

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“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”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M.C. MAYRA LUIS ANTONIO

DIRECTOR DE TESIS

E.M.F. JUANA BECERRIL ESTEBAN

REVISORES DE TESIS

DRA. EN H. MARIA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ

M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTES

E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA

TOLUCA, MÉXICO 2014

**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”**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por permitirme llegar a esta etapa y desarrollo profesional en mi vida.

A mi familia, principalmente a mis padres; a mi Mamá por todo su cariño y comprensión, quien ha estado en todo momento con su apoyo incondicional. A mi Papá que ha recorrido este camino a mi lado en espíritu. A mis hermanos quienes han confiado en mí, que sin pedir, siempre me han brindado su apoyo en todo momento. Este es un proyecto exitoso del cual fueron partícipes. Familia hermosa los amo y les estoy eternamente agradecida.

A mis maestros: por llevar ese espíritu de enseñanza a quienes les debo el haber compartido sus conocimientos y experiencias y permitir mi formación en el postgrado. De forma especial a mis coordinadoras Dra. Juanita y Dra. Emiliana un agradecimiento especial por todo su apoyo incluso fuera de horario de trabajo.

A todas las personas que contribuyeron en mi formación agradezco profundamente.

ÍNDICE

<u>CAPÍTULO</u>	<u>PAG</u>
ÍNDICE	
I. MARCO TEÓRICO	1
I.1.-Familia.....	1
I.2.- Funcionalidad Familiar.....	3
I.3.- Depresión.....	4
I.4.- Hipotiroidismo.....	7
I.5.- Endocrinología y depresión.....	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
II.1.- Argumentación	
II.2.- Pregunta de investigación.....	14
III.JUSTIFICACIONES	15
III.1.- Académica	
III.2.- Científica	
III.3.- Social	
III.4.- Económica	
IV.HIPÒTESIS	17
IV.1.- Elementos de la hipótesis	
IV.1.1.-Unidades de observación	
IV.1.2.-Variables	
IV.1.2.1.-Dependiente	
IV.1.2.2.-Independiente	
IV.1.3.- Elementos lógicos de relación	
V. OBJETIVOS	18
V.1.- General	
V.2.- Específicos	
VI. MÉTODO	19
VI.1.- Tipo de estudio	
VI.2.- Diseño del estudio	
VI.3.- Operacionalización de variables.....	20
VI.4.- Universo de trabajo	22
VI.4.1.- Criterios de inclusión	
VI.4.2.- Criterios de exclusión	
VI.4.3.- Criterios de eliminación	
VI.5.- Instrumento de investigación.....	22
VI.5.1.- Descripción	
VI.5.2.- Validación	
VI.5.3.- Aplicación	
VI.6.- Desarrollo del proyecto.....	25
VI.7.- Limite de espacio	
VI.8.- Límite de tiempo	
VI.9.- Diseño de análisis	
VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS	26

VIII.- RESULTADOS	28
IX.- CUADROS Y GRÁFICOS.....	29
X.- DISCUSIÓN.....	38
XI.- CONCLUSIONES	40
XII.- RECOMENDACIONES.....	41
XIII. BIBLIOGRAFIA	42
XIV. ANÉXOS	45

I. MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES

I.1.- FAMILIA

El origen etimológico de la palabra Familia, raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción o matrimonio. Y la enfatiza como la unidad básica en la sociedad, así como la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. (1)

Según la real academia española define el término Familia como “Grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes” y como “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

El hombre es un ser social que sobrevive a lo largo de su evolución, a través de la pertenencia a diferentes grupos sociales y de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en que se ha desarrollado, por lo que es tan añeja como la propia humanidad. Y ha experimentado transformaciones que ha permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Así cuanto mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial.

Y pese a que la familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del siglo XIX que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función es determinada por el grado de desarrollo global. Así como se ha considerado a la familia como el ambiente más importante en que ocurre y se resuelve la enfermedad. (2)

La familia tiene su origen en la necesidad de supervivencia, la familia conyugal ha sido siempre conocida, surge fundada en lo biológico para arropar a la madre e hijo. Surge en todas las culturas de una pareja heterosexual de adultos y con fines de procreación. La supervivencia de la especie ha requerido primero la protección de la maternidad y después de la paternidad, lo que llevo a la convivencia de la pareja. Este modelo desde su perspectiva más nuclear y extendida alrededor de dicho núcleo, es el que se mantiene en la práctica totalidad de todos los países. Los cambios en la familia durante los últimos 40 años han sido los más profundos y

convulsivos de los últimos 20 siglos y estos cambios afectan a todo el sistema familiar desde la igualdad entre género (3)

Así se sigue considerando al género femenino como la base fundamental y protectora en primera instancia de la familia, en segundo término al género masculino, pero con los mismos derechos y obligaciones ante la sociedad y como individuo potencialmente productivo dentro del entorno familiar y fuera de él.

La familia es el núcleo social constituido por personas que tienen vínculos entre sus miembros. Mendalie, define a la familia como un sistema comparable a una telaraña o una compleja molécula, en que ninguna de sus partes puede ser tocada sin haber repercusiones en el resto del mismo. Como institución debe permitir su desarrollo individual y colectivo de ellos dentro de esa unidad.

Existe suficiente información que permite concluir que la familia es una institución que mantiene una interacción e influencia recíproca con la civilización que le da origen. Conocer el origen y la evolución de la familia a través del tiempo, representa para el especialista de medicina familiar la oportunidad de identificar el significado que tiene la familia como institución biológica y social. (4)

El rol que desempeña la familia en la determinación de la salud constituye un tema que amerita mayor atención en el marco de un sistema de salud sustentado en la práctica de la medicina familiar. Los perfiles profesionales del equipo de salud de la atención primaria contemplan objetivos y acciones relacionadas con el diagnóstico y la intervención familiar, así como el análisis de la situación de salud de la familia, aspecto que implica la consideración de la familia como unidad básica para la atención de salud individual y comunitaria. (5)

Enfatizando que las funciones familiares básicas han sido consideradas según el Consenso de Medicina Familiar 2005:

- **Socialización:**
Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo bio psicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:**
Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:**
Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.

- Estatus:
Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción:
Provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

I.2.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de norma función o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar.

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar. (6)

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

El funcionamiento familiar cursa por cuatro etapas secuenciales: procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles. La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal, por la ausencia de problemas; por lo tanto. Así podemos adelantar que la etiqueta de patología debe reservarse a las familias que frente a las tensiones incrementan la rigidez de sus pautas, límites transaccionales y evitan o resisten a toda exploración de variantes. (7)

La familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad, escenario privilegiado en donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de

socialización del individuo. La unidad básica de la sociedad constituye un espacio de vivencias de primer orden, en donde el sujeto tiene sus primeras experiencias y adquiere sus valores y concepción del mundo. Es el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo favorable y sano de su personalidad, o bien por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales, así como el apoyo para la superación de estas últimas. (8)

I.3.- DEPRESIÓN:

Desde la antigüedad ya se hablaba de un estado de locura con ánimo exaltado, sin embargo fue Areteo de Capadocia un siglo después de Cristo el que hace la conexión entre melancolía y manía, un siglo más tarde Galeno hace referencia a los síntomas depresivos con la afectación del cerebro por el humor negro. Así durante el Renacimiento, Paracelso se aparta de la teoría Hipocrática y Galeno de los humores como causa de la melancolía y recurre a factores anímicos. Y en algunos escritos se habla ya del riesgo de suicidio. (9)

Importantes cambios en el ámbito médico, donde la melancolía se va perfilando hacia el término de depresión, y que empieza a aparecer en diccionarios médicos desde 1860. Ya para el año 1899, Kraepelin, describe por primera vez la demencia precoz o la psicosis maniaco depresivo. Paralelamente Freud en su publicación "Duelo y Melancolía" en el año 1917, sentó las bases de las concepciones psicoanalíticas sobre estos trastornos.

A partir de la tercera revisión que se hizo en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) los trastornos del estado de ánimo aparecen separadamente de las psicosis y de otros trastornos. Para el año 1992 en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) aparecen los trastornos del humor. (10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. (11)

La depresión es un problema de salud pública, que está alcanzando, a nivel mundial, proporciones importantes. La Organización Mundial de la Salud, (OMS) 2007 reporta una prevalencia de depresión de al menos el 10%. Por su parte Murray y López, como se cita en Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005) estiman que para el año 2020 será la segunda causa de años de vida perdidos, a escala mundial y la primera en países desarrollados. En Colombia (2004), utilizando una encuesta domiciliaria, reporta una prevalencia que va desde 7.8 a 9.2% y una relación de 2 a 1 de mujer a hombre.

En México, hace diez años Santillana y Alvarado (1999) referían una prevalencia del 42% de depresión leve y 15% con depresión moderada o severa en mujeres; para los hombres un 30% de leve y 7% de moderada y severa.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica o conocida también como Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, reveló que los trastornos afectivos

dentro de los que se incluye a la depresión, afectan al 9.2% de la población alguna vez en la vida, y es la segunda causa de morbilidad. Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el último año. (12,13)

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. La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada. (12)

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.

Con relación al inicio de la depresión, la encuesta realizada en Guanajuato 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 (Medina-Mora et al., 2003). 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. No obstante, la importancia obvia de acuerdo con lo señalado, la depresión se diagnostica muy poco, no solamente en un país como México, sino aún en los desarrollados (OMS, 2001). (13)

Ante la posibilidad de un trastorno en el estado de ánimo que en muchas ocasiones son poco específicos se plantea el diagnóstico basado en criterios. La depresión primaria puede ser detectada en base a criterios; y son dos los que se utilizan como los Criterios Diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional de los trastornos mentales en su 10ª edición, (CIE 10). Siendo más utilizado El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales Cuarta Edición Texto Revisado (DSM IV TR). De acuerdo al criterio diagnóstico según el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

Criterios para el episodio depresivo mayor:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

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

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada

por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (14)

En el presente estudio se hace énfasis a la depresión secundaria ya que es la entidad que se presenta en pacientes con hipotiroidismo.

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. (15)

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país y ha sido recientemente considerada como un problema prioritario de salud pública. Sus consecuencias son importantes y trascienden el ámbito personal del paciente, afectando a todo el entorno familiar y social. Estudios epidemiológicos plantean que la depresión es la segunda causa de discapacidad en mujeres y la tercera en varones, que en un futuro afectaría al 9% de la población mayor de 15 años, y que 29,5% de las consultas de atención primaria serían por depresión. (16)

Existen diferentes instrumentos para detectar algún grado de depresión como la escala de Hamilton, escala de Zung, cuestionario de Alvarado, entre otros; sin embargo en la presente investigación se utilizará el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Este inventario, en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad sintomática de la depresión en muestras clínicas y no clínicas. Cada ítem contiene varias frases auto-evaluativas, de las cuales se debe escoger la que más se ajuste al propio estado de ánimo de los últimos seis meses.

En cada uno de los enunciados, y por ende en todo el instrumento, la atención se centra en los componentes cognitivos de la depresión por encima de los síntomas somáticos. Las puntuaciones obtenidas en la prueba pueden agruparse en 4 niveles de depresión: depresión mínima (0 a 9 puntos), depresión leve (10 a 16 puntos), depresión moderada (17 a 29 puntos), y depresión severa (30 a 63 puntos). Ya que el original constaba de 6 parámetros en donde se consideraban: altibajos considerados normales con 1 a 10 puntos, leve perturbación del estado de ánimo con 11 a 16 puntos, estados de depresión intermitente de 17 a 20 puntos, depresión moderada de 21 a 30 puntos, depresión grave 31 a 40 puntos, depresión extrema con mayor de 40 puntos. (17)

1.4.- 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. (18)

La guía de práctica clínica lo define como un trastorno producido por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas en el organismo, cuya principal causa es su falta de producción en la glándula tiroides.

Epidemiología

Es una enfermedad frecuente que predomina en mujeres con una incidencia en México de 3.5 por 1000 mujeres y de 0.6 por 1000 hombres, la probabilidad se incrementa con la edad hasta en un 14 por 1000 mujeres de 75 a 80 años de edad y en otros reportes el incremento es hasta de 10% en la población general mayor de 60 años. Se presenta en 95% de los casos de tipo primario (afección de la glándula tiroidea) y en un gran porcentaje se ha asociado a causas inmunológicas (tiroiditis autoinmune), endémicas o asociado a tratamiento quirúrgico de la glándula tiroides o con tratamiento a base de yodo radioactivo, o al uso de medicamentos como amiodarona, litio. (19)

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).

Este es el caso en México, si bien hay zonas donde el motivo más frecuente de hipotiroidismo es la deficiencia de yodo. El hipotiroidismo se clasifica según su causa en central y primario:

- **Hipotiroidismo central:**
Causa rara de hipotiroidismo ocasionada por una insuficiente estimulación de una glándula tiroidea normal, dicho estado puede deberse a una disfunción en la hipófisis (hipotiroidismo secundario) o a una alteración hipotalámica (hipotiroidismo terciario), y generalmente es sugerido por concentraciones bajas de hormonas tiroideas con TSH (hormona estimulante de la tiroides) inapropiadamente baja o normal. Las causas del hipotiroidismo central son múltiples; sin embargo, considerándolo en forma práctica el resultado final es el mismo: disminución de la liberación de TSH (hormona estimulante de la tiroides) biológicamente activa. Y que puede estar causado por trastornos del eje hipotálamo hipofisario de origen neoplásico (gliomas, adenomas, craneofaringiomas), infiltrativo (histiocitosis, sarcoidosis), inflamatorio (hipofisitis linfocíticas), infeccioso (tuberculosis), isquémico (síndrome de Sheehan) o por lesión traumática del eje hipotálamo-hipófisis.
- **Hipotiroidismo primario:**
Producido por un daño funcional de la glándula tiroides, ya sea de tipo autoinmune (tiroiditis de Hashimoto), inflamatorio (tiroiditis viral o sub aguda), iatrogénico (posquirúrgicas, por radio yodo terapia), farmacológico

(amiodarona, tiamidas, litio) o por deficiencia de yodo. Representa 99% de los casos de hipotiroidismo. La tiroiditis de Hashimoto es la primera causa de hipotiroidismo primario en las zonas del mundo donde el aporte dietético de yodo es suficiente; su incidencia media es de 3.5 casos por cada 1000 personas por año en mujeres y en los hombres de 0.8 casos por 1000 personas por año, con un pico entre la cuarta y sexta décadas de la vida. La alteración en la síntesis de hormonas tiroideas se debe a la destrucción apoptótica de las células tiroideas por un trastorno autoinmune, lo cual es caracterizado por la infiltración linfocitaria de la tiroides, anticuerpos antitiroideos circulantes (anti-TPO en 90-95% y antitiroglobulina en 20-50%) y la asociación con otras enfermedades autoinmunes.

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 y de tiroxina libre (T4L) < 0.9 ng/dL.

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. (20)

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 y un menor gasto económico para el país.

En la presente investigación para fines prácticos, consideraremos a las pacientes con hipotiroidismo controlado aquellas que cuenten con estudios de laboratorio no mayores a 3 meses y se reporte TSH entre 0.5 y 4.5UI/ml y tiroxina libre (T4L) mayor 0.9 ng/dL. Evitando así un sesgo de error al arrojar los resultados, ya que si se tratase de un hipotiroidismo de recién diagnóstico, probablemente se confundiría la sintomatología asociada al padecimiento de base.

Regulación hormonal del Sistema Nervioso Central (SNC):

La hormona T3 es especialmente importante en las fases iniciales de formación y desarrollo del sistema nervioso central. Actúa sobre genes que poseen zonas regulatorias TRE (Thyroid Receptor Elements) encargadas de transducir la expresión

de mielina, neurotrofinas, receptores, factores de transcripción, factores reguladores de splicing y proteínas de señales intracelulares. Esto es relevante considerando que la depresión es en parte secundaria al déficit de catecolaminas, en particular de norepinefrina.

Otro mecanismo que se postula es a través de la modulación de serotonina (5 HT) y sus receptores a nivel cerebral. Se ha propuesto que las hormonas tiroideas pueden modificar los niveles de auto receptores 5HT1A presentes a nivel del raphe y que inhiben la frecuencia de descarga de estas neuronas, reduciendo la liberación de 5HT. En humanos se ha demostrado una correlación positiva entre los niveles de serotonina y de T3 circulante.

De manera que en casos de hipotiroidismo, la serotonina cerebral disminuye y en hipertiroidismo aumenta. Estos resultados indican que la T3 puede reducir el efecto inhibitorio de los receptores 5HT1A, aumentando la liberación cortical de 5-HT y por tanto, sinergizar la respuesta a los antidepresivos.

Por lo expuesto anteriormente, se podría sugerir que en la depresión ocurre una inhibición de los receptores de Dopamina (D2), disminución de los niveles de T3 y reducción en los niveles de 5HT cerebral. (21)

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Se presenta frecuentemente de forma insidiosa y con sintomatología inespecífica. Los síntomas van a depender del tiempo de evolución de la enfermedad, la edad, genero, el tiempo de aparición, la velocidad de instauración y causa del mismo (primario, hipofisiario o hipotalámico).

Los síntomas más comunes son:

- Intolerancia al frío
- Astenia
- Anorexia
- Aumento de peso
- Somnolencia
- Perdida de la memoria
- Cambios en la personalidad
- Disminución en la audición y sentido del gusto
- Depresión
- Ataxia debilidad
- Dolor articular
- Calambres
- Nauseas
- Estreñimiento
- Disminución de tolerancia al ejercicio físico
- Reducción de la libido
- Disminución de la fertilidad

- Alteraciones menstruales
- Piel áspera y fría
- Cara hinchada y blanda
- Caída de vello y cabello

Los signos más comunes son:

- Hipotermia
- Somnolencia
- Bradicardia
- Bradilalia
- Bradipsiquia
- Disminución en la audición y sentido del gusto
- Depresión
- Ataxia e hiporreflexia
- Rigidez articular
- Síndrome de túnel del carpo
- Macroglosia
- Voz grave
- Derrame pericardico o pleural
- Palidez de tegumentos
- Cabello reseco y quebradizo
- Alopecia de la ceja
- Edema periorbitario, cara, dorso mano y tobillos
- Disminución de cabello
- Uñas estriadas

I.5.- ENDOCRINOLOGÍA Y DEPRESIÓN

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 hipófisis tiroideo (HHT), aproximadamente un 25% de los sujetos depresivos presentan una respuesta reducida de hormona tiro estimulante (TSH) a la estimulación con hormona liberadora de TSH (TRH), aunque todos tienen niveles plasmáticos normales de TSH, tiroxina (T4) y T3.

Se ha sugerido que en algunos sujetos depresivos existiría una estimulación de neuronas hipotalámicas secretoras de TRH debido al incremento del cortisol circulante producto de una mayor activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

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.

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. (22)

En Quintana Roo se realizó un estudio sobre depresión en pacientes con hipotiroidismo sustituido de los pacientes encuestados, 98 fueron mujeres y 7 hombres, con una edad media de 47.4 el tiempo de evolución promedio del hipotiroidismo fue de seis años; la frecuencia de depresión fue de 32.4%. Concluyendo así que la sintomatología del hipotiroidismo es similar a la de la depresión cuando éste no tiene un adecuado control metabólico. En este estudio se considero a la depresión como un padecimiento independiente al hipotiroidismo. (23)

Así se continúa considerando a la depresión como una patología muy frecuentemente asociada a hipotiroidismo y por ende considerando como factor de riesgo las alteraciones en la funcionalidad familiar ante un individuo que la padezca. En Aguascalientes y Zacatecas se realizó una investigación respecto a la asociación entre disfunción familiar y depresión. Encontrando que el 58% calificaron como familias funcionales, 28% disfuncionalidad moderada y 14% grave. Y con respecto a la variable depresión 54% no se encontraba deprimido, 21% tenía depresión leve y 25% severa. En el total de sujetos estudiados la asociación encontrada entre disfuncionalidad familiar y depresión fue estadísticamente significativa. En donde concluyeron que la disfuncionalidad familiar está asociada con la depresión y se puede pensar que las condiciones del ambiente tienen importancia y deberían ser motivo de más investigación. Por otro lado la adecuada funcionalidad familiar protege contra la depresión grave, ya que en las familias funcionales 18% presentó depresión severa y en las familias con disfuncionalidad severa, 47% mostró ese mismo tipo de depresión. (24)

En el 2008, en el Hospital general de Ecatepec “Dr. José Ma. Rodríguez” se realizó un estudio de tipo descriptivo acerca de la frecuencia de depresión no diagnosticada en una unidad de medicina familiar. Encontrando que la relación mujer: hombre fue de 5:1 y que del total de la población adscrita a esa unidad el 24% presentan algún grado de depresión y no cuentan con el diagnóstico establecido en su expediente, así concluyeron que no se busca de forma intencionada la presencia de síntomas depresivos, por lo que no se llega al diagnóstico y consecuentemente no se da tratamiento oportuno. (25)

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, acerca de todos aquellos pacientes que acudieron durante marzo 2007 a marzo 2008

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. (26)

Durante el 2009 en el Hospital General de Zona No 1 del IMSS de Durango se realizó un estudio acerca de la funcionalidad familiar en pacientes con trastorno mixto ansioso y depresivo, en donde se concluye que la disfuncionalidad familiar se presenta en mayor número dentro de la conducta disruptiva que ocasiona el trastorno mixto. En donde el notable descontrol emocional y físico altera su dinámica familiar. (27)

En la unidad de medicina familiar No. 52 de Colima, se realizó un estudio de casos y controles en el 2009, acerca de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento suicidio. Y que reporta como determinantes para intento suicidio violencia intrafamiliar en un 3.8%, desintegración familiar 8.5%, eventos críticos 8.8%, baja autoestima 8.2%, depresión 22%, ansiedad 9% y disfunción familiar en un 25%. Por lo que es de vital importancia indagar el grado de depresión y otorgar tratamiento oportuno así como detectar funcionalidad familiar y realizar las intervenciones pertinentes. (28)

La guía de práctica clínica; Diagnostico y tratamiento del Hipotiroidismo Primario en Adultos en el primer nivel de atención IMSS 2009, menciona que el hipotiroidismo y la depresión se acompañan con frecuencia, sin definir aun bien su relación de causalidad, ya que el hipotiroidismo ha sido definido como una causa reversible de depresión pero también se describen niveles mayores de TSH (Hormona estimulante de la Tiroides) en los pacientes deprimidos, por lo que en ocasiones el traslape de los síntomas depresivos y la disfunción tiroidea, crea confusión en la claridad de la relación entre las dos patologías. (29)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

El hipotiroidismo es una enfermedad con incidencia de 3.5 por 1000 mujeres y de 0.6 por 1000 hombres en México; algunos autores han reportado una incidencia anual de 40 por 10 000 mujeres y de seis por 10 000 en hombres.

Es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, afecta a todos los grupos etarios principalmente mujeres en quienes predominan los síntomas inespecíficos y que se han asociado frecuentemente a depresión, con implicaciones importantes en la calidad de vida porque incrementa la morbimortalidad cuando se acompaña a otros padecimientos médicos.

El tratamiento oportuno del hipotiroidismo debiera restablecer en su totalidad la funcionalidad física y cognitiva, con mejor disposición para realizar las actividades cotidianas y un menor gasto económico para el país. Sin embargo al contar con un padecimiento asociado como lo es la depresión, se hace necesario el desarrollo de una investigación integral que incluya el aspecto biopsicosocial e integrando así a la funcionalidad familiar.

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país y ha sido recientemente considerada como un problema prioritario de salud pública. Sus consecuencias son importantes y trascienden el ámbito personal del paciente, afectando a todo el entorno familiar y social. Estudios epidemiológicos plantean que la depresión es la segunda causa de discapacidad en mujeres y la tercera en varones.

La investigación dentro de la República Mexicana así como en la sede a investigar arroja resultados afirmativos entre la asociación de Hipotiroidismo y depresión con predominio en el género femenino, y por ende la presencia concomitante de estas dos patologías, refiriéndonos de forma directa a la depresión e influyendo de manera significativa para la funcionalidad familiar y más aun tratándose de mujeres en edad productiva.

II.2 Pregunta de Investigación.

¿CUÁL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL 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 2013?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

Para el investigador es una oportunidad de aprendizaje y experiencia en el área que se indaga, y así como no se han encontrado ningún registro de investigación en UMF 220 relacionados la funcionalidad familiar en pacientes hipotiroideas que se ha detectado cierto grado de depresión. Así como instrumento para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar.

III.2 Científica.

La ciencia y sus avances sofisticados a través del tiempo han logrado establecer criterios de riesgo para presentar depresión y por ende alguna alteración en la funcionalidad familiar. Como lo es el caso del hipotiroidismo, se cuenta con estudios de laboratorio básicos como el perfil tiroideo con el cual se detectarían tempranamente en aquella población de riesgo o sospecha, la Asociación Americana de Tiroides recomienda hacer pruebas de funcionamiento tiroideo en todos los adultos a partir de los 35 años y cada 5 años en población de alto riesgo, en el examen periódico de salud Canadian Task Force, recomienda una vigilancia estrecha ante la sospecha clínica de síntomas inespecíficos, a pesar de todas estas medidas el hipotiroidismo pasa sub diagnosticado y por lo consiguiente alteraciones concomitantes como la depresión o disfunción familiar, también pasan desapercibidas.

III.3 Social.

Diferentes factores podrían intervenir en la génesis de la depresión desde científicos; como factores genéticos, neuroendocrinos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de una depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Y más aun contando con un factor de riesgo para presentar diferentes grados de depresión secundaria a hipotiroidismo, ya que nos habla del riesgo inminente de presentar alteraciones en el estado de ánimo desde antes de hacer el diagnóstico de hipotiroidismo. Y por ende con alteraciones en su contexto para las relaciones sociales adecuadas.

III.4 Económica.

Desde el punto de vista económico, al realizar la evaluación de la funcionalidad familiar y el grado de depresión, en mujeres con hipotiroidismo, no implica grandes gastos para el instituto, ya que no se realizará ningún procedimiento invasivo.

En aquellas familias que cuentan con un integrante con alteraciones en el estado de ánimo y que muy probablemente cursen con alguna disfunción familiar, es frecuente que visiten múltiples instituciones de gobierno o privadas en busca del bienestar del paciente y la familia, y que consecuentemente involucra la economía familiar.

Como institución al realizar el diagnóstico de Depresión o detectar disfunción familiar, se iniciaría tratamiento integral. Mejorando la calidad de vida del paciente y de la familia ya que será un individuo productivo. Y secundariamente evitando gastos extras en la economía familiar así como reduciendo el número de consultas a primer nivel por causas inespecíficas que en muchas ocasiones no son concluyentes de un diagnóstico. Contribuyendo así a reducir gastos para el instituto y evitando reincidencia de consultas por falta de manejo integral.

IV. HIPÓTESIS

Existe disfunción familiar moderada y depresión leve 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.

IV.1.- Elementos de la Hipótesis

IV.1.1.- Unidades de Observación:

Mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad que acuden a la unidad de medicina familiar No. 220 en Toluca México.

IV.1.2.- Variables:

IV.1.2.1.- Dependiente:

- Funcionalidad familiar

IV.1.2.2.- Independiente:

- Depresión

IV.1.3.- Elementos lógicos de relación.

y, en, a, de, con, a la, de, en, el.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

- Identificar la funcionalidad familiar y el grado de depresión en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad que acuden a la unidad de medicina familiar No. 220 de Toluca México, en el año 2013.

V.2 Específicos.

- Conocer el grupo de edad más frecuente en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad.
- Definir cuál es la ocupación más frecuente en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad.
- Señalar cuál es la escolaridad en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad.
- Conocer el estado civil en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad.
- Establecer la funcionalidad familiar en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad.
- Identificar el grado de depresión en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad.
- Determinar la funcionalidad familiar en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad con depresión.
- Conocer la funcionalidad familiar en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad sin depresión.
- Clasificar cuál es el grupo de edad más frecuente en mujeres de 20 a 40 años de edad hipotiroideas que presentan disfunción familiar y depresión.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de estudio.

- Transversal
- Descriptivo
- Observacional

VI.2.Diseño del estudio.

En cada uno de los consultorios de la unidad de medicina familiar No. 220 tanto del turno matutino como vespertino de lunes a viernes, se captaron pacientes del sexo femenino de 20 a 40 años de edad con hipotiroidismo, a las cuales se les cito en la consulta externa para la realización y aplicación de los instrumentos. Se les informo motivo del estudio explicando riesgos y beneficios, una vez que aceptaron se les invito a firmar voluntariamente el consentimiento informado. Se verifico que contaran con perfil tiroideo no mayor a 3 meses. Y posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos, la escala de evaluación FACES III para funcionalidad familiar y el Inventario de Beck para depresión.

Posteriormente se concentro la información en hoja de recolección de datos, se clasificó y se realizo el análisis de los mismos.

VI.3. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	ITEM
Grupo de 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) 20 a 24 2) 25 a 29 3) 30 a 34 4) 35 a 40	Cuantitativa Intervalo	1
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento para vivir	Trabajo que se encuentre realizando el paciente.	1) Hogar 2) Empleado 3) Comerciante 4) Otros	Cualitativa Nominal	2
Escolaridad	Tiempo en que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza y el grado que se obtiene.	El tiempo que duró estudiando hasta el momento de la entrevista.	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Carrera técnica 6) Licenciatura 7) Maestría 8) Doctorado 9) Otros	Cualitativa Nominal	3
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Vínculo personal en la que se encuentre el paciente al momento del estudio.	1) Soltera 2) Unión libre 3) Casada 4) Viuda 5) Divorciada	Cualitativa Nominal	4
Funcionalidad familiar	Funcionalidad Familiar: cumplimiento de las necesidades básicas de cada uno de los integrantes de una familia, siendo estas; el afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus.	Es el equilibrio que existe en las relaciones interpersonales en un ambiente familiar.	1.-Balanceadas o funcionales 2.-Rango medio o moderadamente disfuncionales 3.-Extremas o severamente disfuncionales	Cualitativa Nominal	1 - 20
Depresión	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	Es la alteración en el estado de ánimo con tendencia a la tristeza profunda y desanimo para realizar actividades cotidianas.	Depresión Mínima o altibajos normales: de 1 a 9 puntos Depresión Leve: de 10 a 16 puntos Depresión Moderada: de 17 a 29 puntos Depresión Severa de 30 a 63 puntos	Cualitativa Ordinal	1- 21

	las exigencias de la vida), que se acompaña frecuentemente de otros síntomas cognitivos, somáticos o volitivos.				
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.	Hipotiroidismo: de acuerdo a la guía de práctica clínica IMSS 2009. Niveles séricos de TSH > 10 mUI/mL y de tiroxina libre (T4L) < 0.9 ng/dL	Cuantitativa Continua	5

VI.4. Universo de Trabajo y Muestra

El Universo de trabajo está constituido por 48 de mujeres de 20 a 40 años de edad con diagnóstico de Hipotiroidismo que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 220 del IMSS Toluca, Estado de México. Y que se encuentran registradas en el censo actual de la Unidad de Medicina Familiar No. 220 Toluca México.

La muestra consto de 26 pacientes, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión con un tipo de muestreo no probabilístico.

VI.4.1 Criterios de Inclusión:

- Derechohabiente a la UMF 220 del IMSS Toluca, México.
- Género Femenino
- Con diagnóstico de Hipotiroidismo primario y/o secundario.
- Edad de 20 a 40 años.
- Que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar No 220.
- Que acepten participar en el estudio. Y firmen consentimiento informado.
- Que no estén ingiriendo antidepresivos o recientemente los hayan tomado.
- Que cuenten con perfil tiroideo no mayor a 3 meses y reporte niveles séricos de TSH entre 0.5 y 4.5UI/ml y tiroxina libre (T4L) mayor 0.9 ng/dL.

VI.4.2 Criterios de exclusión:

- Con previo diagnóstico de depresión.
- Con otra enfermedad psiquiátrica subyacente.
- Que no cuenten con perfil tiroideo menor o igual a 3 meses.
- Hipotiroidismo descontrolado (Niveles séricos de TSH mayor 10mUI/ml y tiroxina libre (T4L) menor a 0.9 ng/dL)

VI.4.3 Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

VI.5. Instrumentos de investigación:

Escala FACES III para la funcionalidad familiar (anexo III)

Inventario de Beck para detectar depresión (anexo IV)

VI.5.1 Descripción.

Para la realización del presente estudio se utilizó la escala evaluativa FACES III y el Inventario de Depresión de Beck, en cuyos formatos las preguntas están elaboradas con sencillez y claridad para la aplicación de las mismas.

Previa aceptación en consentimiento informado se aplicó la escala de FACES III para determinar la funcionalidad familiar que consta de 20 preguntas que evaluaron 2 parámetros de la funcionalidad familiar; la adaptabilidad y la cohesión, las preguntas fueron planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para evaluar adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna, en preguntas numeradas como nones y pares. Las 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca 1, casi nunca 2, algunas veces 3, casi siempre 4, siempre 5) y se contestaron en un promedio de 5 a 10 minutos. En la escala las preguntas nones evaluaron la cohesión y las preguntas pares la adaptabilidad, los resultados se cotejaron con el sistema circunflejo de Olson de acuerdo al cual las familias se clasificaron en:

- Balanceadas o funcionales.
- Rango medio o moderadamente disfuncionales.
- Extremas o severamente disfuncionales.

Y se interpretaron de acuerdo al siguiente cuadro:

CALIFICACION DE COHESION		CALIFICACION DE ADAPTABILIDAD	
COHESION	AMPLITUD DE CLASE	ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirrelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

		COHESION			
		Bajo	Moderado	Alto	
ADAPTABILIDAD	CAOTICA	NO RELACIONADA	SEMIRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
		Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
Moderado	FLEXIBLE	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
Bajo	RIGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

En segundo término se aplicó El Inventario de Depresión de Beck que consta de 20 preguntas, este instrumento es sensible para la evaluación del síndrome depresivo. Cada pregunta consta de 4 opciones en donde la menor puntuación es de 0 y la mayor de 3 puntos. Fue posible contestarlo en un promedio de 10 minutos aproximadamente.

Una vez completado el inventario, se sumaron los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtuvo el puntaje total.

El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no se agrega al puntaje total. Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario fue de 63.

Se utilizó la versión estandarizada para población Mexicana en donde clasifica los grados de depresión en 4 niveles. Haciendo referencia a áreas afectivas, cognitivas y somáticas, e indica si el estado de ánimo es:

ESTADO DE ANIMO

PUNTUACION

Depresión Mínima o altibajos normales.....	1 - 9 puntos
Depresión Leve.....	10 - 16 puntos
Depresión Moderada.....	17 - 29 puntos
Depresión Severa.....	30 - 63 puntos

VI.5.2 Validación.

FACES III es un estudio Europeo desarrollado por Olson y colaboradores, cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad familiar. Instrumento que fue traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. Tiene un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.7 y de acuerdo a ello se concluye un valor alto en comparación con la versión anglosajona.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory, BDI). Tiene un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.87 y al ser publicado como un estudio confiable para la población mexicana a partir de 1998; se considera adecuado para nuestra población a estudio.

VI.5.3 Aplicación.

El FACES III de origen Europeo ha sido aplicado internacionalmente así como al traducirlo al español fue aplicado en la Republica Mexicana desde el 2003. En cuanto al Inventario de Depresión de Beck ha sido utilizado en Latinoamérica a partir de 1998 y fue validado para población adolescentes mexicanos a partir del 2011.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Una vez aprobado por el comité local de investigación del IMSS HGR 220 Toluca México, se seleccionaron aquellas pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se les explico el objetivo de la investigación y se les entrego un consentimiento informado el cual firmaron previo a la aplicación de los instrumentos de investigación. Se procedió a la obtención de la información con una ficha de identificación, aplicación de la escala evaluativa FACES III para determinar la funcionalidad familiar y el inventario de Beck para determinar el grado de depresión.

Una vez obtenida la información se concentro en una base de datos y se procedió a la evaluación, procesamiento y tabulación por métodos computarizados (Excel 2007), se realizó el análisis estadístico para su interpretación y descripción de los resultados.

VI.7 Límite de espacio.

El presente estudio se realizó de lunes a viernes en turno matutino y vespertino de la unidad de medicina familiar, No 220 IMSS Toluca, México.

VI.8 Límite de tiempo.

El presente estudio se realizó en el año 2013.

VI.9 Diseño de análisis.

Con la información obtenida se procedió a la concentración en una base de datos, fue necesario ordenar, clasificar y agrupar los resultados.

El análisis de los resultados se realizó mediante estadística descriptiva, con medidas de tendencia central (moda) utilizando frecuencia y porcentaje.

Se utilizó el programa Excel 2007 para su clasificación y tabulación mediante tablas y gráficos.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como Categoría I, con base en el título segundo, Artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes, solo aportan datos a través de los cuestionarios y que no provoca daños físicos ni mentales.

Y de acuerdo al informe Belmont ya que este consiste en una distinción entre investigación y práctica, una disertación de tres principios éticos básicos y notas acerca de la aplicación de estos principios, particularmente apropiados a la ética de investigaciones que incluyen seres humanos: los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia, los cuales se describen a continuación:

1.-Respeto a las personas:

Incorpora dos convicciones éticas: primero, que los individuos deben de ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas de autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de reconocer a aquellos con autonomía disminuida.

En el estudio se realizará una entrevista guiada, donde con los resultados de la misma, se determinara la funcionalidad familiar así como el grado de depresión o alteraciones en el estado de ánimo que pueden considerarse normal a mujeres de 20 a 40 años de edad que tengan diagnóstico de hipotiroidismo, respetando su autonomía y decisión de participar en el estudio.

2.-Beneficencia:

El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. En el sentido de obligación, se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño e incrementar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

A las mujeres con hipotiroidismo que decidan no participar en el estudio, se explicará ampliamente que no se pone en riesgo su salud y de lo contrario el beneficio de la detección temprana si existiera alguna alteración en el estado de ánimo así como en la funcionalidad familiar y de esta forma respetando su autonomía si a pesar de ello no aceptan, no se realizara la entrevista así con la beneficencia de evitar algún tipo de daño psicológico que pudiera ocasionarle.

3.- Justicia:

El concepto de justicia enfocado al informe de Belmont, hace referencia de a quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad. Los conceptos de justicia se relacionan con la investigación que incluye sujetos humanos. Por ejemplo, la selección de sujetos de investigación debe ser examinada

cuidadosamente para determinar si algunas clases sociales (pacientes de beneficencia, minorías raciales o étnicas particulares o personas confinadas a instituciones) están siendo seleccionadas, sistemáticamente, simplemente por estar disponibles fácilmente, su posición comprometida o su fácil manipulación, en lugar de ser seleccionadas por razones directamente relacionadas con el problema en estudio. En este caso se analiza a la población total de mujeres de 20 a 40 años de edad con diagnóstico de hipotiroidismo sin implicar en ningún tipo de discriminación, respetando así el derecho a la justicia con todas sus implicaciones, ya que los beneficios de la investigación será directamente con cada paciente encuestado, ya que en caso de detectarse alguna alteración en la funcionalidad familiar o se diagnostique depresión en las pacientes con hipotiroidismo, se informará a los médicos familiares con los cuales llevan su control para que de forma oportuna, realicen las intervenciones pertinentes en su tratamiento integral.

Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento informado, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación.

Consentimiento Informado

El respeto a las personas requiere que se dé a los sujetos, en la medida en que sean capaces, la oportunidad de elegir lo que les sucederá. En el presente estudio no se afecta de forma directa ni indirecta al individuo en estudio. Y se explicara al proporcionar el consentimiento informado.

En el proceso de consentimiento informado se analizara, determinando así, si fue comprendido correctamente y si se tiene la voluntad de aceptarlo.

Evaluación del riesgo beneficio:

Ya que no se exponen a ningún riesgo y de lo contrario se obtiene un beneficio para conocer si existen alteraciones en la funcionalidad familiar como en el estado de ánimo y proporcionar tratamiento integral.

La selección de sujetos: Esta no implica ningún tipo de discriminación ya que será aplicada al total de la población.

Se sometió al comité de bioética del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No. 220 de Toluca Estado de México, en donde fue aprobado ya que no pone en riesgo al paciente.

Por lo tanto la presente investigación médica, está sujeta a la normatividad ética que sirve para promover el respeto a todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales. En el caso del presente estudio, a los pacientes del género femenino de 20 a 40 años de edad con diagnóstico de Hipotiroidismo, en quienes se garantizo no poner en riesgo su salud y mantener sus derechos individuales.

Se integra la carta de consentimiento informado, empleada para fines del estudio que se presenta y se incluye en los anexos.

VIII. RESULTADOS

De acuerdo a la investigación realizada en la Unidad de Medicina Familiar No. 220 Toluca México en el año 2013, en las 26 mujeres hipotiroideas que cumplieron con los criterios de inclusión y a las cuales se aplicaron los instrumentos de investigación. Se encontraron los siguientes resultados:

En cuanto a variables socio demográficas se encontró por grupo de edad: el de 20 a 24 años con un 3.85% (1), de 25 a 29 un 15.39% (4), de 30 a 34 con un 42.31% (11), de 35 a 40 fue 38.45% (10) (Cuadro 1, Gráfico 1).

En cuanto a la ocupación se encontró que el 53.84%(14) se dedican al hogar, 30.76%(8) son empleadas, comerciantes un 7.70% (2), y tienen otra ocupación un 7.70%.(2). (Cuadro 2, Gráfico 2).

En la escolaridad un 7.70% (2) son analfabetas, 26.92% (7) tienen Primaria, Secundaria un 34.60% (9), Bachillerato 7.70% (2), con carrera técnica 15.38% (4), tienen licenciatura un 7.70% (2), ninguna cuenta con maestría y/o doctorado. (Cuadro 3, Grafico 3).

En cuanto al estado civil se encontraron solteras 15.38% (4), en unión libre un 38.46% (10), casadas 34.61% (9), divorciadas 7.70% (2) viuda 3.85% (1). (Cuadro 4, Gráfico 4).

Referente a la funcionalidad familiar en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad. Se encontraron Familias balanceadas o funcionales un 65.38% (17) familias moderadamente disfuncionales con 30.77% (8), familia severamente disfuncional con un (3.85%). (Cuadro 5 y Gráfico 5).

En cuanto al grado de depresión se identificaron 11 pacientes en las cuales se reportan con altibajos que se consideran normales representando un 42.30% y con 15 mujeres con depresión leve 57.70%, no se detecto ningún caso de depresión moderada o severa. (Cuadro 6 y Gráfico 6).

También se clasifico de acuerdo a funcionalidad familiar y grado de depresión, en donde se detecta que de las 15 mujeres en las que se detecto depresión, 6 de ellas tienen familias funcionales (40.01%), y 8 reportan moderada disfunción familiar (53.33%), solo una de ellas se reporta con familia severamente disfuncional (6.66%). (Cuadro 7 y Gráfico 7).

De las pacientes sin depresión fueron un total de 11 y el 100% de ellas tienen adecuada funcionalidad familiar. No se encontró ningún caso con disfunción familiar. (Cuadro 8 y gráfico 8).

Se detecta también el grupo de edad que presenta depresión y disfunción familiar de forma concomitante con un total de 9 pacientes. Del grupo de 20 a 24 años se encontró un 11.11% (1), de 25 a 29 años ninguna paciente, de 30 a 34 años un 66.66% (6), y del grupo de 35 a 40 años un 22.22% (2). (Cuadro 9 y gráfico 9).

IX. CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1.

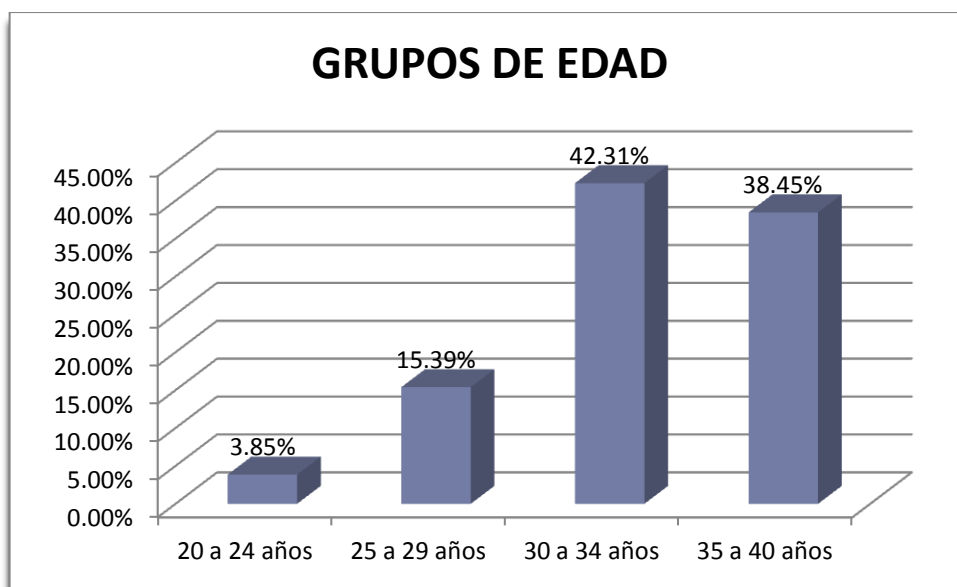
GRUPOS DE EDAD EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 a 24 años	1	3.85%
25 a 29 años	4	15.39%
30 a 34 años	11	42.31%
35 a 40 años	10	38.45%
TOTAL	26	100%

FUENTE: BASE DE DATOS

GRÁFICO 1.

GRUPOS DE EDAD EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 1.

CUADRO 2.

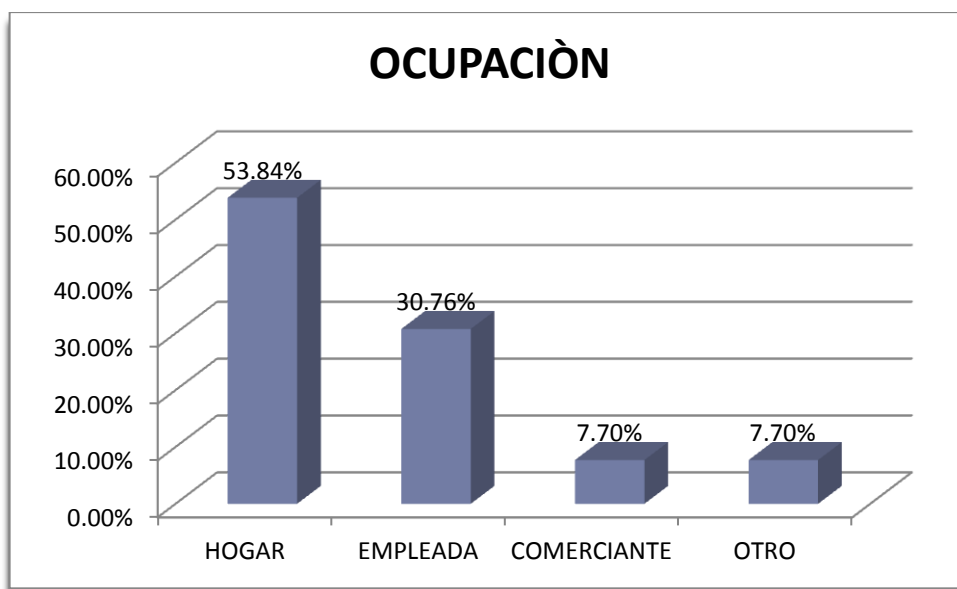
OCUPACIÓN EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	14	53.84%
EMPLEADA	8	30.76%
COMERCIANTE	2	7.70%
OTRO	2	7.70%
TOTAL	26	100%

FUENTE: BASE DE DATOS

GRÁFICO 2

OCUPACIÓN EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 2.

CUADRO 3

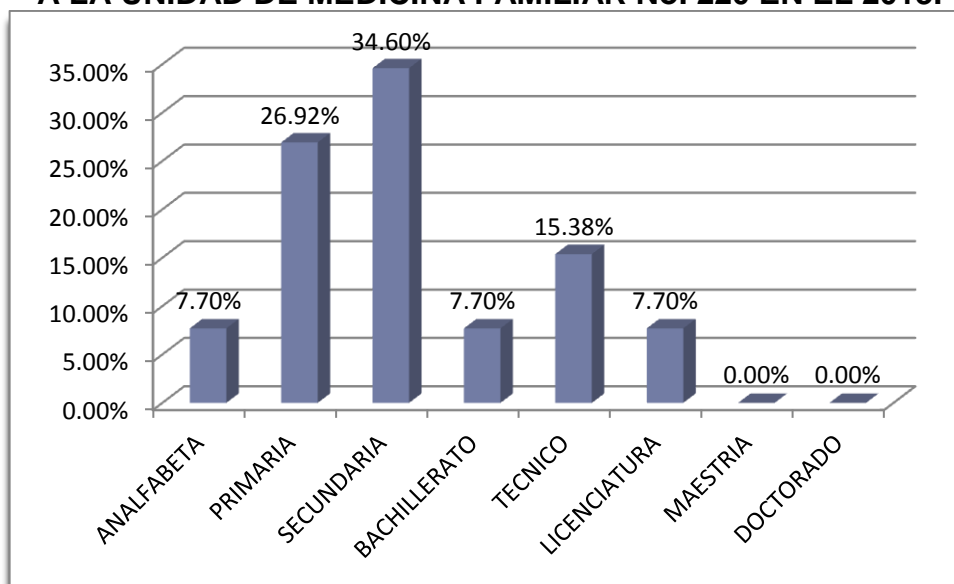
ESCOLARIDAD EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	2	7.70%
PRIMARIA	7	26.92%
SECUNDARIA	9	34.60%
BACHILLERATO	2	7.70%
TECNICO	4	15.38%
LICENCIATURA	2	7.70%
MAESTRIA	0	0%
DOCTORADO	0	0%
TOTAL	26	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 3.

ESCOLARIDAD EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 3.

CUADRO 4

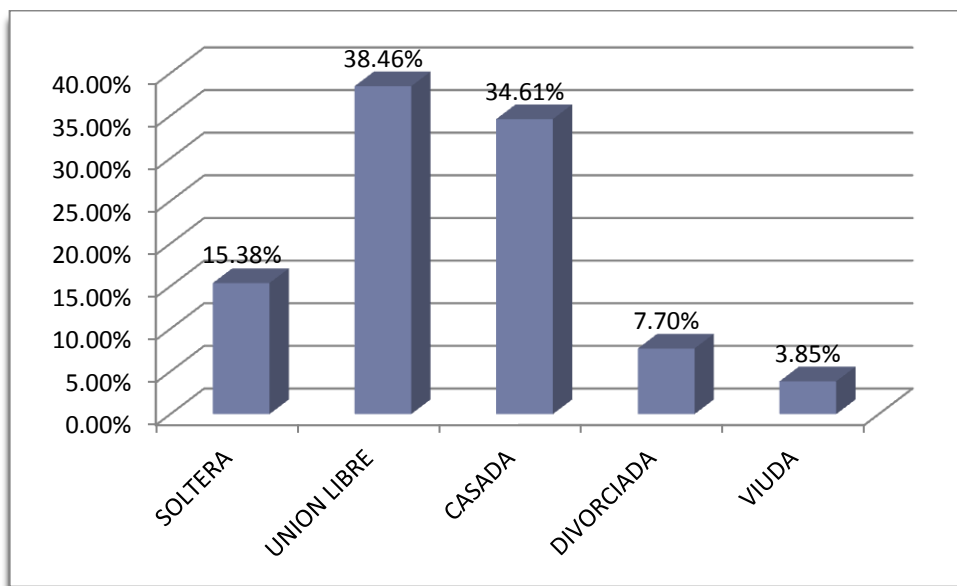
ESTADO CIVIL EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	4	15.38%
UNION LIBRE	10	38.46%
CASADA	9	34.61%
DIVORCIADA	2	7.70%
VIUDA	1	3.85%
TOTAL	26	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 4

ESTADO CIVIL EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 4.

CUADRO 5.

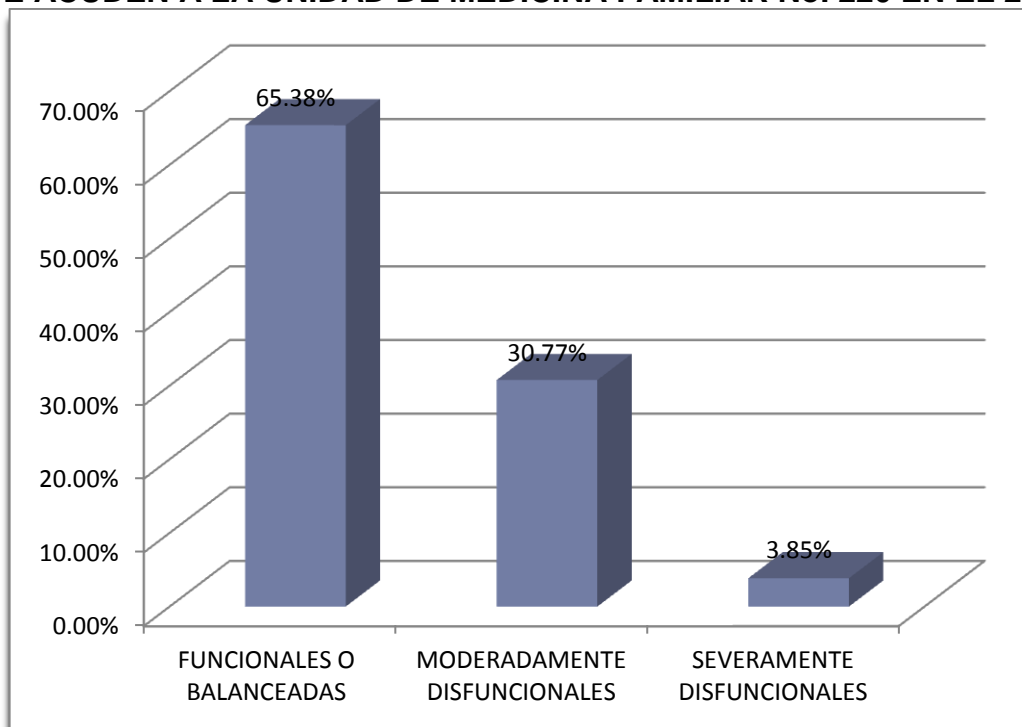
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONALES O BALANCEADAS	17	65.38%
MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	8	30.77%
SEVERAMENTE DISFUNCIONALES	1	3.85%
TOTAL	26	100%

FUENTE: BASE DE DATOS

GRÁFICO 5

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 5.

CUADRO 6.

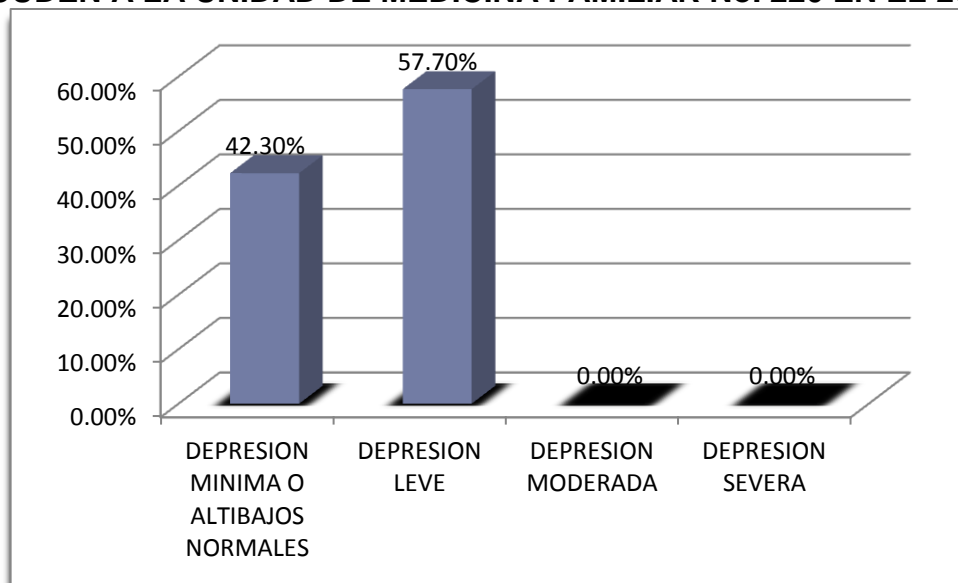
GRADO DE DEPRESIÓN EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

GRADO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MINIMA O ALTIBAJOS NORMALES	11	42.30%
DEPRESIÓN LEVE	15	57.70%
DEPRESIÓN MODERADA	0	0%
DEPRESIÓN SEVERA	0	0%
TOTAL	26	100%

FUENTE: BASE DE DATOS.

GRÁFICO 6.

GRADO DE DEPRESIÓN EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 6.

CUADRO 7.

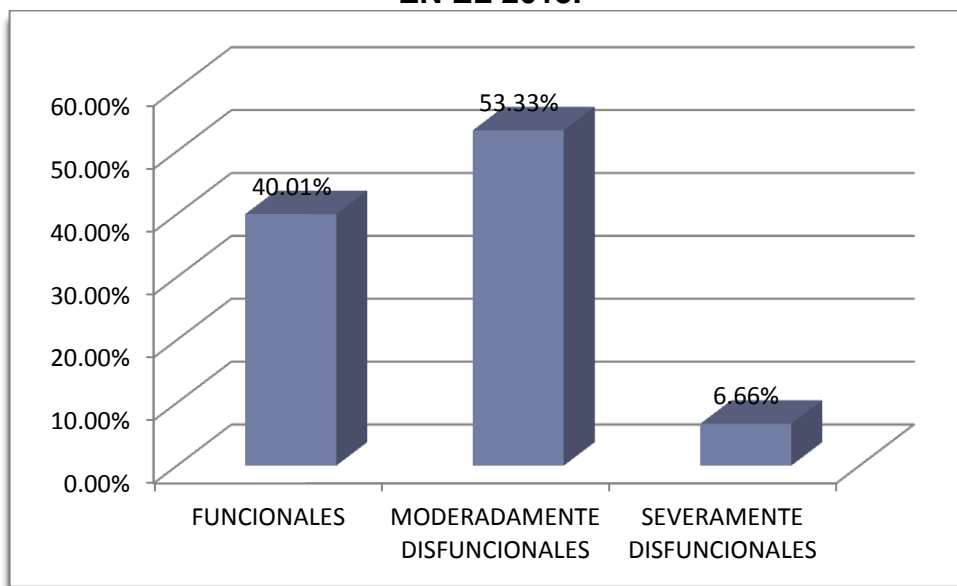
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS CON DEPRESIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CON DEPRESIÓN	PORCENTAJE
FUNCIONALES	6	40.01%
MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	8	53.33%
SEVERAMENTE DISFUNCIONALES	1	6.66%
TOTAL	15	100%

FUENTE: BASE DE DATOS

GRÁFICO 7.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS CON DEPRESIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 7.

CUADRO 8.

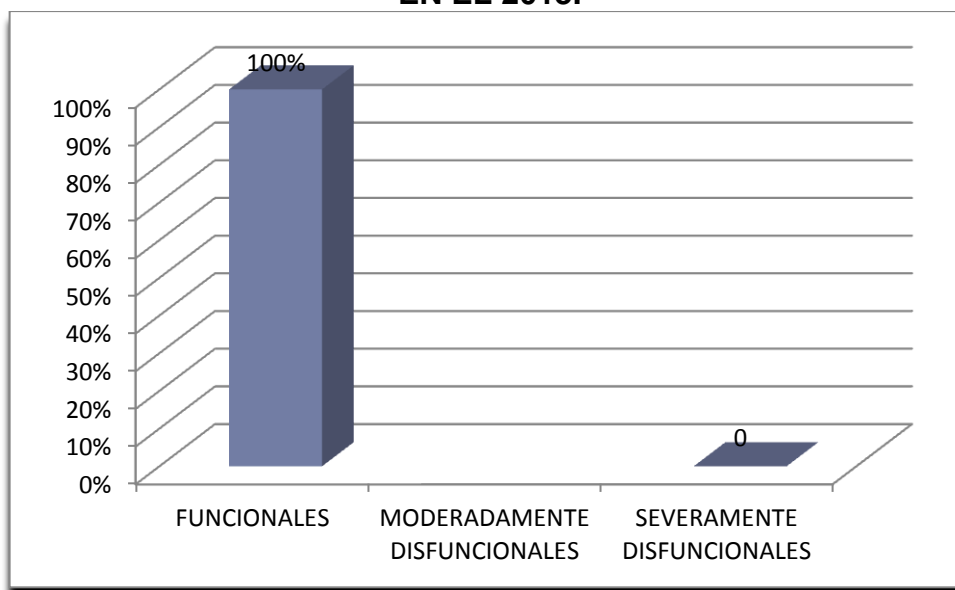
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS SIN DEPRESIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	SIN DEPRESIÓN	PORCENTAJE
FUNCIONALES	11	100%
MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	0	0%
SEVERAMENTE DISFUNCIONALES	0	0%
TOTAL	11	100%

FUENTE: BASE DE DATOS

GRÁFICO 8.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES HIPOTIROIDEAS DE 20 A 40 AÑOS SIN DEPRESIÓN QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 8.

CUADRO 9.

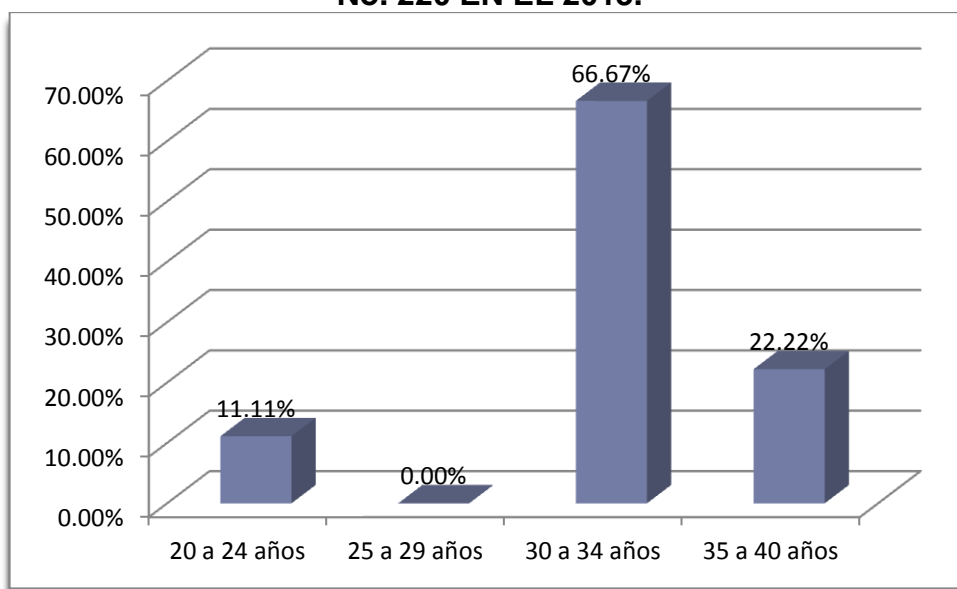
GRUPO DE EDAD EN MUJERES HIPOTIROIDEAS CON DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 A 24 AÑOS	1	11.11%
25 A 29 AÑOS	0	0%
30 A 34 AÑOS	6	66.67%
35 A 40 AÑOS	2	22.22%
TOTAL	9	100%

FUENTE: BASE DE DATOS

GRÁFICO 9.

GRUPO DE EDAD EN MUJERES HIPOTIROIDEAS CON DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 EN EL 2013.



FUENTE: CUADRO 9.

X. DISCUSIÓN

En mujeres hipotiroideas en quien se realizo la presente investigación, los resultados en cuanto al grupo de edad, se obtuvo con mayor frecuencia el grupo de 30 a 34 años reportando 42.31% el de menor frecuencia fue el grupo de 20 a 24 años de edad con un 3.85%, de la población estudiada. Y que por antecedentes previamente mencionados se sabe que el hipotiroidismo es más frecuente entre mayor edad ya que en nuestro estudio se cumple parcialmente no siendo el más frecuente el grupo de mayor edad. Sin embargo el grupo de menor edad si fue el que presento menos frecuencia.

La ocupación que fue mas frecuente fue la de Hogar con un 53.84%. En los cuales predominaron en escolaridad el nivel secundaria con un 34.60%. En estado civil se encontró mayor frecuencia en unión libre con un 38.46%. No se han encontrado estudios que relacionen la ocupación, escolaridad y estado civil con la presencia de hipotiroidismo ya que no es una causa relacionada.

En cuanto a funcionalidad familiar se encontró que la mayor frecuencia fue para las familias funcionales reportando un 65.38% seguida de moderadamente disfuncionales con un 30.77% y solo un 3.85% con familia severamente disfuncional. Lo cual no se esperaba pues en la hipótesis de trabajo se planteó que se esperaría mayor frecuencia con familias moderadamente disfuncionales.

Referente al grado de depresión se encontró mayor frecuencia de Depresión leve con un 57.70% de la población y solo con depresión mínima con un 42.30%, y en este último rubro no se está considerando depresión ya que el inventario lo describe como altibajo normales. No se detectó depresión moderada ni severa. En cuanto a la presencia de depresión en pacientes con hipotiroidismo concuerda parcialmente con el estudio realizado en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Concepción en Chile, en donde la investigación fue acerca de alteraciones tiroideas y trastorno depresivo y/o pánico, encontrando con 63,3% que presentaron trastorno depresivo mayor. (22) Así mismo en Quintana Roo se estudiaron a pacientes con hipotiroidismo en tratamiento y se encontró una frecuencia de depresión del 32.4%. Los resultados del presente estudio confirman los hallazgos publicados en la literatura y reafirman la asociación entre estas entidades.

Se detecto también de forma específica la funcionalidad familiar en pacientes con depresión y en donde el total fueron 15 pacientes que presentaron depresión. Y de ellas, la mayor frecuencia reportaron familias moderadamente disfuncionales con un 53.33%. Lo cual concuerda con el estudio realizado en Aguascalientes y Zacatecas en donde se realizó un estudio asociando la depresión con disfunción familiar y en donde reportan que el 28% calificaron con disfuncionalidad moderada.

Concordando también con nuestro estudio acerca de la funcionalidad familiar en aquellas que no presentaron depresión y que fueron 11 mujeres con depresión

mínima o altibajos que se consideran normales en donde el 100% de ellas reporto familias balanceadas o funcionales.

Y en cuanto al reporte por grupo de edad en la que de forma simultánea reportan disfunción familiar y depresión el de mayor frecuencia fue el grupo de 30 a 34 años de edad con un 66.67% seguido del grupo de 35 a 40 años con un 22.22% y el grupo de 20 a 24 años de edad con un 11.11%, no se reporto disfunción familiar ni depresión en el grupo de 25 a 29 años de edad. En donde concuerda con la literatura ya que a mayor edad es más frecuente el síndrome depresivo y que podría condicionar la disfunción familiar. Con relación al inicio de la depresión, una encuesta realizada en Guanajuato 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.

XI. CONCLUSIONES

En los resultados obtenidos de la investigación realizada se encontró que el Hipotiroidismo continua siendo un factor de riesgo importante para presentar alteraciones en el estado de ánimo. Ya que se identificaron 15 pacientes de 26, en la cuales se diagnostico depresión leve.

En cuanto a funcionalidad familiar, se observo que solo 9 pacientes de 26 reportaron disfunción familiar y con predominio de moderadamente disfuncionales. No hay estudios previos en donde se estudiaran las tres variables, sin embargo en aquellas que presentaron depresión, en más de la mitad se les identifico con disfunción familiar.

Y el grupo de edad que presento con más frecuencia de forma concomitante disfunción familiar y depresión fue el de 30 a 34 años de edad, aun cuando se esperaba fuera el grupo de mayor edad.

Por lo que nuestra hipótesis planteada se cumple parcialmente, siendo que si se detectó con mayor frecuencia depresión leve y la funcionalidad familiar que esperábamos era moderadamente disfuncional, sin embargo los resultados arrojaron mayor frecuencia para las familias balanceadas o funcionales en el grupo de pacientes estudiadas.

Las variables socio demográficas que predominaron fueron con predominio en cuanto a edad el grupo de 30 a 34 años, en la ocupación más de la mitad se dedica al hogar, y al grado de escolaridad predomino nivel secundaria. La unión libre fue la que predomino en relación al estado civil.

Finalmente se puede concluir que mediante este estudio se corrobora que los pacientes con hipotiroidismo son un grupo de riesgo potencial para desencadenar depresión, no así para la disfunción familiar como consecuencia, sin embargo si se detecto en la mayoría de las pacientes en los que se detecto depresión también presentaron un grado de disfunción familiar moderada. Por lo tanto como médicos familiares nos compete un diagnostico integral a toda paciente que acude de forma mensual por un padecimiento como el hipotiroidismo. Ya que de padecer depresión y no ser diagnosticada puede evolucionar de leve a moderada o incluso a depresión severa con el alto riesgo de suicidio y que pone en juicio el menester de medico en primer nivel de atención, con todas aquellas medidas preventivas para las que hemos sido formados.

XII RECOMENDACIONES

La prevención ha sido el objetivo por excelencia de la medicina actual y la base del actuar diario del médico familiar, por tal motivo es de vital importancia las siguientes recomendaciones:

- Reforzar la capacitación al Médico Familiar y de primer nivel de atención, las medidas preventivas como parte de su actuar diario, enfocadas a disminuir los factores de riesgo o a la identificación oportuna de alteraciones psiquiátricas adyacentes incluyendo así a los trastornos en la funcionalidad familiar.
- Fomentar la relación médico paciente y dar oportunidad al paciente de expresar alteraciones de su estado de ánimo o en su entorno familiar. Y de esta forma realizar el diagnóstico pertinente así como un tratamiento integral y oportuno
- Es necesario la elaboración de material didáctico de fácil comprensión para toda la población en riesgo de padecer alguna alteración en el estado de ánimo, o alguna disfunción familiar.
- Es importante un área física que cuente con los recursos materiales y humanos para la realización de terapia de familia. Con el objetivo de mejorar la disfunción familiar en los pacientes hipotiroideos que padecen depresión y/o disfunción familiar.
- Reforzar y fomentar los grupos de ayuda mutua, para detectar de forma oportuna una alteración en el estado de ánimo o disfunciones familiares.
- Realizar campañas que incentiven a la familia y la hagan participe de este tipo de alteraciones y les permita ser una red de apoyo para el paciente.

XIII BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud, Serie de informes técnicos. Definición de familia. Ed. 442, 1974. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_587_spa.pdf
2. Huerta G. J. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud – enfermedad. 1ª ed. Edit. Alfil., Aldrete Velasco J. 2008., 9-12.
3. Carmen V. S., La Familia: concepto, cambios y nuevos modelos. La Revue du REDIF 2008; Vol. 1,15-22.
4. Anzúres, Chávez, García, Pons. Medicina Familiar, Ed. Corinter, 2008. Pág. 51-261.
5. Louro B. I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública 2009; 29(1):48-51
6. Comité organizador del conceso de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias, Archivos en Medicina Familiar, 2005 Vol. 7 (1): 15-19. Medigraphic.com.mx
7. Montalvo Reyna J., Terapia Familiar Breve. 1º edición, México 2009, Ed. Trillas. Pág. 53-88.
8. Mendoza L, Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención primaria, Archivos en Medicina Familiar, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C., 2006:27:32.
9. Bleichmar B.H. La depresión: un estudio psicoanalítico. Psychology Today. 2005; 38:31.
10. Cobo G.J. El concepto de depresión. Revista de Psiquiatría 2005; Vol 9 (4) 48-51.
11. Beltran. M., Freyre M., Hernández G. L. El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. TERAPIA PSICOLOGICA 2012. Vol 30 (1) 5-13.
12. Wagner F., González F. C., Sánchez G. S., García P. C., Gallo J. J. Enfocando la depresión como problema de salud publica en México. Salud Mental (online) 2012;35:3/11.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es.
13. Enríquez B.J., González B. F., Manríquez G. P. Prevalencia de Depresión en usuarios de los servicios ambulatorios de los servicios de salud en el estado de Guanajuato. Pensamiento Psicológico. Vol. 7 (14) Enero – Junio 2010, 53-6.

14. Guía Clínica para los trastornos afectivos (Depresión y Distimia). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2010.
15. Olmedo G. J., Saldaña A. I., ¿Tenemos en cuenta la depresión secundaria? Actualización en Medicina de Familia. AMF 2010; 6(8): 439-447.
16. Liberman G., Risco N. L., Massardo V. T., Araya Q. V., Fiedler T. J., Jaimovich F. R., y cols. Tiroides y depresión. Enfoque terapéutico actual y bases moleculares. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile 2007; 18; 220 – 6
17. Álvarez Z. M., Ramírez J.B., Silva R. A., Coffin C. N. Jiménez R. L., La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2009, 9, 2, 205-216.
18. Madhuri D, Yasser H.O., Burman K. Hypothyroidism. Endocrinol Metab Clin N Am 2007;36:595-615.
19. Medrano O.M., Santillana H. S., Torres A. L., Gómez D. R., Rivera M. R., Sosa C. A. Guía de Práctica clínica. Diagnostico y tratamiento del hipotiroidismo primario en adultos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (1): 71-80
20. 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.
21. Gómez M.G., Ruiz B.R., Sánchez P. V., Segobio P. A., Mendoza H. C., Arellano M. S. Hipotiroidismo. Med Int Mex 2010;26 (5):462-471.
22. 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
23. Juárez V. C., Chávez H. M., Ceballos M. I., Sandoval J. L. Depresión en pacientes con hipotiroidismo sustituido. ¿Comorbilidad o Asociación? Atención Familiar Vol. 16 (1) 2009.
24. Guzmán J.J, Núñez G. F. Medina J. C. Guzmán M. L., Disfuncionalidad Familiar y prevalencia de síndrome depresivo en los servicios de salud. Atención Familiar Vol. 16 (1) 2009.
25. Pérez V. J., Frecuencia de depresión no diagnosticada, en una unidad de medicina familiar. Universidad Autónoma del Estado de México. 2008.
26. Casarrubias S. L., Tesis: Prevalencia de hipotiroidismo en pacientes con depresión 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.

27. Badillo M. T., Funcionalidad Familiar en pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo. Atención Familiar Vol 16 (1) 2009.
28. Torres O.C, Villa M. A. Robles R.M., Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento suicidio. Atención Familiar Vol. 16 (1) 2009.
29. Guía de Práctica Clínica, Diagnostico y Tratamiento de Hipotiroidismo Primario en Adultos en el primer nivel de atención, IMSS 2009.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad Familiar y grado de depresión en mujeres hipotiroideas de 20 a 40 años de edad que acuden a la unidad de medicina familiar 220 Toluca México en el 2013.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Toluca, Estado de México. De Junio de 2013 a Noviembre de 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Diagnosticar de forma temprana grado de depresión y funcionalidad familiar para ofrecer tratamiento oportuno. El objetivo es conocer la funcionalidad familiar y grado de depresión en mujeres de 20 a 40 años de edad con hipotiroidismo.
Procedimientos:	Aplicación de escala evaluativa FACES III. Aplicación del Inventario de Depresión de Beck en una entrevista personal.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar si existen alteraciones del estado de ánimo que pueda estar afectando su funcionalidad familiar, así como una intervención oportuna por parte de su médico familiar y equipo multidisciplinario.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término del estudio los resultados se darán a conocer al paciente y a su médico familiar tratante, para que intervenga si existe disfunción familiar o alteración en el estado de ánimo y lo haga de forma integral y oportuna.
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Toda información y datos serán confidenciales y solo serán utilizados para fines de la investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Tratamiento con antidepresivos o envío a psiquiatría y psicología.
Beneficios al término del estudio:	Conocer la funcionalidad de su familia y detectar si existen alteraciones del estado de ánimo secundario a hipotiroidismo. E informar a su médico tratante para brindar tratamiento integral.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	MC. Mayra Luis Antonio. Tel Cel. 7221835245. Correo electrónico: aryandra1@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Juana Berrecil Esteban Tel. Cel 722 8053276 correo electrónico: jua_bec@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

MC. MAYRA LUIS ANTONIO

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN 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.

1.- EDAD:

a) 20 a 24 años. b) 25 a 29 años. c) 30 a 34 años d) 35 a 40 años

2.- OCUPACION:

a) Hogar b) Empleada c) Comerciante d) Otro

3.- ESCOLARIDAD:

a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Bachillerato
e) Carrera técnica f) Licenciatura g) Maestría h) Doctorado

4.- ESTADO CIVIL:

a) Soltera b) Unión libre c) Casada d) Divorciada e) Viuda

5.- Estudio de Laboratorio: fecha_____ TSH_____ T4L_____ Controlado SI NO

ANEXO 3

FACES III

PARA DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR 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.

	1.- NUNCA	2.- CASI NUNCA	3.- ALGUNAS VECES	4.- CASI SIEMPRE	5.- SIEMPRE	
	Describe su familia:					
1.-	<input type="checkbox"/>					Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
2.-	<input type="checkbox"/>					En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
3.-	<input type="checkbox"/>					Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
4.-	<input type="checkbox"/>					Los hijos pueden opinar en cuanto a disciplina.
5.-	<input type="checkbox"/>					Nos gusta convivir con los familiares más cercanos.
6.-	<input type="checkbox"/>					Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
7.-	<input type="checkbox"/>					Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
8.-	<input type="checkbox"/>					Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
9.-	<input type="checkbox"/>					Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
10.-	<input type="checkbox"/>					Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
11.-	<input type="checkbox"/>					Nos sentimos muy unidos.
12.-	<input type="checkbox"/>					En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
13.-	<input type="checkbox"/>					Cuando se toma una decisión muy importante, toda la familia esta presente.
14.-	<input type="checkbox"/>					En nuestra familia las reglas cambian.
15.-	<input type="checkbox"/>					Con facilidad podemos planear actividades en familia.
16.-	<input type="checkbox"/>					Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17.-	<input type="checkbox"/>					Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
18.-	<input type="checkbox"/>					En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
19.-	<input type="checkbox"/>					La unión familiar es muy importante.
20.-	<input type="checkbox"/>					Es difícil decir quien hace las labores del hogar.
PUNTAJE TOTAL _____ DIAGNOSTICO _____						
Olson DH, Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez – Clavelina FJ, Irigoyen – Coria A (Universidad Autónoma de México).						

ANEXO 4

INVENTARIO DE BECK PARA DETERMINAR 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.

<p>1. TRISTEZA.</p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste.</p> <p>2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.</p> <p>3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p>
<p>2. PESIMISMO</p> <p>0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.</p> <p>1. Me siento desanimado de cara al futuro.</p> <p>2. siento que no hay nada por lo que luchar.</p> <p>3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p>
<p>3. SENSACIÓN DE FRACASO</p> <p>0. No me siento fracasado.</p> <p>1. he fracasado más que la mayoría de las personas.</p> <p>2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.</p> <p>3. Soy un fracaso total como persona.</p>
<p>4. INSATISFACCIÓN</p> <p>0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.</p> <p>1. No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.</p> <p>3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.</p>
<p>5. CULPA</p> <p>0. No me siento especialmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.</p> <p>2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.</p> <p>3. Me siento culpable constantemente</p>
<p>6. EXPECTATIVAS DE CASTIGO</p> <p>0. No creo que esté siendo castigado.</p> <p>1. siento que quizás esté siendo castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado</p>
<p>7. AUTODESPRECIO</p> <p>0. No estoy descontento de mí mismo.</p> <p>1. Estoy descontento de mí mismo.</p> <p>2. Estoy a disgusto conmigo mismo.</p> <p>3. Me detesto.</p>
<p>8. AUTOACUSACIÓN</p> <p>0. No me considero peor que cualquier otro.</p> <p>1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.</p> <p>2. Continualmente me culpo por mis faltas.</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>

<p>9. IDEA SUICIDAS</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.</p> <p>2. Desearía poner fin a mi vida.</p> <p>3. me suicidaría si tuviese oportunidad.</p>
<p>10. EPISODIOS DE LLANTO</p> <p>0. No lloro más de lo normal.</p> <p>1. ahora lloro más que antes.</p> <p>2. Lloro continuamente.</p> <p>3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.</p>
<p>11. IRRITABILIDAD</p> <p>0. No estoy especialmente irritado.</p> <p>1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.</p> <p>2. me siento irritado continuamente.</p> <p>3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.</p>
<p>12. RETIRADA SOCIAL</p> <p>0. No he perdido el interés por los demás.</p> <p>1. Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p>2. He perdido gran parte del interés por los demás.</p> <p>3. he perdido todo interés por los demás.</p>
<p>13. INDECISIÓN</p> <p>0. tomo mis propias decisiones igual que antes.</p> <p>1. Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p>2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</p> <p>3. Me es imposible tomar decisiones.</p>
<p>14. CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL.</p> <p>0. No creo tener peor aspecto que antes</p> <p>1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.</p> <p>2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p>3. Creo que tengo un aspecto horrible.</p>
<p>15. ENLENTECIMIENTO</p> <p>0. Trabajo igual que antes.</p> <p>1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.</p> <p>2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.</p> <p>3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.</p>
<p>16. INSOMNIO</p> <p>0. Duermo tan bien como siempre.</p> <p>1. No duermo tan bien como antes.</p> <p>2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p> <p>3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p>
<p>17. FATIGABILIDAD</p> <p>0. No me siento más cansado de lo normal.</p> <p>1. Me canso más que antes.</p> <p>2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.</p> <p>3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>
<p>18. PÉRDIDA DE APETITO</p> <p>0. Mi apetito no ha disminuido.</p> <p>1. No tengo tan buen apetito como antes.</p> <p>2. Ahora tengo mucho menos apetito.</p> <p>3. he perdido completamente el apetito.</p>

19. PÉRDIDA DE PESO

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. BAJO NIVEL DE ENERGÍA

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual

PUNTAJE TOTAL _____ **DIAGNOSTICO** _____

NOMBRE Y FIRMA _____

NO. DE CONSULTORIO ASIGNADO _____

TURNO _____