



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Trastorno depresivo en pacientes hipotiroideos en un
hospital nacional, Lima - Perú 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Angelica Nora AMESQUITA CHAVEZ

ASESOR

Hector PEREYRA ZALDIVAR

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Amesquita A. Trastorno depresivo en pacientes hipotiroideos en un hospital nacional, Lima - Perú 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017.

424



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

4(2)
34

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA**

Siendo las 12:00 horas del día tres de abril del año dos mil diecisiete, en la Sala de Sesiones de la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: José Miguel Angel Cabrejos Pinto (Presidente), Freddy Roynall Valdivia Fernández Dávila (Miembro) y Humberto Ricardo Poma Torres (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **"TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS EN UN HOSPITAL NACIONAL, LIMA - PERÚ 2016"**, presentado por doña **Angelica Nora Amesquita Chavez**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana, habiendo obtenido el calificativo de Quince (15).

Dr. José Miguel Angel Cabrejos Pinto
Presidente

Dr. Freddy Roynall Valdivia Fernández Dávila
Miembro

Dr. Humberto Ricardo Poma Torres
Miembro



AGRADECIMIENTO

A mi padre, que desde el cielo siempre me impulso a estudiar esta linda carrera, quien me ha enseñado que no todo está a la mano y si quieres alcanzar tus metas debes salir de tu zona de confort y buscarlas; a mi madre que siempre ha confiado en mí y me ha brindado su amor incondicional, ambos me han guiado con amor y ayudado a tener un espíritu inquisidor y sin quienes no sería quien soy.

A mis hermanos, quienes han confiado en mí, que sin pedir, siempre me han brindado su apoyo en todo momento, a mis cuñados, sobrinos que me regalaron muchos momentos de alegría y de los cuales sentía que me daban fuerza para seguir con mis aspiraciones.

A mi esposo e hijo, quienes son lo mejor y más valioso que dios me ha dado.

A mi universidad, a la gran familia San Fernandina donde he aprendido a ser médico y mejor ser humano que busca el bienestar de una sociedad más sana y más justa.

A mis maestros, por llevar ese espíritu de enseñanza, a quienes les debo el haber compartido sus conocimientos y experiencias y permitir mi formación. De forma especial a los Dres. Héctor Pereyra Zaldívar y José Sánchez Gonzales un agradecimiento especial por todo su apoyo, incluso fuera de horario de trabajo.

RESUMEN

Objetivos: Determinar la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes hipotiroideos, que reciben tratamiento, en un hospital en Perú, en el periodo comprendido noviembre 2016 a enero 2017.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal. Se incluyeron un total de 40 pacientes diagnosticados con hipotiroidismo que reciben tratamiento, se evaluaron utilizando la escala de Hamilton de evaluación de la depresión (HDRS). Los datos se analizaron mediante el software SPSS para Windows versión 17.0. Los datos cuantitativos se expresaron en número y porcentaje. Los resultados obtenidos se compararon utilizando la prueba del Chi cuadrado.

Resultados: Las mujeres constituían el 57.5% de la muestra. Un total de 42.5% reportó algún grado de depresión basado en el HDRS (10% hombres y 32.5% mujeres). El síntoma depresivo más frecuente entre los varones fue el estado de ánimo depresivo (62.5%) y entre las mujeres el insomnio tardío (87.5%) e hipocondría (81.25%)

Conclusión: Los síntomas de trastornos depresivos son comunes en pacientes con hipotiroidismo.

ABSTRACT

Objectives: Determine the frequency of depressive disorder in patients with hypothyroidism in a Peruvian hospital, on the comprehended period of November 2016 to January 2017.

Materials and Methods: This is a descriptive cross sectional study. Forty patients diagnosed with hypothyroidism were included in the study, they were asked to render the Hamilton rating scale for depression (HRSD).the data was analyzed with the SPSS software for windows 17.The quantitative data is presented with percentages. The obtained results were compared by using the xi square method.

Results: Women were 57.5% of the sample. A total of 42.5% showed some degree of depression based on the HDRS (10% were men and 32.5% were women). The most frequent depressive symptom among men was low mood (62.5%) and among women were terminal insomnia (87.5%) and hypochondriac disorder (81.25%).

Conclusion: Depressive symptoms are common among patients with hypothyroidism.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
I. INTRODUCCION	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
II.1.- Argumentación	
II.2.- Pregunta de investigación	
III. OBJETIVOS	3
IV. JUSTIFICACION	3
V. MARCO TEÒRICO	5
V.1.- Depresión	
V.2.- Hipotiroidismo	
V3.- Neurotransmisores y depresión.	
V4.- Endocrinología y depresión	
VI. MATERIALES Y MÈTODO	11
VI.1.- Tipo de estudio	
VI.2.- Diseño del estudio	
VI.3.- Criterios de inclusión	
VI.4.- Criterios de exclusión	
VI.5.- Operacionalización de variables	
VI.6.- Instrumento de investigación	
VI.7.- Plan de recolección de datos	
VI.8.- Plan de tabulación y análisis de datos	
VII. IMPLICACIONES ÈTICAS	15
VIII. RESULTADOS	15
IX. DISCUSIÓN	19
X. CONCLUSIONES	22
XI. BIBLIOGRAFIA.	23
XII. ANÉXOS	28

INTRODUCCIÓN

La hormona tiroidea (TH) tiene importantes acciones en el sistema nervioso central. Se ha reconocido que las disfunciones tiroideas causan manifestaciones significativas en la salud mental. Pueden conducir a perturbaciones en las emociones y la cognición. Tanto el aumento como la disminución de la función tiroidea pueden causar anormalidades en el estado de ánimo. Viceversa, la depresión también puede ir de la mano con disfunciones sutiles de tiroides. (1)

Uno de los errores más comunes que ocurren es que los médicos no buscan ninguna comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes. Muchos estudios han revelado que hay niveles significativamente alterados de T3, T4 y hormona estimulante de la tiroides (TSH) en pacientes con depresión. (2,3) Los trastornos del estado de ánimo y ansiedad tienen mayor prevalencia en pacientes con disfunción tiroidea. Otro estudio mostró una prevalencia de depresión en el 20,5% de los pacientes con hipotiroidismo (4)

Las manifestaciones psiquiátricas generalmente aparecen primero en los casos de hipotiroidismo. Forman alrededor del 2-12% de los síntomas iniciales en casi todos los casos reportados. Inicialmente, comienza con ansiedad, lapsos de memoria, disminución mental progresiva y déficit de habla. (5,6)

En los casos de hipotiroidismo agudo, los trastornos de ansiedad ocurren en alrededor del 30-40% de los pacientes.(7,8) Los pacientes con hipotiroidismo subclínico (SCH) pueden presentar ansiedad, irritabilidad, baja concentración, procesamiento lento de la información y mal aprendizaje comparado con sujetos normales.(9,10) Hipotiroidismo más severo puede imitar la depresión melancólica y la demencia, lo que provoca la reducción de la calidad de vida relacionada con la salud. (11)

La TH tiene un efecto en el sistema nervioso central (SNC) durante toda la vida. Regula la expresión génica en la mielinización, la diferenciación de las células neuronales y gliales, y la viabilidad neuronal. La TH juega un papel en el desarrollo neurológico normal. Estimula el desarrollo de procesos neuronales, axones y dendritas, aumenta la tasa de proliferación neuronal, finaliza actuando como un reloj de tiempo. Su efecto sobre la serotonina (5-hidroxitriptamina (5-HT) se explica por la desensibilización del autorreceptor de 5-HT_{1A} en el sitio de los núcleos del rafe, lo que probablemente da como resultado un aumento de la liberación de serotonina. (12, 13,14)

El mecanismo de la actividad TH en el cerebro no está claro debido a la complejidad de la interacción neurotransmisión con tiroides. Una hipótesis indicó que TH modula los receptores beta-adrenérgicos postsinápticos en la corteza cerebral y el cerebelo, mientras que otros afirman que la modulación de 5-HT y sus receptores es responsable, lo que ocurre debido a la inhibición causada por el TH en el rafe, causando reducción en los niveles de 5-HT. (15,16)

TH afecta y gobierna el SNC tanto durante la fase de desarrollo como durante toda la vida. Tanto los estados hiper e hipotiroideos tienen comorbilidad con afecciones psiquiátricas. Del mismo modo, los pacientes de trastornos del estado de ánimo también muestran trastorno en la hormona liberadora de TSH, mientras que T3 y T4 puede permanecer normal. (12, 13, 17,18)

Varios datos sugieren que el eje hipotalámico- hipófisis -tiroides (HHT) está implicado en la patogénesis de la depresión. La mayoría de los estudios muestran cambios en diferentes hormonas en el eje HHT, con unos pocos estudios que muestran rango TH normal durante el episodio depresivo. (19)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de hipotiroidismo es muy variable, según los estudios (0,6 a 7%). Como cifras más aceptadas se habla de una prevalencia de 0,1% en hombres y de 1,5% en mujeres. En cuanto al hipotiroidismo subclínico, la prevalencia oscila entre el 2 y el 8% de la población general. Si incluimos ambas entidades podríamos llegar a una afectación del 5,4% de la población general. Además, un hecho sobradamente conocido y aceptado en la bibliografía, es que la frecuencia de ambas entidades aumenta con la edad y este aumento es más acusado en mujeres mayores de 60 años (hasta el 16% pueden presentar un hipotiroidismo subclínico). (20)

La correlación de la función tiroidea, con determinadas características psicológicas fue puesta de manifiesto en las primeras descripciones sobre las disfunciones tiroideas (21). Descripciones posteriores centradas en los aspectos depresivos, así como el empleo de test psicológicos estandarizados y escalas psiquiátricas, facilitaron que las observaciones se hicieran más objetivas (22).

Algunos experimentos terapéuticos han señalado los efectos beneficiosos de las hormonas tiroideas asociadas al tratamiento antidepresivo en el caso de las depresiones resistentes (23). La realidad es que el normal funcionamiento de la glándula tiroidea es un prerrequisito para el normal funcionamiento cerebral. (24)

El tratamiento oportuno del hipotiroidismo debiera restablecer en su totalidad la funcionalidad física y cognitiva, con mejor disposición para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo al contar con un padecimiento asociado como lo es la depresión, se hace necesario el desarrollo de una investigación integral. (25) La esencia de esta correlación, no se termina de aclarar, y ello ha sido el motivo de la realización de muchos ensayos clínicos. (24)

Tomando en cuenta estas dos patologías y las consecuencias de la depresión, pues como se sabe algunos llegan al suicidio y por lo tanto necesitarían tratamiento no solo hipotiroideo sino también antidepresivos.

Por todo ello nos planteamos la interrogante: ¿Cuál es la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes hipotiroideos en un hospital nacional en Perú?

OBJETIVOS

1.1 Objetivo General :

- Determinar la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes hipotiroideos en un hospital nacional en Perú.

1.2 Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de trastorno depresivo por sexo y edad.
- Determinar los síntomas depresivos más comunes en pacientes hipotiroideos.
- Identificar el grado de depresión en pacientes hipotiroideos.

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del estado de ánimo, y muy especialmente la depresión, constituyen un importante problema de salud pública: presentan una notable prevalencia (en función de su alta incidencia, elevada recurrencia y tendencia a la cronicidad) y conllevan una considerable morbilidad, tanto directa (suicidio) como indirecta (comorbilidad con procesos médicos) (26). A pesar de ello, con frecuencia pasan desapercibidos.

Diversas investigaciones conceden al sistema neuroendocrino, concretamente al eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, un lugar importante en la base etiopatogénica de este trastorno (27,28) reconociéndose la existencia de una relación entre el hipotiroidismo y los trastornos del estado de ánimo, cifrada por algunos autores en un 8- 14% de los pacientes diagnosticados de depresión. (20,29)

En un estudio efectuado en personas afectadas de hipotiroidismo subclínico, se observó que éstas solían tener más antecedentes de depresión que la población eutiroides, proponiendo los autores que el HTS, sin llegar a constituirse como causa suficiente de depresión, rebajaría el umbral para su presentación. (30) En otro estudio se plantea la posibilidad de la existencia de una conexión entre depresión endógena en mujeres y la presencia de un hipotiroidismo latente. (31)

Los niveles de T3 libre son, según De Mendoca Lima, significativamente inferiores en los grupos de pacientes con depresión que en grupos de control, detectándose también entre los primeros aumentos secundarios de la TSH, llegando este autor a proponer a la T3 libre como marcador biológico de la depresión. (32) En un estudio de Sonino y cols (2004) con 146 pacientes consecutivos de una clínica de endocrinología (39 de ellos con trastornos del tiroides) se observó que el 81% de los pacientes presentaban al menos un diagnóstico psiquiátrico. Los trastornos más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada (29%), la depresión mayor (26%), el humor irritable (46%), la desmoralización (34%) y la somatización persistente (21%). Estas prevalencias eran mucho mayores que las observadas en la población hospitalaria o en atención primaria. Estos datos, indican que el estudio de la relación entre la fisiología y la patología tiroidea y las enfermedades mentales ha sido una preocupación constante. (33)

La frecuencia de diagnóstico del trastorno depresivo en los pacientes con hipotiroidismo no es tomado en cuenta, en muchos casos pues solo se valora a los síntomas y signo somáticos. Limitando el tratamiento solo a controlar dichos síntomas. (24)

La finalidad del presente estudio es contribuir a un mejor diagnóstico y tratamiento de los cuadros depresivos, ya que desde el momento en que los pacientes son tratados de su hipotiroidismo las manifestaciones depresivas quedarán enmascaradas, atribuyéndolas a la enfermedad tiroidea. Ello conlleva la posibilidad de no ser tratados como depresivos con el riesgo consiguiente de la encronización de su trastorno depresivo.

Por ello se puede adicionar al tratamiento hipotiroideo antidepresivos así como un mejor control de los síntomas de este trastorno mental, evitando su cronicidad. (24) Asimismo pudiera servir de base para futuras investigaciones.

MARCO TEÓRICO

DEPRESION

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (34). Es considerada problema de salud pública, que está alcanzando, a nivel mundial, proporciones importantes. Según la OMS, afecta a 121 millones de personas en el mundo y es responsable de unas 850 mil muertes cada año, principalmente por suicidio. Aunque hay tratamientos eficaces, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. (35).

La Organización Panamericana de la Salud refiere: El 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe, encontrándose en un 5% de la población adulta. Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000. El 76,5% de los países de América Latina y el Caribe informaron que cuentan con un plan nacional de salud mental. (OPS, 2012) (36)

Por su parte, La Organización Mundial de la Salud, (OMS) 2001, estiman que para el año 2020 será la segunda causa de años de vida perdidos, a escala mundial y la primera en países desarrollados. (37)

En el Perú se calcula que un 12 % aproximadamente la sufre. Entre 20 y 30 % de personas que la sufren y no reciben tratamiento intentan el suicidio. La prevalencia de los trastornos depresivos en el Perú en los establecimientos de salud de MINSA es de 4.8% en 1997 y en 1998 de 5.1%, cifras que están muy por debajo a lo registrado a nivel mundial.

En los estudios epidemiológicos de la salud mental en el Perú realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", reportan que la Prevalencia de vida de trastornos mentales según la CIE 10

respecto al Episodio depresivo halló en Lima y Callao (2002): 18.2 % ; en la sierra (2003): 16.2 %; y, en la selva (2004): 21.4 %. (38)

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. Dicho trastorno afecta más frecuentemente a las mujeres que a los hombres. En las mujeres se encuentra entre las dos principales causas de trastorno a la salud mental, mientras que en los hombres la dependencia al alcohol y los trastornos de conducta son los que ocupan los primeros dos lugares. (39)

Con relación al inicio de la depresión, la encuesta realizada en Guanajuato, México revela que su primer inicio aparece a los 17 años, con un segundo pico a los 35 y posteriormente a los 65 años de edad (40). Estos datos muestran la importancia que tiene la depresión, que no sólo es un trastorno del estado de ánimo, sino además representa: ausentismo laboral, discapacidad, disminución o pérdida de la productividad y riesgo de accidentabilidad, disminución en la calidad de vida y un incremento en los usos de los servicios de salud, con el alto costo económico que esto representa. (41)

Depresión Secundaria:

La depresión secundaria (DS) es un cuadro caracterizado por una alteración de la afectividad tristeza patológica, anhedonia, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, que se acompaña frecuentemente de otros síntomas cognitivos, somáticos o volitivos, y que puede ser motivado por la presencia de una enfermedad médica o el consumo de alguna sustancia toxica o fármaco.

La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña. Esta relación debe objetivarse mediante la historia clínica, la exploración física y/o las pruebas complementarias. Se debe diferenciar de reacciones psicológicas normales con síntomas similares (p. ej., duelo) o de trastornos adaptativos asociados al padecimiento y al afrontamiento tanto de las limitaciones como del pronóstico de una enfermedad orgánica.

Lo que marca el diagnóstico será la persistencia de la clínica en el tiempo, su gravedad (cuánto afecta al paciente), la presencia de otros síntomas y, sobre todo, el grado de deterioro funcional y social. Es decir, la depresión secundaria

se debe considerar una consecuencia fisiopatológica de la enfermedad orgánica. (42)

Para realizar el diagnóstico adecuado sobre la depresión es fundamental acudir a los clasificadores mundiales de salud ya que la presunción de una depresión emocional en muchos casos desliga el factor orgánico como causal de dicha enfermedad.

HIPOTIROIDISMO

El hipotiroidismo es un síndrome clínico y bioquímico que resulta de la disminución en el efecto de las hormonas tiroideas a nivel tisular; para actuar en los receptores celulares. La causa más frecuente es la disminución en la síntesis y secreción de las mismas, y ocasionalmente resistencia periférica a las hormonas tiroideas. (42)

El hipotiroidismo es un trastorno ocasionado por la inadecuada acción de las hormonas tiroideas en el organismo; el principal motivo es la falta de producción de éstas por la glándula tiroides. En los países sin deficiencias endémicas de yodo, la principal causa es la enfermedad tiroidea autoinmune (por ejemplo, la tiroiditis de Hashimoto). (43)

El cuadro clínico no es específico y los síntomas y signos son tan variables que pueden ser atribuidos erróneamente a otras enfermedades.

El diagnóstico de certeza se realiza con una cuantificación de la hormona estimulante de tiroides (TSH) > 10 mUI/mL. (Según el Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Hipotiroidismo, Lima, 2014).

Existe una variante, el hipotiroidismo sub clínico, en la que el paciente presenta datos nulos o inespecíficos de síntomas y signos, la hormona estimulante de tiroides (TSH) muestra escasa elevación respecto al punto de normalidad y los niveles de T4, T4L y T3 están dentro de los parámetros normales; se ha documentado una prevalencia de 3 a 10 % en población general, incluso de 20 % en mayores de 60 años; de estos pacientes hasta 20 % progresará a hipotiroidismo franco. (44)

El hipotiroidismo es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, afecta a todos los grupos etarios, principalmente a los geriátricos, en quienes predominan los síntomas inespecíficos por lo que la enfermedad puede pasar desapercibida o mal

diagnosticada durante un largo periodo, con implicaciones importantes en la calidad de vida porque incrementa la morbimortalidad cuando acompaña a otros padecimientos médicos. El diagnóstico oportuno y tratamiento del hipotiroidismo restablecerán la funcionalidad física y cognitiva, con mejor disposición para realizar las actividades cotidianas. (25)

NEUROTRANSMISORES Y DEPRESIÓN

Actualmente, se han desarrollado varias teorías que explican que la causa de la depresión está en un desequilibrio de los neurotransmisores. Se dice que en la depresión participan factores biológicos, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. (45)

Es de gran importancia definir al sistema límbico también llamado cerebro medio, es un conjunto de estructuras que se hallan por encima y alrededor del tálamo, inmediatamente debajo de la corteza cerebral, y que comprende centros importantes como el tálamo, hipotálamo, el hipocampo, la amígdala cerebral. (45)

El sistema límbico tiene un papel principal en la producción de emociones y comportamientos que obedecen a la motivación. Las vías que configuran los neurotransmisores parten de determinadas áreas con gran concentración de ellos. Estas vías se conectan con otras regiones cerebrales por medio de fascículos de axones que por lo general recorren un camino bien identificado y que utilizan las áreas originales respectivas. (46)

Para determinar los neurotransmisores de la depresión es fundamental describir a las monoaminas constituidas por dopamina, noradrenalina (también llamada norepinefrina), adrenalina (también llamada epinefrina) y serotonina. (47)

Dopamina

Es el primero de los neurotransmisores involucrados en la esquizofrenia y depresión. Las neuronas mediadas por la dopamina se encuentran en el sistema límbico, en el área cerebral conocida como A10 (situada en el sistema meso-cortico-límbico, específicamente en el área tegmental ventral), en el tálamo, el hipotálamo, la corteza frontal y en la sustancia Nigra . Se le ha involucrado con funciones importantes como el movimiento, la atención, el aprendizaje y las adicciones. (48) Se dice que la reducción de la actividad dopaminérgicas se ha asociado con la anhedonia, menor motivación incentiva

y pérdida de interés en la depresión. Las vías mesocorticolímbicas de dopamina, en particular el núcleo accumbens parecen ser fuentes reguladoras fundamentales del placer. La porción ventral del estriado y la corteza parecen ser regiones dopaminérgicas importantes relacionadas con la motivación y el afecto. Una disfunción del sistema mesocorticolímbico de la dopamina podría agravar los síntomas de anhedonia, apatía y pérdida de interés característicos de la depresión. (49)

Noradrenalina

Es el segundo neurotransmisor involucrado en la depresión y en un buen número de los trastornos de ansiedad. Entre otras áreas se encuentra ubicado en el hipotálamo, en el cerebelo y en el hipocampo. Perteneciente también a la familia química de las catecolaminas, junto con la dopamina y la adrenalina. (47) “Esta catecolamina se encuentra en varios tejidos, incluyendo el cerebro, el plasma, el sistema nervioso simpático y el corazón, entre otros”. (49)

Se dice que funcionalmente la noradrenalina está relacionada con muchos procesos psicológicos, entre los cuales se encuentran: la estabilización del estado de ánimo, la regulación del sueño, el estado de alerta, la activación y en la respuesta a estresores que pueden iniciar o agravar la sintomatología depresiva. (49)

Serotonina

Se encuentra en el cuerpo estriado, el sistema límbico, el lóbulo frontal, la corteza cerebral, el hipocampo, el tálamo y el hipotálamo. Se piensa que está involucrada en la modulación del humor. Su concentración baja se relaciona con la depresión mayor y con los trastornos obsesivo-compulsivos. (48)

Su efecto en la conducta por lo general es inhibitorio. La serotonina desempeña un papel en la regulación del estado de ánimo (produciendo sedación o relajación), en el control del comer, el dormir, el alertamiento y la conducta agresiva, así como en la regulación del dolor. (48)

ENDOCRINOLOGÍA Y DEPRESIÓN

La Asociación Española de Cáncer de Tiroides (2014) afirma:

La adecuada función del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides implica la producción de la hormona tiroidea necesaria para mantener el normal funcionamiento de variados órganos y sistemas. Entre estos destacan el sistema nervioso central, el circulatorio, el digestivo y el hematopoyético. Mención especial merece el sistema nervioso central, ya que su compromiso por la disfunción tiroidea puede generar sintomatología difícil de diferenciar de aquella propia de enfermedades a priori pertenecientes a la esfera psiquiátrica.

Tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo pueden producir síntomas atribuibles a una enfermedad psiquiátrica. En el hipotiroidismo son frecuentes la astenia psicomotora, el letargo, la somnolencia y trastornos cognitivos, como pérdida de memoria y falta de capacidad de concentración, todos ellos muy frecuentes en la depresión. (49)

Desde el punto de vista endocrinológico, en depresión mayor ocurren una serie de cambios en los ejes hipotálamo-hipofisarios, los que se pueden traducir en respuestas alteradas en los estudios funcionales y que podría tener implicaciones en la respuesta terapéutica. Con respecto al eje hipotálamo hipofisis tiroideo (HHT), aproximadamente un 25% de los sujetos depresivos presentan una respuesta reducida de hormona tiroestimulante (TSH) a la estimulación con hormona liberadora de TSH (TRH), aunque todos tienen niveles plasmáticos normales de TSH, T4 y T3. (48)

La importancia de la coexistencia de depresión y enfermedad médica reside en que tal comorbilidad puede dificultar el diagnóstico, empeorar el pronóstico y complicar el tratamiento. El cuadro clínico del hipotiroidismo es casi idéntico al de la depresión, el cual en ocasiones puede atribuirse únicamente al hipotiroidismo, sin hacer énfasis en un posible cuadro depresivo que se encuentre presente. (50)

En el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Concepción en Chile, se realizó una investigación acerca de la asociación entre las alteraciones tiroideas y trastorno depresivo y/o pánico. Excluyendo a todos aquellos que tuvieran otra patología psiquiátrica o endocrina asociada. Con un resultado por el 63,3% presentaron trastorno depresivo mayor, 10,0% presentaron trastorno de pánico y 26,7% ambos diagnósticos. Hubo alteración tiroidea en 33,3%. En trastorno depresivo mayor, encontramos 21,0% de hipotiroidismo sub clínico y un 25,0% cuando se consideró sólo el grupo de mujeres. Encontrando así una importante asociación entre alteraciones tiroideas y trastorno depresivo mayor y/o trastorno de pánico. (51)

Así mismo se tiene la información sobre un estudio realizado en la consulta externa de psiquiatría del Hospital General Regional 220 " José Vicente Villada" de Toluca, México acerca de todos aquellos pacientes que acudieron durante marzo 2007 a marzo 2008, 13 con depresión se les encontró que tenían alteraciones tiroideas, en un 17.5% y de ellos el 86.3% fueron mujeres. Concluyendo que la asociación de hipotiroidismo y depresión es más frecuente en el género femenino que en el masculino. (52)

Las investigaciones han demostrado que estados hipotiroideos e hipertiroideos producen profundos cambios en los receptores noradrenérgicos, serotoninérgicos y gabérgicos en áreas particulares del cerebro. Los mecanismos por los cuales la disfunción tiroidea produce sintomatología psiquiátrica no está claramente establecida; sin embargo, existen algunas teorías para su explicación:

- Una reducción de la actividad de la hormona tiroidea podría resultar en una disminución de la actividad de receptores beta adrenérgicos post sinápticos, lo que llevaría a una disminución en la transmisión de catecolaminas.
- La baja actividad de la hormona tiroidea también está asociada con una reducción de la actividad de la serotonina.
- Las alteraciones en la acción de la 5 deionidasa tipo II están implicadas en la depresión, por eso una reducción en la actividad de esta enzima disminuye la conversión de T4 en T3. (53)

Por ello, la evaluación rutinaria de la función tiroidea en todos los pacientes psiquiátricos no es absolutamente necesaria, pero sí es importante que sea cuidadosa y completa en aquellos en quienes exista sintomatología que sugiera la presencia de hipotiroidismo.(54)

MATERIALES Y MÉTODOS

- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo, exploratorio.

- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, no controlado, transversal.

- DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todos los pacientes hipotiroideos que reciben tratamiento de la especialidad de Endocrinología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- POBLACIÓN

Personas con diagnóstico de hipotiroidismo, que reciben tratamiento, del Hospital Dos de Mayo que se atienden en consulta externa, mayores de 18 años, que acudieron al hospital durante el transcurso de los meses de noviembre 2016 a febrero del 2017.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Persona con diagnóstico de hipotiroidismo que recibe tratamiento, mayores de 18 años con participación voluntaria.

Pacientes con recibiendo tratamiento hipotiroideo y con valores normales de TSH.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Personas que se nieguen a participar.
- Pacientes con datos incompletos clínicos o de laboratorio
- Pacientes con antecedentes de trastorno depresivo antes de ser diagnosticados como hipotiroideos
- Los pacientes con antecedentes de dependencia de sustancias, trastornos psicóticos o cualquier otro trastorno psiquiátrico y epilepsia.

DISEÑO MUESTRAL

a) Unidad de análisis

Pacientes hipotiroideos que recibe tratamiento de la especialidad de Endocrinología del Hospital Nacional Dos de Mayo

b) Tamaño de muestra

40 pacientes hipotiroideos que reciben tratamiento de consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

c) Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

d) Procedimientos de muestreo

La muestra será formada a partir de la historia clínica de los pacientes hipotiroideos con tratamiento, en el servicio de consulta externa del Departamento de Endocrinología del Hospital Dos de Mayo.

Operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENT O
-----------	--------------------------	---------------------------	-----------------------	-----------------

EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona. Y que se clasifica por grupos.	Años cumplidos al momento del estudio clasificándolos por grupos.	1) 18 a 29 2) 30 a 39 3) 40 a 49 4) 50 a 59 5) > 60	Historia Clínica
SEXO	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos	Femenino. Masculino.	1) Masculino 2) Femenino	Historia Clínica
HIPOTIROIDISMO	Síndrome clínico y bioquímico que resulta de la disminución en el efecto de las hormonas tiroideas a nivel tisular; para actuar en los receptores celulares.	Síndrome que se caracteriza por inadecuado funcionamiento de hormonas tiroideas	TSH: 0,5 a 4,0 mUI/L valor normal TSH > 10,0 mUI/mL o mayor: Hipotiroidismo o clínico	Historia Clínica Exámenes Biomédicos de TSH
TRASTORNO DEPRESIVO	La depresión es un cuadro caracterizado por una alteración de la afectividad tristeza patológica, anhedonia, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, que se acompaña frecuentemente de otros síntomas cognitivos, somáticos o volitivos.	Es la alteración en el estado de ánimo con tendencia a la tristeza profunda y desánimo para realizar actividades cotidianas.	No deprimido: 0-7 Depresión menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23	Escala de Hamilton para depresión

INSTRUMENTO

La recolección de datos se obtuvo a través de la escala de Hamilton para la Depresión (HDRS). La HDRS es el más ampliamente utilizada multi-item cuestionario para evaluar la gravedad y el cambio en los síntomas depresivos. Se considera el "estándar de oro" para calificar la depresión en la investigación clínica. Contiene 17 ítems (HDRS-17) relacionados con síntomas de depresión. (55)

El tiempo necesario de la administración es de 20-30 min. El cuestionario está diseñado para adultos y se utiliza para calificar la gravedad de su depresión mediante sondeo humor, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, agitación o retraso, ansiedad, pérdida de peso y síntomas somáticos. Cada uno de estos tiene entre tres a cinco respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52 con los siguientes puntos de corte

No deprimido: 0-7
Depresión ligera/menor: 8-13
Depresión moderada: 14-18
Depresión severa: 19-22
Depresión muy severa: >23

Entre las ventajas de este cuestionario está su rápida aplicación, y no requerir de entrenamiento previo.

- **PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la realización de la presente investigación, a) se entrevistó con el médico especialista en endocrinología, del servicio de consultorio externo para que se dé la información necesaria de los pacientes que acuden a esta área, b) se procedió a revisar las Historias Clínicas a fin de realizar la discriminación de las historias de los pacientes con Diagnóstico de Hipotiroidismo, c) posteriormente se solicitó la autorización del médico tratante según las historias de los pacientes seleccionados, d) se continuó solicitando la autorización de los pacientes que participaron en el estudio, seguido de los procedimientos éticos, garantizando el anonimato y confidencialidad de la información, mediante la aceptación para participar en el estudio y el conocimiento del consentimiento.

La recolección de los datos fue mediante la realización del cuestionario auto aplicado.

- **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos fueron revisados en la base de datos creada en SPSS para versión Windows, inicialmente se hará un análisis descriptivo el cual incluye frecuencia de trastorno depresivo.

Se procesó la información obtenida con el programa SPSS y las validaciones estadísticas mediante las pruebas Chi cuadrado. Para todos los análisis estadísticos se utilizaron un nivel de significación menor del 5%.

ASPECTOS ÉTICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se invitó a participar de la investigación a los sujetos elegibles, obteniéndose el consentimiento informado por escrito el cual garantiza la confidencialidad de la información y cumpliendo los principios básicos de la bioética. Una vez obtenido el consentimiento, se les otorgó a los participantes una copia de

dicho documento para sus archivos personales. La identidad de los sujetos de estudio será únicamente conocida por el equipo de investigadores.

RESULTADOS

De los 40 pacientes hipotiroideos que reciben tratamiento encuestados, 17(42.5%) cumplían con los criterios de trastorno depresivo según la Escala de Hamilton (Tabla N° 1).

Un total de 80% de las mujeres constituyeron la muestra del estudio de las cuales el 32.5% ($p>0.05$) cumplían con los criterios de trastorno depresivo. (Tabla N° 2). Variables no fue estadísticamente significativa.

Tabla N° 1
Frecuencia de trastorno depresivo en pacientes hipotiroideos

	N	%
No deprimido	23	57.5
Deprimido	17	42.5
TOTAL	40	100

Tabla N° 2
Frecuencia de trastorno depresivo según sexo

	Masculino	Femenino	χ^2
	(%)	(%)	
No deprimido	4(10%)	19 (47.5%)	0.230
Deprimido	4(10%)	13 (32.5%)	
TOTAL	8 (20%)	32 (80%)	

Según el grado de depresión de la Escala de Hamilton, el 17.5 % de la muestra tenía depresión leve (hombre: $n = 2$, mujer: $n = 5$); 10.5% de depresión moderada (hombre: $n = 1$, mujer: $n = 3$); 7.5% depresión severa (hombre: $n = 0$, mujer: $n = 3$) y 7.5% depresión muy severa (hombre: $n = 1$, mujer: $n = 2$). Las puntuaciones de HDRS fueron estadísticamente no significativas cuando se compararon tanto para hombres como para mujeres ($P > 0,05$)(Tabla N° 3).

Según el sexo, se encontró que en el grupo de mujeres hipotiroideas depresivas predomina el grado de depresión leve (tabla N° 3).

Tabla N° 3
Grados de depresión según sexo

	Masculino	Femenino	TOTAL (%)	χ^2
NO DEPRESION	4	19	23 (57.5%)	1.565
DEPRESION LEVE	2	5	7 (17.5%)	
DEPRESION MODERADA	1	3	4 (10.5%)	
DEPRESION SEVERA	0	3	3 (7.5%)	
DEPRESION MUY SEVERA	1	2	3 (7.5%)	

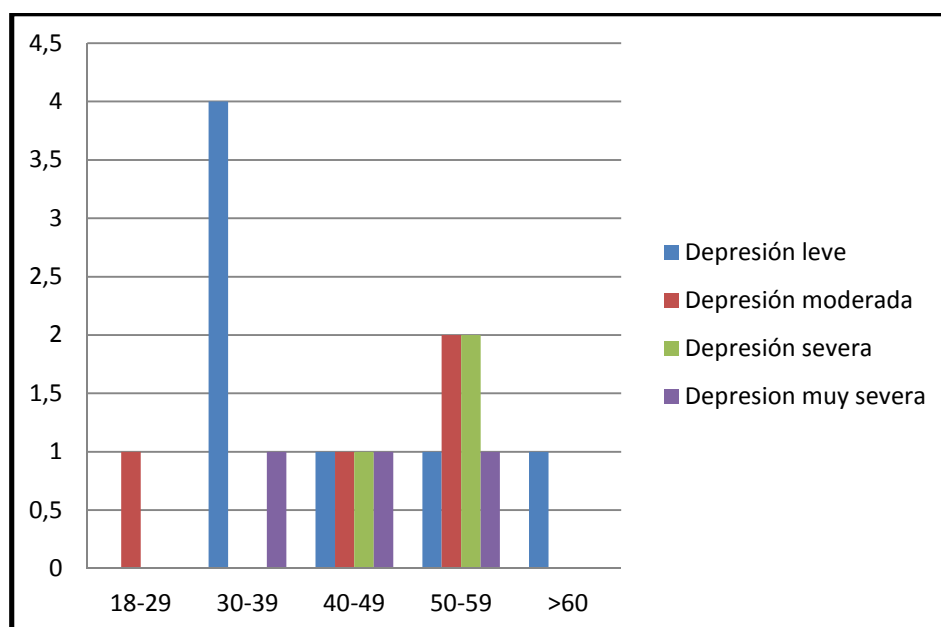
En cuanto a la frecuencia de trastorno depresivo según grupo etario, se encontró una mayor frecuencia entre la edad de 30-39 años, seguidos del grupo de 50-59 años. (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Frecuencia de trastorno depresivo según grupo etario

	18-29	30-39	40-49	50-59	>60	TOTAL
No deprimido	2	8	6	5	2	23
Deprimido	1	6	4	5	1	17

Dentro de los pacientes con trastorno depresivo se encontró en el grupo de 18 a 29 años, 1 caso con depresión moderada, en el grupo de 30 a 39 se encontró 5 con depresión leve y 1 con depresión muy severa; en el grupo de 40 a 49 años se encontró 1 paciente por cada grado de depresión; en el grupo de 50 a 59 se encontró 1 paciente con depresión leve, 2 con depresión moderada, 2 con depresión severa y 1 con depresión muy severa y por último en el grupo etario de mayores de 60 años se halló 01 caso de depresión leve. (Gráfico N° 1)

Gráfico N° 1
Grados de depresión según grupo etáreo



El análisis de los síntomas de trastorno depresivo y los resultados obtenidos mediante la Escala de Hamilton para la Depresión mostró que; entre los hombres el estado de ánimo depresivo (62.5%), el insomnio precoz (50%), la ansiedad y los síntomas genitales (37.5%) fueron los más frecuentes, mientras que en las mujeres los síntomas más comunes fueron insomnio tardío (87.5%), hipocondría (81.25%), ánimo deprimido (40.62%) y sentimiento de culpa (37.5%). Los síntomas depresivos menos frecuentes fueron suicidio (6.25%) y los síntomas genitales (10%) (Tabla N° 5)

Tabla N° 5
Distribución de los síntomas de la escala de clasificación de la depresión de Hamilton y su comparación entre hombres y mujeres

	MASCULINO (n=8) (%)	FEMENINO (n=32) (%)
--	-------------------------------	-------------------------------

ANIMO DEPRIMIDO	5 (62.5%)	13 (40.6%)
SENTIMIENTO DE CULPA	2 (25%)	12 (37.5%)
SUICIDIO	0 (0%)	2 (6.25%)
INSOMNIO PRECOZ	4 (50%)	6 (18.7%)
INSOMNIO INTERMEDIO	2 (25%)	10 (31.2%)
INSOMNIO TARDIO	2 (25%)	28 (87.5%)
AGITACION PSICOMOTORA	1 (12.5%)	3 (9.37%)
ANSIEDAD PSIQUICA	3 (37.5%)	10 (31.25%)
ANSIEDAD SOMATICA	2 (25%)	4 (12.5%)
SINTOMAS GASTROINTESTINALES	1 (12.5%)	8 (25%)
SINTOMAS GENERALES	2 (25%)	6 (18.75%)
SINTOMAS GENITALES	3 (37.5%)	1 (3.12%)
HIPOCONDRIA	2 (25%)	26 (81.25%)
PERDIDA DE PESO	1 (12.5%)	7 (21.87%)
TRABAJO Y ACTIVIDADES	1 (12.5%)	6 (18.75%)
INHIBICION PSICOMOTORA	2 (25%)	6 (18.75%)
INTROSPECCION	1 (12.5%)	6 (18.75%)

DISCUSION

En el estudio se halló que algo menos de la mitad de los pacientes con hipotiroidismo incluidos presentaban sintomatología propia de un trastorno depresivo (47.5%). Los resultados parecen estar en la misma línea que los de los hallazgos existentes. En 1962 Wilson et al. fueron los primeros en notificar manifestaciones depresivas en 15 de 26 pacientes diagnosticados de

hipotiroidismo. (56) En 1969 Whybrow et al. en 7 pacientes con hipotiroidismo, observó que 5 de ellos presentaban sintomatología depresiva y además uno de ellos incluso mostraba síntomas psicóticos.(57) Estos autores señalaron como los pacientes con hipotiroidismo tenían altas puntuaciones en la Escala de Depresión del Inventario Multiaxial de Personalidad de Minnesota (MMPI).

En 1972 Jain et al. encontraron que de entre 30 pacientes con hipotiroidismo 13 estaban diagnosticados de trastorno depresivo de acuerdo con el Inventario de Depresión de Hamilton y Beck. Los pacientes con hipotiroidismo presentaron altas puntuaciones medias. Es especialmente llamativo como los pacientes con hipotiroidismo grave obtuvieron los más bajos resultados en las escalas de evaluación (58).

La literatura internacional hace hincapié sobre la importancia de tratar el hipotiroidismo, especialmente el subclínico como actuación preventiva de cuadros depresivos que puedan aparecer. En 1992, Joffe y Levitt manifestaron que la prevalencia de los diferentes tipos de hipotiroidismo es probablemente más alta entre los pacientes con depresión refractaria. En 1993, analizando seis estudios clínicos. (59) Howland encontró que el 52% de los pacientes con depresión refractaria padecían de un hipotiroidismo subclínico. Este autor concluía en el sentido de considerar la existencia de un subtipo biológico de depresión. (60)

En 1999, Konig et al encontraron autoanticuerpos en un alto porcentaje (70% de entre 144) entre pacientes hospitalizados por padecer cuadros depresivos graves, señalando como el hipotiroidismo puede ser un factor de riesgo para la depresión y para la posible falta de respuesta al tratamiento médico, (61) una posible relación entre los anticuerpos antitiroideos en la encefalopatía de Hashimoto y la depresión ha sido puesto de manifiesto en el estudio de Rolland y Chevrollier (2001). Por otro lado, los resultados del estudio de Vandoolaeghe, en 1997, no dan evidencia de que el hipotiroidismo subclínico aparezca más que de una forma coincidente entre los pacientes depresivos tratados por su cuadro resistente.(62)

Es más, Fava et al. en 1995 señalan como entre sus pacientes depresivos ambulatorios la presencia de hipotiroidismo o de hipertiroidismo es algo verdaderamente infrecuente. (63) Lo mismo señalaron Ordas y Lávate en 1995, quienes no hallaron enfermedades tiroideas importantes entre sus pacientes hospitalizados por depresión. (64) Lingjaerde et al. Tampoco encontraron una correlación significativa entre niveles hormonales y gravedad de los síndromes depresivos. (65)

La mayor parte de los pacientes fue de la edad de 30-39 años. De los cuales, 10 eran mujeres y 4 hombres. Esto sugiere que la prevalencia de hipotiroidismo es más común en las mujeres adultas. Estos resultados son similares a los resultados del estudio realizado por Redmond (66) en 2002 y Chaudhary et al. (67) en 2014.

La mayor parte de los pacientes del estudio perteneció al sexo femenino (80%); de estas el 32.5% padecían de algún grado de depresión. según grupo etareo, se encontró una mayor frecuencia entre los 30-39 años. De los cuales, 10 eran mujeres y 4 hombres. Esto sugiere que la prevalencia de hipotiroidismo es más común en las mujeres adultas. Estos resultados son similares a los resultados del estudio realizado por Redmond (66) en 2002 y Chaudhary et al en 2014. (67)

De las pacientes femeninas con algún grado de depresión (n=13), el mayor número de pacientes (n = 5) se clasificó bajo la puntuación HDRS de depresión leve , seguida por 3 pacientes bajo la puntuación HDRS de depresión moderada,3 pacientes bajo la puntuación HDRS de depresión severa; finalmente, 2 pacientes bajo la puntuación HDRS de la depresión muy severa .

En los varones con algún grado de depresión, el número más alto de pacientes (n = 2) se clasificó bajo el puntaje HDRS de depresión leve, seguido por 1 paciente bajo la puntuación HDRS de depresión moderada y finalmente, 1 pacientes en la categoría de depresión muy severa. Del mismo modo, Pies en 1995 y Chaudhary et al. en 2014 habían reportado hallazgos similares, afirmando que la depresión fue prevalente en el 28-50% y el 63% del tamaño de la muestra, respectivamente. (68,66).

Saltevo et al. Había sugerido una prevalencia mucho más baja de la depresión en esa población (varones - 12.5% y mujeres - 17.5%). (65) Las personas con hipotiroidismo están en riesgo de depresión y también han sido sugeridas por varios autores. (69, 70,71) Por lo tanto, este estudio también está en concordancia con los datos anteriores sobre la comorbilidad de la depresión y el hipotiroidismo.

Así mismo en Quintana Roo se estudiaron a pacientes con hipotiroidismo en tratamiento y se encontró una frecuencia de depresión del 32.4% con

predominio del sexo femenino. Los resultados del presente estudio confirman los hallazgos publicados en la literatura. (72)

De acuerdo con los síntomas del HDRS, los síntomas más frecuentes entre los varones fueron estado de ánimo depresivo, insomnio precoz, ansiedad y síntomas genitales. Sin embargo, Chaudhary et al. (67) también tuvo resultados similares de estos síntomas, excepto que síntoma gastrointestinal también había informado como uno de los síntomas que ocurren comúnmente. Así mismo había informado de que el 50% de los pacientes varones tenían síntomas genitales, mientras que encontramos que el 37.5% de los hombres informan síntomas genitales.

En las mujeres, casi todos los hallazgos son similares a los reportados por Chaudhary et al (62), como los síntomas de insomnio tardío (87.5%), hipocondría, (81.25%) depresión (40.6%) y sentimiento de culpa (37.5%).

El dominio de los síntomas genitales (incluye las funciones sexuales) en el estudio fue más común en los hombres que son contradictorios con los resultados, como se muestra en un estudio de Krysiak et al (73). Que sugiere tanto la disfunción tiroidea y la depresión en conjunto afecta a la disfunción sexual femenina.

La comparación de la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes con disfunción tiroidea mostró como los síntomas de inhibición prevalecían entre los pacientes con hipotiroidismo, quienes también experimentaron más cuadros depresivos graves. Estas observaciones están en línea con los datos ya existentes: Whybrow *et al.* señalaron ya en el año 1969 como los pacientes con hipotiroidismo daban altas puntuaciones en los ítems relativos a la inhibición motora y al humor depresivo que lo que sucedía entre los enfermos con hipotiroidismo. (56)

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El 42.5 de los pacientes con hipotiroidismo que recibe tratamiento padece algún grado de trastorno depresivo, con predominio del sexo femenino (32.5%).
- En el grupo de pacientes con trastorno depresivo la mayoría corresponde al grupo etario de 30-39 años.
- Los síntomas mas comunes del trastorno depresivo según la Escala de Hamilton, se hallo que; entre los hombres el estado de ánimo depresivo (62.5%), el insomnio precoz (50%), la ansiedad y los síntomas genitales (37.5%) fueron los mas frecuentes, mientras que en las mujeres los síntomas más comunes fueron insomnio tardío (87.5%), hipocondría (81.25%), animo deprimido (40.62%) y sentimiento de culpa (37.5%).
- Dentro del grupo de pacientes hipotiroideos, que reciben tratamiento, con trastorno depresivo se hallo que el 41% presentó un grado leve de depresión.

RECOMENDACIONES

La relativa alta representación de los trastornos depresivos entre los pacientes con hipotiroidismo los convierte en un grupo de riesgo potencial. Este hecho es importante tenerlo en cuenta en lo referente al diagnóstico y al tratamiento, ya que nos ayudará a prevenir un posible riesgo en cuanto a la cronicidad de la depresión.

La presentación del paciente con tales signos y síntomas debe ser monitoreada y tratada tanto por un endocrinólogo como por un psiquiatra en relación entre sí para optimizar su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolkowitz OM, Rothschild AJ. Psychoneuroendocrinology: The Scientific Basis of Clinical Practice, American Psychiatric. 1st ed.

- Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2003. pp. 419–44.
2. Boral GC, Ghosh AB, Pal SK, Ghosh KK, Nandi DN. Thyroid function in different psychiatric disorders. *Indian J Psychiatry*. 1980;22:200–2.
 3. Saxena J, Singh PN, Srivastava U, Siddiqui AQ. A study of thyroid hormones (T3, T4 & TSH) in patients of depression. *Indian J Psychiatry*. 2000;42:243–6.
 4. Gupta S, Saha PK, Mukhopadhyay A. Prevalence of hypothyroidism and importance of cholesterol estimation in patients suffering from major depressive disorder. *J Indian Med Assoc*. 2008;106:240–2.
 5. Hall RC, Stickney S, Beresford TP. Endocrine disease and behaviour. *Integr Psychiatry*. 1986;4:122–35.
 6. Popkin MK, Mackenzie TB. Psychiatric presentations of endocrine dysfunction. In: Hall RC, editor. *Psychiatric Presentations of Medical Illness*. New York: Spectrum Books; 1980. pp. 142–3.
 7. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The Hunt-II study. *Psychosom Med*. 2004;66:845–51.
 8. Hall RC. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosomatics*. 1983;24:7–22.
 9. Whybrow PC, Prange AJ, Jr, Treadway CR. Mental changes accompanying thyroid gland dysfunction. A reappraisal using objective psychological measurement. *Arch Gen Psychiatry*. 1969;20:48–63.
 10. Haggerty JJ, Jr, Garbutt JC, Evans DL, Golden RN, Pedersen C, Simon JS, et al. Subclinical hypothyroidism: A review of neuropsychiatric aspects. *Int J Psychiatry Med*. 1990;20:193–208.
 11. Davis JD, Tremont G. Neuropsychiatric aspects of hypothyroidism and treatment reversibility. *Minerva Endocrinol*. 2007;32:49–65.
 12. Bauer M, Heinz A, Whybrow PC. Thyroid hormones, serotonin and mood: Of synergy and significance in the adult brain. *Mol Psychiatry*. 2002; 7:140–56.
 13. Bernal J, Nunez J. Thyroid hormones and brain development. *Eur J Endocrinol*. 1995; 133:390–8.
 14. Smith JW, Evans AT, Costall B, Smythe JW. Thyroid hormones, brain function and cognition: A brief review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2002; 26:45–60.
 15. Atterwill CK, Bunn SJ, Atkinson DJ, Smith SL, Heal DJ. Effects of thyroid status on presynaptic alpha 2-adrenoceptor function and beta-adrenoceptor binding in the rat brain. *J Neural Transm*. 1984;59:43–55.
 16. Belmaker RH, Agam G. Mechanisms of Disease: Major depressive disorder. *N Engl J Med*. 2008;358:55–68.
 17. Linkowski P, Brauman H, Mendlewicz J. Thyrotrophin response to thyrotrophin-releasing hormone in unipolar and bipolar affective illness. *J Affect Disord*. 1981;3:9–16.

18. Loosen PT. The TRH-induced TSH response in psychiatric patients: A possible neuroendocrine marker. *Psychoneuroendocrinology*. 1985; 10:237-60.
19. Forman-Hoffman V, Philibert RA. Lower TSH and higher T4 levels are associated with current depressive syndrome in young adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114:132-9.
20. Bilous RW, Tumbridge WMG. The epidemiology of hypothyroidism. An update. *Baillière's Clin Endocrinol Metab* 1998; 2: 531-40.
21. Parry, C. (1825). *Collected Works*, Vol. I. London.
22. Bauer *et al.* 1987, Joffe *et al.* 1992, Prange *et al.* 1974.
23. Earle 1970, Joffe 1998, Lasser y Baldessarini 1997, Loosen y Prange 1982, Moreau *et al.* 2001, Nakamura y Nomura 1992, Prange *et al.* 1969.
24. Radanovic-Grguric', Ljiljana, Filakovic', Pavo, Barkic', Jelena, Mandic', Nikola, Karner, Ivan, & Smoje, Juraj. (2003). Depresion en pacientes con alteraciones del tiroides. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 17(3), 123-134
25. Luis Antonio, Mayra, and Juana Becerril Esteban. "Funcionalidad familiar y grado de depresión en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad que acuden a la unidad de medicina familiar no. 220 toluca méxico en el año 2013."
26. Hidalgo Rodrigo MI, Díaz González RJ, Hidalgo Rodrigo MA. Manual de psiquiatría para el médico de atención primaria. En: Trastornos del estado de ánimo (2.ª ed.). Madrid: Gráficas Letra, 1996; 87-131
27. Musselman DL, Nemeroff CB. Depression and endocrine disorders: focus on the thyroid and adrenal system. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (Supl 30): 123-128. 3.
28. Doron LD, Burgess ES, Dichek HL, Putnam FW, Chrousos GP, Gold PW. Thyroid hormone concentrations in depressed and nondepressed adolescents: group differences and behavioral relations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Mar 1996; 35 (3): 299-306.
29. Sokolov ST, Kutcher SP, Joffe RT. Basal thyroid indices in adolescent depression and bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33 (4): 469- 475.
30. Haggerty JJ Jr, Prange AJ. Borderline hypothyroidism and depression. *Ann Rev Med* 1995; 46: 37-46.
31. Castro N, Scafidi V, Lo Baido R, Nastri L, Abbate G, Cuffaro MP et al. Subclinical hypothyroidism resulting from autoimmune thyroiditis in female patients with endogenous depression. *J Endocrinol Invest* 1994; 17 (8): 641-646.
32. De Mendoca L, Vandell S. Thyroid function in depressed patients. *Encephale* 1996; 22 (2): 85-94.
33. Sonino N, Navarrini C, Ruini C, et al. Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease. *Psychother Psychosom* 2004;73(2):78-83.

34. Bacca A, González A, Uribe A. Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores Colombianos. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2005;1(4):53-63.
35. OMS. (Octubre de 2012). *organizacion mundial de la salud*. Obtenido de organizacion mundial de la salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
36. OPS. (2013). *INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE*. Obtenido de WHO-AIMS: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
37. OMS. (2001). *Organizacion mundial de la salud: informe sobre salud en el mundo. salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.
38. Epidemiología de la salud Mental. Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi – <http://www.minsa.gob.pe/iesmhdhn/oeaide.htm> 7-07-06
39. Wagner F., González F. C., Sánchez G. S., García P. C., Gallo J. J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental. Ment* [online]. 2012, vol.35, n.1
40. Medina-Mora, Ma Elena, et al. Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental*, 2003, vol. 26, no 4, p. 1.
41. Madhuri D, Yasser H.O., Burman K. Hypothyroidism. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2007;36:595-615.
42. Juárez C, Chávez M, Ceballos I. Sandoval L. Características epidemiológicas y frecuencia de depresión en pacientes con hipotiroidismo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención Familiar Vol. 15 (2) Marzo – Abril 2008.
43. Jusset T. García Navia, Elio M. Rosete Gamboa. (2002) Tratamiento farmacológico de la depresión mayor . *Rev Cubana Med Gen Integr* v.18 n.3 Ciudad de La Habana
44. Peñate, W. y Perestelo, L. (2008). *S.O.S. Me deprimó, Psicología útil*. Madrid: Ediciones Pirámide. pp.57- 58.
45. Foresto, W. (2012). Adaptaciones generales del sistema nervioso. Argentina. <http://www.efdeportes.com/efd165/adaptaciones-generales-del-sistema-nervioso.htm>
46. Revista Latinoamericana Psiquiatría. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
47. Liberman, C., Risco, L. y Massardo, T. (2007). Tiroides y depresión. Enfoque terapéutico actual y bases.
48. Vicente P. B., González G. M., Hernández S. R., Ebner G. D., Hernández C.X., Jerez C. M. Alteraciones tiroideas en pacientes con

- depresión y trastorno de pánico consultantes al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Concepción. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2004; 42(4): 251-258
49. Casarrubias S. L., Tesis: Prevalencia de hipotiroidismo en pacientes condepresión de la consulta externa de psiquiatría del HGR 220 Toluca, de marzo del 2006 a marzo del 2007. Universidad Autónoma del Estado de México. 2008.
 50. Álvarez, Enrique; Ferrer, Cristobal Gastó (ed.). *Sintomatología depresiva en atención primaria*. Marge Books, 2008.
 51. Gold *et al.* 1989, Prange *et al.* 1974, Schildkraut 1965, Schildkraut *et al.* 1985, Schmaus 1992, VanderKar 1989, Whybrow y Prange Jr. 1981
 52. Chakrabarti S. Thyroid functions and bipolar affective disorder. *J Thyroid Res.* 2011; 10:4061.
 53. Sullivan G, Gorman J. The use of thyroid hormones in mood disorders. *Psychiatric Annals* 2000; 30(2):129-36.
 54. Ortiz Pérez, Lina; De La Espriella, Mauricio. Thyroid hormones and mood disorders. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2004, vol. 33, no 1, p. 98-107.
 55. Novara J.; Sotillo C.; Wharton D. (1985) Estandarización de las Escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en Lima Metropolitana. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima – Perú.
 56. Wilson, W., Johnson, J., Smith R. Affective changes in thyrotoxicosis and experimental hypermetabolism. *Recent Adv. Biol. Psychiatry* 4: 234-242, 1962.
 57. Whybrow, P., Prange, A., Treadway, C. Mental changes accompanying thyroid gland dysfunction. *Arch. Gen. Psychiatry*, 20: 48-62, 1969.
 58. Jain, V. A psychiatric study of hypothyroidism. *Psychiatr. Clin.*, 5: 121-130, 1972.
 59. Joffe, R.T., Bagby, R.M., Levitt, A.J. The thyroid and melancholia. *Psychiatry Res*, 42 (1): 73-80, 1992.
 60. Howland, R.H. Thyroid dysfunction in refractory depression: implications for pathophysiology and treatment *J. Clin. Psychiatry*, 54: 47-54, 1993.
 61. Konig, F., Von Hippel, C., Petersdorff, T., Kaschka, W. Thyroid autoantibodies in depressive disorders. *Acta Med. Austriaca*, 26 (4): 126-128, 1999.
 62. Vandoolaeghe, e., Maes, m., Vandevyvere, j., Neels, H. Hypothalamic-pituitary thyroid axis function in treatment resistant depression. *J. Affect. Disord.*, 43 (2): 143-150. 1997.
 63. Fava, m., Labbate, I.a., Abraham, m.e., Rosenbaum, J.F. Hypothyroidism and hyperthyroidism in major depression revisited *J. Clin. Psychiatry*, 56 (5): 186-192, 1995.
 64. Ordas, D.M., Labbate, L.A. Positive screening of thyroid function in patients hospitalised for major depression or dysthymia. *Ann. Clin. Psychiatry*, 7 (4): 161-165, 1995.

65. LINGIAERDE, O., REICHBORN-KJENNERUD, T., HAUG, E. Thyroid function in seasonal affective disorder. *J. Affect. Disord.*, 33 (1): 39-45, 1995. LOOSEN, P., PRANGE, A. Serum thyrotropin response to thyrotropin-releasing hormone in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*, 139: 405-416, 1982.
66. Redmond GP. Hypothyroidism and women's health. *Int J Fertil Womens Med.* 2002;47:123–7.
67. Chaudhary R, Chabra S, Singla M, Mishra BP, Sharma A. Psychiatric morbidity among hypothyroid patients – A hospital based study. *Delhi Psychiatry J.* 2014;17:35–8.
68. Pies RW. Women, mood, and the thyroid. *Women Psychiatry Health.* 1995;4:4–10.
69. 68. 33. Kvetny J, Ellervik C, Bech P. Is suppressed thyroid-stimulating hormone (TSH) associated with subclinical depression in the Danish General Suburban Population Study? *Nord J Psychiatry.* 2015;69:282–6.
70. Ittermann T, Völzke H, Baumeister SE, Appel K, Grabe HJ. Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50:1417–25.
71. Cosci F, Fava GA, Sonino N. Mood and anxiety disorders as early manifestations of medical illness: A systematic review. *Psychother Psychosom.* 2015;84:22–9.
72. Ceballos-Martínez I, Sandoval-Jurado L, Jaimes-Mundo E, et al. Epidemiological characteristics of depressed Mexican pregnant women. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc.* 2010;48(1):71.
73. Krysiak R, Droszol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V, Okopien B. Sexual function and depressive symptoms in young women with thyroid autoimmunity and subclinical hypothyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2015 DOI: 10.1111/cen.12956.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para el estudio frecuencia del trastorno depresivo en pacientes hipotiroideos que acudieron al servicio de endocrinología del Hospital Nacional Dos de mayo durante el periodo 2017.

Investigador Principal:

AMESQUITA CHÁVEZ, ANGÉLICA NORA

Declaración del Investigador

- Justificación de la investigación

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia, sus consecuencias son importantes y trascienden el ámbito personal del paciente afectando a la familia y sociedad.

La frecuencia de diagnóstico del trastorno depresivo en los pacientes con hipotiroidismo no es tomado en cuenta en muchos casos pues solo se valora a los síntomas y signo somáticos. Limitando el tratamiento solo a controlar dichos síntomas.

La finalidad del presente estudio es contribuir a un mejor diagnóstico y tratamiento de los cuadros depresivos. Como decíamos anteriormente, el hipotiroidismo puede contribuir al desarrollo de un cuadro depresivo. Desde el momento en que los pacientes son tratados de su hipotiroidismo las manifestaciones depresivas quedarán enmascaradas, atribuyéndolas a la enfermedad tiroidea. Ello conlleva la posibilidad de no ser tratados como depresivos con el riesgo consiguiente de la encronización de su trastorno depresivo.

Por ellos se puede adicionar al tratamiento hipotiroideo antidepresivos así como un mejor control de los síntomas de este trastorno mental, evitando su cronicidad.

Asimismo pudiera servir de base para futuras investigaciones pues en el Perú no se halla mucha información acerca de esta relación.

- Objetivo

Determinar la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes hipotiroideos en un hospital en Perú.

- Beneficios

Todas las pruebas del Estudio no tendrán costo para el paciente. Además al participar en este estudio ayudara a que usted reciba el tratamiento más apropiado.

Esperamos que este estudio ayude al conocimiento de la prevalencia de depresión en pacientes hipotiroideos en nuestro medio y así el Ministerio de Salud pueda tomar medidas para la prevención y diagnóstico temprano.

- Riesgos

El riesgo por participar en este Estudio es que puede sentirse incomodidad de parte del paciente por la revisión de la historia clínica; sin embargo, se garantiza confidencialidad de los datos.

- Derechos del sujeto y retiro de la investigación

La participación en este Estudio es voluntaria. El paciente puede negarse a participar en el estudio o retirarse del Estudio en cualquier momento. Si ese fuese el caso, no cambiará de ninguna manera la atención de salud que solicite en los establecimientos de la Dirección Regional de Salud.

- Confidencialidad

Todo lo que digas será mantenido en estricta reserva hasta el límite permitido por la ley. Para proteger tu privacidad los datos registrados no llevará el nombre del paciente, sino un código. Estos datos serán registrados en una base de datos que sólo el equipo de investigación podrá ver. El nombre del paciente no aparecerá en ningún informe o publicación que pudiera producirse a raíz de este Estudio.

- Compensación

No se recibirá ningún pago por participar en este Estudio.

- Personas de contacto

Si Ud. tiene otras preguntas, por favor debe hacerlas ahora, o llamar al 3558008 para mayor información.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

PERMISO DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante _____

Se te entregará

una copia de este formulario de consentimiento.

Acepto participar en el estudio. La entrega de resultados serán comunicados para una consejería post-investigación.

Si No

Acepto que se realicen pruebas futuras con las muestras obtenidas durante el presente estudio. Si No

El que suscribe, declara haber recibido una adecuada explicación acerca del estudio. Así mismo declaro que acepto participar de manera voluntaria. De la misma forma, constato que he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes, y que me explicaron que si en el futuro tengo nuevas preguntas acerca del estudio o en relación a mis derechos, podré hacerlas a los responsables del estudio que figuran en el membrete de esta hoja.

Nombre (favor use letra imprenta)

Firma (o huella digital)

--

_____/_____/_____
Fecha

Si el participante no puede leer el formulario, el personal del estudio deberá completar lo siguiente: He explicado verbalmente los detalles del estudio al participante.

Nombre: _____

Nombre del Testigo _____

Firma del testigo _____

Fecha _____/_____/____

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos- Brieva y cols181)

Items	Criterios operativos de valoración
-------	------------------------------------

<p>1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)</p>	<p>0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.</p>
<p>2. Sensación de culpabilidad</p>	<p>0. Ausente 1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.</p>
<p>3. Suicidio</p>	<p>0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)</p>
<p>4. Insomnio precoz</p>	<p>0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche</p>
<p>5. Insomnio medio</p>	<p>0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)</p>
<p>6. Insomnio tardío</p>	<p>0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse</p>

	2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, ,manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritable</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <p>~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</p> <p>~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea, mialgias</p> <p>~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros</p>

	<p>~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalea, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales</p>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por e psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i>	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p>

(conciencia de enfermedad)	1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo
----------------------------	--

Tomado de: Ramos-Brieva J, Cordero Villafafi la A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986;14:324-34).