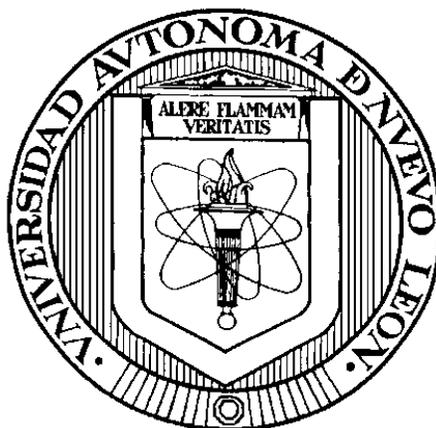


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**ACUPUNTURA COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA PARA SÍNTOMAS
RESIDUALES DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:
UN ESTUDIO PILOTO**

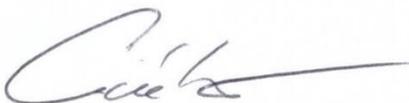
POR

SUSANA DE LOS SANTOS VALDEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN MEDICINA TRADICIONAL CHINA CON ORIENTACIÓN
EN ACUPUNTURA Y MOXIBUSTIÓN**

DICIEMBRE, 2019

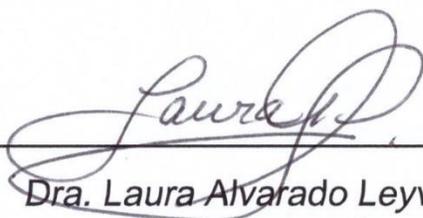
**“ACUPUNTURA COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA PARA SÍNTOMAS
RESIDUALES DE TRASTORNO DEPRESIVO
MAYOR: UN ESTUDIO PILOTO”**



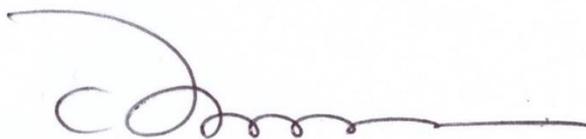
Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza
Director de Tesis



Dr. Julio César Delgadillo González
Codirector de Tesis



Dra. Laura Alvarado Leyva
Miembro de la Comisión



Dr. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Posgrado

DEDICATORIA

A todos mis maestros.

*“La mejor manera de vivir
es ser como el agua
El agua beneficia a todas las cosas
y no va en contra de ninguna de ellas
Provee para todos los humanos
e incluso limpia aquellos lugares
que más desprecia el hombre
En este sentido, es justo como el Dao*

*Vive de acuerdo con la naturaleza de las cosas:
Construye tu casa en tierra sólida
Mantén tu mente en calma
Cuando des, sé amable
Cuando hables, sé sincero
Cuando gobiernes, sé justo
Cuando trabajes, concéntrate solo en ello
Cuando actúes, recuerda, el tiempo lo es todo*

*El que vive de acuerdo con la naturaleza
no va en contra del camino de las cosas
Se mueve en armonía con el momento presente
siempre sabiendo la verdad de qué hacer.”*

-Lao Tzu

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dao (道), por guiar mis estudios hasta las bases de la Medicina Tradicional China, así también por ordenar cada paso de este proceso de vida, aprendizaje e investigación.

Gracias infinitas a mi familia, quienes han sido pilares de mi vida y de mi carrera profesional.

Al equipo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario detrás de este estudio, desde el personal administrativo, estudiantes, residentes, psicólogos y médicos psiquiatras.

Al Dr. Julio Delgadillo y la Dra. Laura Alvarado, maestros de la MTC, por acompañarme y guiarme durante el camino del posgrado. Gracias por sus consejos, experiencia clínica y enseñanzas.

A la coordinadora del estudio, la Lic. Saraí González, el papel que desempeñó en este estudio es invaluable. Estoy agradecida por su ayuda y amistad.

Al Dr. Alfredo Cuéllar, por aceptarme como su alumna. Valoro y agradezco su tiempo, sus lecciones y atenciones. Sin duda me enseñó a trabajar más duro y a soñar más en grande.

Y, sobre todo, gracias a los pacientes por su confianza y honestidad, por la multitud de lecciones que cada uno de ustedes me ha enseñado, por motivarme, inspirarme y formar la doctora que soy.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO	PÁGINA
1. MARCO TEÓRICO OCCIDENTAL.....	1
1.1 Introducción	1
1.2 Prevalencia de la depresión	2
1.3 Impacto de la depresión	3
1.4 Fisiopatología de la depresión.....	4
1.5 Comorbilidades.....	6
1.6 Diagnóstico	7
1.7 Tratamiento	9
2. MARCO TEÓRICO ORIENTAL	19
2.1 Etiología de las enfermedades mentales según la MTC.....	20
2.2 Fisiopatología de la depresión.....	20
2.3 Antecedentes de investigación científica	24
3. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	28
3.1 Justificación	28
3.2 Pregunta	29
3.3 Hipótesis.....	29
3.3.1 Hipótesis nula.....	29
3.4 Objetivo general.....	30
4. METODOLOGÍA, MATERIAL Y MÉTODOS	23
4.1 Metodología.....	23
4.1.1. Protocolo de acupuntura	24
4.1.2. Evaluación.....	25
4.2 Material y métodos	26
4.2.1 Escalas y cuestionarios	26
4.2.2 Acupuntura corporal	29
4.3 Cálculo de la muestra	42

CAPÍTULO	PÁGINA
5. RESULTADOS	43
5.1 Síntomas depresivos	45
5.2 Ansiedad, calidad de sueño, estilos cognitivos y actitudes disfuncionales	47
5.3 Trastornos alimenticios	51
5.4 Efectos adversos	53
6. DISCUSIÓN	59
CONCLUSIÓN	63
BIBLIOGRAFÍA	64
APÉNDICE A - ESTADÍSTICA	69
APÉNDICE B - ESCALAS Y CUESTIONARIOS.....	74

Lista de Figuras

Figura 1. Baihui	30
Figura 2. Shangxing.....	31
Figura 3. Shenting	32
Figura 4. Yintang	33
Figura 5. Quchi	34
Figura 6. Neiguan	35
Figura 7. Shenmen	36
Figura 8. Zusanli	37
Figura 9. Fenlong	38
Figura 10. Xuanzhong.....	39
Figura 11. Shenmai	40
Figura 12. Ligou	41
Figura 13. Cálculo estadístico.....	42
Figura 14. Puntaje promedio de MADRS por semana.....	46
Figura 15. Puntaje promedio de PHQ-9 por semana.....	47
Figura 16. Puntaje promedio de GAD-7 por semana.....	48
Figura 17. Puntaje promedio de PSQI por semana	49
Figura 18. Puntaje promedio de DAS-SF1 y DAS-SF2 por semana	50
Figura 19. Puntaje promedio de CSQ-SF por semana	51
Figura 20. Trastornos alimenticios (Semana 1)	52
Figura 21. Trastornos alimenticios (Semana 4)	53

Lista de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos.....	44
Tabla 2. Datos clínicos de la depresión	45

NOMENCLATURA

MTC	Medicina Tradicional China
MADRS	Escala de depresión de Montgomery-Asberg
PHQ-9	Cuestionario sobre la salud del paciente-9
GAD-7	Escala de ansiedad generalizada
DAS-SF	Escala de actitudes disfuncionales – Forma corta
CSQ-SF	Cuestionario de estilos cognitivos – Forma corta
PSQI	Índice de calidad de sueño de Pittsburgh
DM23	Shenting, punto 23 del meridiano de Du Mai
DM24	Shangxing, punto 24 del meridiano de Du Mai
EXHN3	Yintang, punto 3 extraordinario de cabeza y cuello
IG11	Quchi, punto 11 del meridiano de intestino grueso
PC6	Neiguan, punto 6 del meridiano de pericardio
C7	Shenmen, punto 7 de meridiano de corazón
E36	Zusanli, punto 36 del meridiano de estómago
H5	Ligou, punto 5 del meridiano de hígado
VB39	Xuanzhong, punto 39 del meridiano de vesícula biliar
V62	Shenmai, punto 62 del meridiano de vejiga

RESUMEN

Susana de los Santos Valdez

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Medicina

**Título del estudio: ACUPUNTURA COMO TERAPIA
COMPLEMENTARIA PARA SÍNTOMAS
RESIDUALES DE TRASTORNO DEPRESIVO
MAYOR: UN ESTUDIO PILOTO**

**Número de páginas: 96 Candidata para el grado de Maestría en
Medicina Tradicional China con Orientación
en Acupuntura y Moxibustión**

Área de estudio: Ciencias de la Salud

Introducción y objetivos

En México al rededor del 9.2% de la población ha sufrido depresión y una de cada cinco personas sufrirá depresión previa a los 75 años. Los tratamientos convencionales para la depresión pueden brindar alivio sintomático en el 50-70% de los casos; sin embargo, cerca de un tercio de los pacientes abandonan su tratamiento por efectos secundarios intolerables. Existe una gran área de oportunidad aquí ya que más de la mitad de los pacientes deprimidos fallan en la remisión de la enfermedad. Es imperativo encontrar terapias alternativas que nos ayuden tanto a prevenir la depresión, como a tratar a dicha población, con opciones de bajo costo, poco invasivas y con leves o nulos efectos adversos (Kessler et al., 2005) (John Rush et al., 2006).

Este estudio pretende investigar los efectos de la acupuntura sobre los síntomas residuales del trastorno depresivo mayor, y también sobre sus comorbilidades más frecuentes. Esto con el objetivo de evidenciar la eficacia de la acupuntura como coadyuvante en la depresión mayor iniciar una serie de investigaciones en esta población específica.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio piloto abierto, prospectivo, longitudinal que se centró en pacientes con síntomas residuales de trastorno depresivo mayor del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" y de la población en general en el estado de Nuevo León. La muestra se seleccionó a partir de febrero del 2019. Se incluyeron 31 sujetos de ambos sexos entre 18 y 64 años para 10 sesiones de acupuntura, se realizó evaluación con escalas clínicas en la semana 1, 2, 3 y 4 para medir síntomas

depresivos (Escala de Montgomery Asberg, MADRS), ansiedad (Escala de ansiedad generalizada, GAD-7), calidad de sueño (Índice de calidad de sueño de Pittsburgh, PSQI), trastornos alimenticios (Escala de tamizaje de trastornos alimenticios, EDDS), actitudes disfuncionales (DAS-SF) y estilos cognitivos (CSQ-SF).

Resultados

Participaron 31 sujetos, 24 mujeres y 7 hombres, con una media de edad de 33.25 y 39.57 respectivamente. El rango de edad fue entre 18 y 64 años. Durante las 10 sesiones con acupuntura en 4 semanas de estudio, el porcentaje de reducción de MADRS fue del 66.23% (* $p < 0.05$); los puntajes de PHQ-9 se redujeron el 61.99% (* $p < 0.05$); el índice de ansiedad GAD-7 se redujo el 58.2% (* $p < 0.05$); los puntos para calidad de sueño se redujeron el 48.13%. Se encontró una reducción en actitudes disfuncionales, DAS-SF1 se redujo 13.97% DAS-SF2 el 13.6%. Los estilos cognitivos negativos según el CSQ-SF disminuyeron el 13.25%.

Conclusiones

Después de 10 sesiones de acupuntura por 4 semanas consecutivas se encontró una diferencia significativa en la sintomatología depresiva. Así también se redujeron los índices de ansiedad, mejoró la calidad de sueño, las actitudes disfuncionales y los estilos cognitivos negativos. Hasta la fecha se siguen buscando métodos efectivos para poder evaluar objetivamente los efectos de la acupuntura. Sin duda se necesita seguir avanzando en la investigación, desarrollar los medios y los modos adecuados para acercarnos cada vez más a la verdad sobre la acupuntura.



Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza

Director de Tesis

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO OCCIDENTAL

1.1 Introducción

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia (de al menos 2 semanas) de tristeza, pérdida de interés, agitación o lentitud psicomotora, sentimientos de culpa inadecuados, falta de autoestima, trastornos del sueño y/o del apetito, cansancio/fatiga, falta de concentración y pensamientos recurrentes sobre la muerte o suicidio (Wagner et al., 2012). La depresión puede ser crónica o recurrente y afecta las actividades cotidianas de quien la padece, impidiendo su buen desempeño laboral y/o escolar; en los casos más severos, la depresión puede conducir a un suicidio.

Los trastornos depresivos pueden ser subdivididos en: depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno bipolar I y trastorno adaptativo con ánimo depresivo (World Health Organization, 2017). Aunque las depresiones suelen ser episódicas y resolverse por sí solas, la mayoría de los individuos afectados experimentan múltiples episodios o síntomas residuales (Hollon, Markowitz, & Thase, 2002).

1.2 Prevalencia de la depresión

Se estima que un 4.4% de la población mundial padece de depresión. Es decir que actualmente **el número total de personas viviendo con este padecimiento en el mundo es de aproximadamente 322 millones**. La prevalencia varía según la edad y género, presentándose en primer lugar en la adultez tardía y en segundo lugar los jóvenes; **los trastornos depresivos son más comunes en mujeres (5.1%) que en varones (3.6%)** (World Health Organization, 2017).

Algunos estudios han relacionado la depresión con las etapas de cambio e inestabilidad hormonal en la vida de la mujer, especialmente en el postparto y la menopausia. Estos períodos están marcados por variaciones hormonales extremas y además pueden estar acompañadas por situaciones de cambio en diferentes ámbitos de la vida de la mujer como en el área familiar, laboral y personal, lo cual son puntos gatillo de estrés agregado y predisponentes para desarrollar depresión (Soares, 2010) (Freeman et al., 2004).

Por otra parte, se ha encontrado el estado civil como factor asociado a los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso, pues las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión

en los países pobres. También se encontró que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la India tienen mayor riesgo de depresión. (M. Elena Medina-Mora et al., 2005)

En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, se estima que el 9.2% de la población ha sufrido depresión, que los jóvenes presentan tasas mayores (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, & Berglund, 2007) y que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años (Kessler et al., 2005). **La tasa de prevalencia anual de depresión en el país fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6)**, solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% (IC 95%=5.6-7.9) (Wagner et al., 2012).

1.3 Impacto de la depresión

Los trastornos depresivos tienen un alto impacto en la sociedad y en la salud pública. En primer lugar, por el alto grado de discapacidad que generan. Varios estudios muestran que las personas con trastornos depresivos o ansiosos tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención (Simon, Ormel, Vonkorff, & Barlow, 1995).

Según la Encuesta Mundial de Salud Mental realizada en 15 países, se mostró que **las personas les atribuyen una mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, esto debido a una mayor**

discapacidad social y para realizar tareas diarias (Ormel et al., 2008). En México, las personas que padecen algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave (IC 95%=17.0-36.1) y alrededor de 7 días si la gravedad fue moderada (IC 95%=3.9-10.8) (Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada- Villa J, 2004).

Los trastornos depresivos también han sido vinculados con la ideación, la planeación y la ejecución del suicidio, aunque poco se conoce acerca de su peso específico en comparación con otros factores. Un estudio destaca que más de 40% de las personas con un intento de suicidio padecían algún trastorno de ansiedad, 28% tenía algún trastorno de control de los impulsos, 18.6% tenía algún trastorno depresivo y 16% tenía algún trastorno por abuso de sustancias (principalmente alcohol) (Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang, & Kessler, 2010).

1.4 Fisiopatología de la depresión

Se han identificado varios mecanismos biológicos que tienen un posible rol en la fisiopatología del trastorno depresivo mayor. Hay hipótesis que sostienen que también tienen un rol en la etiología y la progresión de la enfermedad. Se han estudiado cuatro mecanismos centrales significativos: 1) inflamación, 2) eje hipotálamo- hipófisis (EHH), 3) crecimiento neurotrófico y 4) vitamina D.

La regulación positiva de la inflamación puede estar involucrada en el desarrollo de la depresión ya que se disminuye la producción de monoaminas (como la serotonina) y aumenta la producción de catabolitos de triptófano que son tóxicos para el cerebro. Cuando son comparados contra pacientes sin depresión, los pacientes con depresión mayor exhiben todas las características de la inflamación, incluyendo elevación de citocinas proinflamatorias y sus receptores en sangre y líquido cefalorraquídeo. **La IL-1, el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-a) y la IL-6 son los biomarcadores periféricos más fidedignos en la depresión mayor.** Estas citocinas entran en el cerebro e interactúan con el metabolismo de transmisores, funciones neuroendocrinas, y plasticidad neuronal (Miller, Maletic, & Raison, 2009).

La respuesta al estrés del EHH ha sido implicada en la fisiopatología de la ansiedad, depresión y funcionamiento cognitivo. El eje consiste en estimulación y retroalimentación de inhibición que involucran el cerebro, el hipotálamo, la hipófisis y la glándula suprarrenal, todo esto para la producción de glucocorticoides. El cortisol, secretado por la glándula suprarrenal, se une con gran afinidad a los receptores mineralocorticoides (RM) y con menor afinidad a los receptores glucocorticoides en el cerebro. Un mal funcionamiento en estos receptores impide la neurogénesis, se altera el ciclo de retroalimentación del EHH, causando una hiperactividad en el mismo (Verduijn et al., 2015) (Keller, J. et al., 2017).

Los niveles bajos de factor neurotrófico derivado del cerebro (FNDC) son un indicador de un crecimiento neurotrófico reducido, un tercer mecanismo

fisiopatológico de la depresión. **Los niveles bajos de vitamina D fueron asociados con la depresión ya que esta vitamina posee propiedades neuro protectoras**, regula el factor de crecimiento nervioso y tiene efecto sobre distintos procesos de plasticidad neuronal como la axogénesis (Verduijn et al., 2015) (Fernandes de Abreu, Eyles, & Féron, 2009).

1.5 Comorbilidades

Se ha encontrado en investigaciones anteriores que **las personas con cardiopatías tienen una mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo y que esa comorbilidad se asocia al doble de riesgo para la mortalidad por cualquier causa**. (Ormel et al., 2007) (Rudisch & Nemeroff, 2003) La hiperactividad del EHH y las activaciones en el sistema nervioso simpático causan una serie de efectos que están vinculados al desarrollo de las cardiopatías, como la hipertensión, la activación plaquetaria, la producción de enzimas pro inflamatorias y disfunción endotelial (Miller et al., 2009) (Brydon et al., 2005) (Ghiadoni et al., 2000).

La depresión también ha sido asociada a la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2). Un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México en 189 pacientes con DM 2 demostró que esta afección presenta una tasa alta de comorbilidad con depresión (39%), con mayor prevalencia en las mujeres, personas viudas o divorciadas y quienes tenían niveles más altos de glucosa (Télez-Zenteno & Cardiel, 2002). Se piensa que los pacientes con DM2 que son inconsistentes

con su tratamiento tienen una ausencia crónica de control que los predispone a desarrollar depresión. **Se ha observado que pacientes con altos niveles glucémicos tienen una mayor probabilidad padecer un trastorno depresivo** (Lustman, Griffith, Clouse, & Cryer, 1986).

La ansiedad es de los trastornos psiquiátricos más íntimamente relacionado con la depresión. La presencia de cualquier trastorno de ansiedad representa el riesgo clínico más alto para desarrollar depresión mayor. **Se estima que entre la comunidad que cumple con los criterios para depresión mayor, el 50% también padecen de un trastorno de ansiedad.** Los pacientes que tienen comorbilidad de depresión y ansiedad tienen una enfermedad de mayor gravedad, mayor cronicidad y mucho más impedimento funcional en el trabajo, en el ámbito psicosocial y en la calidad de vida que aquellos que no tienen una comorbilidad (Hirschfeld, 2001).

1.6 Diagnóstico

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) los criterios para realizar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor son los siguientes:

- A) Cinco (o más) de los síntomas siguientes, durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al

menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente la culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica
- D) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E) Nunca ha tenido un episodio maníaco o hipomaníaco. (American Psychiatric Association, 2013)

1.7 Tratamiento

El objetivo del tratamiento con medicamentos antidepresivos es el alivio sintomático y la remisión. El alivio está definido como una mejora notable de los síntomas percibida por el paciente y familiares, permaneciendo no más que síntomas mínimos. La remisión está definida por tres factores importantes: 1) la presencia de salud mental caracterizada por el pensamiento positivo y la

confianza en uno mismo, 2) la personalidad del paciente regresa a lo habitual, 3) se recupera el nivel de funcionamiento del paciente (Zimmerman et al., 2006).

Aun cuando hay remisión, los pacientes tienen una alta probabilidad de recaída, debido a esto se recomienda continuar el tratamiento farmacológico por al menos seis meses. Un paciente que está en remisión por más de 6 meses se considera como recuperado. **Además del tratamiento farmacológico, se recomienda terapia cognitiva conductual (TC) y otras formas de psicoterapia como la terapia interpersonal.** Existen varias clases de medicamentos antidepresivos (MAD) como lo son los inhibidores de la monoamino oxidasa (iMAO) y los antidepresivos tricíclicos (TCAs). Otra alternativa incluye los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), dopamina y noradrenalina. Los ISRS son los fármacos más comúnmente utilizados hasta la fecha, aunque los inhibidores de la recaptación de serotonina/noradrenalina (IRSN) también están posicionándose entre los más frecuentes (Derubeis & Hollon, 2008). Sin embargo, estos fármacos están relacionados con una serie de efectos secundarios no deseados como aumento de peso, sequedad bucal, visión borrosa, constipación, taquicardia, y náuseas (Dong et al., 2017).

Los tratamientos convencionales para la depresión proveen alivio sintomático aproximadamente en el 50-70% de los pacientes que completan el tratamiento.

Lamentablemente, alrededor de un tercio de los pacientes abandonan el tratamiento a consecuencia de los efectos secundarios intolerables de los

medicamentos. **Si se toman en cuenta los pacientes que no completan el tratamiento y aquellos que no responden al mismo, más de la mitad de los pacientes deprimidos fallan en la remisión de la enfermedad** (Shea, 1992) (John Rush et al., 2006).

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO ORIENTAL

La MTC no solamente es utilizada en China, sino que se ha expandido a más de 100 países en todo el mundo, sobre todo en Japón, India, Corea, Italia, Francia, Alemania, España y muchos países sudamericanos. Esta rama de la medicina incluye diversas prácticas como acupuntura, digitopuntura, moxibustión, herbolaria, tuina (masaje), terapia con ventosas, Qi Gong, entre otros (Cia & Lise, 2011).

Los conceptos de *holismo* y *diferenciación de síndromes* son dos pilares básicos que caracterizan a la MTC. Holismo refiere a que el ser humano es un todo orgánico y forma parte de la naturaleza. Los cambios en la naturaleza pueden afectar al ser humano directa o indirectamente, trayendo junto consigo cambios fisiológicos y patológicos consecuentes (Zhongbao & Changguo, 2002).

En la práctica clínica en China, el diagnóstico biomédico de la enfermedad y el síndrome según la MTC son frecuentemente incorporados. La correlación entre el diagnóstico biomédico y el síndrome según la MTC es considerada el mejor abordaje para la investigación moderna de la MTC (Jiang et al., 2012).

2.1 Etiología de las enfermedades mentales según la MTC

El cuerpo humano se conforma de 5 órganos (zang) y 6 vísceras (fu). Cada uno tiene sus respectivas actividades fisiológicas, ***incluyendo las actividades mentales***. Por ejemplo, el corazón controla la sangre y los vasos y se asocia con la emoción de la alegría.

Según la MTC, la sangre es la materia prima del ***shen***¹ del humano. De acuerdo con esta teoría, **el corazón es donde se guarda el espíritu**.

Por ende, las afectaciones del *shen* necesariamente se produce a través del corazón (incluido el pericardio) y el cerebro. **Los disturbios del *shen* pueden dividirse en dos grandes categorías: patrones de deficiencia** (mayormente de qi de corazón o de yin) **y patrones de exceso** (fuego en corazón, flema o flema y fuego) (Ye Chenggu, 2004) (Deadman, 1998).

2.2 Fisiopatología de la depresión

¹ *Shen* (Espíritu): término que refiere a **todas las actividades mentales**, incluyendo el ánimo, el pensamiento, la memoria, la consciencia, las emociones y el sueño.

De acuerdo con la MTC, la depresión puede ser explicada por los siguientes síndromes:

a) Estancamiento del qi de hígado

Se refiere al síndrome debido a la incapacidad del hígado para dispersar y el estancamiento de su qi. Este síndrome usualmente es causado por disturbios emocionales, deterioro del hígado por depresión y enojo, o por que el hígado no puede dispersar el qi normalmente por algún factor patógeno.

- Manifestaciones clínicas: depresión anímica, opresión torácica, suspiros, plenitud y distensión del pecho e hipocondrios, dolor migratorio en pecho, hipocondrio u abdomen bajo, distensión abdominal, anorexia, acumulación de aire en la región gástrica, vómitos, lengua pálida, saburra delgada y pegajosa, pulso en cuerda.
- Cuando se estanca el qi de hígado, la sangre no circula con fluidez, y los colaterales de hígado pierden armonía, **el qi de hígado agrede al bazo y estómago.**
- Método de tratamiento: Dispersar el qi de hígado y eliminar el estancamiento, regular el qi y recuperar la función de bazo y estómago.

b) Estancamiento del qi que se vuelve fuego

El síndrome de *hiperactividad de fuego de hígado* se refiere al exceso de fuego en el meridiano del órgano y su movimiento hacia arriba. Este síndrome es causado principalmente por disturbios emocionales, calor exógeno patogénico o por el exceso de calor de los órganos circundantes al hígado.

- Manifestaciones clínicas: irritabilidad, distensión y dolor en pecho e hipocondrios, mareos, regurgitación ácida, amargura en la boca, sequedad en la garganta, estreñimiento, orina escasa y roja, boca seca, cefalea, ojos rojos, lengua con borde rojo, saburra amarilla, pulso tenso y rápido.
- El qi de hígado se estanca y se convierte en fuego, **que sube y molesta al corazón, los pulmones y la mente**. El fuego sube por el meridiano de hígado y afecta a los ojos. Si invade al estómago, éste puede perder su capacidad de descender y el calor consume los líquidos causando orina escasa.
- Método de tratamiento: Limpiar/dragar el hígado y eliminar el fuego.

c) Acumulación de la flema

El síndrome de desbalance entre hígado y bazo es causado por disturbios emocionales, el qi del hígado ataca al bazo debido a que el hígado no puede crecer libremente.

- Manifestaciones clínicas: *globus hystericus* (sensación de cuerpo extraño en la garganta), opresión en el pecho, tos productiva,

suspiros, depresión, heces blandas, distensión abdominal, anorexia, saburra blanca y pegajosa, pulso tenso y resbaladizo. Estos síntomas se agravan cuando hay cambios emocionales.

- Cuando el hígado falla en su función de drenaje, se estanca el qi e invade el bazo que pierde su función de transporte. Se produce flema, acumulándose en la garganta y diafragma.
- Método de tratamiento: eliminar la flema, dispersar qi del hígado, tonificar el qi de bazo.

d) Ansiedad que perjudica el espíritu

El fuego de hígado puede ascender a corazón. Este síndrome está causado por la depresión emocional, la transformación de fuego por el estancamiento de qi, invasión o una interna de calor y fuego.

- Manifestaciones clínicas: intranquilidad, insomnio, angustia, tristeza, ganas de llorar, opresión torácica, suspiros y bostezos frecuentes, estreñimiento, pereza casi constante, lengua con punta roja, saburra blanca y delgada, pulso delgado y tenso. Más frecuente en mujeres.
- El fuego prolongado agota el yin de corazón y consume la sangre, entonces ésta no puede alimentar a la mente, por eso aparece la perturbación. El qi estancado causa sofoco en el pecho que se alivia sólo al expandirse, por eso el paciente suspira constantemente y bosteza.

- Método de tratamiento: confortar el pecho y hacer fluir el qi, nutrir el corazón y la sangre, tranquilizar la mente.

(Ye Chenggu, 2004)

2.3 Antecedentes de investigación científica

El efecto de la acupuntura sobre la depresión ha sido estudiado previamente bajo diversos ángulos y situaciones. En el 2009, se realizó un estudio en China para evaluar la eficacia y seguridad de la acupuntura en combinación con fluoxetina como una intervención para el trastorno depresivo mayor. 80 pacientes fueron divididos en dos grupos: el grupo A obtuvo terapia con acupuntura real 5 veces por semana por 6 semanas más 10 mg/ día de fluoxetina y el grupo B obtuvo terapia con acupuntura simulada 5 veces por semana por 6 semanas + 20 a 30 mg/día de fluoxetina. Los pacientes fueron evaluados según la escala de 17 ítems de Hamilton para la depresión y **los resultados obtenidos sugirieron que la acupuntura añadida a una dosis baja de fluoxetina es igual de efectiva como una dosis recomendada de fluoxetina**. Los pacientes con acupuntura real demostraron mayor mejoría que los pacientes con acupuntura simulada en los síntomas de ansiedad y en los efectos adversos producidos por el medicamento (Zhang, Yang, & Zhong, 2009).

Más tarde en el 2015, un estudio incluyó 126 pacientes con depresión mayor para observar el efecto que tiene la acupuntura sobre el tratamiento con ISRS y

sus efectos adversos. Se dividieron los pacientes en dos grupos: a) medicamento b) acupuntura más medicamento y ambos grupos recibieron tratamiento por 6 semanas consecutivas. Los dos grupos fueron evaluados con la escala de Montgomery-Asberg (MADRS) y la escala para la medición de efectos adversos (SERS). Así mismo, midieron los cambios en receptores de serotonina 5-HT séricos y citosinas proinflamatorias antes y después del tratamiento. **Los resultados obtenidos indicaron que el grupo con acupuntura tuvo puntajes significativamente menores en la escala de MADRS y SERS en las semanas 1, 2, 4 y 6 posteriores al tratamiento comparados con el grupo de medicamento ($P < 0.01$).** A las 6 semanas posteriores al tratamiento, 5-HT sérico fue significativamente más elevado en el grupo de acupuntura comparado con el grupo de medicamento ($P < 0.01$). Los niveles de interleucina-6 (IL-6) proinflamatoria fueron significativamente menores en el grupo de acupuntura comparado con el grupo de medicamento ($P < 0.01$), sin embargo, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la interleucina IL-1 β entre los dos grupos. Los niveles de citosinas antiinflamatorias IL-4 e IL-10 fueron significativamente más elevados en el grupo de acupuntura en comparación con el grupo de medicamento ($P < 0.01$, $P < 0.05$, respectivamente) (Yi et al., 2015).

También en el año 2015 se publicó un metaanálisis donde se incluyeron 13 ensayos clínicos (1046 pacientes con depresión mayor) que compararon los efectos de la acupuntura más medicamentos antidepresivos frente a los efectos de los medicamentos únicamente. **Esta revisión sistemática concluyó que la**

terapia farmacológica combinada con acupuntura es más efectiva que la terapia farmacológica sola en las primeras 6 semanas de tratamiento (Chan, Lo, Yang, Chen, & Lin, 2015).

En el 2016, se realizó un ensayo clínico aleatorizado, ciego simple para evaluar el efecto de la acupuntura sobre la calidad de vida en los pacientes con depresión mayor. Se incluyeron 163 casos que fueron divididos en tres grupos: a) acupuntura superficial, b) acupuntura en zona fuera de un punto de acupuntura y c) acupuntura y moxibustión. Los 3 grupos recibieron atención dos veces por semana durante 12 semanas. Se utilizó la escala de Calidad de Vida (SF-36) para la evaluación de los pacientes. Se encontró una diferencia significativa entre los tres grupos ($P < 0.0125$), concluyendo así que la acupuntura puede aumentar efectivamente la calidad de vida de los pacientes con depresión (Ling et al., 2016).

En el 2017, Dong et al realizaron un metaanálisis para evaluar la acupuntura como monoterapia alternativa para tratar el insomnio relacionado a la depresión. Se incluyeron 18 artículos y las escalas de medición mayormente utilizadas fueron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la escala de Hamilton para la depresión (HAMD). Los autores encontraron que, comparado con el tratamiento farmacológico, el tratamiento con acupuntura es efectivo para tratar el insomnio relacionado con la depresión. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas entre la acupuntura y los grupos con acupuntura placebo. Algunas limitaciones de este estudio es que los puntos de acupuntura

utilizados en los distintos estudios fueron heterogéneos; así mismo el tiempo de duración del tratamiento y sesiones individuales fue variable (Dong et al., 2017).

En el 2018, se realizó una revisión sistematizada de la literatura disponible sobre la efectividad de la acupuntura y electro acupuntura para el tratamiento de pacientes con trastornos de ansiedad con el objetivo de encontrar evidencia científica para su utilización en la medicina occidental. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados enfocados en el tratamiento de trastornos de ansiedad con acupuntura. Los autores concluyeron que hay suficiente evidencia científica alentadora para el tratamiento con acupuntura, ya que proporciona resultados efectivos y menos efectos adversos que el tratamiento farmacológico convencional (Amorim et al., 2018).

CAPÍTULO 3

JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 Justificación

Las personas con trastornos depresivos tienen **mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención**. Según el DSM V, **los altos grados de ansiedad y depresión se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento**. Frecuentemente, los tratamientos farmacológicos utilizados en el tratamiento de la depresión presentan efectos adversos como: aumento de peso, irritabilidad, mareo, náusea, entre otros (American Psychiatric Association, 2013).

La terapia con acupuntura puede ser un método terapéutico adyuvante adecuado debido a su bajo costo, escasos y leves efectos adversos e intervención mínima. Las opciones para los pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento farmacológico son escasas e inefectivas en la mayoría de los casos, es imperativo integrar un tratamiento que pueda cubrir las necesidades de esta población.

3.2 Pregunta

¿La acupuntura es efectiva como terapia complementaria en pacientes con trastorno depresivo mayor con resistencia al tratamiento farmacológico?

3.3 Hipótesis

La utilización de la terapia con acupuntura junto con la terapia convencional brindará una mejor respuesta sintomática en pacientes depresivos con resistencia al tratamiento farmacológico.

3.3.1 Hipótesis nula

La utilización de la terapia con acupuntura junto con la terapia convencional no mejorará respuesta sintomática en pacientes depresivos con resistencia al tratamiento farmacológico.

3.4 Objetivo general

Evaluar los cambios en la sintomatología depresiva en pacientes con depresión mayor resistente al tratamiento farmacológico que recibieron terapia complementaria con acupuntura.

3.4.1 Objetivos específicos

1. Evaluación de diagnóstico y sintomatología depresiva con: SCID-I cuestionario de ánimo de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV, Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), escala de depresión Montgomery- Asberg (MADRS).
2. Evaluar la asociación de la intervención con acupuntura y síntomas ansiedad con la escala de generalizada (GAD-7).
3. Evaluar la asociación de la intervención con acupuntura y el índice de calidad del sueño con la escala de Pittsburgh (PSQI).
4. Evaluar la asociación de la intervención con acupuntura y los estilos cognitivos utilizando la forma corta del cuestionario de estilos cognitivos (CSQ-SF).
5. Evaluar la asociación de la intervención con acupuntura y las actitudes disfuncionales con la escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck (DAS-SF).

6. Detectar los posibles fallos o problemas en el estudio.
7. Proveer un campo de inicio para futuros proyectos en el tema estudiado.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA, MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Metodología

Se llevó a cabo un estudio piloto abierto, prospectivo, longitudinal que fue conducido en el Centro en Salud Afectiva (CNSA) del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario en Monterrey, Nuevo León, México entre el 1 de febrero del 2019 al 3 de diciembre del 2019.

Durante el estudio se tomaron en cuenta sujetos de ambos sexos entre 18 y 65 años con diagnóstico primario de trastorno depresivo mayor no psicótico (según los criterios diagnósticos del DSM V) con mínimo 6 semanas en tratamiento con benzodiazepinas y/o ISRS (puntaje ≥ 7 en escala de MADRS). Se excluyeron a aquellos que presentaban comorbilidad con trastornos del eje 1 del DSM V (trastorno psicótico o bipolar), enfermedad crónica o aguda que pudiera llevar al aumento del riesgo del participante o dificultad para cumplir los procedimientos del estudio, embarazo o lactancia, riesgo presente de hetero o autoagresión, historia de abuso o dependencia de sustancias (a excepción de la nicotina).

Aquellos sujetos que cumplieron con inasistencia a tres o más citas consecutivas, tuvieron falta de apego al tratamiento médico, desarrollaron una condición médica inestable, o que interrumpieron voluntariamente su participación, fueron eliminados del estudio.

El estudio se llevó a cabo en 4 semanas y se conformó de una fase de reclutamiento y una fase de tratamiento con acupuntura más tratamiento farmacológico. Durante la cita 0 se realizó la fase de reclutamiento, posterior a firma de consentimiento informado. Se realizó la entrevista clínica con el SCID-I y la escala MADRS para selección de sujetos, después se aplicaron los cuestionarios PHQ-9, GAD-7, CSQ-SF, DAS, EDDS, y PSQI para determinar el estado basal al inicio del tratamiento. Una vez respondidos los primeros cuestionarios, comenzó la fase de tratamiento con acupuntura.

4.1.1. Protocolo de acupuntura

En la primera sesión de acupuntura se realizó el interrogatorio, anamnesis y exploración según la MTC, incluyendo la exploración de lengua y la palpación del pulso. El tratamiento consistió en 10 sesiones de acupuntura estandarizada, llevándose a cabo 2 a 3 sesiones por semana, por 4 semanas consecutivas. Cada sujeto recibió tratamiento con el mismo acupunturista en el Centro en Salud Afectiva del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.

Posterior a la asepsia local, se utilizaron los puntos DM20 (Baihui), DM23 (Shenting), DM24 (Shangxing), EX-HN5 (Yintang), IG11 (Quchi), PC6 (Neiguan), C7 (Shenmen), E36 (Zusanli), E40 (Fenlong), H5 (Ligou), VB39 (Xuanzhong) y V62 (Shenmai); se utilizaron agujas manufactureras por Beijing Zhongyan Taihe Medical Instrument Co., Ltd. de 0.30x25 mm en DM20, DM23, DM24, EX-HN5, PC6 y C7, el resto de las punciones con agujas de 0.25x40 mm. Con cada punción se obtuvo la llegada del *deqi*². Las agujas fueron retenidas por un total de 20 minutos y fueron manipuladas dos veces más durante la retención. Según el diagnóstico de la MTC de cada sujeto, IG11, E36, E40 e H5 fueron estimulados manualmente con un método uniforme de refuerzo-reducción por rotación con una resistencia tolerable.

4.1.2. Evaluación

Durante el periodo de estudio, se repitió semanalmente la entrevista clínica con la escala MADRS para la evaluación de los síntomas depresivos, así como la aplicación de los cuestionarios PHQ-9, GAD-7, CSQ-SF, DAS, EDDS, y PSQI.

² “*La llegada del qi*”. A menudo se describe como una sensación de electricidad, dolor, entumecimiento u hormigueo, distensión, presión o pesadez.

4.2 Material y métodos

4.2.1 Escalas y cuestionarios

a) Escala Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión

La escala de Montgomery-Asberg (MADRS) es uno de los instrumentos hetero aplicados más utilizados para valorar la severidad de los episodios depresivos en pacientes con trastornos del estado del ánimo, enfocándose en los aspectos cognitivos y afectivos. Se asigna una puntuación que va del 0 al 6 por ítem (siendo 10 ítems en total), donde los valores 0, 2, 4 y 6 están descritos por oraciones que ayudan al entrevistador a ubicar el valor correspondiente con mayor precisión, considerándose las demás como puntuaciones intermedias. Con una puntuación final que va del 0 al 60, se puede clasificar a los pacientes de acuerdo con su severidad en: sin depresión (0-6), depresión leve (7-19), depresión moderada (20-34) y depresión severa (>34). Su versión en español está validada desde el año 2002.

b) SCID-I Cuestionario de ánimo

La Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos de trastornos del estado del ánimo más prevalentes. Fue desarrollada por los autores First, Spitzer y colaboradores, adaptada y

validada al español en 1999. La SCID-I puede usarse para formular diagnósticos del Eje I de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios de trastorno de ánimo para cada diagnóstico que ha sido codificado como tal).

c) Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

Consta de 9 ítems que constituyen una subescala del *Patient Health Questionnaire*, a su vez una versión auto aplicable PRIME-MD, que evalúa la presencia de trastorno depresivo mayor usando criterios del DSM-V. Los ítems son respondidos mediante valores “nunca”, “varios días”, “más de la mitad de los días” y “casi todos los días”. De 0-4 puntos se considera mínimos síntomas depresivos, 5-9 leves, 10-14 moderados, 15-19 moderadamente severos y 20-27 severos.

d) Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck (DAS)

Se evalúan actitudes disfuncionales en base a las teorías cognitivas de la depresión en pacientes deprimidos, se obtiene la versión corta, la cual consta de 9 ítems, desarrollando dos versiones: DAS-SF1 y DAS-SF2. Cada ítem consta de una oración en la que el participante deberá de contestar si está de acuerdo o no respecto a lo que se plantea la aseveración (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo), asignando un número del 1-4 a cada respuesta, entre mayor la puntuación mayor la presencia de actitudes disfuncionales, más

predisposición para padecer depresión. (Beevers, Strong, Meyer, Pilkonis, & Miller, 2007)

e) Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Evalúa la presencia de trastorno de ansiedad generalizada. Consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente, 0-4 no hay ansiedad, 5-9 síntomas leves, 10-14 moderados y 15-21 severos.

f) Índice de calidad del sueño de Pittsburgh

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP) es un instrumento estándar para la medición de calidad del sueño; midiendo la calidad y la duración del sueño. Elaborada originalmente por Buysse y colaboradores, la ICSP es un cuestionario auto aplicable y consta de 24 preguntas que se califican de 0 a 3. Su utilización ha sido validada en México con una consistencia interna de 0.78 y confiabilidad de 0.81.

g) Cuestionario de Estilos Cognitivos – Forma corta (CSQ-SF)

Presenta hipotéticamente 8 situaciones negativas relacionadas a fracasos en las áreas académicas, laborales y de relaciones interpersonales. Se pide al participante que en cada situación imagine vívidamente la escena como si realmente le estuviera pasando, además de que piense la causa que pudo haberla ocasionado. Pudiendo evaluar entre causas internas o externas que pueden haber influido en el evento (es decir, causadas por

ellos mismos o por los demás), en factores específicos globales (la causa o motivo impactará en todas las áreas de la vida del participante o solo en esta situación), factores estables o inestables (la causa permanecerá y causará los mismos resultados en el futuro), así como evaluar la autoestima de cada participante. La escala es de tipo Likert de aprobación, calificando del 1-5, entre más alto, más estilo cognitivo negativo.

h) Escala de tamizaje de trastornos alimenticios (EDDS)

Esta escala de 22 ítems evalúa tres categorías diagnósticas (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón), un diagnóstico "sub-umbral" (presencia de todos los síntomas del desorden, pero al menos uno en una severidad sub-diagnóstica) y un nivel general de problemas alimentarios (compuesto sintomático del EDDS).

Se pueden encontrar todos los cuestionarios en el APÉNDICE B.

4.2.2 Acupuntura corporal

La selección de puntos acupunturales fue hecha en base a la premisa de eliminar el estancamiento de qi, eliminar la flema, calmar el espíritu y confortar el corazón (Deadman & Al-Khafaji, 2009). Ésta se presenta a continuación:

1) Baihui - “Las Cien Reuniones” Du Mai 20 (DM20)

- ✓ Punto de reunión con meridiano de vejiga, vesícula biliar, triple calentador e hígado.
- ✓ Punto mar de médula ósea.

Localización: En la línea media del cráneo, 5 cun atrás de la implantación anterior del pelo, 7 cun superior a la línea posterior del pelo. Nota: Se realiza una línea a lo largo del axis de las orejas (de la punta de una oreja a la otra), en su ligera inclinación posterior en dirección a la punta de la cabeza se encuentra Baihui. (Ver. Figura 1)

Función: Ascende el yang, beneficia a la cabeza y los 5 órganos sensoriales, aclara el cerebro, tranquiliza el espíritu.

Indicaciones: Cefalea del vértex, pesadez de la cabeza, trastornos de la memoria, vértigo, pérdida de la consciencia, sensación de opresión en el pecho, palpitaciones, desorientación, tristeza y llanto, manía, obstrucción nasal, prolapso rectal.

Punción: oblicua de 0.3 a 0.5 cun

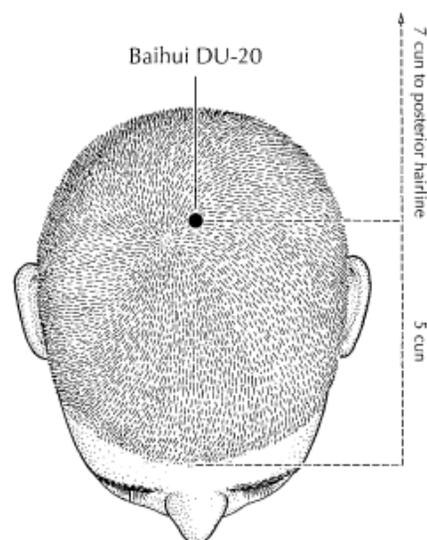


Figura 1. Baihui - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg. 552

2) Shangxing – “Estrella Suprema” – Du Mai 23 (DM23)

- ✓ Punto fantasma de Sun Si-miao descrito en el libro clásico de medicina china *Bei Ji Qian Jin Yao Fang* (Simiao, 1959)

Localización: En la línea media de la parte superior de la cabeza, 1 cun posterior a la línea anterior del pelo y 0.5 cun posterior a Shenting (DU-24)

Función: beneficia la nariz y los ojos, elimina el viento, beneficia la cabeza y la cara, calma el espíritu.

Indicaciones: obstrucción nasal, sinusitis, cefalea, ansiedad, insomnio.

Punción: oblicua superficial / transversa 0.5 – 1 cun

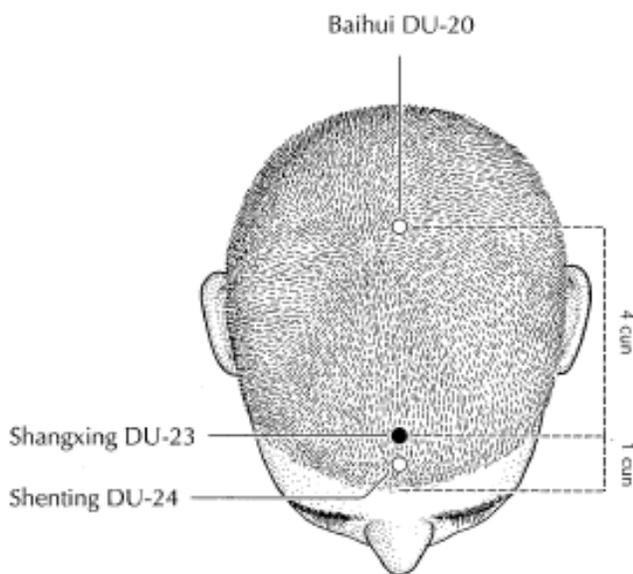


Figura 2. Shangxing - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg. 556

3) Shenting- “Habitación del Espíritu”- Du Mai 24 (DM20)

- ✓ Punto de reunión con los meridianos de vejiga y estómago.

Localización: 0.5 cun posterior a la línea anterior de la implantación del pelo, sobre la línea media.

Nota: si la línea anterior de la implantación del pelo es indistinta, el punto se localiza 4.5 cun anterior a Baihui.

Función: beneficia el cerebro y pacifica el espíritu, ansiolítico, elimina el viento y beneficia la cabeza, nariz y ojos.

Indicaciones: manía-depresión, insomnio, ansiedad, rinitis, cefalea,

Punción: oblicua superficial / transversa 0.5 a 1 cun

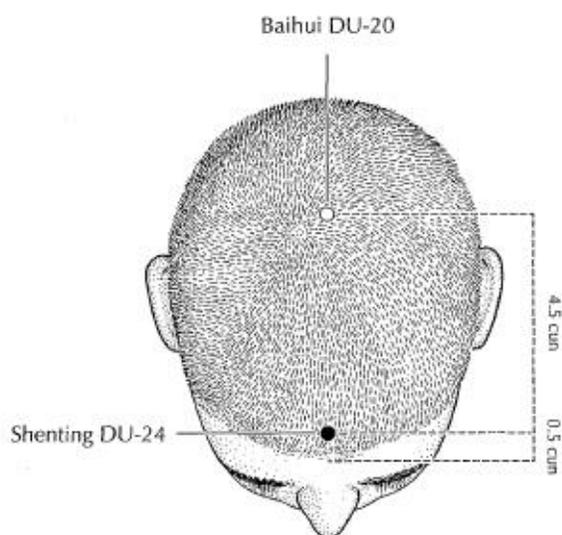


Figura 3. Shenting - “A Manual of Acupuncture”

(Deadman, 2009) pg. 557

4) Yintang – “Pasillo del Sello”- Punto Extra de Cabeza y Cuello 3 (EX-HN3)

✓ Punto extraordinario de cabeza y cuello

Localización: En la glabella, el punto entre los extremos mediales de la ceja.

Función: elimina el viento y calma el espíritu, activa el canal y elimina el dolor.

Indicaciones: Cefalea frontal, insomnio, agitación, inquietud, congestión nasal, rinitis.

Punción: Con los dedos de una mano se pellizca la piel, con la otra mano se punciona oblicuamente 0.5 cun con dirección inferior o lateral.

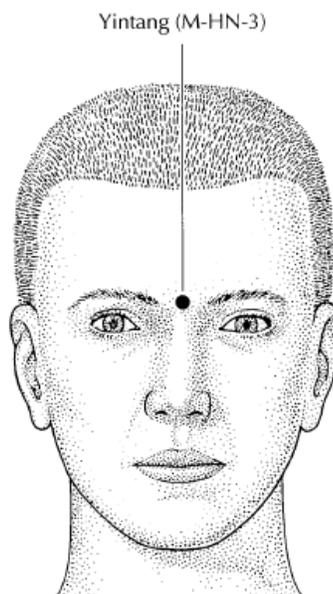


Figura 4. Yintang - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg. 565

5) Quchi - “El Estanque de la Curva” – Intestino Grueso 11 (IG11)

- ✓ Punto he mar y tierra del meridiano de Intestino grueso
- ✓ Punto fantasma de Sun Si-miao

Localización: con el codo flexionado, en la terminación externa del pliegue transverso del codo. Entre el tendón del bíceps braquial y el epicóndilo lateral del húmero.

Función: aclara el calor, enfría la sangre, elimina el viento, regula el qi y la sangre, activa el canal y elimina el dolor.

Indicaciones: fiebre con sudoración y sed, odinofagia, agitación y opresión en el pecho, alteraciones de la memoria, manía, depresión, hipertensión.

Punción: perpendicular 1 a 1.5 cun

Este punto fue utilizado bilateralmente

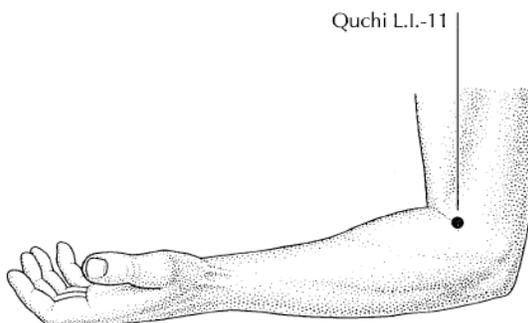


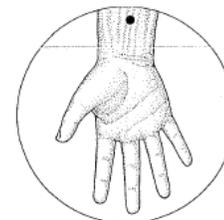
Figura 5. Quchi - “A Manual of Acupuncture”

(Deadman, 2009) pg. 112

6) Neiguan – “Paso Interior” – Pericardio 6 (PC6)

- ✓ Punto luo del meridiano de pericardio, es uno de los 8 puntos confluentes

Localización: En la parte medial del antebrazo, 2 cun proximal a Daling PC7 (pliegue de la muñeca), entre los tendones del palmar largo y el flexor radial del carpo.



Función: El desata pecho y regula el qi, regula el corazón y calma el espíritu, armoniza el estómago y elimina la náusea, aclara el calor, ansiolítico.

Indicaciones: Dolor de corazón, agitación, palpitaciones, taquicardia, insomnio, trastornos mentales, manía, epilepsia, alteraciones de la memoria, fiebre, náusea, vómito, distensión abdominal.

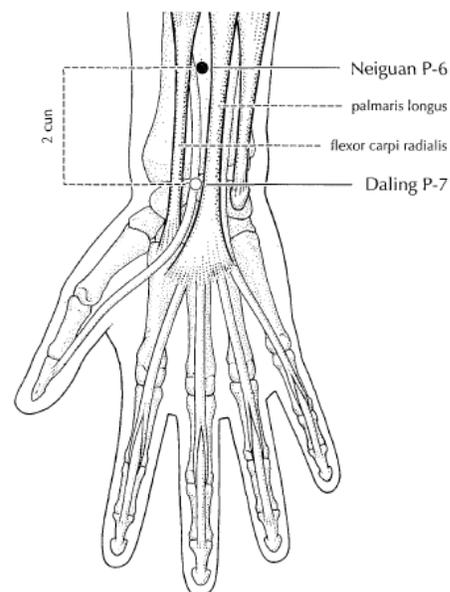


Figura 6. Neiguan - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg.376

Punción: 0.5 a 1 cun, o atravesar hasta Waiguan (TC5)

Precaución: el nervio mediano está por debajo de este punto, la inserción de la aguja frecuentemente ocasiona sensación eléctrica significativa. Una vez adquirido el estímulo, la manipulación manual no debe realizarse por riesgo de daño nervioso.

Este punto fue utilizado bilateralmente

7) Shenmen – “Puerta del espíritu”- Corazón 7 (C7)

- ✓ Punto Tierra, Shu- arroyo, y yuan-fuente del meridiano del corazón.

Localización: En el pliegue de la muñeca, en la depresión en el borde radial proximal del hueso pisiforme.

Precaución: la arteria y el nervio cubital están adyacentes a este punto.

Función: Calma el espíritu y la mente, regula y tonifica el corazón, regula las emociones, miedo, ira, tristeza y ansiedad.

Indicaciones: Insomnio, hablar dormido, poca memoria, manía-depresión, epilepsia, demencia, temor, tristeza, palpitaciones, dolor precordial, dolor de garganta

Punción: De 0.3 a 0.5 cun.

Este punto fue utilizado bilateralmente

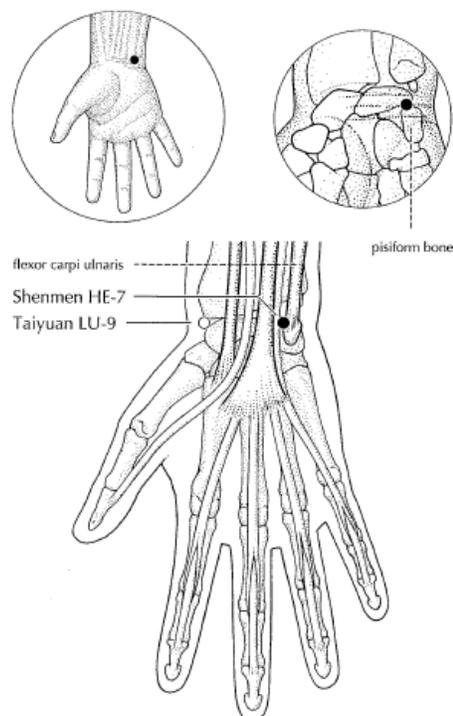


Figura 7. Shenmen - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg.219

8) Zusanli- “Tres medidas del pie” – Estómago 36 (E36)

- ✓ Punto he-mar y punto tierra del canal de estómago

Localización: debajo de la rodilla, 3 cun debajo de Dubi (E-35) (depresión lateral al borde externo del tendón rotuliano), un dedo lateral a la cresta anterior de la tibia.

Función: Armoniza el estómago y el bazo, aclara el calor y calma el espíritu, resuelve la humedad, tonifica el qi y nutre la sangre y el yin, activa el canal y elimina el dolor.

Indicaciones: dolor epigástrico, náusea y vómito, distensión abdominal, diarrea, estreñimiento, manía, depresión, enojo y temor, pesadez de los 4 miembros.

Punción: perpendicular 1 a 1.5 cun.

Este punto fue utilizado bilateralmente

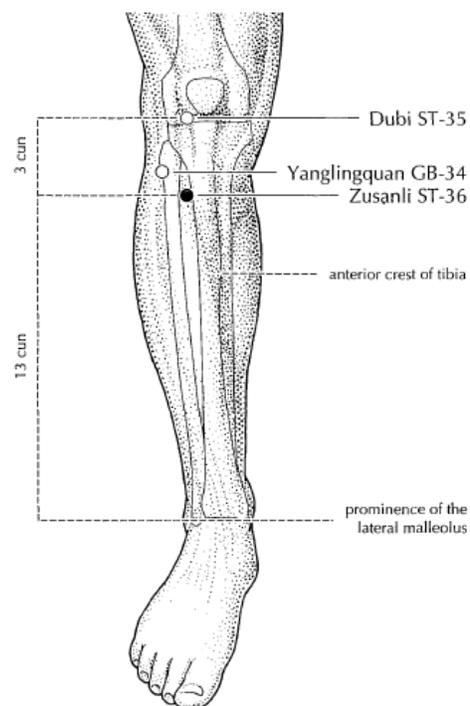


Figura 8. Zusanli - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg.158

9) Fenlong - “Prominencia Ilena” – Estómago 40 (E40)

- ✓ Punto Luo del meridiano de estómago

Localización: 8 cun sobre el maléolo externo, 8 cun debajo de Dubi (ST-35) y 2 cun lateral a la tibia. A la mitad del camino entre el pliegue poplíteo y el maléolo externo.

Función: Transforma y elimina la flema y la humedad, aclara los pulmones y alivia tos y sibilancias, regula la función del intestino y estómago, ansiolítico, calma el espíritu.

Indicaciones: tos productiva, opresión y dolor torácico, globus hystericus, manía, depresión, epilepsia, hipertensión, constipación, cefalea.

Punción: Perpendicular de 0.5 a 1 cun.

Este punto fue aplicado bilateralmente

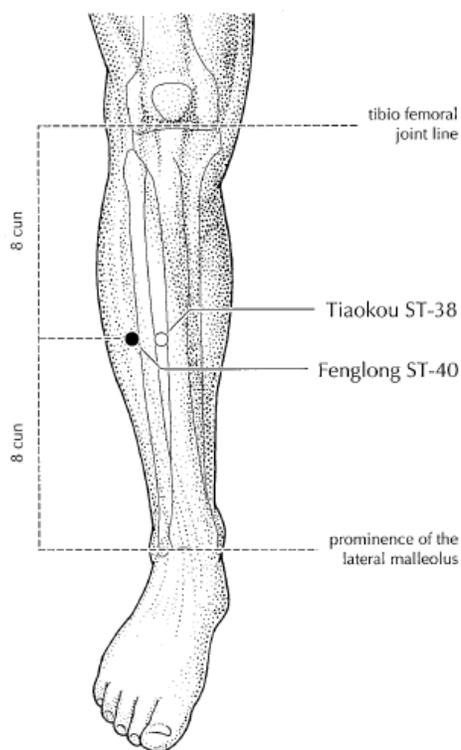


Figura 9. Fenlong - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg.165

10) Xuanzhong - “Campana suspendida” – Vesícula Biliar 39 (VB39)

- ✓ Es uno de los 8 puntos influencia y corresponde a la médula. *

Localización: 3 cun superior a la prominencia lateral del maléolo externo, entre el borde posterior de la tibia y los tendones del peroneo largo y corto.

Función: Nutre la esencia de riñón y la médula, beneficia las articulaciones y los huesos, expulsa el viento y la humedad, elimina el calor de la vesícula biliar.

Indicaciones: cervicalgia, ciática, agitación, manía, ansiedad, ira e indignación, distensión abdominal, dolor costal.

Punción: perpendicular 1 a 1.5 cun

*Xuanzhong es el punto de encuentro para la médula que es la fuente para el cerebro y la médula ósea.

Este punto fue aplicado bilateralmente



Figura 10. Xuanzhong - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg.457

11) Shenmai - “Vaso extensor” – Vejiga 62 (V62)

- ✓ Punto fantasma por Sun Si-miao

Localización: en la parte lateral del pie, 0.5 cun inferior al borde inferior del maléolo lateral, en la depresión posterior a tendón peroneo.

Función: pacifica el viento interno y expulsa el viento externo, calma el espíritu y trata la epilepsia, beneficia a la cabeza y los ojos, activa el canal y elimina el dolor.

Indicaciones: fiebre y escalofríos, manía depresión, palpitaciones, insomnio, rigidez del cuello y espalda, lumbalgia, dificultad para extender y flexionar piernas,

Punción: oblicua, 0.3 a 0.5 cun con dirección hacia abajo

Este punto fue aplicado bilateralmente

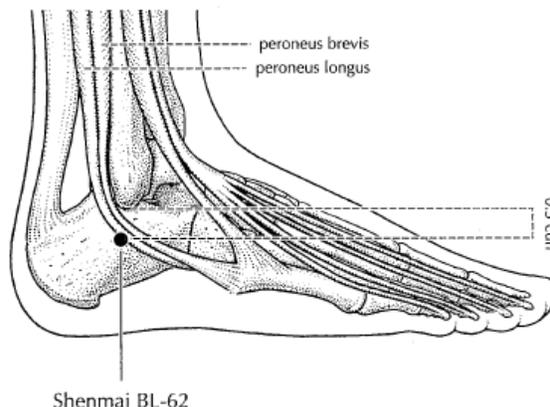


Figura 11. Shenmai - “A Manual of Acupuncture”
(Deadman, 2009) pg.320

12) Ligou - “Fosa de la vasija” – Hígado 5 (H5)

- ✓ Punto luo del canal del hígado.

Localización: 5 cun arriba de la prominencia del maléolo medial, inmediatamente posterior a la cresta medial de la tibia, en la depresión entre la cresta de la tibia y el gastrocnemio.

Nota: dividir la distancia entre la prominencia del maléolo medial y el pliegue poplíteo en tercios, Ligou se encuentra en la unión del tercio distal con dos tercios proximales.

Función: dispersa el hígado, regula el qi, elimina la humedad y el calor del Jiao inferior, regula la menstruación y elimina el globus hystericus.

Indicaciones: dismenorrea, menstruación irregular, depresión, miedo, preocupación, opresión torácica, globus hystericus, leucorrea, dolor genital, cefalea, insomnio, palpitaciones.

Este punto fue aplicado bilateralmente

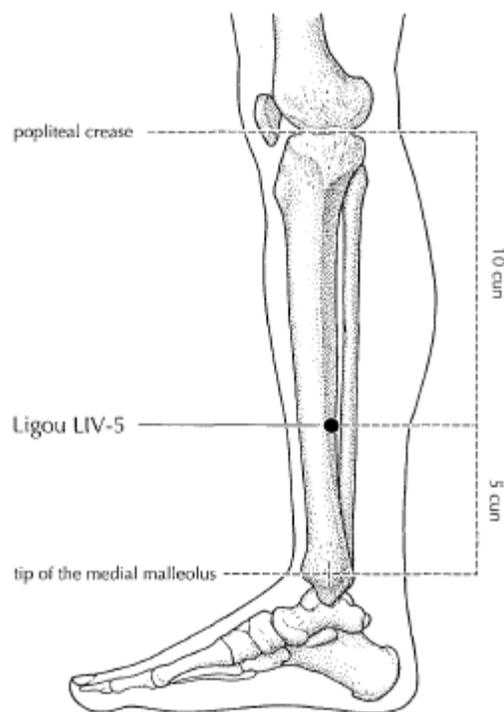


Figura 12. Ligou - “A Manual of Acupuncture” (Deadman, 2009) pg.482

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

La muestra total fue de 31 participantes, sin embargo 1 de ellos fue eliminado por inasistencia a 3 citas consecutivas, completando su participación hasta la semana 3.

Se utilizó el programa Excel para la elaboración de la base de datos y posteriormente el programa estadístico SPSS para analizar los datos obtenidos durante el estudio. En la tabla 1 podemos observar los datos sociodemográficos de la población participante descritos como *n* y porcentajes para las variables categóricas como el sexo, estado civil, nivel de educación. **El mayor porcentaje de participantes fueron mujeres, con una media de 34.6 años; todos los participantes tenían un nivel académico de preparatoria o mayor.**

En la tabla 2 encontramos los datos clínicos relevantes de la depresión. **La media de años de evolución de la depresión fue de 5.12. La depresión recurrente tratada con monoterapia, específicamente con ISRS, fue mucho más frecuente.**

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Grupo de acupuntura (n=31)	
<u>Sexo</u>	
Mujeres (n, %)	24 (77.4)
Hombres (n, %)	7 (22.6)
<u>Edad</u>	
Media de edad	34.6
<u>Somatometría</u>	
IMC	27.93
<u>Estado civil</u>	
Soltera (o) (n, %)	22 (71)
Casada (o) (n, %)	6 (19.4)
Otro (n, %)	3 (9.6)
<u>Nivel académico</u>	
Preparatoria (n, %)	9 (29)
Universidad (n, %)	17 (54.8)
Posgrado (n, %)	25 (16.2)

Tabla 2. Datos clínicos de la depresión

Grupo de acupuntura (n=31)	
<u>Evolución</u>	
Media de años con el diagnóstico	5.12
<u>Tipo de episodio</u>	
Único (n, %)	4 (12.9)
Recurrente (n, %)	27 (87.1)
<u>Cantidad de episodios</u>	
Media de episodios	2.77
<u>Tratamiento farmacológico</u>	
Monoterapia (n, %)	25 (80.64)
Dos o más fármacos (n, %)	6 (19.35)
<u>Clase de medicamento</u>	
ISRS	24
Benzodiacepinas	5
ISRSN	8

5.1 Síntomas depresivos

Se utilizó una prueba estadística de ANOVA de medidas repetidas para analizar si existía una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones obtenidas de los pacientes en el cuestionario MADRS en las 4 semanas, posteriormente se utilizó un ajuste para comparaciones múltiples de Bonferroni para ver si existía diferencia significativa entre cada una de las semanas. Los datos representados a través del ajuste de comparaciones por pares se pueden encontrar en el APÉNDICE A.

Al comienzo del estudio, la media del puntaje en MADRS para síntomas depresivos fue de 24.16 (depresión moderada); al final del estudio la media fue de 8.16 (depresión leve). En general, los síntomas depresivos se redujeron en un 66.23%.

Al realizar el ajuste de comparaciones múltiples de Bonferroni, encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($* p \leq 0.05$) entre la media al inicio y al término del estudio (S1 vs. S4) (Ver figura 14).

Se obtuvieron resultados similares con el PHQ-9, encontrándose una reducción significativa (61.99%) de los síntomas depresivos en la semana 4 (Ver figura 15).

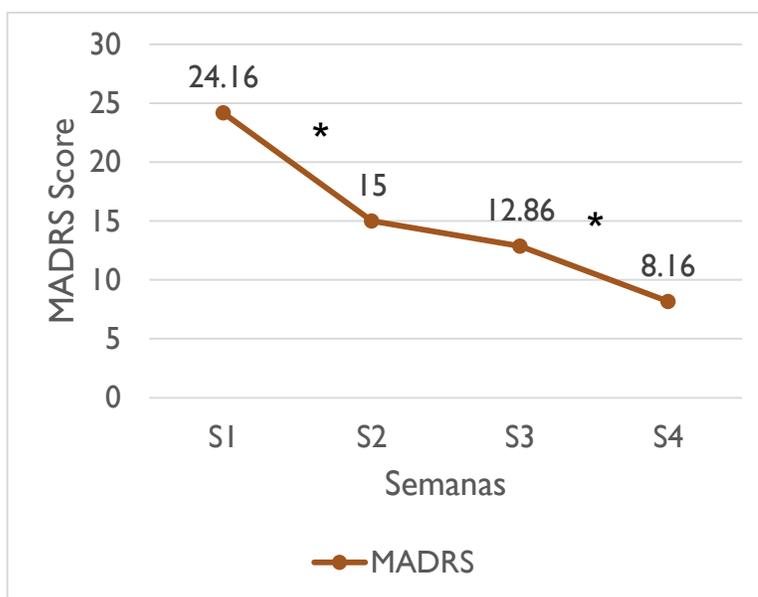


Figura 14. Puntaje promedio de MADRS por semana

MADRS Score: 0-6 normal, 7-19: depresión leve, 20-34 depresión moderada, >34: depresión severa

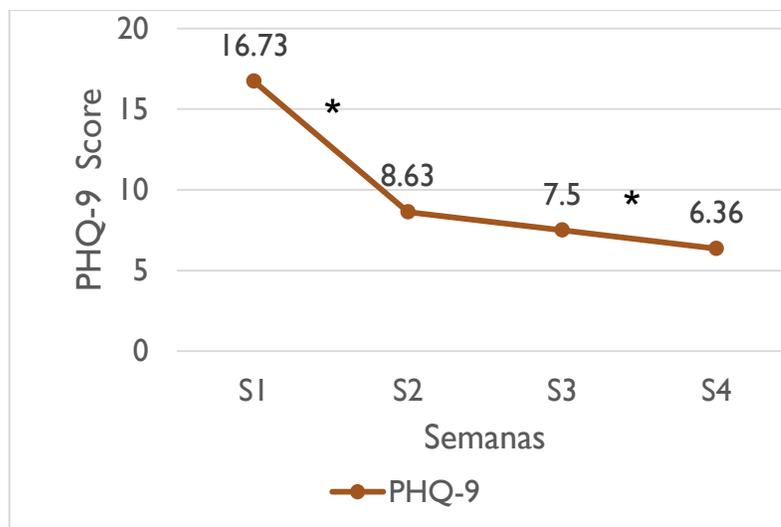


Figura 15. Puntaje promedio de PHQ-9 por semana

PHQ-9 Score: 0-4 normal, 5-9: depresión leve, 10-14 depresión moderada, 15-19: depresión moderadamente severa, >20: depresión severa

5.2 Ansiedad, calidad de sueño, estilos cognitivos y actitudes disfuncionales

Se utilizó el mismo método de análisis estadístico para las escalas GAD-7, PSQI, DAS-SF1, DAS-SF2, y CSQ-SF.

Al analizar los síntomas de ansiedad, la media del puntaje en GAD-7 de los pacientes se redujo un 58.2%, pasando de una ansiedad moderada a una leve (Ver gráfica 3). Se encontraron diferencias significativas entre las medias de la semana 1 contra la 2, la 2 contra la 3 y la 1 contra la 4 (* $p \leq 0.05$) (Ver figura 16).

En cuanto a la calidad del sueño, la media del puntaje en PSQI tuvo una reducción del 48.13% (Ver figura 17). A pesar de que, según la escala, al final

del estudio los sujetos se categorizaron con una mala calidad del sueño, clínicamente hubo un cambio perceptible. Se redujeron los tiempos para quedarse dormido, hubo menos interrupciones en el sueño, disminuyeron los sueños o pesadillas y en general los sujetos reportaron que se despertaban con más energía.

Los datos representados a través del ajuste de comparaciones múltiples se encuentran en el APÉNDICE A.

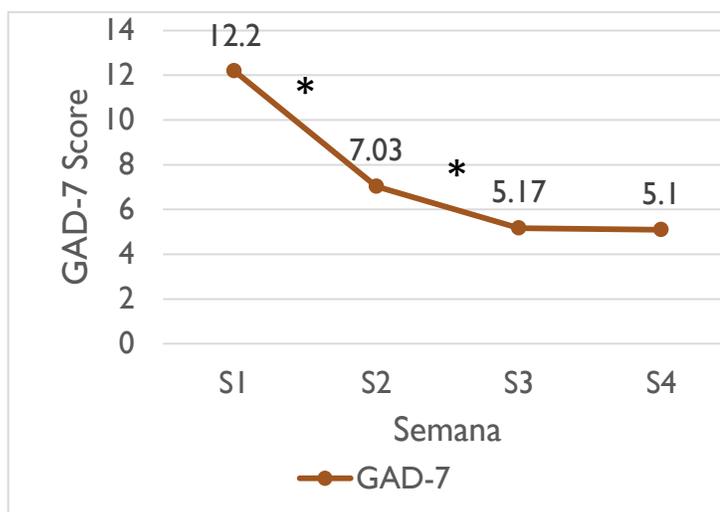


Figura 16. Puntaje promedio de GAD-7 por semana

GAD-7 Score: 0-4 normal, 5-9: ansiedad leve, 10-14 ansiedad moderada, 15: ansiedad severa

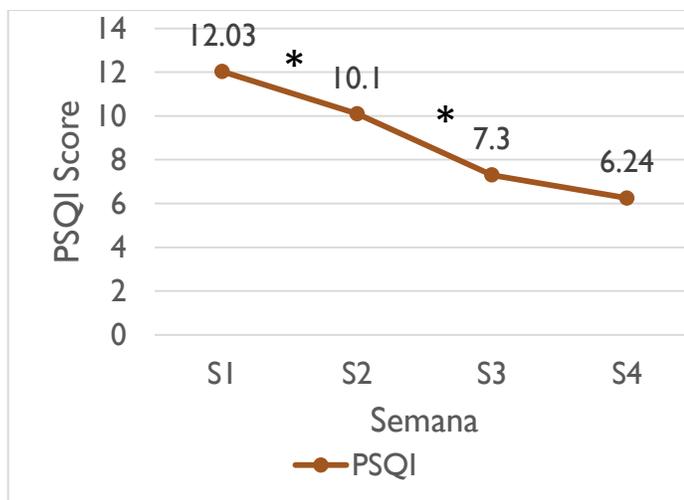


Figura 17. Puntaje promedio de PSQI por semana

PSQI Score: 0-5 buena calidad de sueño, >6: mala calidad de sueño

En cuanto a las actitudes disfuncionales de los sujetos, se encontró una reducción estadísticamente significativa entre medias del comienzo y el final del estudio. Hubo una disminución del 13.97% en la DAS-SF1 y una disminución del 13.6% en la DAS-SF2 (* $p \leq 0.05$) (Ver figura 18). Clínicamente, la evolución de estas actitudes y/o creencias fue más sutil. Se vio la disminución o eliminación de una variedad de actitudes rígidas, negativas y perfeccionistas; dicha disminución es consistente con la mejoría de los síntomas depresivos.

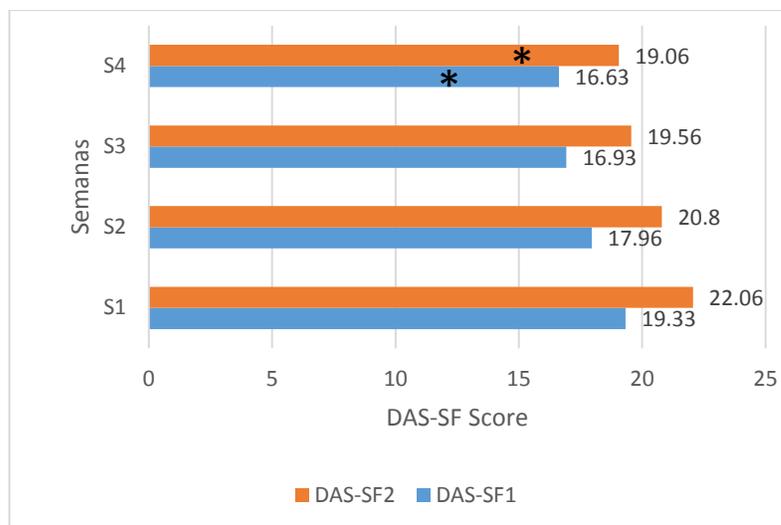


Figura 18. Puntaje promedio de DAS-SF1 y DAS-SF2 por semana

A mayor puntaje, mayores actitudes disfuncionales, mayor predisposición para padecer depresión.

Los sujetos con los mayores puntajes en la escala MADRS también obtuvieron los mayores puntajes en el CSQ-SF, y el comportamiento de ambos resultados durante el estudio coincide con la teoría de relación entre los estilos cognitivos negativos y la depresión (Beck, 2011) (Dobson, 2008) (Ver figura 19). Durante el estudio, los sujetos pudieron experimentar estos cambios a nivel cognitivo, ayudándolos a salir del ciclo de pensamientos y percepciones negativas, en algunos casos esto fue impulsado por la eliminación del dolor, por el aumento de la energía o también por la intervención durante la entrevista clínica.

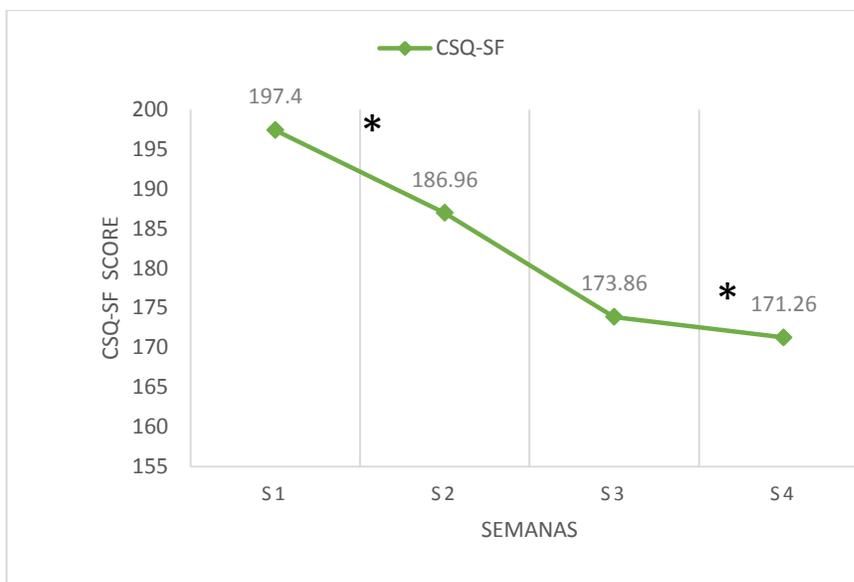


Figura 19. Puntaje promedio de CSQ-SF por semana

Los puntajes totales en el CSQ-SF pueden variar de 72 a 360, los puntajes más altos reflejan un estilo cognitivo más negativo.

5.3 Trastornos alimenticios

Al principio del estudio, de los 31 participantes, 1 de ellos resultó positivo para Anorexia nervosa (3.22%), 2 para Bulimia nervosa (6.45%) y 1 para trastorno por atracones (3.22%) (Ver figura 20).

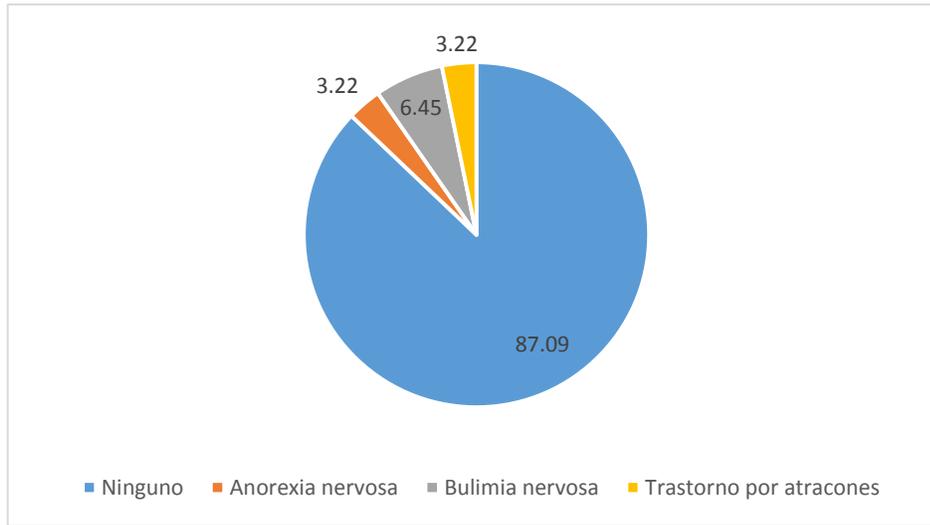


Figura 20. Trastornos alimenticios (Semana 1)

Al final del estudio, de los 30 participantes, solo se reportó 1 positivo para trastorno por atracones (3.22%) (Ver gráfica 8). Sin embargo, es importante resaltar que el sujeto que calificó positivo con los criterios de anorexia nervosa fue eliminado del estudio posterior a la semana 3 debido a su inasistencia de 3 citas consecutivas.

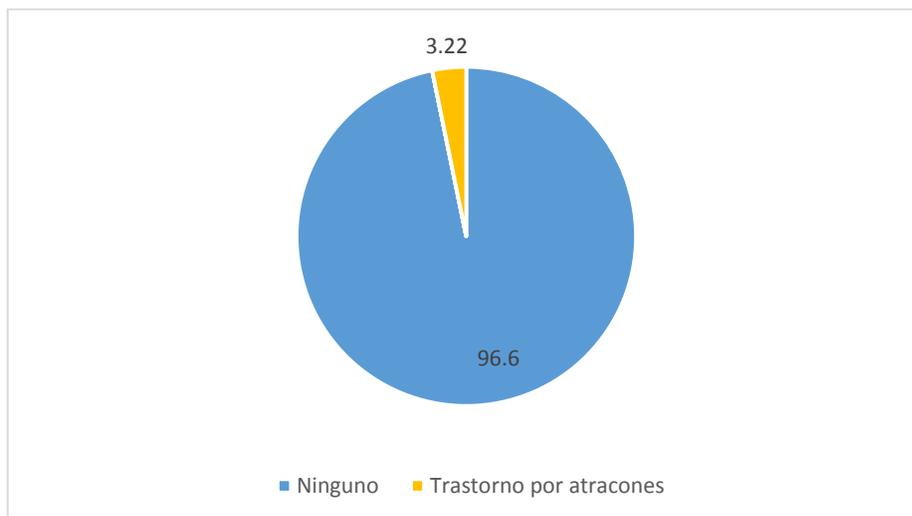


Figura 21. Trastornos alimenticios (Semana 4)

5.4 Efectos adversos

Los efectos adversos potencialmente asociados con la acupuntura son desmayos, náusea, irritación local de la piel, hematoma o sangrado, sudoración, mareo, cefalea y diarrea (Chung, Bui, & Millis, 2003).

Solo se llevó registro de aquellos efectos adversos que podían ser directamente asociados con la inserción de agujas filiformes. 16 de los 31 pacientes presentaron efectos adversos. 15 casos fueron hematomas leves de aproximadamente 1.5x1.5 cm y 1 caso de parestesia transitoria del nervio cubital debido a la aplicación del punto Shenmen (C7).

Tablas 5 y 6. Efectos adversos

	Frecuencia
	N=31
Sin efectos adversos (n, %)	15 (48.38)
Con efectos adversos (n, %)	16 (51.61)

Efectos adversos presentados durante el estudio	
	N=16
Hematomas (n, %)	15 (93.75)
Parestesias (n, %)	1 (6.25)

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio piloto abierto indican que los sujetos que recibieron 10 sesiones de acupuntura en un período de 4 semanas mostraron mejoría significativa no sólo en los síntomas depresivos, sino también en su calidad de sueño, sus índices de ansiedad y su relación con los alimentos. Además, clínicamente se registraron cambios positivos a nivel cognitivo y una mejoría en las actitudes disfuncionales de los pacientes.

En este estudio, en comparación con los fármacos convencionales, el porcentaje de casos que presentaron efectos adversos fue alrededor del 50%; sin embargo, estos en su mayoría fueron mínimos, principalmente hematomas pequeños en las zonas locales de inserción de las agujas. En este caso, los efectos adversos no representaron ningún impedimento o molestia para el paciente; pensamos que el alto índice de apego al tratamiento de acupuntura durante el estudio puede deberse, en parte, a este motivo.

Sin embargo, hay otros factores que debemos tomar a consideración.

En primer lugar, establecer un grupo de control o placebo tiene un significado importante para la evaluación del efecto curativo de la acupuntura, lo cual aún enfrenta muchas dificultades en la investigación aleatoria controlada. Debido a que este estudio carece de un grupo control, es difícil establecer con claridad la efectividad de la intervención con acupuntura. Sin embargo, los cambios en la sintomatología depresiva y ansiosa, así como la calidad de sueño fueron consistentes con estudios similares previamente realizados (Zhang et al., 2009) (Yi et al., 2015).

Adicionalmente, se encontraron hallazgos alentadores y beneficiosos como un aumento general de energía durante el día, un caso de disminución del tamaño y la severidad de las placas de psoriasis, disminución de episodios de cefalea/migraña, mejoría de patologías gastrointestinales (estreñimiento, gastritis, colitis), disminución de episodios de pánico. Se presentó un caso específico de fibromialgia que a la primera semana reportó una reducción importante del dolor crónico, según la escala visual análoga del dolor (EVA). También, se presentaron dos casos en los que se observaron cambios positivos con el patrón de menstruación; en el primero, el sujeto presentaba cada mes el síndrome premenstrual (SPM), la regla era irregular y muy abundante, con coágulos, dismenorrea, irritabilidad excesiva. Posterior a la intervención con acupuntura, presentó una regla puntual, de volumen regular, sin dolor y sin alteraciones del estado de ánimo. En el segundo se observó una disminución notable del volumen de sangrado. Los cambios en la menstruación eran esperados ya que uno de los principales órganos relacionados con la

fisiopatología de la depresión es el hígado. Dicho órgano, según la MTC, se encuentra íntimamente relacionado con el almacenamiento y flujo de la sangre. Sospechamos que estos cambios observados se deben al tratamiento dirigido a la eliminación del fuego y del estancamiento del qi del hígado.

Tampoco podemos dejar de lado el efecto placebo. Evidenciar los efectos específicos de la acupuntura ha sido un desafío para los investigadores por varios factores. Existen estudios previos que sugieren que la acupuntura falsa puede ser tan efectiva como la acupuntura verdadera (Moffet, 2009) (Ling et al., 2016). Incluso un estudio sugiere que el efecto de la acupuntura podría deberse a la atención adicional brindada tres veces por semana durante media hora (Röschke et al., 2000). Es bien conocido entre la comunidad médica el hecho de que un paciente puede encontrar alivio sintomático con tan solo sentirse escuchado.

Ya que hasta ahora no se ha demostrado claramente una diferencia entre la acupuntura verdadera y la falsa quizás es necesario evaluar más a fondo las bases teóricas de la MTC, así como su mecanismo de acción por medio de más investigación y la elaboración de un método de acupuntura simulada más efectivo.

Otra limitación importante de este estudio es el uso de la acupuntura estandarizada. La selección de puntos utilizada en este estudio se estableció en base a la revisión de la literatura (Chan et al., 2015); sin embargo, el tratamiento

con acupuntura debería basarse individualmente en la diferenciación del síndrome de cada paciente desde la perspectiva de la MTC.

Por último, debemos considerar el tamaño pequeño de la muestra y que la duración del estudio fue de 4 semanas. En la práctica clínica de acupuntura, cada paciente es único y responde al tratamiento de manera diferente, por lo que la duración y la frecuencia de los tratamientos variarán de un paciente a otro. El pronóstico según el comportamiento de los resultados generales es que si la duración del tratamiento fuera más largo (10-12 semanas) los sujetos podrían haber entrado en una etapa de remisión.

CONCLUSIÓN

En resumen, después de 10 sesiones de acupuntura durante 4 semanas, la terapia se mostró como una opción coadyuvante viable, segura, de bajo costo, mínimamente invasiva que incluso podría ayudar a reducir los efectos secundarios de los antidepresivos. Clínica y estadísticamente se encontró una diferencia en la sintomatología depresiva, los índices de ansiedad y calidad de sueño, una mejoría en las actitudes disfuncionales y estilos cognitivos de los participantes.

Existen diversas teorías sobre el mecanismo de acción de la acupuntura, sin embargo, hasta la fecha se siguen buscando métodos efectivos para poder evaluarla objetivamente. En Austria, se realizaron una serie de estudios involucrando la ingeniería biomédica para determinar y evidenciar los mecanismos y efectos de la acupuntura. Uno de ellos propone la termografía infrarroja en tiempo real, otro buscó evaluar los cambios periféricos en la microcirculación secundarios a la acupuntura utilizando la flujometría por medio de láser Doppler y otros artículos más proponen el ultrasonido transcraneal multidireccional y la resonancia magnética nuclear funcional como métodos de imagen viables para observar la estimulación a nivel cerebral y los efectos neuro moduladores de la acupuntura (Litscher, 2006). Sin duda se necesita más investigación en el área, y los esfuerzos realizados por el investigador Litscher nos muestran que es posible medir objetivamente la acupuntura, con las

herramientas, la tecnología y el conocimiento necesarios. Recomendamos seguir el modelo de esta serie de investigaciones, especialmente con la resonancia magnética nuclear funcional y el ultrasonido transcraneal, para obtener estudios más completos en la población que padece depresión y en general.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, A. (2013). *DSM-V*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- Amorim, D., Amado, J., Brito, I., Fiuza, S. M., Amorim, N., Costeira, C., & Machado, J. (2018). Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: A systematic review of the clinical research. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *31*, 31–37.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.01.008>
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. New York: Guilford Press, Second Edition: Basics and Beyond*. <https://doi.org/10.1097/brs.0b013e318275e601>
- Beevers, C. G., Strong, D. R., Meyer, B., Pilkonis, P. A., & Miller, I. W. (2007). Efficiently Assessing Negative Cognition in Depression: An Item Response Theory Analysis of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Assessment*, *19*(2), 199–209.
- Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Hwang, I., & Kessler, R. C. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, *124*(1–2), 98–107.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.022>
- Brydon, L., Edwards, S., Jia, H., Mohamed-Ali, V., Zachary, I., Martin, J. F., & Steptoe, A. (2005). Psychological stress activates interleukin-1 β gene expression in human mononuclear cells. *Brain, Behavior, and Immunity*, *19*(6), 540–546. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2004.12.003>
- Chan, Y. Y., Lo, W. Y., Yang, S. N., Chen, Y. H., & Lin, J. G. (2015). The benefit of combined acupuncture and antidepressant medication for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *176*(91), 106–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.048>
- Chung, A., Bui, L., & Millis, E. (2003). Adverse effects of acupuncture. *Canadian Family Physician*, *49*(2), 985–989.
- Cia, L. U., & Lise, C. E. (2011). *Chinese Medicine Outside of China*. 43–50.
- Deadman, P., & Al-Khafaji, M. (2009). *A Manual of Acupuncture*.
[https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)65853-1](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)65853-1)
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada- Villa J, et al. (2004). *for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization*. *291*(21), 2581–2590.
- Derubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2008). Outcomes and Neural Mechanisms.

- October, 9(10), 788–796. <https://doi.org/10.1038/nrn2345>. Cognitive
- Dobson, K. S. (2008). Cognitive Therapy For Depression. *Adapting Cognitive Therapy for Depression: Managing Complexity and Comorbidity*, 3–35.
- Dong, B., Chen, Z., Yin, X., Li, D., Ma, J., Yin, P., ... Xu, S. (2017). The Efficacy of Acupuncture for Treating Depression-Related Insomnia Compared with a Control Group: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/9614810>
- Fernandes de Abreu, D. A., Eyles, D., & Féron, F. (2009). Vitamin D, a neuro-immunomodulator: Implications for neurodegenerative and autoimmune diseases. *Psychoneuroendocrinology*, 34(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.05.023>
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L., Gracia, C. R., Nelson, D. B., & Hollander, L. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of General Psychiatry*, 61, 62–70.
- Ghiadoni, L., Donald, A. E., Cropley, M., Mullen, M. J., Oakley, G., Taylor, M., ... Deanfield, J. E. (2000). Mental stress induces transient endothelial dysfunction in humans. *Circulation*, 102(20), 2473–2478. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.102.20.2473>
- Hirschfeld, R. M. A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244–254.
- Hollon, S. D., Markowitz, J. C., & Thase, M. E. (2002). Treatment and Prevention of Depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39–77. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.00008>
- Jiang, M., Lu, C., Zhang, C., Yang, J., Tan, Y., Lu, A., & Chan, K. (2012). Syndrome differentiation in modern research of traditional Chinese medicine. *Journal of Ethnopharmacology*, 140(3), 634–642. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2012.01.033>
- John Rush, A., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., ... Maurizio Fava, M. (2006). STAR-D (2006; AjPsych) Tiered approach for depression. *Am J Psychiatry*, 16311(November), 1905–1917. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org.proxy.hsl.ucdenver.edu/doi/pdf/10.1176/ajp.2006.163.11.1905>
- Keller, Jennifer; Gomez, Rowena; Williams, Gordon; Lembke, Anna; Lazzeroni, Laura; Murphy Jr, Greer; Schatzberg, A. (2017). HPA Axis in Major Depression: Cortisol, Clinical Symptomatology, and Genetic Variation Predict Cognition. *Molecular Psychiatry*, 527–536. <https://doi.org/10.1111/j.1467-968X.1860.tb00387.x>

- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... Ustün, T. B. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Ling, F., Wenbin, F., Zhao, C., Nenggui, X., Jianhua, L., Aiping, L., ... Aihua, O. (2016). Curative effect of acupuncture on quality of life in patient with depression: a clinical randomized single-blind placebo-controlled study. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 36(2), 151–159.
[https://doi.org/10.1016/S0254-6272\(16\)30021-8](https://doi.org/10.1016/S0254-6272(16)30021-8)
- Litscher, G. (2006). Bioengineering assessment of acupuncture, part 1: thermography. *Critical Reviews in Biomedical Engineering*.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Clouse, R. E., & Cryer, P. E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus relationship to symptoms and glucose control. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 174, pp. 736–742.
<https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00005>
- Medina-Mora, M. Elena, Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ... Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773–1783. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005672>
- Medina-Mora, Maria Elena, Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(JUNE), 521–528.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841>
- Miller, A. H., Maletic, V., & Raison, C. L. (2009). Inflammation and Its Discontents: The Role of Cytokines in the Pathophysiology of Major Depression. *Biological Psychiatry*, 65(9), 732–741.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.11.029>
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., ... Kessler, R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368–375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
- Ormel, J., Von Korff, M., Burger, H., Scott, K., Demyttenaere, K., Huang, Y., ... Kessler, R. (2007). Mental disorders among persons with heart disease - Results from the World Mental Health Surveys. *General Hospital Psychiatry*, 29(4), 325–334. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.03.009>
- Rudisch, B., & Nemeroff, C. B. (2003). Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biological Psychiatry*, 54(3), 227–240.
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00587-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00587-0)

- Shea, M. T. (1992). Course of Depressive Symptoms Over Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 782.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100026006>
- Simiao, S. (1959). *Bei Ji Qian Jin Yao Fang (Thousand Ducat Formulas)*.
- Simon, G. M. D., Ormel, J. P. D., Vonkorff, M. S. D., & Barlow, W. P. D. (1995). *Health Care Costs Associated with Depressive and Anxiety Disorders in Primary Care*.
- Soares, C. N. (2010). Can depression be a menopause-associated risk? *BMC Medicine*, 8(1), 79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-79>
- Télliez-Zenteno, J. F., & Cardiel, M. H. (2002). Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Medical Research*, 33(1), 53–60. [https://doi.org/10.1016/S0188-4409\(01\)00349-6](https://doi.org/10.1016/S0188-4409(01)00349-6)
- Verduijn, J., Milaneschi, Y., Schoevers, R. A., Van Hemert, A. M., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2015). Pathophysiology of major depressive disorder: Mechanisms involved in etiology are not associated with clinical progression. *Translational Psychiatry*, 5(9), e649-9.
<https://doi.org/10.1038/tp.2015.137>
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., Gallo, J. J., & Wagner Director, F. A. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 3535(1), 3–11.
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5846>
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*, 1–24.
<https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>
- Yi, L., Hui, F., Yali, M., Jingfang, G., Hongjing, M., Mingfen, S., ... Wenjuan, L. (2015). Effect of soothing-liver and nourishing-heart acupuncture on early selective serotonin reuptake inhibitor treatment onset for depressive disorder and related indicators of neuroimmunology: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 35(5), 507–513. [https://doi.org/10.1016/S0254-6272\(15\)30132-1](https://doi.org/10.1016/S0254-6272(15)30132-1)
- Zhang, W.-J., Yang, X.-B., & Zhong, B.-L. (2009). Combination of Acupuncture and Fluoxetine for Depression: A Randomized, Double-Blind, Sham-Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(8), 837–844. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0607>
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Ph, D., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How Should Remission From Depression Be Defined? The Depressed Patient's Perspective. *American Journal of Psychiatry*, (January), 148–150. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=gF_P9kVEtwl

APÉNDICES

APÉNDICE A
ESTADÍSTICA

MADRS Comparaciones por pares

Semana	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b	
				Límite inferior	Límite superior
1 2	9.167 [*]	1.688	.000	4.388	13.946
1 3	11.300 [*]	1.978	.000	5.699	16.901
1 4	16.000 [*]	1.589	.000	11.501	20.499
2 1	-9.167 [*]	1.688	.000	-13.946	-4.388
2 3	2.133	1.020	.272	-.755	5.022
2 4	6.833 [*]	.967	.000	4.094	9.573
3 1	-11.300 [*]	1.978	.000	-16.901	-5.699
3 2	-2.133	1.020	.272	-5.022	.755
3 4	4.700 [*]	.949	.000	2.012	7.388
4 1	-16.000 [*]	1.589	.000	-20.499	-11.501
4 2	-6.833 [*]	.967	.000	-9.573	-4.094
4 3	-4.700 [*]	.949	.000	-7.388	-2.012

Basadas en las medias marginales estimadas.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

PHQ-9 Comparaciones por pares

(I)factor1	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b	
				Límite inferior	Límite superior
1 2	8.100	1.067	.000	5.078	11.122
1 3	9.233 [*]	1.195	.000	5.851	12.616
1 4	10.367 [*]	1.060	.000	7.366	13.367
2 1	-8.100 [*]	1.067	.000	-11.122	-5.078
2 3	1.133	.719	.754	-.902	3.169
2 4	2.267 [*]	.750	.031	.142	4.391
3 1	-9.233 [*]	1.195	.000	-12.616	-5.851
3 2	-1.133	.719	.754	-3.169	.902
3 4	1.133	.459	.118	-.167	2.434
4 1	-10.367 [*]	1.060	.000	-13.367	-7.366
4 2	-2.267 [*]	.750	.031	-4.391	-.142
4 3	-1.133	.459	.118	-2.434	.167

Basadas en las medias marginales estimadas.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

GAD- 7 Comparaciones por pares

(I)factor1	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b		
				Límite inferior	Límite superior	
1	2	5.172 [*]	.822	.000	2.840	7.505
	3	7.034 [*]	.898	.000	4.485	9.584
	4	7.103 [*]	.781	.000	4.888	9.319
2	1	-5.172 [*]	.822	.000	-7.505	-2.840
	3	1.862 [*]	.639	.042	.048	3.676
	4	1.931 [*]	.572	.013	.307	3.555
3	1	-7.034 [*]	.898	.000	-9.584	-4.485
	2	-1.862 [*]	.639	.042	-3.676	-.048
	4	.069	.400	1.000	-1.066	1.204
4	1	-7.103 [*]	.781	.000	-9.319	-4.888
	2	-1.931 [*]	.572	.013	-3.555	-.307
	3	-.069	.400	1.000	-1.204	1.066

Basadas en las medias marginales estimadas.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

PSQI - Comparaciones por pares

(I)factor1	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b		
				Límite inferior	Límite superior	
1	2	1.931 [*]	.579	.014	.288	3.574
	3	4.724 [*]	.664	.000	2.840	6.609
	4	5.793 [*]	.781	.000	3.577	8.009
2	1	-1.931 [*]	.579	.014	-3.574	-.288
	3	2.793 [*]	.634	.001	.992	4.594
	4	3.862 [*]	.809	.000	1.565	6.159
3	1	-4.724 [*]	.664	.000	-6.609	-2.840
	2	-2.793 [*]	.634	.001	-4.594	-.992
	4	1.069	.471	.186	-.267	2.405
4	1	-5.793 [*]	.781	.000	-8.009	-3.577
	2	-3.862 [*]	.809	.000	-6.159	-1.565
	3	-1.069	.471	.186	-2.405	.267

Basadas en las medias marginales estimadas.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

DAS-SF1 Comparaciones por pares

(I)factor1	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b	
				Límite inferior	Límite superior
1 2	1.367	.751	.475	-.760	3.494
3	2.400 [*]	.697	.011	.425	4.375
4	2.700 [*]	.769	.009	.523	4.877
2 1	-1.367	.751	.475	-3.494	.760
3	1.033	.570	.482	-.582	2.648
4	1.333	.660	.316	-.535	3.201
3 1	-2.400 [*]	.697	.011	-4.375	-.425
2	-1.033	.570	.482	-2.648	.582
4	.300	.503	1.000	-1.125	1.725
4 1	-2.700 [*]	.769	.009	-4.877	-.523
2	-1.333	.660	.316	-3.201	.535
3	-.300	.503	1.000	-1.725	1.125

Basadas en las medias marginales estimadas.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

DAS-SF2 Comparaciones por pares

(I)factor1	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b	
				Límite inferior	Límite superior
1 2	1.267	.755	.625	-.871	3.404
3	2.500	.892	.053	-.024	5.024
4	3.000 [*]	.791	.004	.761	5.239
2 1	-1.267	.755	.625	-3.404	.871
3	1.233	.498	.115	-.175	2.642
4	1.733	.614	.051	-.005	3.472
3 1	-2.500	.892	.053	-5.024	.024
2	-1.233	.498	.115	-2.642	.175
4	.500	.660	1.000	-1.370	2.370
4 1	-3.000 [*]	.791	.004	-5.239	-.761
2	-1.733	.614	.051	-3.472	.005
3	-.500	.660	1.000	-2.370	1.370

Basadas en las medias marginales estimadas.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

CSQ-SF Comparaciones por pares

(I)factor1	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig. ^b	Intervalo de confianza al 95 % para la diferencia ^b		
				Límite inferior	Límite superior	
1	2	10.433*	3.353	.025	.938	19.929
	3	23.533*	3.516	.000	13.577	33.490
	4	26.133*	4.088	.000	14.559	37.708
2	1	-10.433*	3.353	.025	-19.929	-.938
	3	13.100*	2.872	.001	4.969	21.231
	4	15.700*	3.986	.003	4.414	26.986
3	1	-23.533*	3.516	.000	-33.490	-13.577
	2	-13.100*	2.872	.001	-21.231	-4.969
	4	2.600	2.805	1.000	-5.344	10.544
4	1	-26.133*	4.088	.000	-37.708	-14.559
	2	-15.700*	3.986	.003	-26.986	-4.414
	3	-2.600	2.805	1.000	-10.544	5.344

Basadas en las medias marginales estimadas.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

APÉNDICE B
ESCALAS Y CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

7.4.4. Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

EDDS

Por favor completa atentamente las siguientes preguntas:

Sobre los últimos 3 meses.....	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Extremadamente			
1. Te has sentido gordo(a)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Alguna vez has sentido miedo de subir de peso o de ser gordo(a)?	0	1	2	3	4	5	6
3. Ha influenciado tu peso en la manera de pensar sobre ti mismo(a) como persona?	0	1	2	3	4	5	6
4. Ha influenciado tu imagen en la manera de pensar sobre ti mismo(a) como persona?	0	1	2	3	4	5	6

5. Durante los últimos 6 meses, ¿han habido momentos en los cuales sientes que lo que has comido podría ser considerado por otras personas como una cantidad inusualmente grande de comida (ejemplo: ½ litro de helado)?

SI NO

6. Durante los momentos en los cuales has consumido una cantidad inusualmente grande de comida, ¿has sentido que pierdes el control (sentir que no puedes parar de comer o controlar qué o cuánto estás comiendo)?

SI NO

7. ¿Cuántos DÍAS por semana, en promedio de los últimos 6 MESES, has comido una cantidad inusualmente grande de comida y has sentido que pierdes el control?

0 1 2 3 4 5 6 7

8. ¿Cuántas VECES por semana, en promedio de los últimos 3 MESES, has comido una cantidad inusualmente grande de comida y has experimentado pérdida de control?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Durante estos episodios de sobrealimentación y pérdida de control, ¿has		
9. Comido mucho más rápido de lo normal?	SI	NO
10. Comido hasta que te sientes inconfortablemente satisfecho(a)?	SI	NO
11. Consumido grandes cantidades de comida aún cuando no te sentías físicamente con hambre?	SI	NO
12. Comido solo(a), ya que te sientes avergonzado(a) por la cantidad que estás comiendo?	SI	NO
13. Sentido disgustado contigo mismo, deprimido, o muy culpable después de sobrealimentarte?	SI	NO
14. Sentido muy molesto por tu sobrealimentación incontrolable o por tu aumento de peso?	SI	NO

NO REPRODUCIR NI RE-ENVIAR A TERCEROS.

Versión validada por Silva y colaboradores. Información adicional escribir a Dr. Jaime Silva e-mail: jaimesilva@ufro.cl

EDDS

15. ¿Cuántas veces por semana, en promedio de los últimos 3 meses, te has provocado vómitos para prevenir el aumento de peso o para contrarrestar los efectos de haber comido?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
16. ¿Cuántas veces por semana, en promedio de los últimos 3 meses, has usado laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso o contrarrestar los efectos de haber comido?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
17. ¿Cuántas veces por semana, en promedio de los últimos 3 meses, has ayunado (saltándote al menos 2 comidas seguidas) para prevenir el aumento de peso o contrarrestar los efectos de haber comido?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
18. ¿Cuántas veces por semana, en promedio de los últimos 3 meses, te has sometido a ejercicios excesivos específicamente para contrarrestar los efectos de los episodios de sobrealimentación?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
19. ¿Cuánto pesas? (Si no estas seguro indica un aproximado)	___ Kg.
20. ¿Qué estatura tienes?	___ Mt ___ cm
21. Durante los últimos 3 meses ¿cuántos periodos menstruales te has perdido?	1 2 3 4 n/a.
22. ¿Has tomado píldoras anticonceptivas durante los últimos 3 meses?	SI NO

NO REPRODUCIR NI RE-ENVIAR A TERCEROS.

Versión validada por Silva y colaboradores. Información adicional escribir a Dr. Jaime Silva e-mail: jaimesilva@ufro.cl

Apéndice

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?
(Apunte el tiempo en minutos) _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana? _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?
(el tiempo puede ser diferente al que permanece en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido) _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajusta a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
 - a) *No poder conciliar el sueño en la primera media hora:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - d) *No poder respirar bien:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - e) *Toser o roncarse ruidosamente:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - f) *Sentir frío:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - g) *Sentir demasiado calor:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - i) *Sufrir dolores:*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 - j) *Otras razones (por favor describalas e continuación):*
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
 - Bastante buena
 - Buena
 - Mala
 - Bastante mala
 7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
 9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
 - Ningún problema
 - Un problema muy ligero
 - Algo de problema
 - Un gran problema

Questionario de Estilo Cognitivo -- Forma Corta (CSQ-SF)

Por favor, cite este instrumento como:

Meins, E., McCarthy-Jones, S., Ferryhough, C., Lewis, G., Bentall, R. P., y Alloy, L. B. (2012). Assessing negative cognitive style: Development and validation of a short-form version of the Cognitive Style Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 52, 581-585.

Instrucciones de Puntuación

Las puntuaciones más altas en el CSQ-SF indican un estilo cognitivo más negativo. Para todos los elementos con puntuación estándar, las puntuaciones son las siguientes:

Totalmente de acuerdo = 5
De Acuerdo = 4
Indeciso = 3
En desacuerdo = 2
Totalmente en desacuerdo = 1

Los elementos de puntuación inversa en el CSQ-SF se indican con un asterisco (*), y reciben una puntuación de 5 para "totalmente en desacuerdo", 4 para "en desacuerdo", y así sucesivamente. Posibles puntuaciones del CSQ-SF oscilan entre 72 y 360.

Subescala Interferencia
Las puntuaciones para los artículos 1 y 6 se pueden sumar para dar una puntuación global para la interferencia. Posibles puntuaciones están comprendidas entre 16 y 80.

Subescala Globalidad
Las puntuaciones de los elementos 2 y 7 se pueden sumar para dar la puntuación general de la globalidad. Posibles puntuaciones están comprendidas entre 16 y 80.

Subescala de Estabilidad
Las puntuaciones de los artículos 3 y 8 se pueden sumar para dar la puntuación global para la estabilidad. Posibles puntuaciones están comprendidas entre 16 y 80.

Subescala de Consecuencias Negativas
Los puntajes para el punto 4 se pueden sumar para dar la puntuación global de consecuencias negativas. Posibles puntuaciones están comprendidas entre 8 y 40.

Subescala de Implicaciones de Autoestima
Las puntuaciones de los elementos 5 y 9 se pueden sumar para dar la puntuación global de las implicaciones de autoestima. Posibles puntuaciones están comprendidas entre 16 y 80.

Por favor, intente imaginarse vívidamente en cada una de las situaciones siguientes. Imagine cada situación tan claramente como pueda, como si los eventos le estuvieran sucediendo ahora. Imagínese en cada situación y decida qué es lo que siente y qué pudo haber causado esa situación si realmente **le hubiera** pasado. Aunque los eventos pueden tener muchas causas, queremos que elija sólo una - lo que siente que podría ser la causa principal de la situación si realmente le hubiera pasado a usted.

Es importante recordar que **no hay respuestas correctas o incorrectas a las aseveraciones**. Lo importante es responder las preguntas de una manera que corresponde a lo que usted pensaría y sentiría si las situaciones ocurrieran en su vida.

1. Imagine que se está llevando mal con su padre, madre o tutor

Pléase con cuidado acerca de la razón por la que se lleva mal con su padre, madre o tutor, y luego responda a las siguientes aseveraciones

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. El que me lleve mal con mi padre, madre o tutor es causado por otras personas o circunstancias*	<input type="checkbox"/>				
2. La razón por la que me llevo mal con mi padre, madre o tutor causa problemas en todas las áreas de mi vida	<input type="checkbox"/>				
3. Mi padre, madre o tutor y yo, vamos a empezar de cero en el futuro y a olvidarnos de la razón por la que nos llevamos mal*	<input type="checkbox"/>				
4. Llevarme mal con mi padre, madre o tutor dará lugar a otras cosas negativas que me pudieran suceder en el futuro	<input type="checkbox"/>				
5. Llevarme mal con mi padre, madre o tutor significa que hay algo mal en mí como persona	<input type="checkbox"/>				
6. Es culpa mía el me estoy llevando mal con mi padre, madre o tutor	<input type="checkbox"/>				
7. La razón por la que me llevo mal con mi padre, madre o tutor no me impide disfrutar de otras cosas*	<input type="checkbox"/>				
8. La razón de que me llevo mal con mi padre, madre o tutor me impedirá llevarme bien con ellos en el futuro	<input type="checkbox"/>				
9. El llevarme mal con mi padre, madre o tutor no dice nada acerca de mí como persona*	<input type="checkbox"/>				

2. Imagine que sus compañeros y compañeras de clase reaccionan negativamente a una exposición importante que tiene que dar como parte de un curso

Piense con cuidado acerca de la razón por la que sus compañeros y compañeras de clase reaccionan negativamente a su exposición, luego responda a las siguientes aseveraciones

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Indeciso</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Completamente en desacuerdo</i>
1. No es mi culpa que la gente haya reaccionado negativamente*	<input type="checkbox"/>				
2. La razón por la que gente reaccionó negativamente a mi exposición causará fracasos en todas las áreas de mi vida	<input type="checkbox"/>				
3. La razón por la cual la gente reaccionó negativamente ante esta exposición significa que los demás reaccionarán negativamente a las exposiciones que dé en el futuro	<input type="checkbox"/>				
4. Las reacciones negativas de la gente a mi exposición no causarán otras cosas negativas*	<input type="checkbox"/>				
5. El hecho de que la gente reaccionó negativamente ante esta exposición no dice nada acerca de mí como persona*	<input type="checkbox"/>				
6. La razón de la reacción negativa no fue causada por otras personas o circunstancias	<input type="checkbox"/>				
7. La razón que hizo que la gente reaccionara negativamente aplica sólo a esta exposición*	<input type="checkbox"/>				
8. Las exposiciones que dará en el futuro no se verán afectadas por la misma causa por la cual la gente reaccionó mal a esta exposición*	<input type="checkbox"/>				
9. El hecho de que la gente reaccionó negativamente ante esta exposición dice mucho de mí como persona	<input type="checkbox"/>				

3. Imagine que durante el primer año de trabajo de la carrera de su elección, recibe una evaluación negativa de su desempeño en el trabajo

Piense con cuidado acerca de la razón por la cual recibió una evaluación negativa y conteste las siguientes aseveraciones

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Indeciso</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Completamente en desacuerdo</i>
1. Otras personas o circunstancias no causaron que recibiera una evaluación negativa	<input type="checkbox"/>				
2. La razón por la que recibí una evaluación negativa en el trabajo aplica sólo a esta opinión sobre mi desempeño laboral durante el primer año*	<input type="checkbox"/>				
3. Mis evaluaciones laborales en el futuro se verán afectadas por la misma razón que causó esta evaluación negativa	<input type="checkbox"/>				
4. Esta evaluación negativa dará lugar a otras cosas negativas que me pudieran suceder	<input type="checkbox"/>				
5. Esta evaluación negativa significa que hay algo mal en mí como persona	<input type="checkbox"/>				
6. Es mi culpa que me dieron esta evaluación negativa	<input type="checkbox"/>				
7. La razón por la que recibí esta evaluación negativa no causará fracasos en todas las áreas de mi vida*	<input type="checkbox"/>				
8. La razón de esta evaluación negativa no tendrá un impacto en mis futuras evaluaciones laborales*	<input type="checkbox"/>				
9. El hecho de que me dieron una evaluación negativa no dice nada acerca de mí como persona*	<input type="checkbox"/>				

4. Imagínese que va a una fiesta y la gente no está interesada en usted

Piense con cuidado acerca de la razón por la que la gente no está interesada en usted, luego responda a las siguientes aseveraciones

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Indeciso</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Completamente en desacuerdo</i>
1. No es mi culpa que la gente no esté interesada en mí*	<input type="checkbox"/>				
2. La razón por la que la gente no está interesada en mí sólo se aplica a esta fiesta*	<input type="checkbox"/>				
3. Si voy a una fiesta como ésta en el futuro, las cosas van a ser diferentes y la gente va a estar interesada en mí*	<input type="checkbox"/>				
4. La falta de interés de las personas hacia mí en esta fiesta no dará lugar a otras cosas negativas que me pudieran suceder*	<input type="checkbox"/>				
5. La falta de interés de las personas hacia mí en esta fiesta no significa que hay algo mal en mí como persona*	<input type="checkbox"/>				
6. La falta de interés de las personas hacia mí en esta fiesta no fue causada por otras personas o eventos en la fiesta	<input type="checkbox"/>				
7. La razón por la que la gente en esta fiesta no está interesada en mí causará problemas en todas las áreas de mi vida	<input type="checkbox"/>				
8. La razón por la que la gente en esta fiesta no está interesada en mí causará que en futuras fiestas la gente no está interesada en mí	<input type="checkbox"/>				
9. La falta de interés de las personas hacia mí en esta fiesta dice mucho de mí como persona	<input type="checkbox"/>				

5. Imagine que usted realmente quiere estar en una relación romántica e íntima, pero no lo está.

Piense con cuidado acerca de la razón para no estar en una relación, luego responda a las siguientes aseveraciones

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Indeciso</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Completamente en desacuerdo</i>
1. Otras personas o circunstancias han causado no esté en una relación íntima y romántica*	<input type="checkbox"/>				
2. La razón que me hace no estar en una relación aplica sólo a relaciones íntimas y románticas*	<input type="checkbox"/>				
3. La razón que me hace no estar en una relación no tendrá ningún impacto en mis relaciones futuras*	<input type="checkbox"/>				
4. No estar en una relación íntima y romántica dará lugar a otras cosas negativas que me pudieran suceder	<input type="checkbox"/>				
5. No estar en una relación íntima y romántica significa que hay algo mal en mí como persona	<input type="checkbox"/>				
6. Es mi culpa el no estoy en una relación íntima y romántica	<input type="checkbox"/>				
7. La razón que me hace no estar en una relación causará problemas en todas las áreas de mi vida	<input type="checkbox"/>				
8. La razón que me hace no estar en una relación significa que no tendré una relación íntima y romántica en el futuro	<input type="checkbox"/>				
9. No estar en una relación íntima y romántica no dice nada acerca de mí como persona*	<input type="checkbox"/>				

6. Imagine que en una clase importante no puede terminar todo el trabajo que su profesor o profesora espera de usted.

Piense con cuidado acerca de la razón por la cual no termina el trabajo, luego responda a las siguientes aseveraciones

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. No es mi culpa que no pude terminar el trabajo*	<input type="checkbox"/>				
2. La razón por la cual no terminé el trabajo hará que tenga problemas en todas las áreas de mi vida	<input type="checkbox"/>				
3. La razón por la que no pude terminar el trabajo causará fracasos similares en terminar trabajos en el futuro	<input type="checkbox"/>				
4. El no poder terminar el trabajo no dará lugar a otras cosas negativas que me pudieran suceder*	<input type="checkbox"/>				
5. El no poder terminar este trabajo dice mucho de mí como persona	<input type="checkbox"/>				
6. Otras personas o acontecimientos me hicieron no terminar el trabajo*	<input type="checkbox"/>				
7. La razón por la cual no terminé el trabajo sólo aplica a esta clase*	<input type="checkbox"/>				
8. La razón por la que no pude terminar este trabajo causará que no pueda terminar otros trabajos en clases	<input type="checkbox"/>				
9. No terminar este trabajo no dice nada acerca de mí como persona*	<input type="checkbox"/>				

7. Imagine a una persona con la que realmente le gustaría desarrollar una amistad cercana pero ésta no quiere ser su amigo o amiga.

Piense con cuidado acerca de la razón que tiene la persona para no querer ser su amigo o amiga, luego responda las siguientes aseveraciones

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. Otras personas o circunstancias han hecho que esta persona no quiera mi amistad*	<input type="checkbox"/>				
2. La razón que hace que esta persona no quiera ser mi amigo sólo se aplica a esta amistad*	<input type="checkbox"/>				
3. La razón que hace que esta persona no quiera ser mi amigo siempre evitará que esta persona se pueda convertir en mi amigo	<input type="checkbox"/>				
4. El que esta persona no quiera ser mi amigo va a llevar a otras cosas negativas que me pudieran suceder	<input type="checkbox"/>				
5. El que esta persona no quiera ser mi amigo significa que hay algo mal en mí como persona	<input type="checkbox"/>				
6. Es mi culpa que esta persona no quiere ser mi amigo	<input type="checkbox"/>				
7. La razón que hace que esta persona no quiera ser mi amigo lleva a problemas en todas las áreas de mi vida	<input type="checkbox"/>				
8. Esta persona podría sentirse diferente acerca de la razón por la que no quiera mi amistad y podría convertirse en mi amigo o amiga en el futuro*	<input type="checkbox"/>				
9. El que esta persona no quiera ser mi amigo no dice nada acerca de mí como persona*	<input type="checkbox"/>				

8. Imagine que usted no es feliz.

Piense con cuidado acerca de la razón de no ser feliz, luego, responda las siguientes aseveraciones

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Indeciso</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Completamente en desacuerdo</i>
1. El que no sea feliz es causado por otras personas o circunstancias*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El motivo de mi infelicidad afecta sólo a mi estado de ánimo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El motivo de mi infelicidad siempre hará que yo no sea feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El que yo no sea feliz no dará lugar a otras cosas negativas que me pudieran suceder*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El que yo no sea feliz, no significa que hay algo mal en mí como persona*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es mi culpa si no soy feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La razón por la que no soy feliz causa problemas en todas las áreas de mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La razón por la que no soy feliz va a desaparecer y nunca causará que sea infeliz en el futuro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El que no sea feliz dice mucho de mí como persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DAS-SF1

Las oraciones a continuación describen las actitudes de la gente. Encierre el número que mejor describe como cada oración describe su actitud. Su respuesta debe describir la manera en que piensa la mayor parte del tiempo.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Si no pongo altas estándares a mi persona, probablemente acabe siendo una persona de segunda.	1	2	3	4
2.	Mi valor como persona depende mucho de lo que otros piensan de mí.	1	2	3	4
3.	La gente probablemente piense que valgo menos si cometo un error.	1	2	3	4
4.	No soy nadie si una persona que amo no me ama.	1	2	3	4
5.	Si otras personas saben como realmente eres, pensarán que vales menos.	1	2	3	4
6.	Si fracaso en mi trabajo, soy un fracaso como persona.	1	2	3	4
7.	Mi felicidad depende más de otras personas que de mí.	1	2	3	4
8.	No puedo ser feliz a menos que personas que conozco me admiran.	1	2	3	4
9.	Es mejor dejar a un lado tus propios intereses para poder complacer otras personas.	1	2	3	4

DAS-SF2

Las oraciones a continuación describen las actitudes de la gente. Encierre el número que mejor describe como cada oración describe su actitud. Su respuesta debe describir la manera en que piensa la mayor parte del tiempo.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Si soy una persona que vale, debo ser realmente sobresaliente en cuando menos un aspecto importante.	1	2	3	4
2.	Si no tienes otras personas en que apoyarse, es seguro que estarás triste.	1	2	3	4
3.	No necesito la aprobación de otras personas para ser feliz.	1	2	3	4
4.	Si no puedes hacer algo bien, no hay mucha razón para hacerlo.	1	2	3	4
5.	Si no hago bien todo el tiempo, la gente no me respetará.	1	2	3	4
6.	Si otros les disgustas, no puedes ser feliz.	1	2	3	4
7.	La gente que tiene buenas ideas vale más que aquellos que no los tienen.	1	2	3	4
8.	Si no hago las cosas bien como otros, significa que soy un ser humano inferior.	1	2	3	4
9.	Si fracaso parcialmente, es tan malo como si fracasara por completo.	1	2	3	4

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Susana de los Santos Valdez

Candidata para el Grado de

Maestría en Medicina Tradicional China con Orientación en Acupuntura y Moxibustión

Tesis: ACUPUNTURA COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA PARA SÍNTOMAS RESIDUALES DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: UN ESTUDIO PILOTO

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León, México el 18 de octubre de 1992, hija de Jorge Alberto de los Santos Martínez y Elida Valdez Quiñones.

Educación: Bachillerato cursado en el Centro de Investigación y Desarrollo de Educación Bilingüe (CIDEB, UANL). Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en el 2015.

Experiencia Profesional: Médico general en la Secretaría de Salud de Nuevo León (2015-2016), Farmacias Similares (2015-2016), Farmacias Benavides (2017-2018), Medicina privada (2016 – Actual). Maestra de yoga RYT500, E-RYT200 certificada por Yoga Alliance, docente del curso: '50 horas de anatomía del yoga' (2017-2019).