

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**

DEPRESIÓN E HIPOTIROIDISMO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL



MÉDICA Y CIRUJANA SUSAN ANELI SANTA CRUZ RUÍZ

CHIQUIMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2019

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**

DEPRESIÓN E HIPOTIROIDISMO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Informe final de trabajo de graduación para la obtención del grado de Maestra en Artes en Neuroclínica y Salud Mental, con base en el Normativo para Elaboración de Trabajos de Graduación aprobado por Consejo Directivo en Punto Tercero del Acta 32-2008 de veintisiete de agosto de 2008.

MÉDICA Y CIRUJANA SUSAN ANELI SANTA CRUZ RUÍZ

CHIQUIMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2019

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA SALUD MENTAL**



RECTOR
M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Edwin Filiberto Coy Cordón
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairen
Representante de Graduados:	Ing. Evelin Dee Dee Sumalé Arenas
Representante de Estudiantes:	A.T. Estefany Rosibel Cerna Aceituno
Representante de Estudiantes:	P.C. Elder Alberto Masters Cerritos
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso

**COORDINADOR DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD
MENTAL**

Ph.D. Rory René Vides Alonzo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

REF.DEPG-RRVA-11-2018
Chiquimula, 30 de octubre de 2018

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Director del Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente
Su despacho

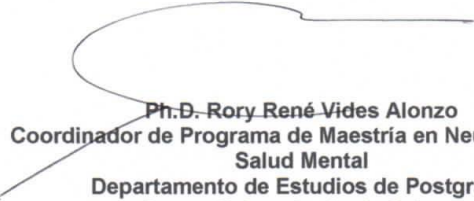
Maestro Díaz Moscoso:

En cumplimiento de lo normado en los Programas de Maestría en Artes de esta Unidad Académica, procedí a darle acompañamiento a la maestrante Médico y Cirujana **Susan Aneli Santa Cruz Ruíz**, registro académico **9113078**, **CUI: 2191 93568 0101**, para la elaboración de su trabajo de graduación, previo a obtener el grado académico de **Maestra en Artes en Neuroclínica y Salud y Mental**, para lo cual, le informo que he revisado el informe final de monografía intitulado: **“DEPRESIÓN E HIPOTIROIDISMO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL”**. Dicho documento, a mi juicio reúne satisfactoriamente los requisitos establecidos en el normativo vigente.

Por lo anteriormente expuesto, considero que la maestrante Santa Cruz Ruíz, puede proceder con su trámite para graduación profesional como Maestra en Artes.

Sin otro particular, me suscribo como su deferente servidor,

“Id y Enseñad a Todos”


Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Coordinador de Programa de Maestría en Neuroclínica y
Salud Mental
Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente





**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

REF.DEPG-MA-13-2019
Chiquimula, 20 de febrero de 2019

Ingeniero Agrónomo
Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente
Su despacho

Respetable Ingeniero Coy Cordón:

En cumplimiento de lo normado en los Programas de Maestría en Artes de esta Unidad Académica, procedí a realizar la revisión del informe final de trabajo de graduación de la maestrante Médico y Cirujana **Susan Aneli San Cruz Ruiz**, registro académico **9113078**, intitulado: **"DEPRESIÓN E HIPOTIROIDISMO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL"**, el cual cuenta con la aprobación de la coordinación del programa de Maestría en Neuroclínica y Salud Mental, dicho documento, a mi juicio reúne satisfactoriamente los requisitos establecidos en el normativo vigente.

Por lo anteriormente expuesto, considero que la maestrante Santa Cruz Ruiz, puede proceder con su trámite para obtener la orden de impresión y continuar con su trámite para su graduación profesional como Maestra en Artes.

Sin otro particular, me suscribo como su deferente servidor,

"Id y Enseñad a Todos"

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente



D-TG-MNySM-155-2019

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Informe Final de Trabajo de Graduación de la maestrante **SUSAN ANELI SANTA CRUZ RUÍZ** titulado “**DEPRESIÓN E HIPOTIROIDISMO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL**”, trabajo que cuenta con el aval de su Asesor y Coordinador del departamento de Estudios de Postgrados de esta Unidad Académica. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Informe Final de Trabajo de Graduación** a Nivel de Postgrado, previo a obtener el título de **MAESTRA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, a veintitrés de octubre de dos mil diecinueve.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
DIRECTOR
CUNORI – USAC

c.c. Archivo

EFCC/ars

Depresión e hipotiroidismo en mujeres en edad fértil

RESUMEN

El perfecto funcionamiento del organismo en el ser humano lleva a tenerlo con salud, pero el deterioro en funcionamiento de algunos de sus sistemas u órganos lo lleva a la enfermedad. Tal es el caso, de glándula tiroidea que pareciendo la forma de una mariposa en el cuello puede provocar problemas endocrinológicos y mentales llevando a una gran inestabilidad en las diferentes funciones del organismo en el ser humano.

El Hipotiroidismo, que se da por enfermedad a nivel de la glándula tiroidea es una patología propia de las mujeres en las edades comprendidas entre los 40 a 50 años; en la mayoría de ocasiones provocado por enfermedades autoinmunes y por las modificaciones fisiológicas del sistema endocrino, siendo más vulnerables en ciertas etapas de la vida, como sería la pubertad, el embarazo, los primeros seis meses después de dar a luz, el climaterio, la depresión. Con el Hipotiroidismo se pueden dar otras comorbilidades como lo es la depresión conllevando está a presentar similitud de signos y síntomas semejantes a él. Por lo cual, es de suma ayuda hacer análisis de laboratorio para saber los niveles de hormona TSH y hormonas T3 y T4 para poder diagnosticar con mayor confianza si se padece de Hipotiroidismo o Depresión.

En la actualidad no se tiene información reciente con respecto a la epidemiología de depresión e hipotiroidismo, ya que los estudios no son al respecto, al igual los que se tienen por lo general tienen no menos de ocho años de haberse realizado, por lo cual, es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Resumen	i
Introducción	1
Objetivos	2
Justificación	3

CAPÍTULO I HIPOTIROIDISMO

1.1	Conceptos y definiciones	4
1.1.1	tiroides	4
1.1.2	Fisiología	4
1.1.3	Hipotiroidismo	4

CAPÍTULO II DEPRESIÓN

2.1	Conceptos y definiciones	6
2.1.1	Depresión	6
2.1.2	Depresión exógena	6
2.1.3	Depresión endógena	6
2.1.4	Causas de la depresión	7
2.1.5	Síntomas depresión	7
2.1.6	Tratamiento	10
2.1.7	La CIE-10 (10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades)	11
2.1.8	Criterios clínicos de la depresión según el DSM-V.	12
2.1.8.1	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	12
2.1.8.2	Trastorno depresivo debido a otra afección médica	14

CAPÍTULO III MUJER EN EDAD FÉRTIL

3.1	Definición y concepto	16
-----	-----------------------	----

3.1.1	Mujer	16
3.1.2	Edad fértil	16

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS

4.1	Análisis sobre depresión e hipotiroidismo en mujeres en edad fértil	17
-----	---	----

	CONCLUSIONES	20
--	---------------------	----

	RECOMENDACIONES	21
--	------------------------	----

	BIBLIOGRAFÍA	22
--	---------------------	----

	APÉNDICE	25
--	-----------------	----

INTRODUCCIÓN

El problema endocrinológico de hipotiroidismo relacionado con la ansiedad y depresión es común, en la sociedad latinoamericana y seguramente nacional; sin embargo, muy pocas veces se diagnostica, llevando esto a un mal manejo de problemas de la depresión y el problema de hipotiroidismo.

El problema de hipotiroidismo se manifiesta con una sintomatología relacionada con párpados edematosos, dolores articulares, alteraciones de sueño, cansancio, depresión, desordenes menstruales, problemas en cabello, uñas y piel, intolerancia al frío, aumento de peso y disminución de apetito, enlentecimiento intelectual, niveles elevados de colesterol, estreñimiento.

Con respecto a la depresión, específicamente en el hipotiroidismo puede desarrollar fatiga o pérdida de energía, irritabilidad, aumento de peso, pérdida de apetito, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, enlentecimiento intelectual, insomnio o hipersomnia, disminución en la capacidad de concentración, pensamiento de muerte, ideación suicida, cansancio, pérdida de interés sexual, retraimiento social, cefalea, problemas digestivos, ansiedad, tristeza, estado de ánimo irritable.

En relación al hipotiroidismo, es común encontrar aspectos de depresión tales como aumento de peso, pérdida de apetito, fatiga o pérdida de energía, insomnio o hipersomnia, cansancio, enlentecimiento intelectual

Estos datos se explican epidemiológicamente, pero en la clínica es difícil investigarlos por falta información actualizada en relación tiroides depresión.

Por lo anterior, se puede concluir la importancia de profundizar en este tema, por medio del presente trabajo monográfico el cual está dividido en cuatro capítulos, en los cuales el primero define en qué consiste el hipertiroidismo y sus características fisiológicas. En el segundo define lo relativo a la depresión, sus síntomas y causas. El capítulo tres, consiste en la definición sobre qué es una mujer en edad fértil y en el capítulo cuatro, se hace un análisis personal sobre la depresión y el hipotiroidismo en mujeres en edad fértil.

OBJETIVOS

GENERAL

Describir la relación entre la depresión e hipotiroidismo en mujeres de edad fértil.

ESPECÍFICOS

- Definir la epidemiología de la depresión e hipotiroidismo en mujeres en edad fértil.
- Identificar los signos y síntomas más comunes de depresión que presentan las mujeres en edad fértil.
- Identificar los signos y síntomas más comunes de hipotiroidismo que presentan las mujeres en edad fértil.
- Conocer los signos y síntomas de las mujeres en edad fértil con hipotiroidismo que presenten depresión.

JUSTIFICACIÓN

La relación de depresión con hipotiroidismo es un problema social y de familia difícil de identificar de primera intención y regularmente se presenta con signos y síntomas que pueden confundir con otras comorbilidades, incrementar las ya conocidas, en las actividades diarias y emocionales del paciente.

El problema puede acrecentarse principalmente si no se diagnostica a tiempo, creando con ello la confusión con otras enfermedades como la diabetes, cambios anímicos, metabólicos y de comportamiento.

Al confundirse con otras comorbilidades, este problema puede llevar a extremos en el hacer de la vida cotidiana del individuo, incluyendo estados satisfactorios de conducta y surgimiento de nuevas enfermedades.

Las personas más expuestas a este problema, son las mujeres, debido a que, en los hombres, el problema se presenta con menos frecuencia. Sin embargo, en el caso de las mujeres es común; sobre todo, en aquellas que poseen rasgos genéticos del problema.

Es indispensable para todo ser humano contar con una vida saludable, es decir, sin ninguna enfermedad física, mental y emocional, para desenvolverse en su diario vivir, por lo tanto, es importante, conocer los signos y síntomas que se pueden presentar en mujeres en edad fértil, que padezcan de hipotiroidismo y depresión para su oportuno y pronto tratamiento.

CAPÍTULO I

HIPOTIROIDISMO

1.1 Hipotiroidismo conceptos y definiciones

1.1.1 Tiroides

“Es una glándula endocrina, impar y simétrica, situada en la parte anterior del conducto laringotraqueal” (Quiróz, 2010).

En otras palabras, la glándula tiroides, tiene forma que asemeja una mariposa con lóbulo derecho e izquierdo unida por un istmo localizado debajo del cartílago tiroideo en la parte delantera del cuello (Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos, 2018).

1.1.2 Fisiología

La glándula, se desarrolla embrionariamente entre la tercera y quinta semana de embarazo, tiene a su cargo la producción de hormonas que funcionan equilibrando el crecimiento y grado de funcionalidad de sistemas del cuerpo, síntesis de proteínas que ayudan en los periodos de crecimiento y organogénesis del sistema nervioso central, metabolismo de hidratos de carbono y lípidos al igual con la homeostasis del calcio siendo estas: tiroxina (T4), (T4) inversa , triyodotironina (T3) y calcitonina. La glándula tiroidea, es controlada por el hipotálamo ya que produce a la hormona THR que actúa sobre la hipófisis que da origen a la hormona TSH que induce a la tiroides a secretar sus hormonas al torrente sanguíneo ya mencionada (La Gaceta, 2011).

La enfermedad de la tiroides puede causar enfermedad como: hipertiroidismo, tiroiditis, tiroiditis post parto, bocio, nódulos tiroideos, hipotiroidismo, cáncer de tiroides (La Gaceta, 2011).

1.1.3 Hipotiroidismo

Esta enfermedad se desarrolla por la elevación de la hormona TSH y descenso de la hormona tiroxina (T4) y hormona triyodotironina (T3) normal. Puede ser debida a

enfermedad autoinmune, tratamiento para hipertiroidismo, cirugía de tiroides, radioterapia, medicamentos, enfermedad congénita, Trastorno de la glándula hipófisis, embarazo, deficiencia de yodo. Los factores de riesgo pueden ser mujeres mayores de 60 años, tener enfermedades autoinmunes como Artritis Reumatoide, Lupus, Enfermedad inflamatoria crónica, tener antecedentes de familia con enfermedad tiroidea, recibir tratamiento con yodo radioactivo, medicamentos antitiroideos, radiación en cuello o parte superior de pecho, cirugía tiroides, embarazo o haber dado a luz en los últimos seis meses; pudiendo variar sus síntomas y signos en forma gradual; siendo: fatiga, estreñimiento, aumento de peso, mayor sensibilidad al frío, piel seca, rostro hinchado, ronquera, debilidad muscular, nivel alto de colesterol en sangre, períodos menstruales irregulares o más abundante que lo habitual, depresión, debilitamiento del cabello, razonamiento más lento, alteración de la memoria. Al no tratar el hipotiroidismo puede haber complicaciones como bocio, mixedema, problemas de corazón, problemas mentales, infertilidad, neuropatía periférica, defectos congénitos e infertilidad. El tratamiento consiste en tomar todos los días la hormona tiroidea sintética T4 levotiroxina, siendo ésta, el mejor tratamiento ya que funciona de la misma manera, que la propia hormona tiroidea (Mayo Clinic, 2017).

El hipotiroidismo, es un tema ampliamente revisado y estudiado en la literatura por diferentes investigaciones, las cuales refieren que pueden surgir trastornos de la salud especialmente en el sexo femenino siendo las más susceptibles a las modificaciones fisiológicas del sistema endocrino, al igual siéndose más vulnerable durante la pubertad, la primera menstruación, en el embarazo, en los primeros seis meses después de dar a luz, en el climaterio o si se está deprimida. La edad de la aparición de éste es a partir de 40 años siendo más frecuente éste por etiología autoinmune (Mayo Clinic, 2017).

Los trastornos de tiroides afectan a nivel mundial a más de 200 millones de personas, donde por cada hombre hay 20 mujeres, que presentan problemas de tiroides, la prevalencia a nivel mundial es 4 a 5 veces más en mujeres siendo un 8-10% de las mujeres, a partir de los 40 años y de 12% en mujeres mayores de 50 años, se puede deber a variaciones fisiológicas y hormonales en las diferentes etapas de la vida, presentándose en una mayor propensión en la menopausia (Mayo Clinic, 2017).

CAPÍTULO II

DEPRESIÓN

2.1 Conceptos y definiciones

2.1.1 Depresión

Es un Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La persona con depresión, se siente derribada, experimentando un malestar interior, dificultando sus interacciones con el entorno en que se desenvuelve. Esto puede ocasionar que la persona puede tener impedimento para realizar las actividades de su vida cotidiana, durante un tiempo prolongado e incluso llevarla hasta la muerte, si no se trata a tiempo (Hernández, García y Durán, 2018).

Para una mejor comprensión de las diferentes formas de presentación de la depresión se le puede diferenciar en dos apartados distintos, según su origen: depresión exógena o reactiva, y la depresión endógena o biológica (Hernández, García & Durán, 2018).

2.1.2 Depresión exógena

El individuo presenta una respuesta anormal en intensidad o duración a un trauma externo o evento estresante, llamándola también depresión neurótica. Siendo su duración de corto plazo (Manning, 2017).

2.1.3 Depresión endógena

Suele deberse por alteración de factores internos o psicobiológicos; ya que se da un cambio bioquímico estructural cerebral, puede llamarse depresión psicótica, suele presentarse una marcada tristeza, desesperanza apatía (López, 2017).

2.1.4 Causas de la depresión

Aún cuando no existen factores etiológicos específicos, en ningún tipo de depresión, con fines didácticos consideraré las causas (...) genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales. Así mismo, establece una división a los depresivos en tres tipos: psicóticos, neuróticos y simples (Hernández, García & Durán, 2018).

- **Causas Genéticas:** la presencia de antecedentes de depresión en (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión. En diversos estudios se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro. Este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos (Hernández, García & Durán, 2018).
- **Causas Psicológicas:** suelen estar más presentes en depresión neurótica ya que los factores emocionales que se dan desde los primeros años de vida determinan los rasgos de personalidad no heredados sino por su estrecha interrelación y dependencia respecto de los miembros familiares (Hernández, García & Durán, 2018).
- **Causas Ecológicas:** en estos últimos siglos, la humanidad ha alcanzado un grado de desarrollo científico y tecnológico proporcionándole al hombre gran satisfacción y a igual consecuencias negativas, desde aumento acelerado de la población hasta severa contaminación ambiental y desequilibrio ecológico (Díaz et al., 2006).
- **Causas Sociales:** se han perdidos lazos de unión para desarrollo y supervivencia del ser humano donde sus sistemas de apoyo social como la familia, la comunidad de vecinos y la iglesia no se da; ya que por la independización de los jóvenes cuando los medios económicos se los permite se da el debilitamiento de lazos familiares, sin esperar ninguna ayuda espiritual o divina y por ende no relaciones de afecto y apoyo entre los vecinos por la vida agitada existente (Díaz et al., 2006).

2.1.5 Síntomas de la depresión

“Ningún síntoma garantiza el diagnóstico por sí solo. Algunas personas depresivas experimentan muy pocos síntomas, otras en cambio presentan un amplio número de síntomas. La

gravedad de los síntomas también varía mucho de unos pacientes a otros. Además, en la actualidad no existe ninguna técnica diagnóstica útil para realizar este diagnóstico. Ni las técnicas de neuroimagen (escáner, resonancia, radiografía), ni el electroencefalograma, ni los análisis de sangre, permiten detectar ninguna anomalía característica de los trastornos depresivos” (Trastorno límite de la personalidad (TLP), 2018). Dentro de los síntomas, que comúnmente presentan los pacientes depresivos se pueden mencionar:

a) Síntomas afectivos

- **Tristeza:** es uno de los fundamentales, pudiéndose presentar como abatimiento y deseo de llorar, el abatimiento durante el día variará y el individuo puede estar alegre y reír, o llega a desaparecer la alegría. El abatimiento suele ser más por la mañana, al igual los pacientes lloran sin saber la causa y les puede dar alivio; pero llega el momento en que ya no pueden ni llorar (Trastorno límite de la personalidad (TLP), 2018).
- **Ansiedad:** es un continuo estado de intranquilidad, debido a que el individuo está en tensión continua e irritabilidad constante, siendo los familiares y personas cercanas, los más afectados.
- **Pérdida de interés:** las personas con depresión, pierden el interés por las actividades cotidianas, abandonan sus amistades, suelen encerrarse en casa, no tienen interés de hablar con nadie y llegan a vivir en soledad, todo les molesta afectando el cumplimiento de sus obligaciones y presentan descuido de su aseo personal, alimentación y cuidados propios en general (Trastorno límite de la personalidad (TLP), 2018).
- **Sentimiento de culpabilidad:** el deprimido tiende a culparse de todo creyendo que los fallos a su alrededor son provocados por él.
- **Estado de agitación o de inhibición:** los individuos deprimidos, no pueden estar sentados o descansando, necesitan moverse, suelen tirarse del cabello, pueden tener

en repetidas ocasiones cambios de humor, llanto incontrolable, vergüenza, entre otros (Aranday, 2010).

- b) **Síntomas Motivacionales:** pérdida de motivación y dependencia de los demás, falta de seguridad (Solana, 2014).
- c) **Síntomas Cognitivos:** indecisión, presencia de delirios, percibir los problemas como abrumadores pensamientos absolutista del todo o nada, problemas de memoria y dificultad para concentrarse (Solana, 2014).
- d) **Síntomas Conductuales.** experiencia, espacio-temporal, pasividad, evitación e inercia, problemas de habilidades sociales, apatía generalizada, falta de habilidad para evitar contingencias sociales aversiva (García, 2013).
- e) **Síntomas Fisiológicos:** Solana (2014), indica que, para muchas personas, la depresión causa síntomas físicos sin explicación, como dolores de espalda o de cabeza. Esta clase de dolor puede ser el primer síntoma de depresión, o el único, sin embargo, existen otros dentro de los cuales son los siguientes:
 - **Alteraciones del sueño:** las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. Entre los problemas se influyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana, insomnio; el deprimido duerme poco tiempo y mal, hipersomnia, es decir, duermen mucho tiempo; parecería como si quisiera huir de la vida exterior real y se refugiarán en sí mismos, durmiendo (Fundación Carlos Slim, 2019).
 - **Pérdida del apetito:** es muy frecuente que las personas deprimidas pierdan el apetito, a veces, una depresión comienza con este síntoma. En más del 50% de los casos de depresión hay disminución o pérdida del apetito, de modo que puede ser laborioso convencerles para que coman lo indispensable, tienen pérdida del sabor,

no apetecen las comidas, su parte placentera desaparece, pero siguen comiendo normalmente. En algunas ocasiones, sobre todo cuando la ansiedad es importante, el individuo puede comer más, tratando de buscar cierto alivio en la comida de un modo compulsivo, naturalmente ganarán de peso (Fundación Carlos Slim, 2019).

- **Disminución del deseo sexual:** tanto los hombres como las mujeres disminuyen el deseo sexual o incluso desaparece por completo. A veces, el hombre quizá conserve algo el deseo sexual, pero pierde su capacidad sexual, padeciendo de disfunción eréctil. La mujer, suele rechazar todo contacto sexual. La recuperación se hace lentamente. Esta lentitud hace posible que otros mecanismos interfieran en las relaciones sexuales, presentándose el peligro de una impotencia o frigidez para siempre (Fundación Carlos Slim, 2019).
- **Otros síntomas orgánicos:** la sintomatología orgánica puede ser variada, puede presentarse de diferentes formas como los son: cefaleas, dolores múltiples. Los trastornos neurovegetativos y equivalentes depresivos se aparecen, como las náuseas, vómitos, sequedad de la boca, algias gástricas, hiperclorhidria, estreñimiento, descenso del metabolismo basal, bradicardia, taquicardia, hipertensión, vértigo, acaticia, prurito, trastorno del gusto, sofocos, frialdad, hormigueo (Daniel, 2016).

2.1.6 Tratamiento

“Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas del cerebro que se producen naturalmente y se llaman neurotransmisores, especialmente la serotonina y norepinefrina, otros trabajan en la neurotransmisora dopamina” (Instituto Nacional de Salud Mental, 2011, pág.12).

“Los tipos de antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la receptación de serotonina o ISRS e incluyen: Fluoxetina (Prozac) Citalopram (Celexa) Sertralina (Zoloft) Paroxetina (Paxil) Escitalopram (Lexapro) Fluvoxamina (Luvox)” (Instituto Nacional de Salud Mental, 2011, pág.12).

Los inhibidores de la receptación de serotonina y norepinefrina o IRSN son similares a los ISRS e incluyen Venlafaxina (Effexor) Duloxetina (Cymbalta) (Instituto Nacional de Salud Mental, 2011, pág.12).

Además, existe “Terapia cognitiva conductual, la cual afirma que en los trastornos emocionales surgen de los pensamientos irracionales. Si se analizan los pensamientos que están detrás de un comportamiento y se le hace lógico y racional, el problema psicológico se solucionará. Existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean” (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2011. Pág. 12).

2.1.7 La CIE-10 (10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades)

Establece que un episodio depresivo se diagnostica a través de los siguientes parámetros (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2011):

- Estado de ánimo depresivo, de duración no inferior a dos semanas.
- Situación no atribuible al empleo de sustancias psicoactivas o a la presencia de algún trastorno mental orgánico.
- Presencia de síndrome somático, en otras clasificaciones se denominan “síntomas melancólicos” o “síntomas endogenomorfos”.
- Disminución o desaparición del interés y la capacidad de disfrute por las cosas que anteriormente resultaban placenteras.
- Ausencia de respuestas emocionales ante eventos que, generalmente, suelen desencadenar reacciones.
- Alteraciones del sueño; consiste en la frecuente incapacidad de conciliar el sueño (insomnio de conciliación), la de mantenerlo durante más de dos horas consecutivas (insomnio de mantenimiento), o despertarse al menos dos horas antes de la hora prevista.
- Empeoramiento progresivo durante el día del humor depresivo.

- Aparición de lentitud en las funciones motoras o agitación.
- Disminución marcada del apetito.
- Disminución del peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso marcado del apetito) de al menos un 5% en el último mes evaluado.
- Disminución marcada o ausencia de apetito sexual.
- Pérdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo, también consiste en que las personas depresivas presentan un sentimiento de inferioridad no justificado prolongado en el tiempo.
- Autoreproches constantes y desproporcionados con sentimiento de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas.
- Disminución de la capacidad de concentración y pensamiento, suele acompañarse de falta de decisión.

2.1.8 Criterios Clínicos de la depresión según el DSM-V.

“Actualmente el DSM-V distingue ocho cuadros clínicos depresivos que se organizan y definen en función de su intensidad, gravedad y duración, entre estos cuadros clínicos, la depresión mayor se ha convertido en el más reconocido de los trastornos depresivos, siendo el marco de referencia común para un diagnóstico diferencial, caracterizándose por la presencia de un estado de ánimo disfórico de una intensidad que supera las emociones de tristeza ocasionales de la vida diaria, además de una pérdida de interés o placer por actividades de la vida cotidiana, pérdida significativa de peso, alteraciones en los patrones de sueño y otros síntomas somáticos, todo esto durante la mayor parte del tiempo en un periodo de dos semanas (Chinchilla, 2008)”. Para la presente investigación tomaremos en cuenta dos cuadros clínicos de depresión, los cuales son presentados por los pacientes con hipotiroidismo.

2.1.8. 1 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Este trastorno se caracteriza por:

- Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (rabietas verbales) y/o con el comportamiento (por ejemplo: agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- Los accesos de cólera, no concuerdan con el grado de desarrollo.
- Los accesos de cólera se producen, en término medio tres o más veces por semana.
- El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días y es observable por parte de otras personas.
- Los Criterios A-D, han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un periodo que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.
- Los criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves en al menos uno de ellos.
- El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años. H. Por la historia o la observación, los criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
- Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración.
- Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del espectro del autismo, trastorno de estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).
Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maniaco o hipomaniaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado del ánimo.
- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica (American Psychiatric Association, 2016).

2.8.1.2 Trastorno depresivo debido a otra afección médica, criterio diagnóstico:

Este trastorno se caracteriza por:

- Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (American Psychiatric Association, 2016).

Para distinguir entre un cuadro clínico y otro, se realiza por medio de la nota de codificación: el código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es 293.83, que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador;

Especificar si:

- (F06.31) con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.
- (F06.32) con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.
- (F06.34) con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía, pero no predominan en el cuadro clínico (American Psychiatric Association, 2016).

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (por ejemplo 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas) (American Psychiatric Association, 2016).

Características diagnósticas: El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todos o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico A y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica (Criterio B). Para determinar si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de una afección médica general. Además, el clínico debe establecer que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico. Se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico. Aunque no hay guías clínicas infalibles para determinar si hay relación entre la alteración del ánimo y la afección médica etiológica, algunas consideraciones sirven de guía en esta área (American Psychiatric Association, 2011).

CAPÍTULO III

MUJER EN EDAD FÉRTIL

3.1 Definición y concepto

3.1.1 Mujer

Del latín mulier, persona del sexo femenino (...) ya ha llegado a la pubertad o a la edad adulta. Por lo tanto, la niña se convierte en mujer, según los parámetros culturales, a partir de su primera menstruación (Definición ABC, 2018).

Aspecto biológico, una mujer es el ser humano que, producto de la fertilización del óvulo por parte de la célula espermatozoide, porta los cromosomas XX. Aspecto anatómico, la mujer contará con un sistema reproductivo constituido por los siguientes órganos sexuales: ovarios (productores de hormonas femeninas y fuente de los óvulos), trompas de Falopio (destinadas a la conducción del óvulo y del embrión), útero (órgano de la implantación habitual del embrión), vagina, vulva y senos. La función de estos órganos es tanto reproductora como maternal y se encuentra coordinada en forma específica por componentes endocrinos (hormonales), neurológicos (sistema nervioso central, especialmente a nivel del hipotálamo) y conductuales (Definición ABC, 2018).

3.1.2 Edad fértil

Edad de una mujer situada entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 50 años (según cada mujer) (Invitro TV, 2018).

A esta edad también es conocida como edad reproductiva ya que es el período de tiempo durante el cual se puede concebir hijos (Invitro TV, 2018).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS

4.1 Análisis sobre Depresión e Hipotiroidismo en mujeres en edad fértil

Por la revisión de diferente literatura científica sobre el hipotiroidismo, en las mujeres en edad fértil, los síntomas que se presentan con mayor frecuencia suelen ser párpados edematosos, dolores articulares, alteraciones de sueño, cansancio, depresión, desordenes menstruales, problemas en cabello, uñas y piel, intolerancia al frío, aumento de peso y disminución de apetito, enlentecimiento intelectual, niveles elevados de colesterol, estreñimiento. Se debe de tener en consideración que solo los síntomas presentes no son diagnósticos de esta enfermedad ya que se debe de tener alteración a nivel de las hormonas tiroideas.

De conformidad a la literatura científica consultada, en las mujeres en edad fértil con hipotiroidismo, los signos y síntomas más comunes de depresión suelen ser: fatiga o pérdida de energía, irritabilidad, aumento de peso, pérdida de apetito, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, enlentecimiento intelectual, insomnio o hipersomnia, disminución en la capacidad de concentración, pensamiento de muerte, ideación suicida, cansancio, pérdida de interés sexual, retraimiento social, cefalea, problemas digestivos, ansiedad, tristeza, estado de ánimo irritable.

En la actualidad, no se tiene información reciente con respecto a la epidemiología de Depresión e Hipotiroidismo, ya que los estudios no son al respecto a la unión de dichas comorbilidades, al igual los que se tienen por lo general, tienen no menos de ocho años de haberse realizado tanto a nivel nacional y extranjero.

Un factor que puede contribuir, a mejorar la salud mental de las personas, sobre todo las mujeres en edad fértil, son los programas de prevención motivacionales. Uno de estos programas podría ser, el promover un modelo de pensamiento positivo, entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta, pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Esto contribuirá a que en un futuro existan adultos, con una excelente salud mental; así como también los programas de ejercicio para las personas mayores, también, pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

Existen tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales pueden ofrecer tratamientos psicológicos, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los profesionales cuando receten algún medicamento, deben tener presente los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran: los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo. Así mismo, todos los seres humanos deben de invertir en su salud mental, creando espacios de sano entretenimiento y de convivencia familiar.

En concreto, la vía por la que una persona que padece de depresión podría salir de ella, tendría que ser un tratamiento que combinase fármacos y psicoterapia, previa revisión médica para descartar que la misma, es por problemas de origen físico.

CONCLUSIONES

Las mujeres en edad fértil con problemas hipotiroidismo, poseen riesgo potencial de sufrir trastornos depresivos, este hecho, es importante tenerlo en cuenta, en lo referente al diagnóstico y al tratamiento, debido a que permitirá prevenir un posible riesgo de padecer un cuadro clínico crónico de depresión.

Dentro de los signos y síntomas del hipotiroidismo están, párpados edematosos, dolores articulares, alteraciones de sueño, cansancio, depresión, desórdenes menstruales, problemas en cabello, uñas y piel, intolerancia al frío, aumento de peso y disminución de apetito, enlentecimiento intelectual, niveles elevados de colesterol, estreñimiento, entre otros.

Los signos de la depresión en pacientes con hipotiroidismo son, fatiga o pérdida de energía, irritabilidad, aumento de peso, pérdida de apetito, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, enlentecimiento intelectual, insomnio o hipersomnia, disminución en la capacidad de concentración, pensamiento de muerte, ideación suicida, cansancio, pérdida de interés sexual, retraimiento social, cefalea, problemas digestivos, ansiedad, tristeza, estado de ánimo irritable.

Los síntomas de ambas patologías son similares, por tal motivo, a veces el diagnóstico no es correcto y solo se da tratamiento para hipotiroidismo, lo que ocasiona que la depresión se vuelva crónica.

Para emitir diagnóstico y tratamiento farmacológico correcto, sobre la depresión, en mujeres en edad fértil con hipotiroidismo, se debe tomar en cuenta, si existen signos de aumento de peso, pérdida de apetito, fatiga o pérdida de energía, insomnio o hipersomnia, cansancio y enlentecimiento intelectual.

La depresión en mujeres en edad fértil con hipotiroidismo, se ha convertido en una epidemia, actualmente no existen estudios que determinen la relación entre Depresión e Hipotiroidismo, ni

definen estado civil, procedencia, residencia, sin embargo, si se establece, que el rango de edad está entre los 40 a 55 años en mujeres.

RECOMENDACIONES

A las mujeres, por la similitud de síntomas y signos que presentan las patologías Depresión e Hipotiroidismo, se debe de hacer uso de análisis de laboratorio, sobre los niveles de las hormonas tiroideas TSH, T3, T4, debido a que puede haber una sobre posición de síntomas de ambas patologías, llevando a un diagnóstico erróneo y a un mal y dañino tratamiento hacia el paciente.

A las mujeres en edad fértil, realizarse pruebas hormonales de rutina, en las instituciones de atención médica en Salud Pública.

Al Ministerio de Salud Pública, implementar talleres de capacitación a personal de salud, sobre la forma correcta de diagnosticar el hipotiroidismo y la depresión.

Al médico tratante, explicar el problema al paciente y al grupo familiar, para que el paciente tenga un apoyo íntegro en la solución o control de problema.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2011). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª. Edición). México: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association. (2016). *El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª. edición). Recuperado de: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf

American Thyroid Association. (2017). *Hipotiroidismo*. Recuperado de <https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/hipotiroidismo.pdf>

Aranday Cortés, F. (2010). *Síntomas afectivos en la depresión y ansiedad*. México: En Almaciga. Recuperado de <http://arandaymd.blogspot.com/2010/11/sintomas-afectivos-en-la-depresion-y-la.html>.

Chinchilla, M. A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Daniel. (2016). 9 Síntomas físicos de la depresión que te pueden hundir aún más. *En Recursos de autoayuda*. Recuperado de <https://www.recursosdeautoayuda.com/sintomas-fisicos-de-la-depresion/>

Definición ABC. (2018). *Diccionario en línea*. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/general/mujer.php>

Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos. (2018). *Enfermedad de la tiroides*. Recuperado de <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/thyroid-disease>.

Díaz, L.J., Lio-Coo, V.T., Zerquera, E.U., Moreno Puebla, R., Font Darías, I., Cardona Monteagudo, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana Médica*

Militar, 35(3). Recuperado de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm.

Fundación Carlos Slim, F. (2019). *Depresión y cómo propicia la falta de apetito*. Recuperado de:
<https://www.clikisalud.net/depresion-y-como-propicia-la-falta-de-apetito>.

García Higuera, JA. (2013). Tratamientos de la depresión. *En Psicoterapeutas.com*. Recuperado de http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/depresion/tratamientos_depresion.html.

Hernández Benítez, CT; García-Rodríguez, A.; Durán-González, J. (2018). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 52 (5):574-579. Recuperado de <https://www.siicsalud.com/dato/resiicompleto.php/145719>.

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión. Estados Unidos de Norte América*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>.

Invitro TV. (2018). *Edad fértil*. Recuperado de <https://www.invitroTV.com/diccionario/edad-fertil/>.

Instituto Nacional de Salud Mental. (2011). *Descubriendo la Esperanza*. Recuperado de http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/women-depression_sp_ln_08.10.2011.pdf

La Gaceta (2011). *¿Qué son y qué función cumplen las tiroides?* Recuperado de <https://www.lagaceta.com.ar/nota/471383/politica/que-son-funcion-cumplen-tiroides.html>.

López de Luis, C. (2017). *La depresión endógena no necesita motivos para la tristeza. En La mente es maravillosa*. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-depresion-endogena-no-necesita-motivos-la-tristeza/>.

Manning, P. (2017). *¿Qué es la depresión exógena?* Recuperado de https://muyfitness.com/que-es-la-depresion-exogena_13099446/.

Mayo Clinic. (2017). Hipertiroidismo (Tiroides hipoactiva). *Foundation for Medical Education and Research*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hypothyroidism/symptoms-causes/syc-2035028>.

Organización Mundial de la Salud (2018). Temas de salud. *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.

Quiróz Gutiérrez, F. (2010). *Tratado de anatomía humana*. Argentina: Editorial Porrúa.

Solana, A. (2014). *Síntomas motivacionales síntomas cognitivos*. Recuperado de <https://slideplayer.es/slide/141904/>.

Trastorno límite de la personalidad (TLP). (2018). *Depresión: síntomas, tipos, causas, tipos y evolución*. Recuperado de <https://www.trastornolimitado.com/trastornos/la-depresion/>.



APÉNDICE

CRONOGRAMA

Actividades	Semanas						
	1 al 8 de julio	9 al 15 de julio	16 al 22 de julio	23 al 29 de julio	30 de julio al 5 de agosto	6 a 12 de agosto	14 de agosto
Selección del tema							
Elaboración de título, subtítulo							
Objetivos y justificación, marco teórico							
Introducción, conclusiones, recomendaciones y normas APA							
Bibliografía, índice y abstract o resumen							
Revisión de investigaciones							
Presentación de temas							