretación***

Se describe la idoneidad del muestreo de reactivos para el constructo que se mide y se aplica a mediciones tanto en atributos emocionales o afectivos como cognitivos, utilizando la confiabilidad de un constructo, a través de resultados, se evaluó si el instrumento es válido o no para inferir el grado en el que las mujeres poseen características determinadas, y se relacionan las hipótesis que están siendo investigadas, Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005) realizando pasos para la validez del constructo y de contenido al intentar mostrar el contenido de la prueba en 9 dimensiones por procedimiento con los ítems propuestos en el libro base Guía para el diagnóstico clínico DSM-IV.

#### ***Validez y Confiabilidad***

Para la validación del instrumento se realizó una prueba piloto a 6 mujeres que padecen de hipotiroidismo que no estaban en la muestra total y que no pertenecían a la E.P.S Emcosalud, aplicando la lista de chequeo o test diagnóstico de depresión para mujeres con hipotiroidismo; cambiando el ítems 10 y eliminando la última casilla de respuesta si presentaba alguno de los criterios anteriormente hablados hacía más de 2 a 4 años.

Se agregó 3 preguntas finales en el test como lo fueron las preguntas 19, 20 y 21 que relata si la mujer con hipotiroidismo había presentado hacia algún tiempo un episodio depresivo mayor, hacia cuanto tiempo (meses) y cuanto duro el episodio (días), para tener una interpretación clara y concisa de la enfermedad objeto de estudio y el tipo de depresión el cual está presente en las mujeres estudiadas. Ya que el episodio depresivo mayor tiene una duración estimada de 15 días, de ahí se incluyen estas preguntas para tener más claridad si estas mujeres con hipotiroidismo presentaban un posible trastorno depresivo mayor y su duración, como se enunció en el instrumento anteriormente hablado, cada ítem de los tipos de trastornos depresivos y del episodio depresivo mayor y en cada criterio se plantea 2 o 3 preguntas para verificar si el criterio se cumple o no.

Los síntomas evaluados fueron 9 como lo son los estados de ánimo, interés, comida y peso corporal, sueño, actividad psicomotora, fatiga, autoestima, concentración y muerte, para verificar si presentan o no un episodio depresivo mayor.

La validez de contenido se estableció en diferentes situaciones, siendo dos de las más frecuentes: (a) el diseño de la prueba y la elaboración de los síntomas para la debida aplicación, y (b) la validación del instrumento que fue construido para las mujeres que fueron diagnosticadas con hipotiroidismo, pero que se adaptó mediante un procedimiento de traducción. (Escobar, Cuervo, 2008)

La validez de contenido consiste en qué tan adecuado es el muestreo que hace una prueba y las posibles conductas, de acuerdo con lo que se pretende medir los miembros de dicha población (mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo) pueden denominarse reactivos o ítems. La validez de contenido es un componente importante de la estimación de la validez de inferencias derivadas de los puntajes de las pruebas, ya

que brinda evidencia acerca de la validez de constructo y provee una base para la construcción de formas paralelas de una prueba en la evaluación a gran escala. (Escobar, Cuervo, 2008)

“El constructo medido por el instrumento y el uso que se les dará a las puntuaciones obtenidas son aspectos fundamentales tanto para la estimación como para la conceptualización de la validez de contenido. En efecto, en la evaluación de un instrumento debe tenerse en cuenta su función, es decir, si será utilizado para el diagnóstico, la medición de habilidades o la medición de desempeño, entre otros; los índices de validez para una función de un instrumento no son necesariamente generalizables a otras funciones del mismo instrumento, a su vez, la validez de contenido no sólo puede variar de acuerdo con las poblaciones en las cuales será utilizado el instrumento, sino que puede estar condicionada por un dominio particular del constructo; diferentes autores pueden asignarle el mismo nombre a un constructo, pero poseer diferentes dimensiones y conceptualizaciones, por lo tanto, un instrumento puede tener una validez de contenido satisfactoria para una definición de un constructo pero no para otras. En síntesis, el concepto esencial de validez de contenido es que los ítems de un instrumento de medición deben ser relevantes y representativos del constructo para un propósito evaluativo particular” (De Arquer, 1995).

### **Procedimiento**

La investigación planteada buscó establecer los criterios ausentes o presentes en los trastornos del ánimo subtipo depresión en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo de 19 a 54 años de edad, de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva durante el primer semestre del año 2014. Para cumplir lo anterior, se recolectó información a través de una entrevista previamente elaborada y aplicada a las mujeres con hipotiroidismo; el

instrumento a aplicar fue una test diagnóstico de depresión y la construcción de un listado de criterios o posibles síntomas del episodio depresivo mayor para mujeres con Hipotiroidismo, y para su debida verificación, se utilizó como base guía el Libro Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV año 2010, capítulo 5 de los trastornos del estado ánimo.

Una vez recolectada la información, se tabuló el test diagnostico en un documento de formato Excel. Posteriormente, para su interpretación y análisis de la información, se utilizó el programa estadístico SPSS 16. Es importante aclarar que las entrevistas se realizó con previa firma del consentimiento informado (Anexo A).

Los datos obtenidos fueron utilizados con finalidad descriptiva, donde se buscó recoger de manera independiente o conjunta las variables de las características de la enfermedad con las mujeres que presentan hipotiroidismo para así recolectar la información de cada una de ellas para describir lo investigado.

El procedimiento consistió en ubicar a la situación en variables o conceptos y proporcionar su descripción; este tipo de diseño presentó un panorama del estado de las variables y su interpretación de una manera amplia y objetiva en uno o más grupos de personas, objetos o situación en que se encuentran en una comunidad o un contexto en un determinado punto del tiempo. Delgado M (1999)

Por lo tanto, para determinar los tipos de depresión en mujeres de 19 a 54 años diagnosticadas con Hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la Ciudad de Neiva, fue necesaria la identificación de un grupo de variables y conceptos medibles que facilitó su descripción y análisis.

Desde el punto de vista científico, describir es medir, por lo tanto, en diversos estudios de tipos descriptivos se seleccionan una serie de aspectos y se miden cada uno

de ellos independientemente para así describir lo que se investiga; Hernández R.(1998) en este caso la depresión en mujeres de 19 a 54 años diagnosticadas con Hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la Ciudad de Neiva.

### **Consideraciones Éticas**

El Ministerio de la Protección Social decreto la Ley 1090 del 2006 establece los parámetros en el ejercicio de la profesión de Psicología “como una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida”. ley\_1090 (2006)

La ley 8430 de 1993 establece que las investigaciones con seres humanos es una investigación sistemática, incluyendo pruebas piloto, desarrollo de la investigación y evaluación; con uno o más participantes diseñada para desarrollar o contribuir a un conocimiento generalizado.

La investigación puede involucrar actividades como el análisis de datos colectados de personas. La participación en esta clase de actividades, y los resultados obtenidos son considerados como investigación en seres humanos.

La investigación que se realizó en seres humanos en especial en mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- ✓ Se ajustó de acuerdo a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- ✓ Se prevaleció la seguridad de las mujeres diagnosticadas y se expresaron claramente los riesgos (mínimos).
- ✓ Se Contó con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto (mujeres) de esta investigación. (Anexo A).
- ✓ Se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización: de la universidad Surcolombiana, programa de Psicología y de la institución investigadora Clínica Emcosalud de la ciudad de Neiva donde se realizó la investigación, y la debida aprobación del proceso investigativo por parte del Comité de Ética en Investigación.

## RESULTADOS

El análisis descriptivo permite caracterizar la muestra objeto de estudio, estableciendo las características generales de los individuos. Para esto se utilizó el software estadístico SPSS Statistics 16 para justificar estadísticamente todas las comparaciones.

Así mismo se utilizaron dos pruebas como fue la prueba de Chi – Cuadrado y el Análisis de Variancia (Anova), el Chi- cuadrado es una prueba que se pudo utilizar en los datos medibles en una escala nominal. La hipótesis nula de la prueba Chi-cuadrado postula una distribución de probabilidad totalmente especificada como el modelo matemático o de variables de la población que ha generado la muestra, mientras que el Análisis de Variancia o (Anova) sirvió para comparar la variable cuantitativa o prueba T para la muestra independiente y dependiente como lo es la variable dependiente depresión y la variable independiente Hipotiroidismo, para verificar si existían o no diferencias entre esta dos variables.

A continuación se presenta el análisis de la edad y el nivel educativo de las mujeres que presentan hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva.

Tabla 3.

Edad y Nivel de Educación de Mujeres con Hipotiroidismo.

		<b>Tabla de contingencia Edad * Nivel Educativo</b>				<b>Total (%)</b>
		<b>Nivel Educativo</b>				
		Bachiller	Postgrado	Técnico y Tecnólogo	Profesional	
Edad	De 20 – 25	0	0	5	2	<b>7</b>
	De 26 – 30	0	1	0	6	<b>7</b>
	De 31 – 35	0	4	0	7	<b>11</b>
	De 36 – 40	2	5	0	2	<b>9</b>
	De 41 – 45	2	3	0	3	<b>8</b>
	De 46 – 50	1	16	1	11	<b>29</b>
	De 51 – 54	3	13	0	13	<b>29</b>
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

De la población objeto de estudio se evidenció que las mujeres que presentan hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud, el 58% de la población en edades comprendidas entre 46 – 54 años son las que representan un alto porcentaje de la enfermedad de tiroides o hipotiroidismo. Solo el 29% corresponde a las edades comprendidas entre 46-50 años.

El 44% de las mujeres con hipotiroidismo presentan un nivel educativo superior (profesionales universitarias), mientras que el 42% presentan un nivel educativo más alto (posgrados – maestrías). Solo el 8 % de la población objeto de estudio tienen un nivel educativo que no supera el nivel medio (bachiller).

Del total de las mujeres con un nivel educativo profesional (44), 13 de estas, tienen edades comprendidas entre 51 – 54 años, mientras que 11 de ellas pertenecen al grupo de edades comprendidas entre 46-50 años.

Las mujeres entre 46 – 50 años que presentan hipotiroidismo, 16 de ellas tiene postgrados y maestrías, mientras que 11 solo tienen estudios profesionales universitarios.

Se evidenció que de la muestra total de mujeres (100) el 86% de ellas tienen estudios educativos universitarios y postgrados académicos siendo mujeres con alto nivel académico para comprender y poder manejar la enfermedad de base estudiada.

A continuación se presenta el análisis del estrato socioeconómico de las mujeres que presentan hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva.

Tabla 4.

Estrato Socioeconómico Mujeres con Hipotiroidismo

Estrato Socioeconómico	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
1	3,0	3,0
2	34,0	37,0
3	49,0	86,0
4	12,0	98,0
5	2,0	100,0
Total	100,0	

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

El 37% de la población objeto estudio de las mujeres encuestadas pertenecen a los estratos 1 y 2 de la ciudad de Neiva, mientras que el 49% de la población pertenecen al estrato 3.

El 14% de la población encuestada hace parte de los estratos socioeconómicos 4 y 5 de la ciudad de Neiva. La mayoría de las mujeres que presentan hipotiroidismo pertenecen a los estratos socioeconómicos 2 y 3 de la ciudad de Neiva.

Tabla 5.

Familiares con hipotiroidismo.

Familiares	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ningún familiar con enfermedad	43,0	43,0
Abuela materna	3,0	46,0
Abuela materna, madre	1,0	47,0
Abuela paterna	1,0	48,0
Hermana	12,0	60,0
Hermana, sobrina	1,0	61,0
Hermana, tía	1,0	62,0
Hija	2,0	64,0
Madre	14,0	78,0
Madre, tía, primas	1,0	79,0
Padre	1,0	80,0
Padre, hermana	2,0	82,0
Padres	1,0	83,0
Primas	1,0	84,0
Sobrina	10,0	94,0
Tátara-abuela	1,0	95,0
Tía	3,0	98,0
Tía materna	1,0	99,0
Tía, hermana	1,0	100,0
Total	100,0	

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

El 53% de las mujeres encuestadas manifestaron que algún familiar presentan la enfermedad y en su árbol genealógico pueden estar en el lado paterno o materno, con esto se valida la hipótesis en la población objeto de estudio que se puede heredar la enfermedad en cualquier familiar.

Respecto al parentesco de la enfermedad 14 mujeres respondieron que fueron heredadas por el lado maternal, mientras que 12 de ellas respondieron que alguna hermana presenta hipotiroidismo y 10 restantes manifiestan que alguna sobrina de estas mujeres padece la enfermedad; 8 mujeres manifestaron que más de un familiar tiene hipotiroidismo del árbol genealógico presente en ellas.

A continuación se presenta el análisis de la situación laboral de las mujeres que presentan hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva.

Tabla 6.

Situación laboral de mujeres con hipotiroidismo

Tiempo de la Enfermedad	Actualmente está laborando		Total
	No	Si	
1 año	3	25	28
2 años	4	11	15
3 – 5 años	3	26	29
6 – 10 años	0	19	19
Más de 11 años	0	9	9
Total	<b>10</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

**Análisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Aquí se evidenció que algunas mujeres no laboraban ya que eran estudiantes universitarias, como también beneficiarias de la E.P.S ya que son esposas de maestros.

El 90% de las mujeres con hipotiroidismo de la ciudad de Neiva de la E.P.S. Emcosalud, están actualmente laborando, lo que indica que en su mayoría dicha enfermedad no afectó la actividad laboral del individuo. Del total de la muestra, 7 mujeres con hipotiroidismo diagnosticada entre uno y dos años no trabajan, mientras que

solo 3 mujeres diagnosticadas hace 3 a 5 años, tampoco realizan ninguna actividad laboral. Por otra parte, mujeres diagnosticadas hace más de 6 años, en su totalidad laboran, lo indica que a medida que avanza la enfermedad han aprendido a convivir con dicha sintomatología.

A continuación se presenta el análisis de otras enfermedades de las mujeres que presentan hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva.

Tabla 7.

Tiene alguna otra enfermedad diagnosticada

Otras Enfermedades	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	76,0	76,0
Si	24,0	100,0
Total	100,0	

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Con respecto al diagnóstico de otras enfermedades, solo el 24% de las mujeres con hipotiroidismo manifestaron tener diagnosticada otras enfermedades; el porcentaje restante no presentan otras enfermedades adicionales al hipotiroidismo.

De los resultados se encontró que el 33% de las mujeres que fueron diagnosticadas con otras enfermedades no consumen ningún tipo de medicamento para evitarla o combatirla, mientras que el 12,5% consumen Losartan. El resto de mujeres consumen medicamentos que van desde el acetaminofén hasta la prevagalina.

En esta parte del proyecto de investigación se analiza el resultado de la aplicación del test diagnóstico para mujeres con depresión de 19 a 54 años de la E.P.S Emcosalud por criterios con el fin de evaluar cada una de las variables como las emociones (sentimientos o sensaciones subjetivas), las conducta (actitudes o formas de actuar en la vida cotidiana) según el DSM – IV, vale la pena recalcar que los ítems no son mutuamente excluyentes durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años.

A continuación se encuentra el test diagnóstico para los trastornos depresivos clasificados por ítem en donde se relaciona por casilla y el número de mujeres que contestaron negativamente o no presentaban el criterio investigado.

Tabla 8.

Ítem I

<b>1.</b> Se siente triste la mayor parte del día	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio 33
	0	55	12	
<b>2.</b> Expresa tener un estado de ánimo deprimido	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio 56
	1	33	10	

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Como resultado de la aplicación del test diagnóstico de depresión para mujeres con hipotiroidismo se encontró que el 55% de estas mujeres de la E.PS. Emcosalud se sintieron tristes la mayor parte del día durante las últimas dos semanas; mientras que solo 33% de ellas respondieron que expresan tener un estado de ánimo deprimido. Por otra parte, cuando se identificó a partir de la entrevista si se sintieron tristes la mayor parte del día durante dos meses consecutivos en los últimos dos años, solo 12 de ellas contestaron estar en esta condición, y solo 10 de ellas expresaron tener un estado de ánimo deprimido.

Un análisis del ítem I permitió establecer que a mayor tiempo de contralado el hipotiroidismo las mujeres tienden a manejar el efecto de la enfermedad sobre los estados de ánimo (Tristeza, ánimo deprimido) ya que 11 mujeres de las 100 que fueron entrevistadas no presentaban ningún síntoma presente en este ítem.

Tabla 9.

Ítem II: Ha disminuido el placer o el interés por las actividades de la vida

3. Ha disminuido el placer o el interés por las actividades de la vida diaria.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	2	44	7	47

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

El 47 % de las mujeres con hipotiroidismo expresaron que en la enfermedad no afectó el interés o el placer por las actividades de la vida diaria y el funcionamiento laboral, social, o personal de cada una de ellas.

Solo el 44% de las mujeres con hipotiroidismo refirieron sentir disminución en el placer o el interés por las actividades de la vida diaria, ya que muchas de estas mujeres son educadoras, esposa de educadores y trabajan independientemente u otras están terminando los estudios universitarios.

Tabla 10.

Ítem III

4. Ha cambiado su apetito de manera muy marcada (aumentado o disminuido)	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	1	78	6	15
5. Ha cambiado su peso corporal sin un nuevo régimen de alimentación (aumentado o disminuido).	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	1	75	10	14

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

El efecto del hipotiroidismo sobre el apetito en las mujeres afectó de manera muy marcada, ya que el 78% de ellas respondieron que en las últimas dos semanas disminuyó de manera notable el modo de alimentación, mientras que el 75% de ellas su peso corporal aumentó de manera considerable sin tener algún régimen alimenticio

Solo 29% de ellas respondieron que no se habían visto afectadas por los cambios de apetito y que no habían presentado alteraciones en su peso corporal.

Los datos evidencian una relación positiva entre el cambio del apetito y el cambio del peso corporal, ya que de las 78 mujeres que manifestaron cambios en su apetito, 75 de ellas registraron cambios en su peso corporal.

Tabla 11.

Ítem IV

6. No duerme lo suficiente.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	0	61	3	36
7. Ha presentado excesos de sueño.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	1	37	2	60

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Durante las últimas dos semanas el 61% de las mujeres que padecen de hipotiroidismo manifestaron que no duermen lo suficiente alterando los estados de vigilia y sueño, muchas de ellas manifestaron que los intervalos de sueño son entre 2 horas máximo; Lo mismo ocurre con las mujeres que refirieron presentar excesos de sueño solo el 37 % de ellas presentaban esta manifestación clínica en sus vidas.

Los episodios de los trastornos del sueño no tienden a ser continuos, pues los datos nos revelan que 5 de las 100 mujeres no duermen lo suficiente durante dos meses consecutivos durante los últimos dos años.

Las mujeres que presentan hipotiroidismo, el 4% de ellas manifestaron no presentar excesos de sueño y sus estados de sueño - vigilia no fueron alterados; Las

mujeres encuestadas con hipotiroidismo por lo general presentan dificultades para dormir más que exceso de sueño.

Tabla 12.

Ítem V

8. Ha presentado enlentecimiento al responder alguna pregunta o acción solicitada.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	1	44	8	47
9. Ha presentado agitación en alguna de sus actividades diarias.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	1	44	5	50

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Los procesos de enlentecimiento al responder alguna pregunta o acción solicitada producidos por la enfermedad de tiroides (hipotiroidismo) en su mayoría son no mayores a dos semanas, pues el 44% de las mujeres con hipotiroidismo que hacen parte de la población objeto de estudio manifestaron presentar enlentecimiento en el ejercicio de diferentes acciones. En solo 13 de cada 100 mujeres dicho enlentecimiento duró dos meses consecutivos en los últimos 2 años.

Tabla 13.

Ítem VI: Expresa falta de Energía o cansancio

10. Expresa falta de Energía o cansancio.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	6	68	6	20

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

La falta de energía o cansancio expresado por las mujeres que presentan hipotiroidismo se vio alterado en las últimas dos semanas ya que el 68% de ellas manifestaron padecer de fatiga en cualquier actividad de la vida cotidiana.

Tabla 14.

Ítem VII

11. Siente que no vale nada	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio 83
	0	16	1	
12. Presenta sentimientos indebidos de culpabilidad.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio 72
	2	23	3	
13. Ha presentado ideas delirantes.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio 12
	1	21	6	

**Fuente:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

De las mujeres con hipotiroidismo que fueron encuestadas se encontró que solo el 16% de ellas expresaron una desvalorización en su vida en las últimas dos semanas, mientras que solo 1 mujer presentó una desvalorización durante dos meses consecutivos en los últimos dos años. Esto nos demuestra que las mujeres con hipotiroidismo en su mayoría no presentan problemas de baja autoestima.

23 de las 100 mujeres que padecen de hipotiroidismo y realizaron el test, presentaron sentimientos de culpabilidad constantes durante las últimas dos semanas. Mientras que solo 3 de ellas expresaron culpa durante dos meses consecutivos en los últimos dos años.

Y el 72% no presentan ningún sentimiento de culpabilidad durante el transcurso de su vida y al tiempo del diagnóstico del hipotiroidismo.

Con respecto a presentar ideas delirantes, 21 de las 100 mujeres encuestadas con hipotiroidismo presentaron este tipo de ideas durante las últimas dos semanas, mientras que solo 6 mujeres presentaron creencias falsas sobre la realidad externa durante dos meses consecutivos.

Tabla 15.

Ítem VIII

14. Ha presentado disminución de la capacidad para concentrarse casi todo el día.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	3	63	8	26
15. Ha presentado indecisión.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	0	31	5	64

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Las mujeres con hipotiroidismo refieren que en las últimas dos semanas el 63% de ellas presentaron una disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; Y el 31% de ellas respondieron que tienen una adecuada toma de decisiones ya que resuelven una situación problemática sin sucesos inciertos en su vida; Solo el 13% de mujeres se vieron afectadas por este problema durante dos meses consecutivos en los últimos dos años.

Tabla 16.

Ítem IX

16. Ha presentado pensamientos repetidos acerca de la muerte.	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio
	3	23	1	73
17. Ha presentado ideación suicida con o sin un	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que

plan.	0	3	1	no presentaban este criterio 96
18. Ha tenido tentativa de suicidio	2 – 14 Días	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	Número de mujeres que contestaron negativamente o que no presentaban este criterio 97
	0	2	1	

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

En las últimas dos semanas 28 mujeres con hipotiroidismo refirieron tener pensamientos repetidos acerca de la muerte distinta al miedo de morir, han tenido una ideación suicida con o sin plan y tentativa de suicidio.

Así mismo se pudo evidenciar que solo 3 de las 100 mujeres que aplicaron el test presentaron pensamientos repetidos acerca de la muerte, ideación suicida o tentativa de suicidio en los últimos 2 meses en 2 años consecutivos presentando estos 3 ítem frustrados que afectaron el estado cognitivo y emocional de ellas.

Tabla 17.

El episodio depresivo mayor se repitió

<b>19. El episodio depresivo mayor se repitió</b>		
	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Porcentaje acumulado (%)</b>
No	74,0	74,0
Si	26,0	100,0
Total	100,0	

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

La mayoría de las mujeres que tienen hipotiroidismo (74%) no han sufrido algún cuadro de depresión que se hubiera repetido durante algún tiempo consecutivo en el transcurso de su vida. El 26% restante (mujeres hipotiroideas) si presentó un cuadro de depresión mayor causándoles malestar o deterioro en el desempeño de su vida.

Tabla 18.

Hace cuanto se repitió el episodio (meses)

<b>20. Hace cuanto se repitió el episodio (meses)</b>		
<b>Meses</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Porcentaje acumulado (%)</b>
No presenta episodio depresivo	74	74
2	2	82
3	1	86
4	2	90
5	1	93
6	2	95
12	6	80
24	3	85
36	2	88
48	2	92
72	4	99
84	1	100
Total	100,0	

**Fuente:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Generalmente las mujeres que presentan episodios depresivos repetitivos 6 de ellas manifestaron que estos síntomas lo sintieron hace 1 año, mientras que 4 de estas hace 6 años presentaron un cuadro y 3 mujeres hace dos años. Finalmente 8 de las 100 mujeres con hipotiroidismo presentaron episodios depresivos repetitivos durante los últimos 6 meses.

Tabla 19.

Cuanto duró el episodio (semanas)

<b>21. Cuanto duro el episodio (semanas)</b>		
<b>Semanas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Porcentaje acumulado (%)</b>
0	74	74
1	13	87
2	5	93
3	4	98
4	1	99
8	1	100
12	1	88
24	1	94
Total	100,0	

**Análisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Con respecto a la duración del episodio depresivo se encontró que en la mitad de las mujeres que presentan este cuadro duró 1 semana. En 5 de los casos la duración no fue mayor a dos semanas consecutivas.

A continuación se encuentran detalladamente la clasificación de los trastornos del estado de ánimo (depresión) en las mujeres que fueron diagnosticadas con hipotiroidismo de la E.PS Emcosalud de la ciudad de Neiva; siguiendo los parámetros y los síntomas del episodio depresivo mayor.

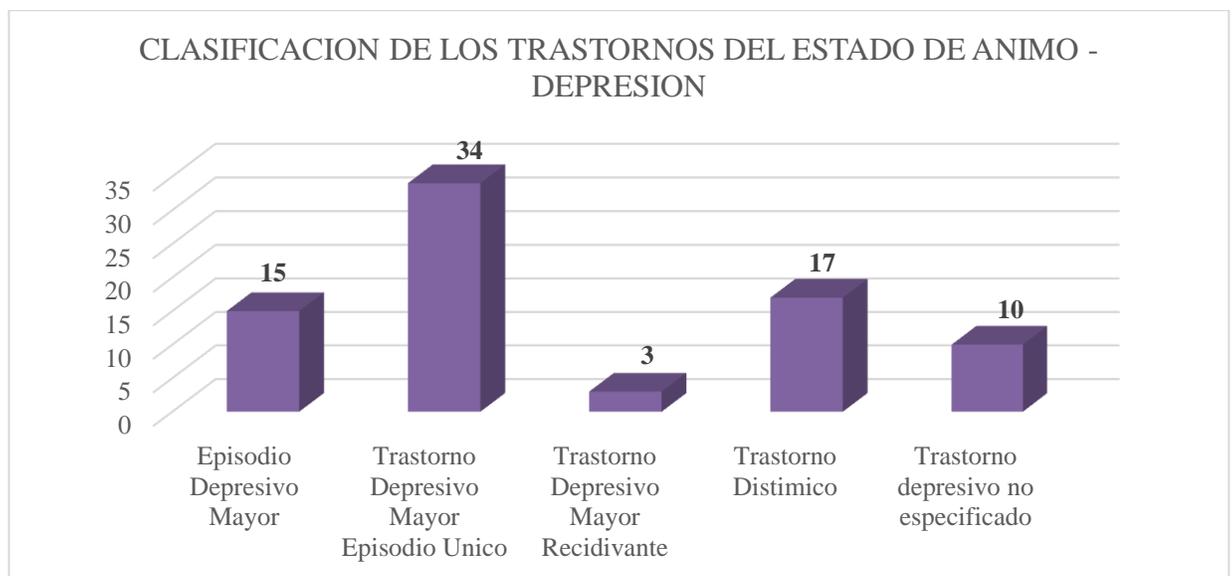


Figura 1. Trastornos depresivos en las mujeres con hipotiroidismo

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Al realizar un análisis de cada una de las encuestas aplicadas a las mujeres con hipotiroidismo se encontró que 34 mujeres presentan un trastorno depresivo mayor episodio único siendo este el de mayor representatividad en estas mujeres que padecen dicha enfermedad de tiroides, luego encontramos que 17 mujeres presentan un trastorno Distímico, 15 mujeres han pasado por un episodio depresivo mayor, 3 mujeres presentan un trastorno depresivo mayor recidivante y 10 mujeres han presentado un trastorno depresivo no especificado.

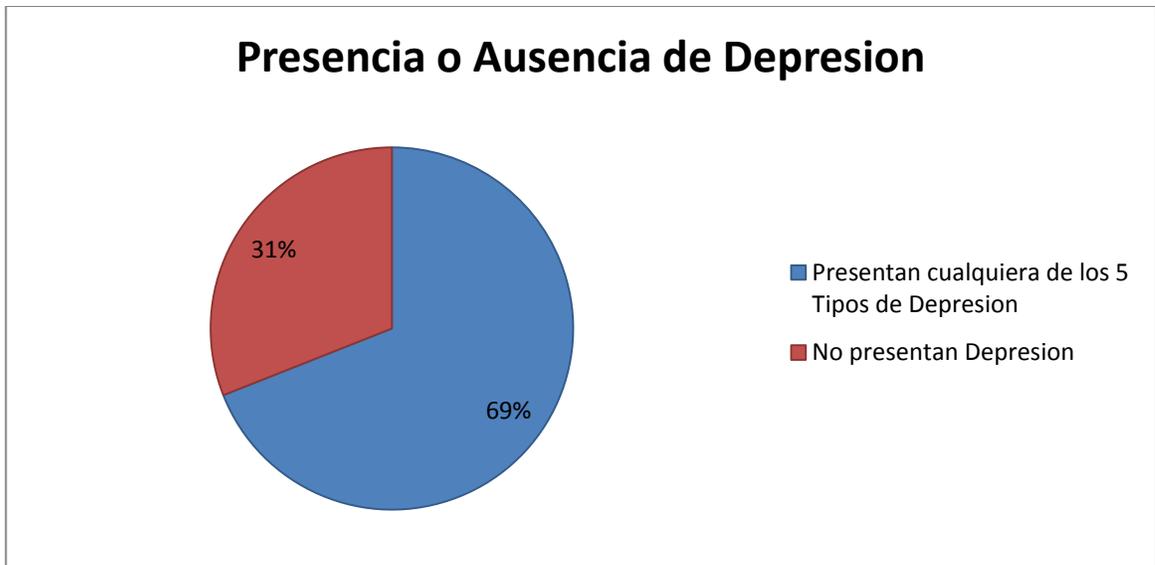


Figura 2. Presencia o ausencia de Depresión en mujeres con hipotiroidismo

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

De las 100 encuestas aplicadas a las mujeres con hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud encontramos que 79 mujeres presentaron un trastorno del estado de ánimo fase depresión en cualquiera de sus cinco tipos descritos anteriormente, mientras que 21 mujeres nunca han presentado algún tipo de depresión siendo diagnosticadas desde hace muchos años con hipotiroidismo pero no han pasado por un cuadro depresivo en el transcurso de su vida.

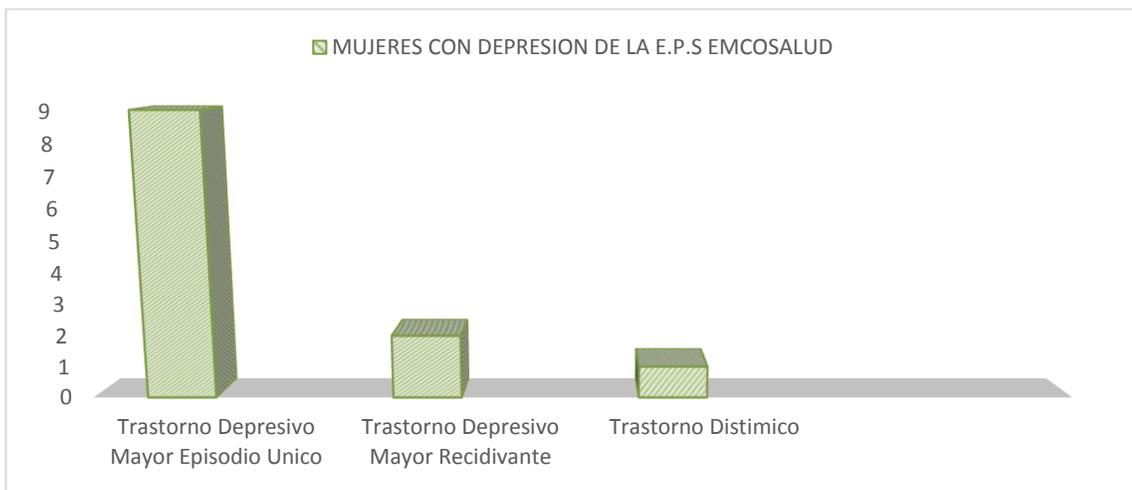


Figura 3. Presencia de depresión al tiempo en mujeres con hipotiroidismo

También se encontró que de los resultados obtenidos en cada una de las encuestas aplicadas 9 mujeres presentaron Trastorno Depresivo Mayor episodio único, 2 mujeres presentan trastorno depresivo mayor recidivante y 1 sola mujer presenta un trastorno Distímico.

A continuación se presenta el análisis del tiempo en que le fue diagnosticado el hipotiroidismo y el consumo del medicamento de las mujeres que presentan hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva.

Para asociar las variables se utilizó Chi – cuadrado y ANOVA.

Tabla 20.

Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo vs consume medicamentos

Tabla De Contingencia Dosis * Edad (Grupos)									
Frecuencia esperada									
		Edad (grupos)							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
Dosis	50	2,1	1,8	3,0	2,4	2,1	7,0	7,6	26,0
	75	2,4	2,0	3,4	2,7	2,4	7,8	8,4	29,0
	100	1,7	1,5	2,4	2,0	1,7	5,6	6,1	21,0
	125	,6	,5	,8	,7	,6	1,9	2,0	7,0
	150	,2	,1	,2	,2	,2	,5	,6	2,0
	180	,1	,1	,1	,1	,1	,3	,3	1,0
Total		7,0	6,0	10,0	8,0	7,0	23,0	25,0	86,0

Pruebas De Chi-Cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,062 <sup>a</sup>	30	,722
Razón de verosimilitudes	26,089	30	,671
Asociación lineal por lineal	,014	1	,906
N de casos válidos	86		

a. 36 casillas (85,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

El estadístico chi- cuadrado de Pearson toma un valor de 25,062, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 30 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig.

Asintótica bilateral) de 0.722. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia) observado (mayor a 0,05), se decide rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto no se puede concluir que las variables edad y dosis del medicamento estén relacionadas.

A continuación se presenta el análisis de la dosis del medicamento y el tiempo en que fue diagnosticada en las mujeres que presentan hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud de la ciudad de Neiva.

Tabla 21.

Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo \* episodio depresivo mayor

Tabla De Contingencia				
Frecuencia esperada				
		Episodio depresivo mayor		Total
		,00	1,00	
Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo	1	23,8	4,2	28,0
	2	12,8	2,3	15,0
	3	24,7	4,4	29,0
	4	16,2	2,9	19,0
	5	7,7	1,4	9,0
Total		85,0	15,0	100,0

Pruebas De Chi-Cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,110 <sup>a</sup>	4	,276
Razón de verosimilitudes	4,892	4	,299
Asociación lineal por lineal	1,695	1	,193
N de casos válidos	100		

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,35.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 5,110, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.276. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (mayor a 0,05), se decide rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto no se puede concluir que las variables tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo y las mujeres con episodio depresivo mayor.

Tabla 22.

Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo \* Trastorno depresivo mayor episodio único

Tabla De Contingencia				
Frecuencia esperada		Trastorno depresivo mayor episodio único		Total
		,00	1,00	
Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo	1	18,5	9,5	28,0
	2	9,9	5,1	15,0
	3	19,1	9,9	29,0
	4	12,5	6,5	19,0
	5	5,9	3,1	9,0
	Total	66,0	34,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,564 <sup>a</sup>	4	,633
Razón de verosimilitudes	2,631	4	,621
Asociación lineal por lineal	,328	1	,567
N de casos válidos	100		

a. 1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,06.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 2,564, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.633. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (mayor a 0,05), se decide rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto se puede concluir que las variables tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo y las mujeres con trastorno depresivo mayor episodio único estén relacionadas.

Tabla 23.

Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo \* Trastorno depresivo mayor recidivante

TABLA DE CONTINGENCIA				
Frecuencia esperada				
		Trastorno depresivo mayor recidivante		Total
		,00	1,00	
Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo	1	27,2	,8	28,0
	2	14,6	,5	15,0
	3	28,1	,9	29,0
	4	18,4	,6	19,0
	5	8,7	,3	9,0
Total		97,0	3,0	100,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,989 <sup>a</sup>	4	,007
Razón de verosimilitudes	9,578	4	,048
Asociación lineal por lineal	7,234	1	,007
N de casos válidos	100		

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 13,989, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.007. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (menor a 0,05), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo y las mujeres con Trastorno depresivo mayor recidivante están relacionadas.

Tabla 24

Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo \* Distímia

TABLA DE CONTINGENCIA				
Frecuencia esperada				
		Distímia		Total
		,00	1,00	
Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo	1	23,0	5,0	28,0
	2	12,3	2,7	15,0
	3	23,8	5,2	29,0
	4	15,6	3,4	19,0
	5	7,4	1,6	9,0
Total		82,0	18,0	100,0
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	6,746 <sup>a</sup>	4	,150	
Razón de verosimilitudes	6,348	4	,175	
Asociación lineal por lineal	4,030	1	,045	
N de casos válidos	100			

a. 3 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,62.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 6,746, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.150. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (mayor a 0,05), no podemos decidir rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto no podemos concluir que las variables tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo y las mujeres con Distímia estén relacionadas.

Tabla 25.

Tiempo en el que le diagnosticaron el Hipotiroidismo \* Trastorno depresivo no especificado

		Trastorno depresivo no especificado		Total
		0	1	
Edad (grupos)	1	7	0	7
	2	5	2	7
	3	10	1	11
	4	9	0	9
	5	8	0	8
	6	22	7	29
	7	29	0	29
Total		90	10	100

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,022 <sup>a</sup>	6	,020
Razón de verosimilitudes	17,884	6	,007
Asociación lineal por lineal	,085	1	,770
N de casos válidos	100		

a. 7 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,70.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 15,022, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.02. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (menor a 0,05), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo y las mujeres con Trastorno depresivo no especificado están relacionadas.

Tabla 26.

Dosis Del Medicamento – Tipo De Depresión

TABLA DE CONTINGENCIA				
Frecuencia esperada				
		Episodio depresivo mayor		Total
		,00	1,00	
	50	22,1	3,9	26,0
	75	24,6	4,4	29,0
Dosis	100	17,8	3,2	21,0
	125	5,9	1,1	7,0
	150	1,7	,3	2,0
	180	,8	,2	1,0
	Total	73,0	13,0	86,0
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	5,131 <sup>a</sup>	5	,400	
Razón de verosimilitudes	5,673	5	,339	
Asociación lineal por lineal	,610	1	,435	
N de casos válidos	86			

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 5,131, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 5 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.400. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (mayor a 0,05), no podemos decidir rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto no podemos concluir que las variables dosis del medicamento y las mujeres con Episodio depresivo mayor estén relacionadas.

Tabla 27.

Dosis \* Trastorno depresivo mayor episodio único

	Trastorno depresivo mayor episodio único		Total
		,00	1,00
<b>Dosis</b>	50	16,6	9,4
	75	18,5	10,5
	100	13,4	7,6
	125	4,5	2,5
	150	1,3	,7
	180	,6	,4
<b>Total</b>		55,0	31,0
<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,293 <sup>a</sup>	5	,936
Razón de verosimilitudes	1,620	5	,899
Asociación lineal por lineal	,000	1	,987
N de casos válidos	86		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 1,293, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 5 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.936. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (mayor a 0,05), no podemos decidir rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto no podemos concluir que las variables dosis del medicamento y las mujeres con Trastorno depresivo mayor episodio único estén relacionadas.

Tabla 28.

Dosis \* Trastorno depresivo mayor recidivante

TABLA DE CONTINGENCIA				
Frecuencia esperada				
		Trastorno depresivo mayor recidivante		Total
		,00	1,00	
Dosis	50	25,1	,9	26,0
	75	28,0	1,0	29,0
	100	20,3	,7	21,0
	125	6,8	,2	7,0
	150	1,9	,1	2,0
	180	1,0	,0	1,0
Total		83,0	3,0	86,0

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,401 <sup>a</sup>	5	,004
Razón de verosimilitudes	10,047	5	,074
Asociación lineal por lineal	5,176	1	,023
N de casos válidos	86		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 17,401, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 5 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.004. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (menor a 0,05), decidimos rechazar la hipótesis de independencia y concluir que las variables dosis del medicamento y las mujeres con Trastorno depresivo mayor recidivante están relacionadas.

Tabla 29.

Dosis \* Trastorno Distímico

<b>TABLA DE CONTINGENCIA</b>				
<b>Frecuencia esperada</b>				
		<b>Distímia</b>		<b>Total</b>
		,00	1,00	
	50	21,2	4,8	26,0
	75	23,6	5,4	29,0
<b>Dosis</b>	100	17,1	3,9	21,0
	125	5,7	1,3	7,0
	150	1,6	,4	2,0
	180	,8	,2	1,0
<b>Total</b>		70,0	16,0	86,0
<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	1,190 <sup>a</sup>	5	,946	
Razón de verosimilitudes	1,691	5	,890	
Asociación lineal por lineal	,020	1	,887	
N de casos válidos	86			

a. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 1,190, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 5 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.946. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (mayor a 0,05), no podemos decidir rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto no podemos concluir que las variables dosis del medicamento y las mujeres con Distímia estén relacionadas.

Tabla 30.

Dosis \* Trastorno depresivo no especificado

Tabla De Contingencia Dosis * Trastorno Depresivo No Especificado				
		Trastorno depresivo no especificado		Total
		0	1	
Dosis	50	20	6	26
	75	26	3	29
	100	21	0	21
	125	7	0	7
	150	2	0	2
	180	1	0	1
Total		77	9	86

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,037 <sup>a</sup>	5	,154
Razón de verosimilitudes	10,271	5	,068
Asociación lineal por lineal	6,362	1	,012
N de casos válidos	86		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

El estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 8,037, el cual, en la distribución  $\chi^2$  con 5 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Sig. Asintótica bilateral) de 0.154. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significancia observado es (mayor a 0,05), no podemos decidir rechazar la hipótesis de independencia, por lo tanto no podemos concluir que las variables dosis del medicamento y las mujeres con Trastorno depresivo no especificado estén relacionadas.

Tabla 31.

Edad vs Episodio depresivo mayor

ANOVA					
Edad	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	352,078	1	352,078	3,846	,053
Intra-grupos	8971,922	98	91,550		
Total	9324,000	99			

Dado el estadístico F (3,846) acompañado de su correspondiente valor crítico (0,053), se rechaza la hipótesis de igualdad de medias con un nivel de significancia de 10%. Es decir, las medias poblacionales de las edades de las mujeres con y sin episodios depresivos, difieren entre los dos tipos. De esta forma, la edad promedio de las mujeres con episodio depresivo mayor es diferente con respecto a la edad promedio de las mujeres que no padecen del episodio depresivo mayor.

Tabla 32.

Edad vs Trastorno depresivo mayor episodio único

ANOVA					
Edad	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	157,235	1	157,235	1,681	,198
Intra-grupos	9166,765	98	93,538		
Total	9324,000	99			

Dado el estadístico F (1,681) acompañado de su correspondiente valor crítico (0,198), no se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias. Es decir, no es posible afirmar que las medias poblacionales de las edades de las mujeres con y sin episodios depresivos mayor episodio único difieran entre los dos tipos. De esta forma, es posible que la edad promedio de las mujeres con Trastorno depresivo mayor episodio único no presente diferencias con respecto a la edad promedio de las mujeres que no padecen de Trastorno depresivo mayor episodio único.

Tabla 33.

Edad vs Trastorno depresivo mayor recidivante

ANOVA					
Edad	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,663	1	1,663	,017	,895
Intra-grupos	9322,337	98	95,126		
Total	9324,000	99			

Dado el estadístico F (0,017) acompañado de su correspondiente valor crítico (0,895), no se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias. Es decir, no es posible afirmar que las medias poblacionales de las edades de las mujeres con y sin Trastorno depresivo mayor recidivante difieran entre los dos tipos. De esta forma, es posible que la edad promedio de las mujeres con Trastorno depresivo mayor recidivante no presente diferencias con respecto a la edad promedio de las mujeres que no padecen de Trastorno depresivo mayor recidivante.

Tabla 34.

Edad vs Trastorno distímico

ANOVA					
Edad	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	177,604	1	177,604	1,903	,171
Intra-grupos	9146,396	98	93,331		
Total	9324,000	99			

Dado el estadístico F (1,903) acompañado de su correspondiente valor crítico (0,171), no se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias. Es decir, no es posible afirmar que las medias poblacionales de las edades de las mujeres con y sin Trastorno distímico difieran entre los dos tipos. De esta forma, es posible que la edad promedio de

las mujeres con Trastorno distímico no presente diferencias con respecto a la edad promedio de las mujeres que no padecen de Trastorno distímico.

Tabla 35.

Edad vs episodio depresivo no especificado

ANOVA					
Edad	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,663	1	1,663	,017	,895
Intra-grupos	9322,337	98	95,126		
Total	9324,000	99			

Dado el estadístico F (0,017) acompañado de su correspondiente valor crítico (0,895), no se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias. Es decir, no es posible afirmar que las medias poblacionales de las edades de las mujeres con y sin Trastorno depresivo no especificado difieran entre los dos tipos. De esta forma, es posible que la edad promedio de las mujeres con Trastorno depresivo no especificado no presente diferencias con respecto a la edad promedio de las mujeres que no padecen de Trastorno depresivo no especificado.

Tabla 36.

Edad promedio por tipo de trastorno.

Tipo de Trastorno	Edad Media	
Episodio depresivo mayor	NO	43
	SI	48
Trastorno depresivo mayor episodio único	NO	43
	SI	45
Trastorno depresivo mayor recidivante	NO	43
	SI	43
Trastorno distímico	NO	44
	SI	41
Trastorno depresivo no especificado	No	44
	Si	42

Las mujeres que padecen de episodio depresivo mayor tienen en promedio 48 años, mientras que las mujeres que no tienen este trastorno presentan una edad promedio de 43 años.

En el caso del trastorno depresivo mayor episodio único, las mujeres con este tipo de trastorno tienen en promedio 45 años, mientras que las mujeres que no lo padecen presentan una edad promedio de 43 años.

Para el trastorno depresivo mayor recidivante la edad promedio de las mujeres que presentan este tipo de trastorno es 43, mientras que las que no lo presentan tienen una edad promedio de 43 años.

El trastorno distímico las mujeres con hipotiroidismo presentan una edad promedio de 41 años, mientras que las que no lo presentan tienen 44 años en promedio general.

Los trastornos depresivos no especificados las mujeres en edad de 42 años tienen este tipo de trastorno, mientras que las que no lo presentan la edad no supera los 44 años.

Aquí también se puede observar que la edad varía entre los diferentes tipos de trastornos; a medida que el trastorno presenta mayor complicación un grado más alto de severidad la edad de las mujeres pacientes es menor. Es decir, existe una relación inversamente proporcional entre la gravedad del trastorno y la edad de las mujeres.

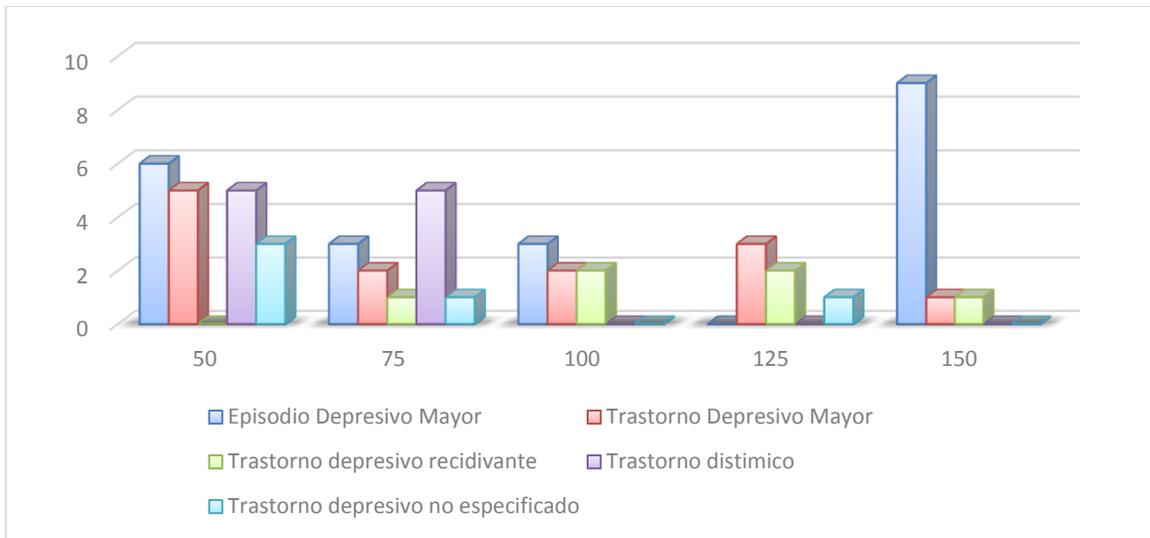


Figura 4. Relación dosis del medicamento y tipo de depresión

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Al analizar los datos obtenidos encontramos que 9 mujeres con episodio depresivo mayor consumen una dosis de 150 mcg del medicamento levotiroxina y 6 mujeres tienen una dosis de 50 mcg.

5 mujeres con trastorno distímico consumen dosis entre 50 y 75 mcg de levotiroxina, mientras que solo 2 mujeres con trastorno depresivo no especificado las dosis no superan a los 75 mcg.

3 mujeres que consumen 150 mcg del medicamento para nivelar la tiroides presentan un episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y trastorno depresivo recidivante, lo que se puede concluir que a mayor dosis de la levotiroxina menor cuadro depresivo sufren estas mujeres de la E.PS. Emcosalud de la ciudad de Neiva

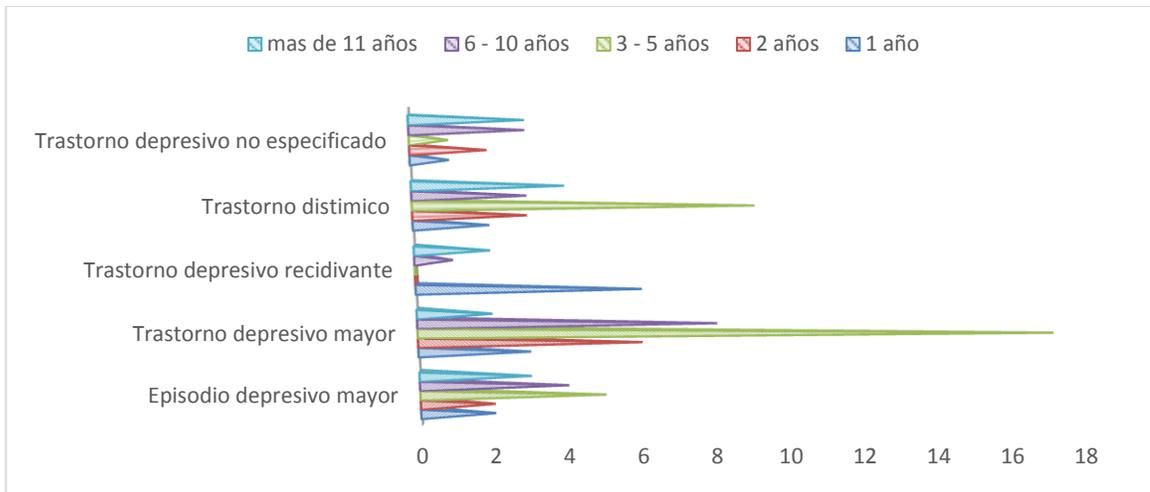


Figura 5. Relación tiempo de diagnóstico del hipotiroidismo - tipo de depresión

**Analisis:** Statistical Package for the Social Sciences SPSS16

Al analizar los datos obtenidos encontramos que 17 mujeres que fueron diagnosticadas con hipotiroidismo entre 3 y 5 años presentan un trastorno depresivo mayor episodio único, 19 mujeres que llevan entre 6 y 10 años de diagnosticadas la enfermedad de tiroides, 4 mujeres presentan un trastorno Distímico y fueron diagnosticadas y son tratadas hacen 11 años. Aquí podemos encontrar que entre más tiempo de prevalencia de la enfermedad de tiroides (hipotiroidismo), mayor es el riesgo de presentar un cuadro depresivo en los primeros 4 años de inicio del curso de la enfermedad.

## DISCUSIÓN

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico. Cuando se piensa en la depresión, es importante distinguir entre las varias formas de ella. Una cosa tan simple como disminuir el consumo de alimentos o no dormir lo suficiente, puede ser causa de depresión. La persona que no come regularmente y duerme suficientes horas, puede hallarse deprimido porque está engañando a su cuerpo en cuanto al alimento y al descanso que necesita para funcionar propiamente.

Algunos datos presentados en el estudio confirman hallazgos significativos ya que el 79% de las mujeres con hipotiroidismo presentan alguno de los trastornos depresivos según del (DSM-IV-2010); siendo el de más relevancia el trastorno depresivo mayor episodio único con 34 mujeres en edades de 46 a 54 años y con un bajo consumo o inicio del medicamento (levotiroxina) con dosis entre 50 y 75 mcg diarios de por vida. (Dr. Rozados Laboratorio Bioquímico, s.f.)

Así mismo, es de indicar que la prevalencia de depresión en este estudio es alta ya que constituyó casi más de la mitad de la muestra evaluada (100), con un promedio de depresión moderado y alto en las mujeres; sin embargo, cabe resaltar que ninguna de estas mujeres reciben actualmente atención psicológica ni tratamiento con antidepresivos, lo cual es alarmante dado que las consecuencias de la depresión en mujeres con hipotiroidismo es bastante alta y conlleva a una mala adherencia al tratamiento para combatir los problemas hormonales y desencadenar una falla sistémica (otra clase de enfermedades al tiempo) y causándole coma profundo o la muerte

temprana por malos cuidados paliativos de la enfermedad y de estas mujeres. Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico (2010)

Por otro lado, los criterios emocionales (sentimientos o sensaciones subjetivas) y actitudes (formas de actuar en la vida cotidiana) en la muestra total (90%) fue mayor en comparación con los síntomas cognitivo-afectivos (10%). Los resultados de este estudio evidencia que la prevalencia de estos síntomas somáticos en mujeres enfermas (hipotiroidismo) con depresión oscila en un 79% destacando principalmente alteraciones en el apetito, entre 75 y 78% de las mujeres con hipotiroidismo pierden peso, el 61% reportan trastornos del sueño y el 68% presentan pérdida de energía. Tales resultados permiten corroborar lo expuesto en el marco teórico, ya que se ha visto que el subdiagnóstico de la depresión se ocasiona generalmente por atribuir los síntomas somáticos a la enfermedad médica de base como lo es el hipotiroidismo. Marín M. (2010)

Los trastornos depresivos son uno de los problemas de salud más significativos de las sociedades desarrolladas. Más de 120 millones de personas se encuentran afectas de depresión lo que viene a ser el 3% de la población mundial. Eso significa que entre 10 a 20 millones de personas han tenido al menos un episodio depresivo en sus vidas. Solamente un pequeño número de las personas afectas reciben tratamiento psiquiátrico. La mayor parte de las personas afectadas no son diagnosticadas y los síntomas quedan camuflados por patologías orgánicas como el hipotiroidismo. La consecuencia es que no van a recibir tratamiento específico para la depresión. OMS (2013)

Las dos terceras partes de las mujeres con hipotiroidismo (79) incluidos en nuestro estudio presentaban sintomatología propia de un trastorno depresivo, entre los grupos de mujeres con hipotiroidismo de 19 a 54 años y con depresiones mayores, tipo episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único trastorno depresivo

mayor recidivante o trastorno distímico, los síntomas de inhibición (humor depresivo y pérdida del interés por el trabajo) fueron más graves, y aún menos grave entre los pacientes con hipotiroidismo que llevaban más de 11 años con el diagnóstico de la enfermedad (hipotiroidismo). Los síntomas de agitación eran más graves en los pacientes con trastorno depresivo Mayor, manifestándose con fuerte angustia, pérdida de peso y agitación, así mismo como perdida de la capacidad para la concentración. DSM IV (2010)

El hipotiroidismo puede contribuir al desarrollo de un cuadro depresivo. Se puede asumir el hecho de que un paciente con hipotiroidismo y con una predisposición biológica a la depresión probablemente padecerá depresión. Desde el momento en que las personas o en especial mujeres son tratados de con hipotiroidismo las manifestaciones depresivas quedarán enmascaradas, atribuyéndolas a la enfermedad tiroidea. Esto conlleva a la posibilidad de no ser tratados como depresivos con el riesgo consiguiente de padecer un trastorno depresivo crónico. Por otro lado, nuestros datos nos permiten decir que la mitad de los 5 tipos de depresiones contribuyen al hipotiroidismo. Así que los aspectos psicológicos, psiquiátricos y psicosociales de las enfermedades endocrinas en general no deberían ser olvidados.

Finalmente, con el cumplimiento de los objetivos del estudio se logra encontrar que la depresión es un problema de salud pública y un trastorno psiquiátrico altamente prevalente en el contexto de las mujeres con hipotiroidismo de la E.PS. Emcosalud, cuya manifestación clínica suele presentarse generalmente con síntomas somáticos como la tristeza, llanto, evasión, pérdida del interés, enlentecimiento de las respuestas, temores infundados, y autoreproches. DSM IV (2010) Más que afectivos, en donde las variables sociodemográficas y clínicas influyen de manera significativa en la

instauración o mantenimiento de la depresión. Por esta razón se considera de vital importancia el acompañamiento del grupo de psicólogos de la E.P.S., toda vez que se conocen ampliamente los efectos de las alteraciones emocionales sobre el pronóstico de las mujeres con hipotiroidismo, además del papel preponderante del trabajo interdisciplinario como medida para incrementar los efectos de la intervención médico-psicológica.

Así mismo realizando un contraste detallado con el estudio de los médicos Radanovic-Grguric, Filakovic, Barkic, Mandic, Karner, Smoje en el año (2003), cuyo fin fue determinar la frecuencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo, así como la gravedad de los síntomas depresivos, valiendo la pena recalcar que al tratar a tiempo una enfermedad de tiroides no se desencadenaría un cuadro depresivo, este estudio evidencio que la mayoría de las pacientes con problemas de tiroides o hipotiroideas presentaban algún cuadro o trastorno depresivo en contraste con las mujeres que presentan hipertiroidismo quienes son más frecuentes a presentar trastornos de ansiedad.

Viendo que los antecedentes en donde Rivero Quiroz (2003) plantea que el 40% de la población objeto de estudio presentan un cuadro depresivo, lo mismo que los estudios realizados por la Universidad Autónoma de México (1995) y la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (2002), muestran a detalle las muestras pilotos realizados con mujeres más que en hombres desde la etapa universitaria y en edades desde los 16 a 25 años se denota que la asociación de las disfunciones biológicas, a nivel endocrino, y al ser personas vulnerables en las relaciones familiares, académicas, económicas,

laborales y afectivas, comenzaría con una enfermedad de tiroides por su alta carga hormonal y luego un cuadro depresivo grave.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La depresión puede presentarse como un estado de tristeza, o desgano que puede ser transitorio o permanente. Es uno de los más importantes depreadores de la felicidad humana. Es por ello que en la mayoría de las mujeres que presentan hipotiroidismo están pasando por un periodo transitorio de algún cuadro depresivo interviniendo en sus actividades cotidianas.

La depresión que presentan las mujeres con hipotiroidismo debe ser objeto de un diagnóstico adecuado, estableciendo con precisión criterios discriminativos del trastorno que ayuden en la clarificación del mismo y en su diferenciación de otros problemas psiquiátricos o físicos (demencia, problemas de ansiedad, problemas psicóticos, etc.).

En los tipos de depresión según el estudio investigativo realizado a mujeres con hipotiroidismo de la E.P.S Emcosalud, se tiene que el Episodio Depresivo mayor, Trastorno Depresivo Mayor episodio único, Trastorno depresivo mayor recidivante, la Distimia y el episodio depresivo no especificado, en cada uno de estos cinco tipos depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían de acuerdo al momento en que inicio el diagnóstico y el consumo del medicamento para mejorar los niveles hormonales en su organismo.

El trastorno depresivo mayor episodio único fue en el que mayor representatividad arrojó en los resultados de las mujeres con hipotiroidismo ya que la enfermedad se asoció a síntomas emocionales, vegetativos y físicos y se puede ver reflejada en una enfermedad psiquiátrica por lo que la organización mundial de la salud (OMS), ha estimado que este estado depresivo se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020.

Los factores hormonales (hipotiroidismo) contribuyen a una tasa más alta de depresión en las mujeres en edades comprendidas entre 45 y 54 años. Sin embargo la tasa de suicidio en las mujeres con hipotiroidismo no es tan alta ya que solo se encontró que 2 mujeres han intentado un acto suicida con o sin un plan específico.

La relación entre la situación laboral de las mujeres con hipotiroidismo y el tiempo en que le diagnosticaron la enfermedad es directamente proporcional, ya que vale la pena recalcar que no son mutuamente excluyentes debido a que varias mujeres son estudiantes universitarias y son beneficiarias ya que son esposas de maestros afiliados a la E.P.S Emcosalud, indicando que a medida que avanza la enfermedad las mujeres han aprendido a convivir con dicha sintomatología, tanto así que les permite responder por sus actividades laborales.

Los episodios depresivos tienen una duración que superan las dos semanas consecutivas, lo cual es importante tenerlo en cuenta al momento de tratar medicamente este tipo de pacientes (mujeres).

Tanto en los Episodio depresivo mayor como en los Trastorno depresivo mayor episodio único las dosis de los medicamentos consumidos para combatir la enfermedad de tiroides (hipotiroidismo) en su mayoría no superan los 100 mcg, lo cual se considera una dosis normal. Lo mismo ocurre con la Distimia. Lo anterior demuestra que la gravedad del trastorno no necesariamente está relacionada con un mayor consumo en la dosis del medicamento.

En cuanto al Trastorno depresivo mayor episodio único, encontramos que son las mujeres con un tiempo de diagnóstico entre 3 a 5 años quienes más presentan este tipo de trastorno; lo mismo ocurre con la Distimia pero con menor diferencia respecto a los otros periodos de tiempo. Por su parte, el Trastorno depresivo mayor recidivante

presente en las mujeres con hipotiroidismo de Neiva ocurrió especialmente en mujeres con diagnósticos de la enfermedad de tiroides (hipotiroidismo) mayores a 6 años.

Las mujeres con un trastorno Distímico están en la capacidad de trabajar y por lo general de conducir sus vidas, pero suelen ser irritables y sentirse crónicamente descontentas con ellas mismas, así como tener dificultad para disfrutar las cosas y pensar que la vida no tiene mucho sentido.

Las mujeres con un trastorno depresivo no especificado no sobrepasaron las 10 de las 100 diagnosticadas con hipotiroidismo lo que nos indicó que no sobrepasó los 15 días de presentar algún síntoma de depresión que se pudiera catalogar en algún episodio depresivo.

Es de vital importancia reconocer que la mayoría de las mujeres que padecen de hipotiroidismo son tratadas por el servicio de medicina general y no por los servicios de Medicina Interna y Endocrinología, lo que hace pensar que muchas de estas mujeres no reconocen que tiene una depresión de base o subdiagnóstico generados por el hipotiroidismo y creen que la enfermedad les genera todas estas alteraciones y no reciben un buen tratamiento por el área de psicología y previniendo y detectando la naturaleza psicosocial de la misma.

## REFERENCIAS

- Acta Medica Colombiana, Vol. 24, N° 4, Pág 162, Año 1999
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Altshuler LL. Hendrich V., Cohen L.S. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, Año Cáp. 59: Pág. 29.
- American Thyroid Association Hypothyroidism: A booklet for patients and their families Booklet. Año (2003).
- Amézquita, M.; González, R.; Zuluaga, D. Prevalencia de la depresión en los estudiantes universitarios: una primera aproximación y algunas aportaciones metodológicas. Año (2003).
- Ansiedad y Depresión, Evidencias Genéticas, Sociedad Española de Ansiedad y Estrés, volumen 23, Numero 3, Marzo de 2004.
- Aparicio J., Rodríguez G., R. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia. Organización Mundial de la Salud del Censo General Años 2005 - 2007.
- Ardila E., Escobar D., Páez A. Consenso colombiano para el diagnóstico y manejo de las enfermedades tiroideas. Asociación Colombiana de Endocrinología. Santafé de Bogotá, Colombia. Año (1998).
- Bases Genéticas de la ansiedad y la tristeza. Recuperado de: <http://www.rtve.es/redes/>
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* Año (1979). Cáp 4: Pág.561-571.
- Campos, A. Método, plan y proyecto en la investigación social. Colección salud y sociedad. Citado por de canales, Francisca H. y otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: Noriega Editores. Año (1997).
- Canaris G.J., Manowitz N.R., Mayor G. The Colorado thyroid disease prevalence study. *Arch Intern Med.* Año (2000). Cáp 160: Pag.526-34. DANE (2007) " Censo General 2005"; Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia

- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5,3, 521-551
- Comité de Ética para la Investigación Científica, CEINCI, Guía para la elaboración de investigación con seres humanos, Capítulo 3, Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993.
- DANE (2007) " Censo General 2005"; Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia
- Delgado, María Consuelo. *Investiguemos*. Neiva/Huila. Año (1999). Pág. 259.
- De Arquer, M. (1995). *Fiabilidad Humana: métodos de cuantificación, juicio de expertos*. Centro Nacional de Condiciones
- Dr. Rozados LABORATORIO BIOQUÍMICO (General, Neuroquímicos, Neuroendocrinos) recuperado de [http://www.depresion.psicomag.com/laborat\\_bioq.php](http://www.depresion.psicomag.com/laborat_bioq.php)
- DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico, capítulo 5 trastornos del estado del ánimo, página 201, editorial manual moderno, año 2010.
- Efectos secundarios de la Levotiroxina Recuperado de <http://www.fibertel.es/2013/04/efectos-secundarios-de-la-levotiroxina.html>
- El medico interactivo, Diario electrónico de la sanidad. Recuperado de <http://www.medynet.com/el-medico>. N° 892, 10 de enero de 2003
- EL TIEMPO. (2013) ¡ojo a la tiroides!
- Escobar J., Escobar P., Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización, Universidad El Bosque, Colombia, Institución Universitaria Iberoamericana, Colombia, Avances en medición, capítulo 5, pág. 25- 34, año 2008
- Fardella C., Gloger S., Figueroa R., Santis R., Gajardo C., Salgado C. High prevalence of thyroid abnormalities in a Chilean psychiatric outpatient population *J Endocrinol Invest*. Año (1999).
- Federación Internacional de Tiroides (FET)
- Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depresión como un antecedente para las enfermedades del corazón entre las mujeres y los hombres

- en el estudio NHANES I. Nacional de Salud y Nutrición de Encuesta. Archivos de Medicina Interna, 2000; 160(9): 1261-8.
- Fisiopatología de la depresión Recuperado de <http://www.medynet.com/elmedico/aula/tema19/depresion3.htm>
- Goldberg D., Bridges K., Duncan-Jones P., et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. española.); Año (1989). 4 sec (2): Pág. 49-53.
- Harrison, et al. Principios de Medicina Interna. Decimosexta edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid 2005.
- Hernández, Roberto. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, Año (1998). Segunda edición.
- Jara Albarrán. Endocrinología. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. Año (1993).
- Juan Aparicio y Roberto Rodríguez González ,Organización Mundial de la Salud del año 2003
- Ley\_1090\_2006 Recuperado de <http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/.html>
- Madroño Freire. Hipotiroidismo subclínico. Guías clínicas. Año (2003) Cáp. 3.
- Marín M., Médica Endocrinóloga., Fascículo Asociación Colombiana de Endocrinología, año 2010
- Martínez G. D., Hawkins G. C. Federico. Servicio de endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Servicio de Endocrinología y Nutrición. Madrid España. Año (2008).
- Montón C., Pérez-Echevarría M.J., Campos R., et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico; Año (1993). Cáp.12: Pág. 345-349.
- Murray R. K., Daryl K. Granner, Victor W. Rodwell. Harper's Illustrated Biochemistry. Año (2010). 27th Edition.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 350, julio de 2011

- Papadimitriou G.N., Calabrese J.R., Dikeos D.G., Christodoulou G.N. Rapid cycling bipolar disorder: biology and pathogenesis. *Int J Neuropsychopharmacol.* Año (2005).
- Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico, 26 de Mayo de 2010
- Psicoendocrinología (s.f)
- Psychiatric Annal (2000)
- Revista Digital Universitaria Universidad Nacional Autónoma de México, 10 de Noviembre de 2005, Volumen 6, página 11
- Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Volumen 28, N° 2, Abril – Junio, año 2011
- Revista Psiquiátrica Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión, volumen 18, año 2008
- Revista Cubana de Endocrinología, Volumen 15, año 2004
- Richter P., Werner J., Bastine R. et al. Measuring treatment outcome by the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*; Año (1997). Cáp 30: Pág. 234-240.
- Robert K. Murray, Daryl K. Granner, Victor W. Rodwell Harper's Illustrated Biochemistry. 27th Edition.
- Rohan K.J., Lindsey K.T., Roecklein K.A., Lacy T.J. Cognitive-behavioral therapy, light therapy and their combination in treating seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*; Año (2004). Cáp 80: Pág. 273 - 283.
- Romaldini J. H., Sgarbi J.A., Farah C.S. Subclinical thyroiddisease: subclinical hypothyroidism and hyperthyroidism *Arq Bras Endocrinol Metabol.*; Año (2004). Cap. 48.
- Psicología. Psicopatología. Tratamientos psicológicos. Modelos teóricos. Condicionamiento clásico. Condicionamiento operante. Aprendizaje observacional. Principio de inhibición recíproca. Orígenes de la modificación de conducta.
- The European journal of psychiatry (edición en español), volumen 17, julio-septiembre 2003, Universidad de Zaragoza Facultad de Medicina departamento de Psiquiatría

Universidad Católica de Chile, centro de estudios investigativos sobre la Tiroides, año 2009

Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud. Misión del programa de Psicología

Vanderschueren Lodeweyckx, M. Díaz de Santos. Ranke M.B Pruebas de función tiroidea. En: Diagnóstico endocrinológico funcional en niños y adolescentes. Año (1993). pág. 43-69.

Valero M, Franco V, Chavez A, Montero Políticas sanitarias y situación actual del Bocio Endémico: El caso de Colombia, Rev. Fac. Med. 2012 Vol. 60 No. 4: 343-351

Zarate A., Basurto L., Saucedo R. Paradoja endocrinológica: los hombres necesitan estrógenos y las mujeres andrógenos. Ciencia; Año 2003; Pág 51:5-11.

## **ANEXOS**

## ANEXO A: Consentimiento informado

Yo \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_; declaro que tengo total y claro conocimiento acerca de los siguientes aspectos:

- Que he sido informado acerca del estudio de investigación que se está realizando en la Universidad Surcolombiana a través de la investigadora Myriam Lorena Caviedes Artunduaga del programa de Psicología, asesorado por la Mg. Gina Marcela Ordoñez
- Que he sido notificado con claridad y comprendo que los resultados que se deriven de esta investigación NO tienen valor legal ni recibiré algún beneficio de tipo económico por mi participación; que los mismos sólo contribuirán a enriquecer el conocimiento acerca de la Depresión en Mujeres con Hipotiroidismo de 19 a 54 años de la E.P.S Emcosalud de la Ciudad de Neiva.
- Que soy consciente de mi derecho a realizar cualquier pregunta relacionada con los procedimientos que se llevarán a cabo y de retirar mi participación y colaboración en cualquier momento que lo estime conveniente sin ninguna repercusión personal.

Por lo tanto, acepto voluntariamente la participación en esta importante investigación.

Firma: \_\_\_\_\_ CC. \_\_\_\_\_

Firma Investigador: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

## Anexo B: Lista de chequeo para los trastornos depresivos

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Edad:	
Nivel Educativo (último grado cursado y aprobado)	
Estrato Socioeconómico:	
Tiempo en que le diagnosticaron el hipotiroidismo (en meses):	
Consume medicamento para el hipotiroidismo: SI ___ NO ___ Cuál o cuáles: _____ Dosis: _____ ¿Ha variado la dosis? SI ___ NO ___	
Algún familiar padece la enfermedad - parentesco:	
Actualmente está laborando: SI ___ NO ___	
Tiene alguna otra enfermedad diagnosticada y que medicamento consume para esa enfermedad?	
ENFERMEDAD	TRATAMIENTO

## TEST DIAGNÓSTICO DE DEPRESION PARA MUJERES CON HIPOTIROIDISMO

ITEM	A continuación encontrara una serie de preguntas; responda de acuerdo a su criterio	2 - 14 DIAS	Las últimas 2 semanas	Durante 2 meses consecutivos en los últimos 2 años	OBSERVACIÓN
<b>I</b>	1. Se siente triste la mayor parte del día.				
	2. Expresa tener un estado de ánimo deprimido.				
<b>II</b>	3. Ha disminuido el placer o el interés por las actividades de la vida diaria.				
<b>III</b>	4. Ha cambiado su apetito de manera muy marcada (aumentado o disminuido)				
	5. Ha cambiado su peso corporal sin un nuevo régimen de alimentación (aumentado o disminuido).				
<b>IV</b>	6. No duerme lo suficiente.				
	7. Ha presentado excesos de sueño.				
<b>V</b>	8. Ha presentado enlentecimiento al responder alguna pregunta o acción solicitada.				
	9. Ha presentado agitación en alguna de sus actividades diarias.				
<b>VI</b>	10. Expresa falta de Energía o cansancio.				
<b>VII</b>	11. Siente que no vale nada.				
	12. Presenta sentimientos indebidos de culpabilidad.				
	13. Ha presentado ideas delirantes.				
<b>VIII</b>	14. Ha presentado disminución de la capacidad para concentrarse casi todo el día.				
	15. Ha presentado indecisión.				
<b>IX</b>	16. Ha presentado pensamientos repetidos acerca de la muerte.				
	17. Ha presentado ideación suicida con o sin un plan.				
	18. Ha tenido tentativa de suicidio				
	19. El episodio depresivo mayor se repitió. SI ___ NO ___				
	20. Hace cuanto se repitió el episodio (meses).				
	21. Cuanto duro el episodio.				

**Anexo C: Matriz de Correlación de la información de la aplicación de la encuesta. Este anexo se encuentra en la hoja de Excel anexo en archivo adjunto.**