



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA

SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ESPECIALIDAD EN ACUPUNTURA HUMANA

TESIS

**EFECTO DE LA ACUPUNTURA EN LOS PUNTOS YINTANG
(EXTRA), BAIHUI (DM20) Y SANYINJIAO (B6) EN EL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EVALUADO CON LA
ESCALA DE BECK**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN ACUPUNTURA
HUMANA PRESENTA

ROSA OSIRIS CALDERÓN VALDES

DIRECTORES

Dra. MÓNICA LUZ GÓMEZ ESQUIVEL

Dr. ROBERTO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

MÉXICO D.F. JUNIO DEL 2012.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme dado las herramientas necesarias para subir un escalón más y por acompañarme siempre. Confirmándome una y otra vez con experiencias de todo tipo, que él está ahí.

A mi papa. Sr. Dimas, por estar conmigo en todo momento, inculcarme honestidad, apoyarme durante todos mis años de estudios y por enseñarme con firmeza y cariño la diferencia entre ser servil y servicial.

A mi mama. Sra. Rosa, por ser mi mejor amiga, enseñarme a nunca desistir cuando hay una razón, por haberme brindado siempre su cariño, y por demostrarme que con una sonrisa sincera y siendo humilde se pueden abrir muchas puertas.

A mis hermanos Osyel y Azayel, por su apoyo en las buenas y en las malas, por haberme guiado desde pequeña y por hacerme reír más que nadie.

A mis tías Soledad y Lourdes por haberme cuidado desde niña y seguir cerca de mí incondicionalmente, con cariños y regaños muy a su modo.

A Saúl G, por haber sido una excelente pareja y amigo incondicional.

A mis Directores de Tesis Dra. Mónica Luz Gómez y Dr. Roberto González, que a pesar de sus múltiples ocupaciones me brindaron su tiempo durante el proceso de la especialidad, por su paciencia y participación en esta tesis.

A todos mis compañeros y maestros por haberme brindado su atención, confianza y por haber hecho muy agradable mi estancia en esta escuela en especial a Belith y Yessica, por ofrecerme su amistad, haberme escuchado y por sus consejos.

Al Instituto Politécnico Nacional, por haberme recibido una vez más en sus aulas y permitirme realizar la especialidad.

A todos ustedes Gracias.

INDICE

TEMA	Página
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
I. GLOSARIO	11
II. MARCO TEORICO OCCIDENTAL	13
III. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	13
IV. EPIDEMIOLOGIA	15
V. ETIOLOGIA	19
Genéticas.	
Bioquímicas.	
Neuroendócrinas.	
Secundarios.	
VI. CLASIFICACIÓN	21
Trastorno Depresión mayor.	22
Distimia.	22
Trastornos de adaptación.	23
Trastornos bipolares.	23
VII. LABORATORIO Y GABINETE	24
VIII. FACTORES DE RIESGO	24
IX. DIAGNÓSTICO	25
Criterios diagnósticos.	25
Test de Beck para depresión.	25
X. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	29
XI. COMPLICACIONES	31
XII. TRATAMIENTO	31
XIII. PRONÓSTICO	33
XIV. DEPRESIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA ORIENTAL	33
Definición.	34
Historia.	34
Etiología.	34
SSEFFY.	35
Fisiopatología.	35
XV. DIFERENCIACION SINDROMATICA	37
Estancamiento del Qi en el Hígado	37
Estancamiento del Qi que se convierte en Fuego.	37
Acumulación de la Flema.	39

Deficiencia de sangre y energía en el Corazón y el Bazo	40
Deficiencia del <i>Yin</i> y exceso de Fuego	40
XXVI. TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS	41
XXVII. SHEN Y HUN	43
XXVIII. USO DE LOS PUNTOS	45
XIX. ANTECEDENTES	46
XX. JUSTIFICACIÓN	49
XXI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	50
XXII. HIPOTESIS	50
XXIII. OBJETIVOS	50
XXIV. TIPO DE ESTUDIO.	50
XXV. CRITERIOS	50
XXVI. MATERIAL Y MÉTODOS	51
XXVII. RECURSOS HUMANOS	52
XXVIII. MÉTODO	52
XXIX. RESULTADOS	54
XXX. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	60
XXXI. BIBLIOGRAFÍA	62
XXXII. ANEXOS	64

RELACIÓN DE CUADROS, GRÁFICAS Y FIGURAS.

Cuadros	Página
I.Principales causas de AVISA perdidos por género.	16
II.Puntuación de Beck.	27
III.Comparativa de escalas.	29
IV.Etiología.	35
V.Concentrado de pacientes.	54
VI.Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.	64
VII.Test de Beck	67

Graficas

I.Prevalencia de trastornos afectivos.	17
II.Prevalencias de episodios depresivos, por edad, género y escolaridad.	18
III.Porcentaje por género.	55
IV.Pacientes por grupo etario.	55
V.Comparativa de severidad.	56
VI.Comparativo por puntuación entre sesión 1 y 10.	57
VII.Comparativo sesión 1 y 10 según niveles de depresión.	58
VIII.ANOVA.	59

Figuras

I. <i>Baihui</i> (B6)	44
II. <i>Baihui</i> (B6)	44
III. <i>Yintang</i> (Extra)	45
IV. <i>Yintang</i> (Extra)	45
V. <i>Sanyinjiao</i> (B6)	46
VI. <i>Sanyinjiao</i> (B6)	46

RESUMEN

EFFECTO DE LA ACUPUNTURA EN LOS PUNTOS YINTANG(EXTRA), BAIHUI(DM20) Y SANYINJIAO(B6) EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EVALUADO CON LA ESCALA DE BECK

Lugar de realización: Escuela nacional de Medicina y Homeopatía.

Participantes:

Dra. Rosa Osiris Calderón Valdés.

Dra. Mónica Luz Gómez Esquivel. Médico especialista.

Dr. Roberto González González. Médico Especialista.

Día con día la incidencia de la depresión avanza de manera importante y siendo la segunda enfermedad de prevalencia a nivel mundial, debe ser tomada en cuenta y dar prioridad para frenar el avance de esta enfermedad, ya que se ha dicho que esta enfermedad será la primer causa de ausentismo laboral en los próximos años, además el aumento tan drástico que ha tenido en personas de edad pediátrica, y suicidios es muy alarmante. Se han hecho numerosos estudios y se ha demostrado que es útil en el manejo de la depresión usando formulas de puntos y electroacupuntura.

Objetivo: Verificar el efecto de la electroacupuntura en pacientes con depresión, evaluado con la escala de Beck, usando la fórmula de puntos Yintang(Extra), Baihui (DM20) con electroacupuntura y Sanyinjiao (B6) con acupuntura, en pacientes con depresión entre 18 y 90 años de edad.

Método: Se realizó cartel e invitación a formar parte del estudio.

Se captaron pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión, la enfermera realizó los test. Los test se realizaron en la sesión 1,6 y 10.

Se realizaron 10 sesiones de electroacupuntura.

A los pacientes seleccionados se les colocó en camastros en decúbito dorsal y se inició el tratamiento.

Se colocaron los puntos *Baihui* (DM20) y *Yintang* (extra) con electroacupuntura, *Sanyinjiao* (B6) con acupuntura.

Resultados y conclusiones: total de pacientes 61. Se les aplico el tratamiento de electroacupuntura con la fórmula de puntos antes mencionada por 10 sesiones y el resultado fue el siguiente. En la sesión numero 1 se observó, 0 personas sin depresión, 15 con depresión leve, 31 con depresión moderada y 15 con depresión severa, a diferencia de la sesión 10 en la cual se observó 35 personas sin depresión, 24 con depresión leve, y 0 con depresión severa. La formula de puntos con electroacupuntura tuvo un 100% de eficacia en reducción de síntomas de depresión. La P fue menor de 0.0001, por lo cual el estudio tuvo resultados altamente significativos. Por lo anterior podemos afirmar que la formula de puntos con electroacupuntura es eficaz, económico y casi libre de efectos colaterales.

Palabras clave: Depresión, Escala de Beck para depresión, Electroacupuntura, acupuntura.

ABSTRACT

EFFECT OF ACUPUNCTURE POINTS YINTANG (EXTRA), BAIHUI (DM20) and SANYINJIAO (B6) IN THE TREATMENT OF DEPRESSION SCALE MEASURE WITH BECK

Place of execution: Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía

Participants:

Dr. Rosa Osiris Calderón Valdés.

Dr. Mónica Luz Gómez Esquivel. Specialist

Dr. Roberto González González. Specialist

Day by day the incidence of depression increase and today is the second disease of prevalent worldwide, must be taken into account and give priority to stop the spread of this disease, as has been said that this disease will be the first cause of absenteeism in the coming years, as well as dramatic increases in people who have had pediatric age, and suicide is very alarming. There have been numerous studies and have been shown to be useful in the management of depression using electroacupuncture.

Objective: to verify the effect of electroacupuncture in patients with depression, assessed with the Beck scale, using the formula of points Yintang (Extra), Baihui (DM20) with electroacupuncture and Sanyinjiao (B6) with acupuncture in patients with depression from 18 to 90 years old.

Method: was made an add to invite to join to this program

Patients were recruited considering the inclusion criteria, the nurse applied the test.

The tests were realized in the sessions 1,6 and 10.

There were applied 10 sessions of electroacupuncture

In selected patients were placed on cots in the supine position and began treatment.

Points Baihui (DM20) and Yintang (Extra) were placed with electroacupuncture Sanyinjiao (B6) with acupuncture.

Results and Conclusions: total of 61 patients. They treat electroacupuncture applied the formula above points for 10 sessions and the result was as follow:

During the session number 1 was observed, 0 people without depression, 15 with mild depression, 31 with moderate depression and 15 with severe depression, unlike the session 10 in which 35 people showed not depression, 24 with mild depression, and 0 with several depression. The formula of points with electroacupuncture was 100% effective in reducing symptoms of depression. The P was less than 0.0001, so the study was highly significant results. Therefore we can say that the formula of points with electroacupuncture is effective, economical and almost free of side effects

Keywords: Depression, Beck Depression Scale, Electroacupuncture.

I. GLOSARIO

Acupuntura: Método terapéutico no medicamentoso, que consiste en la introducción en el cuerpo humano, de agujas metálicas estériles con un fin terapéutico específico, y es considerada como auxiliar en el tratamiento médico integral.

Agujas de acupuntura: Instrumento de metal, filiforme, metálico, punzante de cuerpo delgado macizo, de punta fina formado por dos partes principales, cabeza y cuerpo.

AINES: Antiinflamatorios no esteroideos.

Anamnesis: Información proporcionada por el propio paciente al médico durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar dicha información en la historia clínica.

Cun: Medida de acupuntura china que corresponde a una pulgada, es el través del dedo pulgar de cada persona.

Fecto: Vocablo que es un sinónimo de humor.

Hertz: Unidad de sistema internacional para medir la frecuencia de la corriente eléctrica.

Moxibustión: Es el método terapéutico por medio del cual se tratan y previenen las enfermedades a través de la aplicación de calor, en puntos de acupuntura, canales y colaterales y diferentes partes del cuerpo.

Enerpunto: Área pequeña específica distribuidas en la superficie corporal, que desde el punto de vista eléctrico presentan mayor conductividad que la piel circundante y son utilizados con fines diagnósticos y terapéuticos en acupuntura.

Qi: Sustancia refinada producida por los órganos internos como energía. Actividad funcional de los órganos internos.

Shen: Actividad mental del individuo o la conciencia. Corresponde a la actividad espiritual del corazón.

Hun: Alma viajera, parte espiritual del alma comprende las actividades involuntarias e inconscientes. Corresponde la actividad espiritual del Hígado.

Prevalencia: Es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país.

Po: se refiere a las actividades sensitivas y adquiridas del sistema nervioso central. Corresponde a la actividad espiritual del Pulmón.

Yi: Es la capacidad de crear o atar ideas y opiniones, puede corresponde a la capacidad de meditar, así como a elementos que estructuran la inteligencia. Corresponde a la actividad espiritual del Bazo.

Zang Fu: órganos y vísceras.

Zhi: Es la voluntad, el valor, el instinto de conservación del individuo. Corresponde a la actividad espiritual del Riñón.

Xue: Término chino para denominar a la Sangre.

II. MARCO TEÓRICO OCCIDENTAL

El Vocablo *fecto* es un sinónimo de humor, de ahí que los trastornos afectivos reciben también ese nombre, porque su principal característica es una alteración del humor, denominada depresión o euforia. (Gelder M 2000)

La importancia de la depresión en la patología humana no ha sido aún suficientemente reconocida, no obstante es una de las condiciones que más frecuentemente se presentan en la clínica y posiblemente fuente más importante del sufrimiento humano. El núcleo de la depresión lo constituye la alteración de la esfera cognitiva, afectiva y /o somática. (De la fuente R 2000)

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos, los síntomas y signos de la depresión pueden presentarse en forma aguda, y es presente que recurran en forma episódica, el trastorno cuya característica principal es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquicas, somática, y conductual. Se trata de un trastorno global. (Gelder M 2000)

Se considera como un trastorno del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor, afirma que la depresión se manifiesta como un trastorno cuyo rasgo esencial es un estado de ánimo deprimido (tristeza, melancolía, desanimo) o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades; con síntomas asociados como alteración del apetito, cambio de peso, alteraciones del sueño, agitación, lentitud psicomotora, disminución de la energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, ideas o intentos suicidas. (American Psyschiatricassociation, 1995)

Trastorno del estado afectivo que se caracteriza por una baja apreciación del yo, que se manifiesta con baja autoestima, la cual abarca en ocasiones sentimientos, de soledad decepción y preocupación, sentimiento de culpa con deseo de morir, presentándose pérdida de la expresión del humor, del interés, de la energía, aptitud y viveza. (Rojas 1979)

III. ANTECEDENTES HISTORICOS

La depresión siempre ha existido, pues las descripciones de las enfermedades depresivas se pueden ver citadas en textos de las civilizaciones antiguas.

Inicialmente denominada melancolía (del griego clásico μέλας "negro" y χολή "bilis") y frecuentemente confundida con ella, la depresión. También cabe mencionar que la palabra depresión viene del latín "*depressio*" la cual tiene por significado hundimiento. (Carrasco2006). (Es tan fuerte el estado en el que se encuentra la persona que se refiere sentir un hundimiento mental, personal y físico, el cual es lento y muy profundo, el paciente se refiere hundido, como estar cayendo en un pozo.)

Es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, es conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad. El origen del término melancolía se encuentra, de hecho, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725 en el que el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión.

Se lee en el antiguo testamento el rey Saúl presentaba signos de depresión diciéndose en esa época que estaba afligido por un espíritu maligno, y finalmente se suicida, los textos antiguos ingleses refieren a la melancolía, que durante siglos fue la palabra utilizada para describir los trastornos del estado de ánimo. (Polain, 2000)

Las primeras descripciones médicas de la depresión se remontan a Hipócrates (el padre de la medicina) este creía que la enfermedad mental era resultado más de las causas naturales, más que de lo sobrenatural, sugirió la teoría de la melancolía era producto de bilis negra en el bazo, de ahí los términos Melan(negro) y Colia(bilis); el mismo recomendaba para superar la depresión un desequilibrio de los sistemas corporales utilizando la relajación y llevar una vida saludable. (Sabanés 1993)

La Biblia cuenta el fin del rey Antioco Epifanes, su tristeza y sus palabras después de una derrota militar: “Huye el sueño de mis ojos y mi corazón desfallece de ansiedad”.

En roma Celso y Asclepiades recomiendan para aliviar la depresión las buenas relaciones humanas, estímulos y música agradable. . (Carrasco 2006.)

Soranus da como tratamiento para los pacientes deprimidos, ir al teatro a ver comedias. (Carrasco 2006.)

En otras culturas también aparecen descripciones de la depresión como por ejemplo en las Sagradas Escrituras donde un rey enemigo de Isabel dijo: <<...lleno de turbación púsose en cama y enfermó de tan intensa pena que... permaneció así en aquel lugar muchos días, porque iba aumentando su tristeza, de forma que pensó que moría de tan abatido y oprimido de pesares como se encontraba...-¡En qué abismo de tristeza me hallo... se me presentan a la memoria los males que causé... ME MUERO DE MELANCOLIA...! >>*, Estas líneas podrían ser un resumen de muchas historias clínicas de deprimidos actuales.(Vallejo1999)

Química y electricidad

Thomas Willis (1621 – 1675) Maneja la etiología de la melancolía y, siguiendo los conocimientos de su época, atribuye a las alteraciones químicas producidas en el cerebro y el corazón las causas de esta enfermedad. Refiere cuatro tipos de melancolías, de acuerdo a su origen: a) por desorden inicial del cerebro, b) derivada de los hipocondrios (Bazo), c) la que comprende todo el cuerpo, d) originada en el útero.

También se debe dar importancia de la confirmación hecha por William Harvey (1578,1657) de las ideas adelantadas de Miguel Servet, acerca de la circulación de la sangre. Esto llevo a una revolución en el pensamiento médico, junto a las teorías corpusculares y los principios hidrodinámicos, generando una serie de teorías mecanicistas y bioquímicas sobre la génesis de las enfermedades y, como suele ocurrir, cada vez que se realiza un descubrimiento particular, se lo extrapola expandiéndolo a la generalidad. A. Pitcairn al inicio del siglo XVIII explicaba que el desorden de la hidrodinámica de la sangre afectaba el flujo de los espíritus animales (Descartes) de los nervios produciendo pensamientos desordenados y delirios en la melancolía. Hacia la mitad del mismo siglo, los experimentos con la electricidad, generaron otras ideas sobre la fisiología desplazando las tendencias mecanicistas, para dar lugar a los conceptos de sensibilidad e irritabilidad, atracción, repulsión y transmisión. Isaac Newton (1713) decía: "... y los miembros de los cuerpos animales se mueven por orden de la voluntad, es decir, por las vibraciones de este fluido [el éter], propagado a lo largo de los filamentos sólidos de los nervios, desde los órganos exteriores de los sentidos al cerebro, y del cerebro a los músculos".

William Cullen (1710, 1790), asoció el concepto de carga y descarga en los cuerpos sometidos a electricidad y lo aplicó al cerebro en el sentido de mayor o menor energía (excitación y agotamiento) cerebral. Y se relacionó a la melancolía con un estado de menor energía cerebral. Lo que hoy llamamos hipoergia o, más radicalmente, energía.

Las teorías etiopatogénicas sobre la depresión continúan girando en espiral a lo largo de la historia pasando de la magia a lo religioso, de la química a la mecánica, del animismo a lo orgánico, del humor a la electricidad, de lo ambiental a lo genético, de lo espiritual a lo vital, de los *espíritu animal* a los neurotransmisores, el cuadro clínico, lo descriptivo, permanece estable: "Si el miedo y la tristeza se prolongan, es melancolía. (Marietan 2010)

IV. EPIDEMIOLOGIA

Actualmente el trastorno depresivo mayor (TDM) es la segunda causa de incapacidad en los países desarrollados y la cuarta en el ámbito mundial, se considera que para el año 2020 pasará a ser la segunda a nivel mundial.

Desde 2005, la Secretaría de Salud ha señalado a la depresión como la principal causa de años perdidos de vida saludable (AVISA) entre las mujeres, esta cifra solo puede equipararse con los estragos ocasionados por la diabetes, la segunda causa de AVISA entre las mexicanas. (Vivir México, 2011).

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 de la Secretaría de Salud de México habla con respecto a la depresión y menciona que: Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro-psiquiátricos, el más importante de los cuales es la depresión.

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP 2005) indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos.

A esto hay que sumar los datos correspondientes a los suicidios. Aunque en México ocupan un lugar bajo como causa de muerte, los suicidios han aumentado aceleradamente en México, hasta alcanzar una de las tasas de crecimiento más altas del mundo. Entre 1998 y 2004 los suicidios en mujeres crecieron a un ritmo anual de casi 5%. Este incremento ha sido particularmente agudo en las mujeres de entre 11 y 20 años de edad.

En el programa nacional de salud menciona sobre el tratamiento y atención para depresión: A pesar de que existen tratamientos efectivos, la proporción de la demanda atendida es baja. Según la ENEP 2005, una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito.

En el siguiente cuadro vamos a observar la diferencia de las causas de AVISA perdidas por sexo en México.

Cuadro IV. Principales causas de AVISA perdidos por sexo, México 2005					
Mujeres			Hombres		
	Causa	%		Causa	%
1	Depresión unipolar mayor	6.5		Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.9
2	Diabetes mellitus	6.3		Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.1
3	Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.3		Consumo de alcohol	4.8
4	Anomalías congénitas	4.3		Agresiones y homicidios	4.6
5	Enfermedades isquémicas del corazón	2.8		Accidentes de tránsito	4.6
6	Osteo-artritis	2.3		Diabetes mellitus	4.5
7	Cataratas	2.2		Anomalías congénitas	4.0
8	Enfermedades cerebro-vasculares	2.2		Enfermedades isquémicas del corazón	3.5
9	Demencia y enfermedad de Alzheimer	2.1		Depresión unipolar mayor	2.6
10	Asma	2.0		Peatón lesionado	2.2
	Total (millones de AVISA)	6.9		Total (millones de AVISA)	8.4

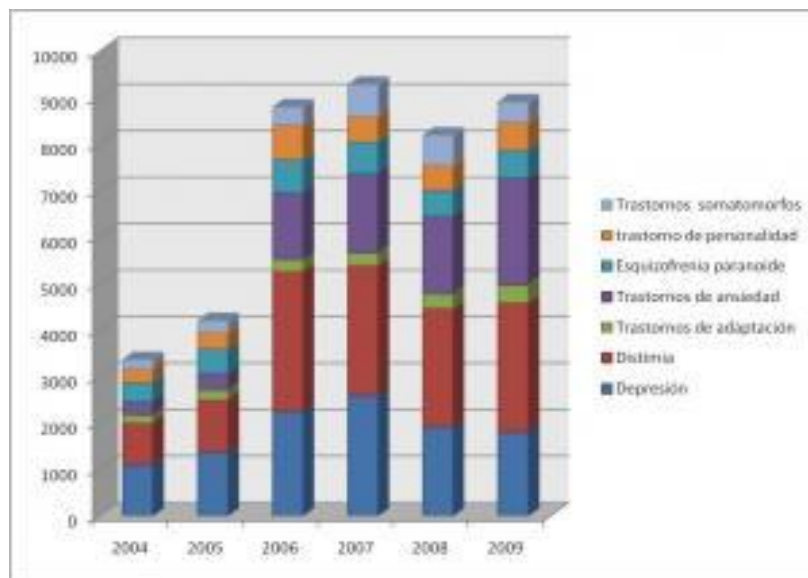
CUADRO. I Principales causas de AVISA perdidos por género. (Programa Nacional de Salud 2007-2012).

El aspecto de mayor importancia es el impacto que produce sobre el funcionamiento psicosocial en particular y en la calidad de vida en general. Las personas con depresión, en su nivel funcional hay deterioro en aspectos como de tipo, familiar, marital y laboral, los afectados refieren tener relaciones personales de calidad baja, y una satisfacción disminuida en relaciones sociales y laborales. La depresión es conocida como un problema de salud pública importante (Bleazer, Kessier, Gonagle y Swartz; 1994)

En México se ha encontrado a cuatro millones de personas que presentan algún síntoma de depresión. (Consenso, 2002)

En una encuesta realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría, encontró que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, aparecen en edad más temprana y en ocasiones por el uso de ciertos fármacos (Rios, 2003)

La prevalencia del trastorno presenta una media del 10% con una relación hombre:mujer 2:1 en México en 2003 los resultados mostraron una tasa de prevalencia de 2 y 4.5 % en hombre y mujeres, con un episodio DM a lo largo de la vida de la población en general de 3.3%.



Gráfica I. Prevalencia de trastornos afectivos. (Datos del Hospital General de México) 2004-2009.

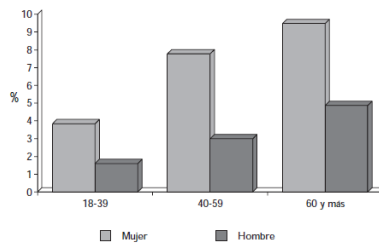
Extrapolando la distribución estadística de los trastornos diagnosticados, obtuvimos porcentajes de prevalencia. De la población de la ciudad de México, han sido diagnosticado el 2.42% con Depresión, 2.88% con Distimia, 0.35% con Trastorno de adaptación; 1.7% con trastorno de ansiedad; 0.76% con esquizofrenia paranoide; 0.67% con trastorno de la personalidad; y 0.57% con trastorno somatomorfo. (Fonseca, 2010)

- Prevalencia de depresión en el ámbito nacional

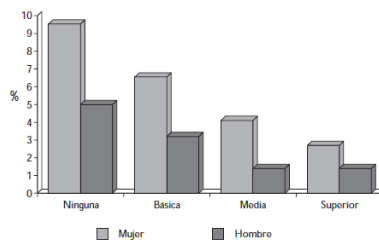
La prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5% (Intervalo de confianza (IC) 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).

- Variables asociadas a depresión

Las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la prevalencia de la depresión se mantiene de manera consistente independientemente del grupo de edad estudiado; el porcentaje de individuos afectados, por otro lado, se incrementa con la edad en ambos sexos. En el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. La prevalencia en mujeres menores de 40 años de edad es significativamente menor que la de los otros dos grupos analizados ($p < 0.01$). Entre los hombres la prevalencia de depresión fue de 1.6% en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores.



PREVALENCIA DE EPISODIOS DEPRESIVOS EN EL ÚLTIMO AÑO, SEGÚN SEXO Y EDAD. MÉXICO, 2002



PREVALENCIA DE EPISODIOS DEPRESIVOS EN EL ÚLTIMO AÑO, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD. MÉXICO, 2002

Gráfica II. Prevalencias de episodios depresivos por género, edad, y escolaridad 2002.

Las diferencias entre los tres grupos de edad analizados son estadísticamente significativas en el caso de los hombres ($p < 0.05$). Un análisis por regresión logística muestra que la probabilidad de presentar un episodio de depresión se incrementa, en promedio, poco más de 2% por cada año de edad adicional, con una intensidad ligeramente mayor entre los hombres.

Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres.

La prevalencia de depresión no se ve fuertemente afectada por el tamaño de la localidad de residencia. En el caso particular de las mujeres, el porcentaje se modifica de 5.9% en las áreas rurales a 5.7% en las zonas metropolitanas; sin embargo, llama la atención que la prevalencia de depresión en hombres es más alta en comunidades rurales (IC 95%=2.7, 4.6) que en zonas urbanas (IC 95%=1.5, 2.4). (Bello- Rosas, 2005)

V. ETIOLOGIA

Las patologías depresivas se han investigado desde diversos puntos de vista: psicológico, biológico, sociales, culturales, en todas estas áreas se han encontrado factores que ayudan a incrementar la posibilidad de desarrollar depresión, por lo que se concluye el origen multifactorial de los trastornos depresivos, estos factores etiológicos, pueden ser divididos en causas genéticas, bioquímicas, psicosociales y endocrinas.

- Genéticas

Existe un factor genético en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo y se encuentra que los familiares que son de primer grado de pacientes con patología depresiva se incrementa de 2 a 3 veces las probabilidades de padecer depresión en comparación con los que no tiene familiares con depresión. En gemelos monocigóticos hay una tendencia aumentada de padecer este problema de un 50% y en los dicigóticos del 10.25%. En estudios recientes se reporta que un polimorfismo funcional de la región promotora de la molécula transportadora de serotonina (5-HTT) aumenta el riesgo de desarrollar depresión en sujetos que han experimentado un acontecimiento estresante. (Pérez, 2010)

- Bioquímicas

Las sustancias que más se relacionan como factores desencadenantes de trastornos depresivos son:

Serotonina: neurotransmisor monoaminado, procede del aminoácido esencial triptófano, los cuerpos celulares de las neuronas serotoninérgicas se encuentran en los núcleos del rafe del tronco encefálico y áreas adyacentes, estos núcleos intervienen en la regulación de la atención, la conciencia y otros atributos cognitivos. Las proyecciones de estas células se dirigen ampliamente a todo el encéfalo, en forma de vías ascendentes y hacia la medula espinal (descendentes). Se sintetiza en neuronas serotoninérgicas, en el sistema nervioso central (SNC) y en las células enterocromafines del tracto gastrointestinal de los animales y humanos. Se dice que juega un rol en la regulación de la ira, la agresividad, el sueño y los estados de ánimo, el déficit de serotonina es la hipótesis etiológica de la depresión que se ha estudiado más.

Dada su conexión proencefalica como participe en los distintos estados emocionales, consumo de alimentos, termorregulación, conducta sexual, se ha asociado la serotonina con estados depresivos y otros trastornos cognitivos. (López, 2005)

En estudios postmortem de suicidas se ha encontrado un incremento de receptores de serotonina (el ácido 5 hidroxindolacético, en líquido céfalo raquídeo), que está disminuido en pacientes deprimidos. Los pacientes medicados aumentan los niveles de serotonina, hacen que esta sea más disponible y mejoran clínicamente su estado depresivo, por lo tanto se afirma que unos tipos de depresión se deben a disminución de serotonina en el SNC.

Noradrenalina.- Catecolamina que es neurotransmisor del SNC donde se encuentra en mayores concentraciones en el *locus cerúleos*, el cual se encuentra en el tallo cerebral; un metabolito de esta catecolamina se encuentra disminuido 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG). Hay relación en el incremento de la actividad de receptores alfa 1, alfa 2 y beta adrenérgicos y un decremento de la cantidad de noradrenalina liberada por lo que se concluye que la disminución de noradrenalina en el cerebro, puede ocasionar depresión.

Las neuronas noradrenergicas se ubican en el bulbo en la pared dorsal formando parte del fascículo solitario y del núcleo dorsal del vago y en la región ventrolateralcefca del núcleo ambiguo. Desde aquí proyectan hacia el hipotálamo que regula varias funciones cardiovasculares y endocrinas. (López, 2005)

Dopamina: se genera en las por las neuronas pigmentadas en la pars compacta del locus nigger y en neuronas de la parte ventral, del segmento mesencefálico.(López, 2005). Esta catecolamina cuya concentración cefálica es mayor aun que la noradrenalina y por lo cual se puede pensar que provoca una mayor repercusión en la conducta. Las estructuras dopaminérgicas son los núcleos cuneiformes, el núcleo rojo, sustancia negra, el tálamo y el hipotálamo. Se ha estudiado la actividad dopaminérgica y esta disminuida en la depresión; hay teorías que sugieren que la vía dopaminérgicamesolímbica podría estar alterada en la depresión y existir una hipoactividad en el receptor dopaminérgico tipo I. En otros estudios se encontrado la disminución de un metabolito de la dopamina; el ácido homovalínico en líquido cefalorraquídeo.

- Neuroendócrinas

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, apetito y de la actividad autonómica indican disfunción del hipotálamo.

Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan aumento del cortisol, también existe una relación con función tiroidea, ya que muchos paciente con depresión tienen disminución de T3, no obstante muchos pacientes con depresión no presentan ninguna patología tiroidea. Otro dato importante es que en pacientes deprimidos hay disminución en la liberación de hormona de crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta 1 año luego de la desaparición de los síntomas de depresión.

- Secundarios.

Drogas.- más de 200 medicamentos se han encontrado en relación con la depresión, la gran mayoría de ellos en forma ocasional y algunos otros más frecuentemente. Por ejemplo: AINES (indometacina, fenocetina, fenilbutazona), antibióticos (cicloserina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propranolol, reserpina, bloqueador de canales de calcio) drogas cardíacas, corticoesteroides y ACTH.

Enfermedades orgánicas.- indistinta, en especial las graves. Pueden causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia: Alzheimer, Parkinson, Huntington, infarto al miocardio, esclerosis múltiple, etc.

Psiquiátricas.- la esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. El alcoholismo y la farmacodependencia también pueden producir depresión.

VI. CLASIFICACIÓN

Kramlier(2002) la cual toma en cuenta la duración, severidad de los síntomas y las circunstancias asociadas a cada uno de estos y se divide de la siguiente manera:

- Depresión mayor.
- Distimia.
- Trastornos de la adaptación.
- Trastornos bipolares.

Cuadro clínico general

Es caracterizado por tristeza, que predomina la mayor parte del tiempo, al menos 2 años, asociada a sintomatología depresiva de tipo cognoscitiva, estos síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo, o deterioro en varias áreas de su funcionamiento, como social, laboral o académico. Como el curso es crónico e insidioso se puede confundir con su “manera de ser” (González- Romano, 2008)

Patologías afectivas que comparten síntomas de depresión.

- Trastorno Depresión mayor (TDM)

Esta es la forma más frecuente de la depresión, se caracteriza por un cambio anímico que dura más de 2 semanas e incluye 1 o ambos de los signos primarios de depresión (sentimientos abrumadores, de tristeza o pesar, pérdida del interés o placer por las actividades que habitualmente disfruta, las personas con diagnóstico de depresión mayor también por lo menos cuatro de los siguientes signos y síntomas frecuentemente o diario.

Pérdida o aumento significativo de peso.

Alteraciones del sueño.

Movimientos lentos o inquietud.

Fatiga, astenia, o falta de energía.

Autoestima baja o sentimientos de culpa inapropiados.

Sentimientos de inutilidad.

Impotencia o desesperanza.

Bradipsiquia o dificultad para concentrarse.

Pérdida del deseo sexual.

Pensamientos frecuentes y recurrentes de muerte o suicidio.

Esta depresión puede presentarse por única vez o tener recurrencias. Después del primer episodio de DM la probabilidad de recurrencia es del 50%. El primer episodio puede iniciar a cualquier edad, pero es más factible que ocurra entre los 25 y 44 años de edad. La prevalencia de DM es mayor en el sexo femenino que en el masculino. Los 2 factores más importantes y frecuentes que pueden desencadenar la DM son eventos estresantes en la vida y pérdidas significativas. (Pérez 2010).

Por lo tanto todos estos eventos han ido en aumento debido al estilo de vida y estrés mundial de esta época.

- Distimia

Es un padecimiento que se caracteriza por su cronicidad, al menos 2 años de duración de los síntomas, su inicio es insidioso y frecuentemente aparece en la infancia, o la adolescencia y la sintomatología intermitente, de intensidades leve a moderada.

Los signos y síntomas de la distimia son como la depresión mayor, pero no tan intensos y la persona puede no presentar muchos de ellos, estos pueden incluir:

Dificultad para concentrarse y tomar decisiones.

Aislamiento social.

Inquietud o lentitud.

Irritabilidad.

Problemas de sueño.

Pérdida o aumento de peso.

(Pérez 2010)

- Trastornos de adaptación (TA)

Estos trastornos preceden a menudo a la depresión mayor. Por lo regular después de una pérdida o evento muy estresante es muy natural sentirse tenso, triste o enojado. De modo eventual la mayoría de la gente se adapta a las consecuencias de estos factores estresantes naturales de la vida pero algunas no consiguen lograrlo. A este fenómeno se le conoce como TA, cuando la respuesta esperada de adaptación posterior a un evento o situación estresante no llega y la persona comienza con signos de depresión, pero estos no son tan intensos como para ser incluido en depresión mayor.

- Trastornos bipolares (TB) I y II.

Consisten en cambios episódicos en el estado de ánimo hacia la manía, depresión mayor, hipomanía y estados de ánimo mixtos, la capacidad del trastorno bipolar para simular aspectos de muchos otros trastornos y la existencia con una comorbilidad con drogadicciones puede hacer difícil su diagnóstico. Dentro de las diferencias por género, es más frecuente la presentación del TBI en el género masculino y TBII en el femenino. (Harrison, 2006) (Papadakis, 2005)

Los signos y síntomas incluyen:

Euforia excesiva.

Disminución en la necesidad de dormir.

Creencias irreales en las propias capacidades y poderes.

Conversación incrementada.

Pensamientos atropellados.

Juicio deficiente.

Deseo sexual aumentado.

Comportamiento social provocativo impertinente o agresivo.

Abuso de alcohol o drogas.

(Pérez 2010)

VII. LABORATORIO Y GABINETE

Para el diagnóstico de la depresión no hacen falta exámenes complementarios de laboratorio y gabinete. En caso de que se encuentren indicios positivos en la anamnesis respecto de otras afecciones, se efectuarán exámenes de laboratorio y gabinete orientados a descartar la patología que se sospecha. No se recomienda efectuar pruebas de función tiroidea de rutina.

En caso de sospechar otra patología subyacente, es esencial contar con una historia médica relevante, una revisión de sistemas y un examen físico completo para la selección de los exámenes de laboratorio y gabinete apropiados.

El laboratorio y gabinete tiene cada vez más importancia para el uso seguro y de máxima efectividad de ciertas medicaciones psicotrópicas. Las pruebas de laboratorio y gabinete se pueden usar para obtener datos basales de estado cardíaco o renal del paciente antes de iniciar la medicación, para confirmar el cumplimiento del tratamiento, para monitorizar niveles plasmáticos terapéuticos y para detectar toxicidad no reconocida clínicamente. Las pruebas específicas dependen de la edad del paciente y de su condición médica y en particular de los órganos y sistemas afectados por el agente psicotrópico. (Depresión 2005)

VIII. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de depresión son:

Historia familiar de enfermedad mental.

Trastornos crónicos, físicos o mentales (infartos cerebrales, miocárdicos, cáncer, etc.)

Cambios mayores de vida y estrés.

Ausencia de apoyo psicológico.

Dificultades económicas.

Edad avanzada.

Insomnio.

Medicamentos.

Alcoholismo.

(González- Romano, 2008)

IX. DIAGNÓSTICO

Existen varios test psicológicos generales que contiene preguntas en relación al estado anímico y estos test reportan una calificación que indica el grado de depresión del paciente, también las pruebas psicológicas son de utilidad para diferenciar pseudodemencia depresiva de la demencia primaria.

- Criterios diagnósticos

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones ICD-10 y DSM-IV. Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales.

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos) (cuadro IX). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas. (ver Cuadro IX)

Existen escalas formuladas específicamente para cuantificar la depresión como la de Hamilton y la de Beck. La escala de Hamilton enfatiza aspectos fisiológicos de depresión y la de Beck que es la que se utilizará en este estudio, se evalúa el componente cognitivo de la depresión, esto es, como el paciente se autoevalúa cuando está deprimido. (Rubín 2000)

La realización del test de Beck es muy importante para la psicología y la psiquiatría por que ha representado un cambio en el punto de vista que los profesionales de la salud manejaban con respecto a la depresión: desde el punto de vista Freudiano, la perspectiva psicoanalítica a un punto de vista encaminado con los pensamientos o cogniciones de los pacientes.

La escala de Beck es muy utilizada como herramienta para la evaluación de depresión por los profesionales de la salud. El resultado de este test no es el diagnóstico definitivo, este se debe complementar con entrevista, psicológica, psiquiátrica, valoración psicosocial, etc. (Inventario depresión 2009)

- Test de Beck para la depresión.

1. Instrucciones para el entrevistador para la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

2. Rutina de aplicación

Decir al paciente: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la última semana incluyendo hoy”.

En ese momento otórguele una copia del cuestionario al paciente y dígale: “Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo”. Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: “Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy”.

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión, sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

3. Instrucciones adicionales

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente, está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del 1 al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anorexígeno. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total. (Test Beck depresión 2008)

4. Interpretación del Test de Beck

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos.

Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

NIVEL DE DEPRESIÓN	PUNTUACIÓN
No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos

Tabla II. Puntuación de Beck.

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y Cols en > 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está establecida, por lo tanto los ítems somáticos que tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos.

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es > 21 puntos.

5. Propiedades psicométricas del test de Beck.

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas psicométricas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad con buen rendimiento

Sensibilidad del 100 %,
Especificidad del 99 %,

Valor predictivo positivo 0.72, y Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)

Se decidió usar esta escala ya que según los datos anteriores tiene más especificidad, sensibilidad y como es realizado por una persona externa hay menos fallas durante la realización del test y por lo tanto disminuir el porcentaje de error que pudiera tener.

En el siguiente cuadro podemos observar la comparación de las 4 escalas más usadas para depresión.

Tabla III. Comparativa de escalas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zung	20	Comp. somático		X	1-4	85%	64% *	80
Hamilton	17	Somático y comportamental (Fisiológicos)	X		1-4	85%	93%	52
Yesavage (geriátrica)	15	Psíquico	X		1	80%	100%	15
Montgomery Y Asberg	10	Comportamental	X		0-4	94%	75%	70
Beck	21	Psíquico, cognitivo, comportamental	X		0-4	100%	99%	63

1.- Escala, 2.- Numero de reactivos del test, 3.-Mayor peso psicológico, 4.-Intensidad de síntomas, 5.- Frecuencia de síntomas, 6.-Numero de puntos por ítem, 7.- Sensibilidad del test, 8.- Especificidad del test. 9.- No. de puntos totales del test.

En este caso se decidió utilizar la escala de Beck, ya que se ha usado en la población en general con buenos resultados, es una autoevaluación, esta evalúa a nivel psíquico, cognitivo, comportamental, mide la intensidad de los síntomas, la sensibilidad y especificidad son altas, de 100% y 99% respectivamente, y es aplicada por una persona capacitada, así disminuye el marco de error, al contestar.

X. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como la depresión puede ser parte de cualquier enfermedad, ya sea de manera reactiva, o como un síntoma secundario, debe prestar atención a los problemas de ajuste de vida personal y la función de los medicamentos (ej. Reserpina, corticoesteroides, levadopa). Deben diferenciarse esquizofrenia, convulsiones complejas parciales, síndromes encefálicos orgánicos, trastornos de angustia y ansiedad; debe descartarse disfunción tiroidea leve. (Papadakis 2006)

Algunas de las patologías que pueden confundirse con depresión son:

Trastornos psiquiátricos

Trastornos de ansiedad.

Relaciones de adaptación.

Duelo.

Psicosis.

Otros trastornos afectivos.

- Metabólicos y endocrinológicos:

Trastornos electrolíticos.

Insuficiencia renal.

Porfiria aguda intermitente.

Insuficiencia renal.

Hipotiroidismo.

Hipertiroidismo.

Diabetes Mellitus.

Disfunción paratiroidea.

- Trastornos degenerativos/neurológica.
- Lesión cerebral traumática.

Enfermedad vascular cerebral.

Esclerosis múltiple.

Enfermedad de Parkinson.

Enfermedad de Alzheimer y otros síndromes demenciales.(Manual de depresión 2005)

XI. COMPLICACIONES

Mientras más dure la depresión, más crónica se vuelve, en particular cuando existe un elemento de reforzamiento secundario. La complicación más importante es el suicidio, que con frecuencia incluye algunos elementos de agresión, los hombres tienden al suicidio con más éxito, particularmente en grupos de edad avanzada, mientras que las mujeres hacen más intentos con menores índices de mortalidad. Se observa una tasa creciente de suicidios en la población más joven, de 15 a 35 años de edad. Los pacientes con cáncer, insuficiencia respiratoria, SIDA, y los que se mantiene en hemodiálisis tienen tasas de suicidio más altas. El alcohol es un factor muy significativo en muchos de estos casos. (Papadakis, 2006)

XII. TRATAMIENTO

El tratamiento de esta patología debe ser multidisciplinario, ya que requiere de atención específica en cada una de sus alteraciones.

- Medicamentos

La prescripción de antidepresivos es el único tratamiento para el que se ha encontrado una clara evidencia de la efectividad en depresiones graves y depresiones psicóticas. Para leves o moderadas son muy eficaces los antidepresivos y también algunas estrategias de psicoterapia. Antes de las 4-6 semanas de administración de un antidepresivo no puede ser desechado por ineficacia, aunque obviamente en la práctica clínica no siempre se puede esperar tanto tiempo. (Farmacología clínica fundamental, 2004)

Antidepresivos principales, disponibles en la actualidad son: inhibidores no selectivos de la recaptulación de aminas (noradrenalina, dopamina, serotonina) antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, clorimipramina, imipramina) inhibidores selectivos de la recaptulación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina, mirtazapina), inhibidores selectivos de la recaptulación de serotonina (ISRS), inhibidores de la monoaminoxidasa (fluoxetina, citalopram, escitalopram), inhibidores selectivos de la recaptulación de noradrenalina (reboxetina).

Efectos secundarios: sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náusea, ansiedad, insomnio, cefalea, vértigo, temblor, disfunción sexual.

Tiempo de efecto terapéutico: es regularmente entre 2-6 semanas, si se presenta una recaída después de concluido el tratamiento este tendrá que prolongarse de 3-5^a. Una segunda recaída tras la suspensión del tratamiento es indicación de medicación indefinida. (Farmacología clínica fundamental 2004)

- Psicoterapia:

Es necesario informar al paciente y a su familia con respecto a la enfermedad. Se trata de establecer una relación muy estrecha entre el paciente y el profesional, una relación de confianza se establece con el tiempo. El médico debe acompañar y reforzar el yo frágil del paciente apoyándose en el establecimiento de esa relación de confianza.

De apoyo: es muy necesario como complemento de los antidepresivos en cualquier línea de tratamiento en la depresión. También se busca el refuerzo de la estabilidad psíquica del paciente, favorecer la ayuda de apoyo emocional de personas cercanas, empatía del médico hacia el paciente.

Psicoterapia psicodinámicas breves: la psicoterapia psicoanalítica, explora la presencia de una vida, intrapsíquica que permanece inconsciente en el paciente que está en el origen de sus síntomas. Estos serían resultado emergente de la confrontación entre las defensas del paciente y sus impulsos. La psicoterapia trata de esclarecer y sacar a la luz de la conciencia esta dinámica intrapsíquica. (Malan, Davanloo, sifneos)

- Social

La estructuración de las actividades diarias, en la depresión severa, por lo general es muy difícil, para el paciente y con frecuencia la soledad es el primer factor. La ayuda de la familia, el patrón o los amigos, es necesaria constantemente para movilizar al paciente, que no experimenta alegría en las actividades diarias, y tiende a permanecer marginado y a deteriorarse, la asistencia en compartir actividades, ayudara a incluir al paciente en funciones diarias sencillas, pero importantes.

- Conductual

Cuando la depresión es una función de técnicas de enfrentamiento al autorechazo, como la pasividad, el conocimiento de juego de roles puede ser útil, pueden aplicarse técnicas conductuales, incluyendo desensibilización, en problemas como las fobias en donde la depresión es un problema adjunto.

- Terapia cognitiva (Beck) y cognitivo conductual.

Esta pretende la modificación de algunas pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico. La psicoterapia cognitiva resalta la importancia de las cogniciones: pensamientos disfuncionales de culpa, inferioridad, visión negativa de sí mismo y del entorno. Promoción de un cambio en estas cogniciones es un elemento esencial en el tratamiento de la depresión y en la prevención de recaídas.

Otros tratamientos somáticos: es frecuente el uso de ansiolíticos e hipnóticos, como tratamiento coadyuvante para la ansiedad. Los neurolépticos se usan en el tratamiento de depresiones con síntomas psicóticos.

Hay otros tratamientos que también son valorados por segundo nivel asistencial para situaciones especiales, como la terapia electroconvulsiva y la fototerapia.

XIII. PRONÓSTICO

Un episodio depresivo que no recibe tratamiento dura de 6 a 13 meses. Después de un primer episodio depresivo 50% de los pacientes se recupera: 25% presentará una recaída dentro de los primeros 6 meses después del egreso hospitalario; del 30-50% en los siguientes 3 años, y entre el 50 a 75% antes de 5 años; la enfermedad depresiva es un padecimiento potencialmente mortal 15% muere por suicidio, la prevalencia aumenta en los adultos mayores y más frecuente en los varones. También se han asociado diferentes entidades clínicas como DM2, HTA, como morbilidad asociada que empeora el pronóstico.

XIV. DEPRESIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA ORIENTAL

Desde el punto de vista de la medicina tradicional china (MTCH) la merecida importancia a las emociones que las considera como una de las causas de enfermedad, ya que cada emoción nos puede llevar a un daño orgánico, tomando que si una emoción esta descontrolada por consecuencia se dañará el órgano correspondiente a dicha emoción y viceversa.

Sabemos bien que en la MTCH las emociones vienen de los sentimientos, y todas las emociones en exceso nos llevan a la enfermedad, como por ejemplo; al Hígado la ira, al Corazón la alegría, Bazo la preocupación, al Pulmón la tristeza, y al Riñón el miedo, pero bueno, la razón de ser de un padecimiento secundario a un sentimiento, es dado por exceso o una cronicidad, que nos provocan un mal funcionamiento o una mala circulación en el órgano involucrado. Todas las personas tenemos esas emociones, pero no por eso estamos enfermos, solo si estas se manifiestan en el momento no adecuado o en demasía, debemos recordar que las emociones no son individuales, están comunicadas y son generadas unas con otras, por lo tanto hay interacción entre ellas. Cabe mencionar que en la MTCH no solo se manejan las 5 emociones como son la ira, alegría, preocupación, tristeza y miedo, sino también se cuentan la melancolía y el susto.

El desorden mental depresivo es causado por retardo de Qi y la acumulación de flema, provocada por depresión mental (Fundamentos de acupuntura y moxibustión de China 2005). La depresión se encuentra clasificada entre las enfermedades llamadas Yu, que nos refiere estancamiento, que es a su vez el concepto etiológico y patológico bien definido.

Yu es el término Chino para la depresión, y se considera en la Medicina China, que es secundaria a Síndromes de plenitud, principalmente al Estancamiento de Qi de Hígado. (Fernández, 2011)

Los desordenes mentales depresivos son causados por desequilibrio del *Yin Yang* debido a algún estímulo emocional, angustia o rabia. Los desordenes mentales depresivos y maniacos son síndromes de tipo Shi (exceso) y su principal etiología es el retardo de *Qi*, el estancamiento de flema y fuego (Pérez 2010).

- Definición

Al definir trastorno depresivo desde el punto de vista de la MTCH, puede decir que es una de las siete pasiones que alteran la dinámica del *Qi* y que puede ser vista en diferentes síndromes de deficiencia y/o exceso de los *Zang Fu*, que alteran a su vez los procesos de transporte y transformación, los procesos de drenaje y depuración, los de purificación y descenso principalmente; tienen como síntomas principales, la astenia, la apatía, la falta de energía, trastornos en el sueño, el apetito y el estado de ánimo. Su etiología está asociada a las causas productoras de los diferentes síndromes al igual que su fisiopatología. (Ramírez, 2009)

- Historia

Durante la dinastía *Qin* ya se tenía presente el daño de las afecciones emocionales sobre el cuerpo, durante la dinastía Song del norte aparece *Chenyan* que es quien describe de una manera profunda el síndrome depresivo, tomando como base las seis energías patógenas externas y las 7 emociones. *Ye TianShi* durante la dinastía *Qing* dice que el síndrome depresivo es una manifestación, de la afección directa de varios órganos, entre los que destacan corazón, bazo vesícula biliar e hígado por lo que el tratamiento de dicho síndrome se centra en estos órganos. (González, 2010)

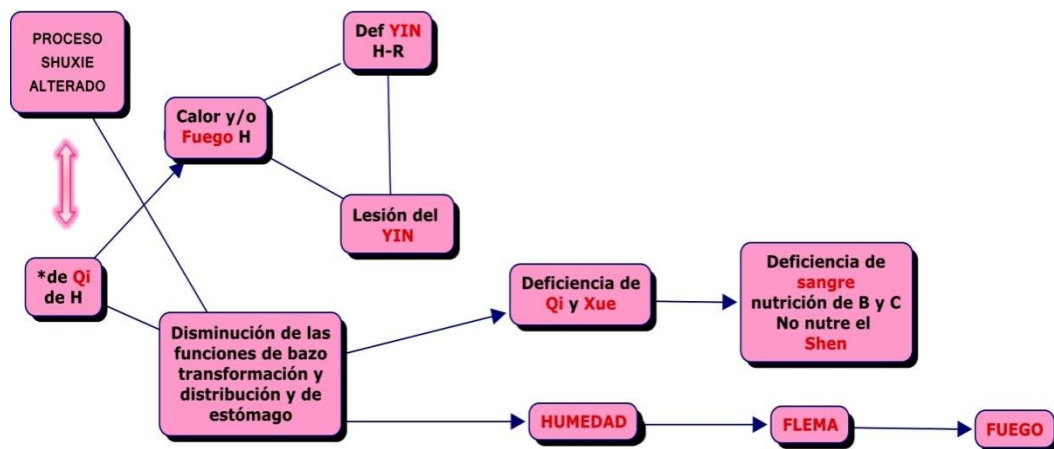
- Etiología

Los desordenes depresivos son causados frecuentemente por el excesivo cansancio intelectual y por depresión mental, lo que hace que el hígado no se extienda como árbol y el bazo falle en su función de transporte; así los líquidos corporales se acumulan, convirtiéndose en flema que asciende lo que causa los desordenes mentales depresivos. La depresión emocional y una disfunción del hígado, usualmente resultan en la disfunción de Bazo en la transformación y la transportación que conduce a una deficiencia de sangre y *Qi*. El estancamiento prolongado de *Qi* puede repletar el *Qi* vital y gradualmente ir consumiendo sangre resultando en una disminución de la nutrición del corazón y daño de la esencia (Padilla 1988)

- SSEFFY (Sangre, Shen, Fuego, Flema, Yin)

En las fases iniciales de la depresión el Estancamiento de Qi de Hígado es el que inicia, posteriormente se convierte en Calor, Flema y Estasis de Sangre; en las últimas fases de la depresión, la plenitud pasa a convertirse en una Deficiencia. Tanto el estancamiento se transforma en vacío, el calor daña el Yin y la Flema daña la función del Bazo a largo plazo, este nos llevará a la Humedad, crónicamente a Flema, para finalizar en Fuego.

El SSEFFY, Básicamente es la alteración los siguientes elementos: **Sangre, Shen, Energía, Fuego, Flema y Yin**, como podemos observar en el siguiente cuadro.



Cuadro IV. Etiología

Así mismo, la deficiencia de Qi, puede producir un Fuego patógeno con lo que se consume el Yin y la Esencia de Riñón y esto puede causar un Síndrome de hiperactividad de Fuego debido a deficiencia de Yin manifestándose con cansancio plenitud torácica e histeria.(Padilla 1988)

- Fisiopatología

Los 6 factores patógenos exógenos son: el Viento, el Frío, el Calor del verano, la Humedad, la Sequedad y el Fuego. Cuando estos factores invaden el cuerpo debido a una baja capacidad en la resistencia (energía defensiva débil) aparecen enfermedades y, entre ellas, disturbios mentales. Si bien los 6 factores exógenos pueden causar trastornos mentales, por regla general son el Viento, el Calor de verano y el Fuego los principales.

Los 7 factores emocionales endógenos son: alegría, ira, ansiedad, preocupación, tristeza, miedo y el terror. Al ser estimulados en forma repentina, fuerte y permanente, pueden causar trastornos en las funciones de los órganos y vísceras, disturbios en la circulación del Qi y Xue (la sangre) conduciendo a enfermedades mentales.

La alteración anormal de las emociones perturba los órganos internos y afectan los mecanismos del *Qi*, haciendo que pierdan la normalidad en el ascenso y descenso y se complique la circulación del *Qi* y *Xue*.

- Funciones de órganos y vísceras en las actividades mentales

Corazón:

Controla los vasos y la Sangre que es la principal base material de las actividades mentales, también atesora el *Shen* que es el espíritu.

Es la parte exterior del Corazón que se encarga de transmitir las órdenes de éste.

Es la cavidad de entrada y salida de la mente, y al igual que el Corazón administra las actividades emocionales.

Pulmones:

Controla el *Qi* y la respiración. Ventila y purifica el aire y canaliza las vías del agua.

El *Qi*: comandante de la sangre; la sangre depende del impulso del *Qi*. Las actividades sanguíneas no pueden separarse de la ayuda del *Qi*.

Los Pulmones regulan la circulación del Agua. Si falla su función de ventilación y de descenso, las vías del Agua se obstruyen. Si pierde propulsión y descenso del Agua, la Flema y la Humedad se estancan, ascienden y trastornan la mente, lo cual puede originar enfermedades mentales. Los pulmones atesoran el coraje.

Estómago (E) y Bazo (B):

El Estómago recibe el alimento. El Bazo lo transporta y transforma, ambos, Estómago y Bazo administran la digestión de los alimentos y bebidas, por lo tanto asimilan, transportan y distribuyen la esencia, siendo por esto la fuente de *Qi* y de la sangre.

Si el Bazo pierde su función normal el *Qi* y la sangre pierde su función de origen y la mente queda mal nutrida. Al igual que si el agua y la humedad se acumulan producen flema que asciende y ataca el corazón y la mente y puede originar enfermedades mentales. El Bazo atesora "la idea".

Hígado (H):

El Hígado administra; Tiene la función de drenaje. Atempera las actividades mentales, este se comunica con el *Sanjiao* para canalizar los conductos del agua.

Si el hígado pierde la capacidad de canalizar, el *Qi* no funciona con fluidez dando origen a un ascenso rápido del *Qi* del Hígado que se manifiesta en irritabilidad, insomnio y trastornos del sueño o bien deprimiendo el *Qi* del Hígado, cuya manifestación se traduce en melancolía, angustia, duda.

Si la sangre no fluye debidamente o el agua no avanza, puede producir estancamiento de flema y humedad que influye en las actividades mentales.

El Hígado atesora "el alma" (*Hun*).

Vesícula Biliar (H):

Gobierna la decisión, el coraje o la cobardía. Si el Qi de Vesícula Biliar es insuficiente, dominará una actitud temerosa.

Riñón(R):

Produce la médula así mismo, el cerebro es el mar de la médula y cavidad del *Shen* original, lo que guarda estrecha relación con las actividades mentales de los seres humanos. Si la esencia renal no es suficiente, el espíritu original no conserva lo que mantiene. Entonces hay envejecimiento prematuro, disminución de la inteligencia, falta de memoria y amnesia. Los riñones atesoran "la esencia vital" y "la voluntad".

En el *Lingshu*, capítulo "*Shen* Propio", se dice:

El Corazón: si se mantiene tenso en permanente alerta, la angustia y la meditación dañan el *Shen*. Con el *Shen* dañado, se teme perder.

El Bazo: si no se libra de la angustia daña el pensamiento. Con el pensamiento trastornado viene el caos.

El Hígado: la excesiva tristeza que conmueve el *Jiao* medio daña el alma. Con el alma dañada se pierde la memoria.

Los Pulmones: la alegría excesiva hiere la psique. Con la psique herida viene el *Kuang* (esquizofrenia de tipo maníaco).

Los Riñones: la cólera incesante daña la voluntad. Con la voluntad dañada se olvida el pasado.

O sea que el excesivo cambio emocional puede perjudicar a los cinco órganos. (De Cáceres, 2002)

XV. DIFERENCIACIÓN SINDROMÁTICA

- Estancamiento del Qi en el Hígado.

La presencia de este síndrome es frecuente cuando el problema es agudo y generalmente su principal causa es un ataque de ira, o una situación que provoque gran tristeza al paciente, originando que el Hígado se estanque y altere su función general. (Ordoñez, 1993)

Síntomas principales:

Depresión anímica, con inestabilidad, agobio torácico, tendencia al suspiro, plenitud, distensión y dolor en el pecho y en la zona costal, dolor no fijo, distensión abdominal, anorexia, acumulación de aire en la región gástrica, eructos, vómitos, pérdida de la normalidad en la evacuación de la materia fecal, lengua pálida, saburra delgada y pegajosa, pulso de cuerda. (Depresión y acupuntura, 2009)

Otros síntomas: nudo en la garganta, alteración de las evacuaciones, astenia, irregularidad menstrual.

El Hígado no puede extenderse libremente, se debilita su función de alcanzar, legar, promover, también se altera su función depuradora de drenaje, por eso se muestra en el ánimo deprimido.

Cuando la depresión permanece largo tiempo, se pierde la suavidad del carácter y el enfermo se irrita fácilmente, el *Qi* se estanca y no fluye, provocando sofoco en el pecho que se alivia con suspiros. El *Qi* de Hígado se estanca, los meridianos no fluyen favorablemente, por eso hay dolor y distensión en el tórax, los pechos y el vientre, sitios donde pasa el canal de hígado. La anomalía del *Qi* de Hígado, afecta la sangre, si el *Qi* se estanca se produce la estasis de la sangre.

La enfermedad del canal de Hígado, afecta los canales *Ren* y *Chong*, por eso hay irregularidad y dolor en la menstruación, el *Qi* de hígado sube y se junta con la flema en la garganta, por eso se siente como si hubiera un nudo. (Ordoñez, 1993)

Tratamiento:

Canalizar el Hígado y eliminar el estancamiento, regular el *Qi* (energía) y recuperar la función del Estómago. Se escogen los puntos de los canales *Jueyin* del pie y de la mano, con método dispersante.

Formula: *Taichong* (H3), *Neiguan* (Pc6), *Shanzhong* (Ren17), *Qimen* (H14), *Zusanli* (E36) (tonificar), *Sanyinjiao* (B6) (tonificar). (Depresión y acupuntura, 2009)

- Estancamiento del *Qi* que se convierte en Fuego.

Este síndrome se presenta como una continuación del anterior, en donde el daño energético es mayor, en el cual la energía estancada, origina fuego que sube al Corazón y altera el espíritu.

Síntomas principales:

Irritabilidad, distensión y dolor en el pecho y los hipocondrios, regurgitación ácida, amargura en la boca y sequedad en la garganta, estreñimiento, orina escasa y roja, cefalea, ojos rojos, acufenos, lengua con el borde rojo, saburra amarilla y áspera, pulso tenso y rápido. (Depresión y acupuntura, 2009)

Otros: ansiedad, insomnio, mareo, sensación de ardor en los ojos. (Ordoñez, 1993)

Por el exceso del Fuego del Hígado, falla el drenaje, por lo que se produce irritabilidad, al subir el fuego molesta al Corazón, al *Hun* y al *Shen*, por lo cual se sufre de insomnio, pesadillas ininterrumpidas, alucinaciones al atacar la cabeza y los ojos, aparecen cefaleas y mareo, en los oídos suenan como olas y se enrojecen la cara y ojos. El Fuego se estanca en el canal del hígado por eso hay dolor en el pecho e hipocondrios. El Fuego del Hígado junto con el *Qi* de Vesícula Biliar fluye inundando hacia arriba, por eso hay amargura en la boca y sequedad en boca y garganta.

El Fuego daña el líquido y la humedad, con lo que surge estreñimiento y orina roja. La lengua con el borde rojo, la saburra amarilla y áspera, el pulso rápido y tenso, son fenómenos que expresan el exceso del fuego del hígado. (Ordoñez, 1993)

Tratamiento:

Limpia el Hígado y elimina el Fuego. Se escogen puntos de los meridianos *Jueyin* del pie y *Shaoyang* del pie, aplicándose método dispersante.

Fórmula: *Taichong* (H3), *Xingjian* (H2), *Yanglingquan* (Vb34), *Zusanli* (E36), *Tianshu* (E 25) y *Qimen* (H14).

- Acumulación de la Flema.

Este síndrome es también una fórmula de evolución de la enfermedad, que inicialmente era un estancamiento, de tal manera que cuando se realiza la función de drenaje el hígado, se estanca la energía y esta invade al Bazo, alterando la función normal de transporte, produciendo entonces Flema, la cual se acumula en garganta y diafragma, provocando sensación de obstrucción y sofocamiento, con distensión abdominal.

- Síntomas principales:

Sensación de obstrucción en la garganta, que no se elimina aunque se escupe y no baja aunque se intenta tragar, sofoco en el pecho, distensión abdominal, pérdida del apetito, saburra blanca y pegajosa, pulso tenso y resbaladizo. Estos síntomas se agravan cuando hay cambios emocionales. (Depresión y acupuntura, 2009)

Otros síntomas: lengua blanca o violácea, anorexia, angustia, insomnio, pesadillas respiración ruidosa, estreñimiento. (Ordoñez, 1993)

- Tratamiento:

Canalizar y evacuar el Hígado, eliminar el estancamiento, fortalecer el B y diluir la flema. Se escoge el punto *Shu* (dorsal) del Hígado, los puntos del canal *Ren* y los del *Jueyin* del pie. Se aplica método dispersante. Se coordina con moxibustión. (Depresión y acupuntura, 2009)

Fórmula: *Ganshu (V18)*, *Qimen (H14)*, *Shanzhong (Ren17)* (moxibustión), *Tiantu (Ren22)*, *Neiguan (Pc6)*, *Fenglong (E40)* (moxibustión), *Zusanli (E36)* y *Sanyinjiao (B6)*.

- Deficiencia de sangre y energía en el Corazón y el Bazo.

Este síndrome se presenta cuando el paciente, tiene trabajo mental o preocupación excesiva, los cuales dañan al Bazo y consumen la Sangre del Corazón, perdiendo este su ánimo y apoyo.

- Síntomas principales:

Excesiva meditación y preocupación, palpitación, insomnio, amnesia, cara opaca, distensión abdominal, anorexia, mareo y vértigo, lengua pálida, pulso filiforme y débil. (Depresión y acupuntura, 2009)

Otros síntomas: evacuaciones flojas, palpitaciones, menstruaciones abundantes.

El Corazón administra la sangre, al Bazo produce y domina la sangre. Por la deficiencia y debilidad de la sangre en el Corazón, o por la deficiencia del Bazo que no produce Sangre, el Corazón no tiene sustento, por eso hay palpitaciones, estupor, pesadillas, amnesia. El Bazo pierde su función normal de transporte, por eso el paciente pierde apetito, tiene distensión abdominal y heces blandas. El Bazo rige los músculos, si el *Qi* y la Sangre son insuficientes, los músculos no encuentran posibilidad de nutrirse y humedecerse, por eso se siente fatiga en los miembros. Por deficiencia de Bazo hay escasez de sangre, que no sube para dar brillo a la cara. El Bazo débil, no puede dominar la sangre, por eso el flujo menstrual es abundante y a su vez la debilidad de la sangre no logra el llenado debido, por eso reduce el flujo menstrual e incluso llega a provocar palidez, e la lengua que esta blanda y el pulso fino y débil.

- Tratamiento:

Fortalecer el Bazo y beneficiar el *Qi*, alimentar la sangre y calmar el ánimo, escogiéndose puntos *Shu* (dorsal) y de los meridianos del Bazo y del Estómago. Se usa el método de tonificar y se coordina con la moxibustión. (Depresión y acupuntura, 2009)

Fórmula : *Xinshu (V15)* (moxibustión), *Pishu (V20)* (moxibustión), *Zhongwan (Ren12)*, *Zusanli (E36)* (moxibustión), *Sanyinjiao (B6)*, *Shenmen (C7)* y *Baihui (Du20)* (moxibustión).

- Deficiencia del *Yin* y exceso de Fuego.

Este síndrome también puede tomarse como una complicación de los anteriores, el origen está en que los pacientes que sufren de depresión e ira.

Síntomas principales:

Angustia, irritabilidad, mareo y vértigo, palpitación, insomnio, sudoración nocturna, rubor malar, calor en las palmas de las manos y las plantas de los pies, agujetas en la zona lumbar y las rodillas, espermatorrea, irregularidad en la menstruación, lengua tierna y roja y con poca saburra, pulso delgado y rápido. (Depresión y acupuntura, 2009)

Tratamiento:

Tonificar *Yin* y eliminar el Calor, calmar el Corazón y tranquilizar el ánimo. Se escogen puntos *Shu* (dorsal) y puntos de los meridianos *Shaoyin* del pie y *Shaoyin* de la mano como principales. Se aplica el método de tonificar. (Depresión y acupuntura, 2009)

Fórmula: *Xinshu (V15)*, *Ganshu (V18)*, *Shenshu (V23)*, *Pishu (V20)*, *Taichong (H3)*, *Ligou (H5)*, *Fuliu (R7)* y *Yinxi (C6)*.

XVI. TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

1) Ventosas:

Sobre los *Shu* dorsales y los extra *HuatoJiaji (EX B2)** aumentan la hiperemia (circulación superficial) promoviendo un mejor flujo de *Qi* y *Xue*.

2) Digitopuntura:

Sobre los puntos *Shu* dorsales y los extra, *HuatoJiaji (EX B2)* tienen básicamente dos funciones:

Nos muestran el estado de órganos y vísceras y bloqueos posibles dentro del trayecto del canal de Vejiga sobre los puntos *Shu* y *Huato*, desde la palpación.

Permite trabajar metaméricamente, o sea, activando los *SHU* comenzamos a dinamizar el *Qi* de los *Zangfu* que es transportado y dispersado en dichos puntos. Los puntos *Shu* dorsales son muy importantes para el diagnóstico y tratamiento, ya que si algún órgano *Zangfu* sufre una alteración aparecen puntos dolorosos a la presión u otras reacciones anormales en la espalda. También se usan para enfermedades *Yin* en *Yang*.

3) Moxibustión

Sobre el punto *Zhongwan (Rm12)*, ubicado a 4 *cun* por encima del ombligo, regulariza la función de los intestinos y el Estómago, diluye la humedad y desciende lo turbio. Es el punto *Mu* (frontal) del Estómago, y uno de los ocho puntos de confluencia que controlan las vísceras; también es punto de reunión de los

meridianos *Taiyang* de la mano (ID), *Shaoyang* de la mano (SJ), *Yangming* del pie (Estomago) y el Vaso concepción. Está indicado para el insomnio, el cansancio, regurgitación ácida y estreñimiento. También trata el ascenso del *Qi* a causa de un excesivo cansancio intelectual.

Sobre el punto *Qihai (RM6)*, ubicado a 1,5 cun debajo del ombligo, tonifica los riñones y alimenta la energía original, beneficia el *Qi* y regula la circulación de la sangre. Es "mar de energía". Es un punto que fortalece y tonifica, y es muy importante. Está indicado para la depresión anímica, estreñimiento, impotencia, irregularidades menstruales, infecundidad.

Sanyinjiao (B6) es el punto de reunión de los tres meridianos Yin del pie (H y R) ubicado a 3 cun por arriba de la punta del maléolo interno sobre el borde posterior de la tibia. Este punto fortalece el Bazo y beneficia el *Qi*, tonifica y regulariza el Hígado y los Riñones, alimenta la sangre y calma el ánimo. Está indicado para insomnio, mareo, desmayo, palpitación, desconfianza, preocupación, tristeza con ganas de llorar, amnesia, estreñimiento, impotencia, infecundidad, irregularidades menstruales, angustia e irritabilidad. Esa etiología correspondiente al estrés provocado por el estancamiento del *Qi* del Hígado (que se convierte en Fuego que asciende y afecta al corazón), provoca insomnio, pesadillas, ojos rojos. El *Qi* del Hígado invade el estómago por lo que el paciente tiene poco apetito. El calor del Fuego consume los líquidos corporales por lo que se produce estreñimiento, saburra amarilla. La lengua roja y el pulso tenso y rápido son síntomas de mucho Calor y Fuego en el canal del Hígado. Drenando y suavizando la función del Hígado se elimina el estancamiento y se regula el *Qi*. (De Cásares, 2002)

4) Electroacupuntura:

Es un tipo de estimulación acupuntural no farmacológica que consiste en estimular eléctricamente las agujas ya insertadas en el paciente, por medio de un aparato llamado electro-estimulador.

La electroacupuntura se empezó a utilizar en la década de 1940 y fue factor decisivo para que la acupuntura no fuera prohibida en China durante la Revolución Cultural.

Esta técnica surgió en Alemania en los años cincuenta, fue en dicho periodo cuando apareció el primer aparato destinado para realizar acupuntura, "el Diatepunter", que fue sustituido más adelante por el dermatrón, que es el que se utiliza en la actualidad, con las modificaciones lógicas o la evolución, que ha tenido la técnica hasta este tiempo, dándole el nombre de su creador. Dr Reinhold Voll. Se basa en el hecho de que la medida de la resistencia eléctrica de la piel en los puntos de acupuntura, proporciona información sobre el estado funcional de los órganos, relacionado con dichos puntos.

Esta técnica ha permitido realizar una estandarización de los parámetros de la estimulación acupuntural, lo cual es un requisito en la metodología científica, con ello se han logrado realizar protocolos de investigación sin variabilidad en la estimulación en su forma e intensidad al reproducir y sustituir la estimulación acupuntural manual y hacer de ella un valor cuantificable, medible, verificable, objetivo, exacto y reproducible ya que se puede calibrar y controlar en su intensidad, tipo de onda, frecuencia y tiempo.

Se han demostrado diferentes efectos fisiológicos al utilizar frecuencias bajas, medianas o altas. En diversos experimentos relacionados con dolor crónico tratado con electro-acupuntura se pudo determinar que el uso de la frecuencia baja promueve la liberación de encefalinas y beta-endorfina que clínicamente se traduce en un efecto analgésico prolongado pero que se logra de manera acumulativa, en tanto que el uso de alta frecuencia origina la liberación de dinorfina la cual produce un efecto analgésico que se logra rápidamente pero que tiene una menor duración, pero si se utilizan ambas frecuencias alternándolas se da la liberación simultánea de estos tres opioides endógenos, promoviéndose así un efecto más potente y obteniendo el doble beneficio de dichas frecuencias.

Bajas: 2-4 Hz

Medianas: 15-20 Hz

Altas: 100-200Hz

XVII. SHEN Y HUN

El *Shen* es la actividad intelectual, el pensamiento, el razonamiento, este incluye la capacidad de abstracción, es la función que a través del cálculo puede prever los acontecimientos, su actividad máxima es en el día, su hemisferio cerebral es el izquierdo, es un elemento de tipo Yang. Su alteración se evidencia por alteraciones mentales, en el pensamiento e intelecto. Hay de 2 tipos: exceso y deficiencia.

Exceso: alteraciones que van desde un grado de excitación mental leve hasta alteraciones graves de conciencia, pueden presentar síntomas como; falta de concentración, insomnio, fácil olvido, pérdida de interés para realizar actividades mentales, ansiedad, taquicardia, casi siempre asociado con boca y garganta reseca.

Deficiencia: estado leve de apatía mental pasando por la somnolencia, el estado de coma hasta la muerte cerebral.

El Hun es la parte inconsciente, la intuición, intención, mensaje subliminal, etc. Su actividad máxima es en la madrugada, su hemisferio es el derecho y controla los componentes cognitivos de la emoción. Contiene los deseos, recuerdos, temores, ideas reprimidas, etc.

- *Relación Hun- Shen.*

Hun es considerado como Yin y Shen es yang.

Shen pensamiento- Hun la intención.

Shen actividad durante el día- Hun durante la madrugada.

Shen símbolos- Hun expresiones.

Shen orden. Hun caos.

(González, 2009)

El Hun es el util que utiliza el Shen para manifestarse y exteriorizarse en toda su plenitud: inteligencia, espiritualidad, intuición, sueños, introspección, creatividad, imaginación, respeto, amor a la vida, entusiasmo en la vida, ideas, palabras. (Guizzo, 2006).

XVIII. USO DE LOS PUNTOS

Baihui (DM20)(las cien reuniones)

Localización: en la línea media del cráneo en su unión con la línea que va de la punta de la oreja a otra, a 5 cun atrás de la implantación anterior del pelo.

Función: asciende el yang, sube la energía, aclara el cerebro, tranquiliza el espíritu, equilibra la función del Hígado.



Figura I. *Baihui*.



Figura II. *Baihui*

Yintang (B6) (*Extra*)

Función: Desciende la energía rebelde que asciende de la cabeza, dispersa viento, abre los orificios del corazón, drena canales y aviva colaterales.

Localización: En el punto medio de la línea que une las dos cejas.

Colocado hacia arriba: Favorece el proceso depurativo del hígado, abre los orificios del corazón, tranquiliza el espíritu.



Figura III. *Yintang*



Figura IV. *Yintang*

Sanyinjiao (B6) (lugar donde se cruzan los 3 *yin* del pie)

Localización: 3 cun por arriba del maléolo interno en el borde de la tibia. En la depresión anteroinferior del maleolo interno, en la parte media entre la prominencia del hueso navicular y la punta del maleolo interno con el punto Yinlingquan (VB34).

Función: Tonifica los procesos de transformación y distribución del bazo, regula la dinámica de la energía del estómago, asciende la energía pura, tonifica la sangre y favorece la regeneración de *yin*.



Figura V. *Sanyinjiao* (B6)



Figura VI *Sanyinjiao* (B6).

En el trabajo sobre depresión del Doctor Roberto González aparece una revisión de 55 artículos donde se investiga diferentes aspectos de la medicina tradicional china en depresión, incluyendo acupuntura.

Uno de los métodos con acupuntura que más se recomienda en el tratamiento de acupuntura es la aplicación de dos puntos en el cráneo; *Baihui* (DM 20) y *Yintang* (Extra). Como se muestra en la revisión bibliográfica hecha en 18 artículos, en la cual se identifica que en 16 artículos se recomendó *Baihui* y en 11 artículos se recomienda *Yintang* (Extra).

El porcentaje del uso de los puntos en los diferentes artículos revisados fue la siguiente. Siendo 45 los puntos más usados y la relevancia de los puntos utilizados en esta tesis fue lo siguiente

- *Baihui*(DM 20) 18 (88.8%)
- *Sanyinjiao* (B6) 12 (66%)
- *Yintang*(Extra). 11 (61%)

Por lo anterior se confirma que los puntos tienen buen funcionamiento inclusive de manera independiente.

También se sabe que *Yintang* (Extra) dirigido hacia arriba incrementa la función de las vías monoaminas (vías que van desde el tallo cerebral) (González 2010)

Baihui (DM 20) es todo un sistema que regula la actividad del cerebro medio, sistema límbico, comunicación interhemisférica, función hipotalámica, etc. (González 2010)

Sanyinjiao (B6) es nuestro maestro tonificador de *yin* de los 3 *jiaos*. La depresión provoca deficiencia de *Yin* de Hígado, Bazo y Riñón, por lo cual es necesaria la utilización de este punto.

XIX. ANTECEDENTES

Efecto de la Electroacupuntura en Baihui (DM20) y Yintang (extra) sobre la Depresión en Adolescentes”.

Laura Luz Mendoza Ibarra

Se seleccionó un grupo de pacientes adolescentes infractores

Cumpliendo sentencia en el Sistema Penitenciario del D.F. para identificar aquellos con depresión mediante prueba de Beck. Se formaron dos grupos de estudio.

Grupo 1, tratado con electroacupuntura a 2Hz en los puntos Yintang (extra) y Baihui (DM20) durante 20 min por 10 sesiones dos veces por semana y Grupo 2 tratado con Psicoterapia convencional. Se realizaron evaluaciones periódicas a la 5ª y 10ª sesiones para determinar la mejoría de la depresión.

Resultados. Se obtuvo una muestra de 80 pacientes de los cuales se excluyeron 10 por inasistencia. La muestra final fue de 36 pacientes en el grupo 1 y 34 en el grupo 2. Al inicio todos los pacientes de ambos grupos tenían algún grado de depresión, al final del tratamiento el 61% (22) de los pacientes del grupo 1 se encontraban sin depresión, y solo el 2.94% (3) en el grupo 2.

Conclusiones: La electroacupuntura a 2Hz en Baihui (DM20) y Yintang (extra), por 20 minutos dos veces por semana durante 10 sesiones, tiene efecto estadísticamente significativo ($P < 0.01$) en la mejoría de depresión en adolescentes, en comparación con la psicoterapia convencional manejada en el Sistema Penitenciario.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN CON ELECTROACUPUNTURA.

Roxana Danet Vázquez Jurado.

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, descriptivo, experimental en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico y psicométrico (ITC, SCL-90, Hamilton y Carroll) de depresión mayor. Se distribuyeron de forma aleatoria en dos (acupuntura ficticia y electro acupuntura 15 min.), Se tomo muestra de cortisol salival al inicio y final del tratamiento. Las evaluaciones psicológicas se realizaron en las sesiones 0 - 4 - 8- 10.

Los puntos ocupados en los grupos de electro acupuntura de 15min fueron: Baihui (DM20), Taiyang (Extra), Neiguan (PC 6), Shenmen (C7), Xinshu (V15), Shenshu (V23), Sanyinjiao (B6) con estimulación de 4 Hertz a tolerancia del paciente.

En el caso del grupo de acupuntura ficticia se insertan las agujas con aplicador en no puntos de cabeza, manos y pies; sin buscar la sensación acupuntural, manejando un tiempo de 15 min. por sesión.

La fórmula utilizada en este estudio mostró un efecto terapéutico, reduciendo la sintomatología depresiva en los pacientes estudiados en comparación con el grupo control.

Concluyendo que la electroacupuntura es efectiva en el tratamiento para la depresión. Con el tratamiento de electroacupuntura los niveles de ansiedad y depresión disminuyen desde la primera sesión hasta en un 30%

Estadísticamente no existió diferencia entre Grupo control y caso.

Sin embargo en el grupo caso los niveles de ansiedad y depresión disminuyen por debajo del horizonte clínico y en el grupo control disminuyen los niveles pero no sobrepasan el horizonte clínico.

EFFECTO DE LA ELECTROACUPUNTURA APLICADA EN LOS PUNTOS YINTANG (EXTRA) Y BAIHUI (DM 20) EN LA DEPRESIÓN EVALUADA CON EL TEST DE HAMILTON”.

Diana Leticia Hernández Aranda

Cuarenta pacientes captados en la Clínica de Acupuntura de la E.N.M y H del I.P.N. y en una clínica particular, quienes obtuvieron más de diez puntos en el Test de Hamilton fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental o a un grupo control. El grupo experimental recibió tratamiento estandarizado con electroacupuntura en modalidad denso-dispersa en los puntos Baihui (DM20) y *Yintang*(Extra). El grupo control recibió tratamiento con acupuntura aplicada en no-puntos además de no haber sido conectados a electroestimulador. Todos los pacientes recibieron tratamiento acupuntural una vez por semana en diez ocasiones durante veinte minutos. La aplicación del Test de Hamilton se hizo al principio y al término del tratamiento de diez sesiones.

Resultados: En comparación con los pacientes del grupo control, los pacientes del grupo experimental mostraron una disminución significativa en la puntuación obtenida en el Test de Hamilton después del tratamiento. La disminución en la puntuación fue de 65%(P= 0.0005) en los participantes del grupo experimental en comparación al 0% (P=0.920) del grupo control. Se observó que aunque algunos de los participantes del grupo control mostraron mejoría, ésta no fue lo suficientemente notoria como para modificar el porcentaje final además de que otros participantes de este mismo grupo obtuvieron mayor puntuación en el test al finalizar el estudio.

Conclusión: Los resultados del estudio sugieren que la terapia con electroacupuntura es una opción de tratamiento eficiente para los pacientes con depresión.

EFFECTO DE LA ELECTROACUPUNTURA EN PERSONAL MILITAR CON DEPRESIÓN.

Liliana Pérez Mitre.

Se captaron 100 pacientes divididos en 2 grupos, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión. El gpo. 1 fue el gpo. control sin ningún tipo de tratamiento, solo la aplicación de el test de Beck, 0,6 y 12 sesiones y al mes de concluido el estudio, el gpo 2 fue el grupo estudio, al cual se le dio tratamiento acupuntural, empleando los acupuntos, *Ynitang*, *Baihui*, a los del gpo 2 se les dio cita 2 veces por semana hasta completar 12 sesiones.

Los resultados obtenidos en la 6ta sesión del estudio según el test de Beck en el grupo control, se reportaron 8 pacientes con depresión moderada-severa (16%) así como 1 paciente con depresión severa (2%). En comparación el grupo estudio registro 6 pacientes dentro de intervalo normales (12%) y 2 pacientes con depresión moderada-severa (4%). En la 12 sesión se observó una mejoría en el grupo estudio, pues el 86% de los pacientes registraron parámetros normales a diferencia del grupo control empeoró un 28%. Al mes de concluido el grupo estudio conservó parámetros normales en un 76% a diferencia del grupo control que solo permaneció con el 2%.

En el 2007 Zhang en un hospital de China comparó la efectividad del manejo de la depresión con paroxentina combinada con electroacupuntura y con paroxetina sola. Se trataron a 42 pacientes con depresión de los cuales se hicieron 2 grupos: 30 en el grupo 1 se incluyeron 22 pacientes que se manejaron con Electroacupuntura (EA) en *Baihui* (DM20) y *Yintang* (extra) y paroxetina y otro grupo control con 20 pacientes manejados solo con paroxetina, durante 6 semanas. La efectividad terapéutica se evaluó con el test de Hamilton para depresión aplicada en la semana 1, 2, 4 y 6 al final del tratamiento. Se mostró una mejor efectividad con la combinación de EA y paroxetina con un 72.7% de mejoría en comparación con paroxetina sola con un 40% de mejoría.

XX. JUSTIFICACIÓN.

En México año con año aumenta la incidencia de depresión en personas de todas las edades, en la actualidad han ido incrementando los casos de depresión en edades pediátricas, esto no era común en años pasados.

Los trastornos depresivos han aumentado en los últimos años, por lo que se dice que son la 2da causa de incapacidad en los países desarrollados y la cuarta a nivel mundial, se estima que para el 2020 será la 2da causa de morbilidad en ausentismo laboral, siguiendo en lista a las enfermedades del corazón(Ríos 2003).

En México se han encontrado a 4 millones de personas que padecen algún síntoma de depresión. (Consenso 2002)

En México una encuesta realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría, encontró que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, aparecen en edad más temprana y en ocasiones por el uso de ciertos fármacos (Ríos, 2003)

Se ha demostrado que la acupuntura y la electroacupuntura aportan beneficios importantes en el tratamiento de la depresión, el uso de ella ha confirmado que reduce considerablemente los síntomas de depresión.

XXI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué efecto tendrá la Electro Acupuntura en pacientes diagnosticados con depresión y puede ser evaluado con la escala de Beck?

XXII. HIPÓTESIS

Se demostrará el efecto de una formula de puntos con electroacupuntura, en el tratamiento de la depresión, obteniendo disminución de síntomas depresivos, utilizando la escala de Beck.

XXIII. OBJETIVOS

Verificar el efecto de la electroacupuntura en pacientes con depresión, evaluado con la escala de Beck.

- Objetivos particulares.

Captar pacientes con depresión.

Diagnosticar a pacientes con depresión según la escala de Beck.

Aplicar la fórmula de enerpuntos: Baihui (DM20), Yintang (Extra) con electroestimulación a 2 hz, además de Sanyinjiao (B6) por 20 minutos, 2 veces por semana durante 10 sesiones

Comparar y hacer análisis estadísticos de los resultados de la escala de Beck.

XXIV. TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, longitudinal, Ordinal, clínico, observacional.

XXV. CRITERIOS

- Criterios de inclusión:

Sexo: masculino o femenino.

Edad: 18-90.

Pacientes con depresión según la escala de Beck.

Con o sin tratamiento farmacológico para depresión.

Pacientes que deseen participar en el protocolo.

- Criterios de exclusión:

Pacientes menores de 18 años y más de 90.

Pacientes sin depresión según el test de Beck.

- Criterios de eliminación:

Pacientes que no acudan a 4 sesiones seguidas de tratamiento.

Pacientes que se quieran salir del estudio.

Pacientes con duelos durante el tratamiento.

- Variables:

Dependiente: el resultado según el test de Beck.

Independiente: electroacupuntura aplicada en los puntos: Baihui(DM20), Yintang (Extra) y Sanyinjiao (B6) con acupuntura.

XXVI. MATERIAL Y METODOS

- Material:

Test de Beck impresos.

Bolígrafos.

Carta de consentimiento informado.

Agujas de acupuntura.

Electroestimulador.

Agujas de acupuntura.

Alcohol

Torundas

Camastros

XVII. RECURSOS HUMANOS

Directores de tesis.

Dra. Mónica Luz Gómez Esquivel.

Dr. Roberto González González

Realizadores de encuestas:

Rosa Valdez. Enfermera especialista en Salud Pública.

Dimas Calderón. Médico cirujano y partero, estudiante de Acupuntura y fitoterapia.

Osiris Calderón, Médico Cirujano y Homeópata, Estudiante de la Especialidad en Acupuntura.

XXVIII. MÉTODO

Punción:

Se colocó al voluntario en decúbito dorsal con la cabeza ligeramente elevada (15° aprox.)

Se utilizaron agujas desechables de acero inoxidable de 40 mm y 0.30 mm de grosor.

La aguja número 1 se insertó en el punto que se encuentra a aprox. 1 cm del lado derecho, sobre una línea trazada del punto *Baihui* (DM 20) a la apófisis mastoidea (a 45° de la sutura medio sagital de la cabeza). Se dirige hacia el punto *Baihui* (DM20) y debe atravesarlo de manera oblicua y subcutánea al menos 0.5 cm. de tal forma que la punción va de derecha a izquierda (de *Hun* a *Shen*) y de la parte posterior a la anterior. La segunda aguja se coloca en el punto *Yintang* (Extra), la punta dirigida hacia el punto *Benshen* del lado izquierdo de manera subcutánea al menos 0.7 a 1 *Cun* de profundidad.

Una vez colocados los 2 primeros puntos, se conectan al equipo de electroestimulación de marca y modelo KWD-808 I Pulse acupuncture&moxibustión treatment device, el polo positivo se coloca en el punto *Baihui* (DM 20) y el negativo en el punto *Yintang* (Extra), se tiene que ir aumentando la intensidad del estímulo hasta que el paciente refiera la sensación de pulsación y una frecuencia de 2 Hz. Se ajusta el reloj a 20 min., se inicia la electroestimulación hasta haber puesto el tercer punto.

Se aplicó Sanyinjiao (B6), a 3 cun del maleolo interno por atrás de la tibia, dirigido hacia *Yanglingquan* (VB34), en método de tonificación.

Se dejan los puntos por 20 minutos posteriormente se retiran de forma contraria a la inserción.

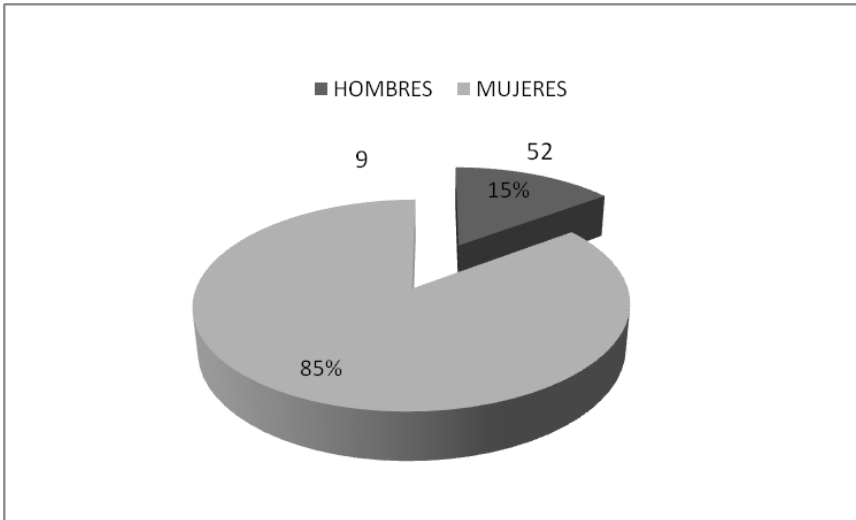
XXIX. RESULTADOS

Tabla V. Concentrado de pacientes.

PACIENTE	EDAD	SEXO	1 sesion	6ta	10ma
1	55	F	12	9	3
2	30	F	20	16	10
3	56	F	23	15	10
4	51	F	20	17	12
5	53	F	29	18	10
6	59	M	12	6	5
7	35	M	18	17	6
8	86	F	20	9	8
9	51	F	37	30	16
10	22	F	30	18	6
11	55	F	33	25	12
12	28	F	19	10	7
13	65	F	15	12	9
14	30	F	19	10	8
15	43	F	51	17	9
16	24	F	42	22	15
17	29	F	20	16	10
18	53	F	45	23	14
19	65	F	19	10	6
20	40	F	19	12	13
21	69	M	20	14	5
22	29	F	24	12	8
23	33	F	28	12	9
24	60	F	24	15	11
25	29	M	19	10	9
26	55	F	20	14	6
27	50	F	18	5	4
28	77	M	32	12	18
29	31	F	43	19	12
30	55	F	15	12	9
31	38	F	19	9	5
32	64	F	22	18	13
33	55	F	17	7	7
34	46	F	9	3	3
35	60	F	31	14	10
36	73	F	37	17	13
37	65	F	22	12	9
38	26	F	21	27	19
39	44	F	38	31	11
40	69	F	23	13	8
41	59	F	18	10	9
42	62	F	11	6	2
43	38	F	17	10	7
44	40	F	19	12	6
45	53	F	29	17	13
46	44	F	20	17	9
47	30	F	28	20	9
48	63	F	29	17	4
49	65	F	28	14	11
50	29	F	15	15	5
51	26	M	38	22	8
52	53	F	29	17	7
53	31	M	18	13	10
54	54	M	16	14	6
55	26	F	11	1	6
56	56	F	26	12	5
57	34	M	27	19	11
58	59	F	29	19	10
59	63	F	32	18	10
60	50	F	44	34	21
61	52	F	23	16	10

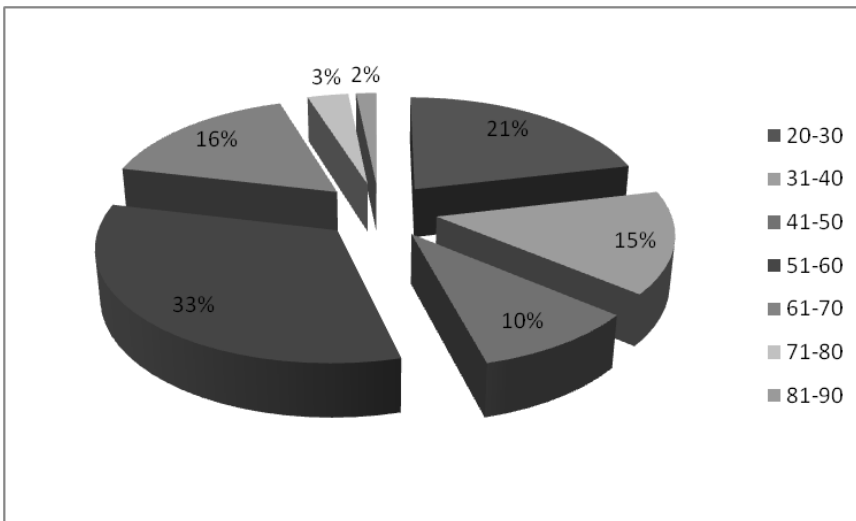
Concentrado de pacientes que participaron en el protocolo, por edad, género, y puntuación del test.

Gráfica III . Porcentaje por género.



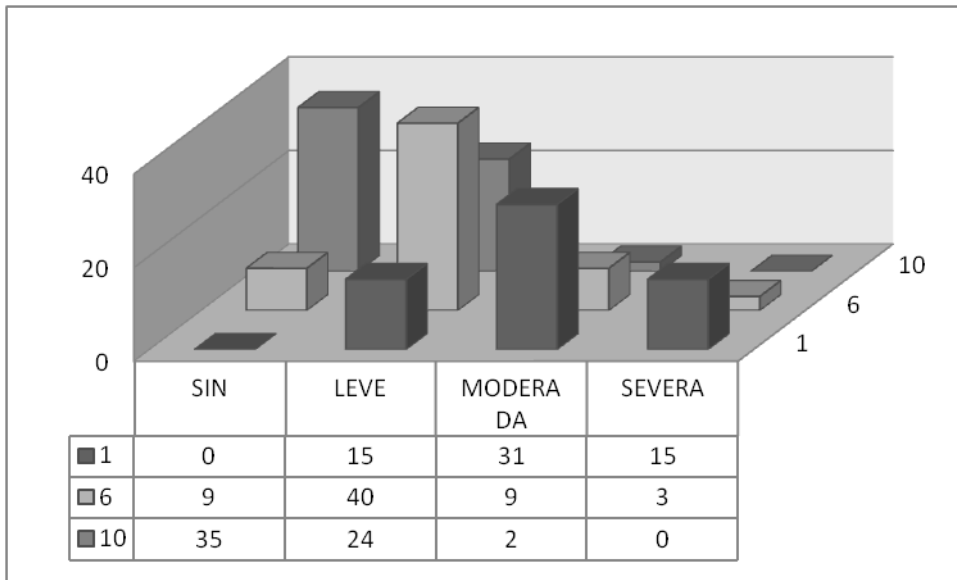
Esta gráfica nos muestra el porcentaje de hombres y mujeres que terminaron el protocolo, se puede percibir, que el porcentaje mayor es de mujeres con 85% y el menor de hombres con 15%. Debemos recordar que ya se había comentado anteriormente en el texto, que la incidencia de depresión en mujeres es mayor que en los hombres.

Gráfica IV. Pacientes por grupos etarios.



Esta gráfica indica que el grupo etario con mayor población fue el de 51-60 años tomando un 33%, le sigue 20-30 años con 21%, 61-70 con 16%, 31-40 con 15%, 41-50 con 10%, 71-80 con 3%, y 81-90 con 2%.

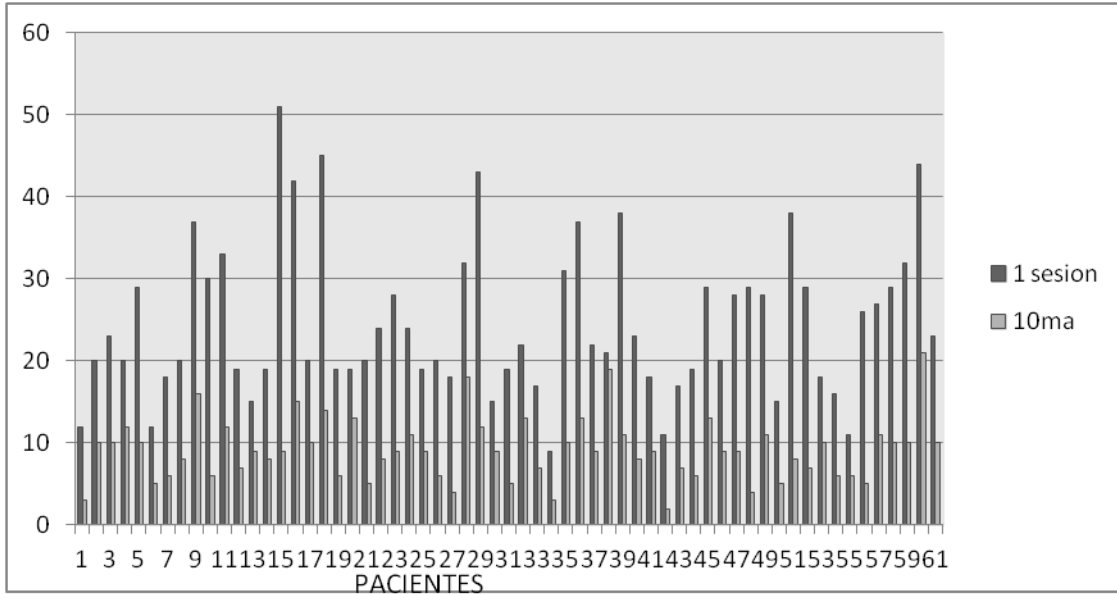
Gráfica V. Comparativa de severidad.



En esta gráfica podemos observar que en la sesión 1 no había pacientes sin depresión, 15 pacientes con depresión leve, 31 pacientes con depresión moderada y 15 pacientes con depresión severa, en la sesión 6 los valores se modificaron, siendo 9 pacientes sin depresión, 40 con depresión leve, 9 con depresión moderada y 3 con depresión severa, y en la sesión No.10 había 35 pacientes sin depresión, 24 con depresión leve, 2 con depresión moderada y 0 con depresión severa. Con lo anterior podemos decir que a disminución de la sintomatología de la depresión valorada con la escala de Beck es muy evidente en la realización de los test consecutivos.

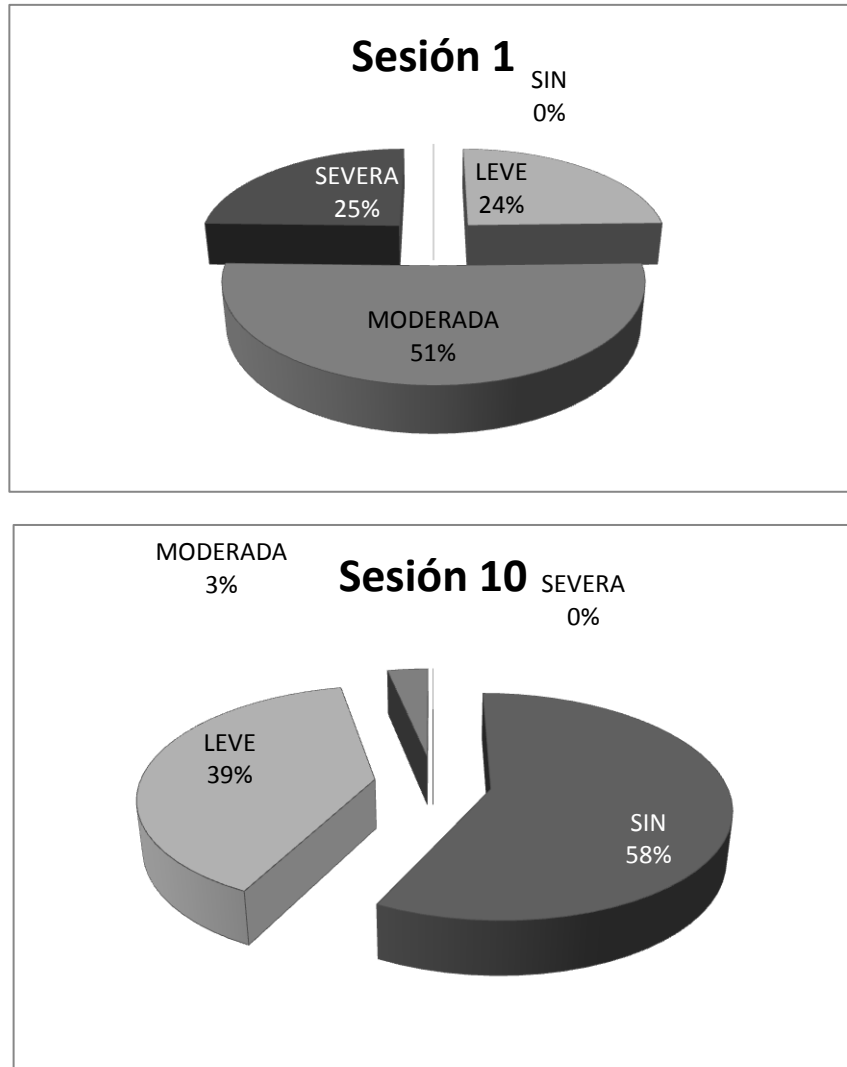
Se puede observar que 6 pacientes tenían puntuación de más de 40 en la escala de Beck, lo que indica una depresión severa, a estos pacientes se les sugirió tratamiento en conjunto con psiquiatría.

Gráfica VI . Comparativo por puntuación entre la sesión 1 y 10.



Tomaremos como ejemplo al paciente número 18 que en su primera sesión obtuvo una puntuación en la escala de Beck de 45 y en su sesión número 10 su calificación fue de 14, se nota una disminución de 19 puntos, así como en esta en todos los pacientes podemos notar la disminución tan evidente que hubo entre la primera y última sesión.

Grafica. VII Comparativo sesión 1 y 10 según niveles de depresión.



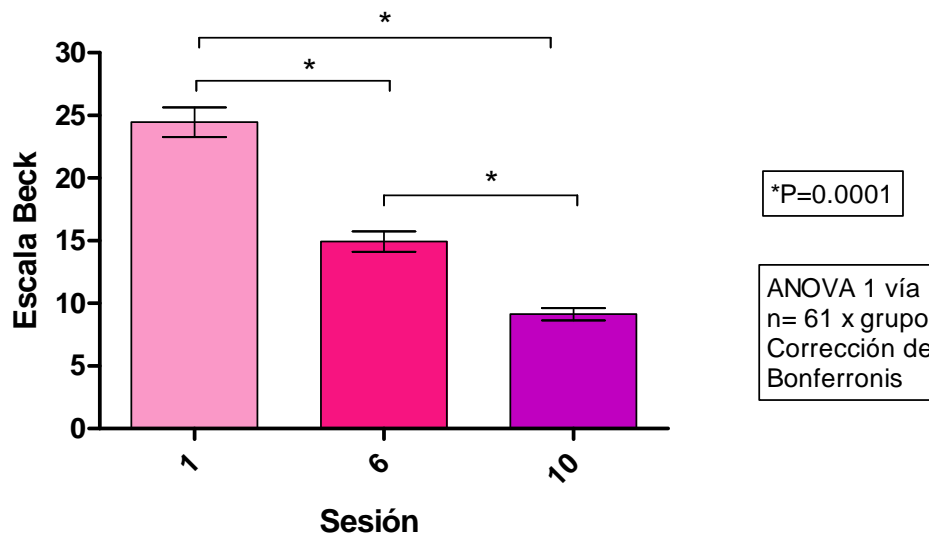
En estas graficas podemos corroborar la disminucion de los niveles de depresion haciendo un comparativo entre la primera y la ultima sesion.

En la sesion numero 1 podemos ver, 0 personas sin depresion, 15 con depresion leve, 31 con depresion moderada y 15 con depresion severa, a diferencia de la sesion 10 en la cual se observa 35 personas sin depresion, 24 con depresion leve, y 0 con depresion severa.

Pacientes que ingresaron fueron 76 de los cuales abandonaron 15 el protocolo por situaciones diversas, siendo la deserción del 19.7%, quedando un total de 61 pacientes al final, de los cuales 15% eran del sexo masculino y el 85% del sexo femenino. Las edades de los pacientes eran variadas y el paciente más joven fue de 22 años y el de mayor edad 86 años de lo cual la media de edad fue de 54 años. Con respecto a la puntuación en el primer test la mayor fue de 61 y la menor de 10, obteniendo una media de 30.5, en el tercer test la puntuación mayor fue de 21 y la menor de 2, por lo que la media en esta ocasión fue de 12 puntos.

Tasa de ausentismo

Se observó abandono del tratamiento de 15 pacientes en el proceso, la mayoría por problemas ajenos al tratamiento; problemas administrativos.



Grafica VIII. ANALISIS ESTADISTICO COMPARATIVO DE LAS SESIONES 1, 6 Y 10.

Esta gráfica nos indica que si hubo diferencia significativa en el comparativo entra las sesiones en la cuales se aplicó el test. La P fue menor de 0.0001, por lo cual el estudio tuvo resultados altamente significativos.

Hallazgos en este estudio.

Muchos pacientes referían dolor a la aplicación del procedimiento, que cedía en unos segundos o al acomodar bien las agujas.

Después de la aplicación, diez pacientes referían alteraciones del sueño que mejoró después de la 5ª sesión (13.1%)

Durante las primeras sesiones, siete pacientes referían fosfenos (la presión se mantenía en cifras normales), esta solo fue las primeras 3 a 4 sesiones, después cedió (9.2 %)

Ninguno de los pacientes refirió presencia o agravamiento de alteraciones gastrointestinales (náusea, vómito, estreñimiento)

100% tuvo disminución del grado de depresión.

XXX. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este estudio demuestra que la fórmula de puntos aplicada en pacientes con depresión fue efectiva en la disminución de la sintomatología manifestada por el paciente y fue evaluada con la escala de Beck para depresión, también es un procedimiento sencillo, económico fácil de implementar, y dió excelentes resultados en los diferentes grados de depresión.

Se puede observar que el procedimiento empleado para el control y prevención de la depresión fue muy bueno, casi libre de efectos colaterales y adversos.

La escala de Beck para depresión resultó un procedimiento útil para evaluar el progreso de los pacientes en el presente protocolo.

Es un procedimiento que tuvo excelente aceptación y demanda de pacientes.

La disminución de la depresión nos permitió ubicar al paciente en zona de no depresión o depresión leve, fue útil en todos los grados de depresión y se pudo observar mejor, el cambio clínico en pacientes con depresión moderada- grave.

En el futuro se debe buscar hacer este mismo proyecto con controles de acupuntura ficticia o contra medicamentos antidepresivos.

En comparación con otros estudios en este se manejaron todos los grados de depresión, se utilizo el punto Sanyinjiao (B6), siendo que en otros estudios se manejó únicamente Yintang y Baihui con acupuntura, también hubo una mejoría evidente, pero en este estudio, la efectividad fue de 80.3279%, en comparación con los estudios mencionados en esta tesis. Pérez mitre con un 72.7%, Hernández Aranda con un 65%, Vázquez Jurado con un 30%, Mendoza Ibarra con 61%.

Con lo cual podemos concluir que este estudio es altamente significativo en comparación con los estudios de las autoras antes mencionadas. El aumentar aplicación del punto Sanyinjiao (B6) se obtuvo mejores resultados que solo manejando 2 puntos con acupuntura.

Se puede recomendar como un procedimiento para prevenir y controlar el avance de la incidencia de la depresión en la población abierta, por su sencillez, economía, casi ausencia de efectos colaterales y aceptación de la población en general.

Consideramos que la reducción de la gravedad e incidencia de la depresión puede ayudar a controlar la comorbilidad asociada la depresión.

XXXI. BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Harrison Principios de medicina interna. 15 edición. Braunwald. Fauci, Kasper. Vol I. 2005.
- 2.-Guía exarmed; Gonzalez J, Romano A. 2008.
- 3.- Tesis 2010, Pérez M. Depresión en la milicia. IPN.
- 4.- Diagnostico y tratamiento. Papadakis 2004
- 5.- Ante la depresión” Dr. Juan Antonio Vallejo-Nájera. Ed. Panamericana 1999. Pág.59.
- 6.- Prevalencia y diagnostico de depresión adulta “artículo” 2002 –2003
- 7.-Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes. 2005. Costarica.
- 8.- Ramírez A. Tesis 2009, Efecto del uso de la técnica de Picoteo de Gorrión en los puntos V2, E2, R27, B21, C9, IG 1, SJ 3, en el tratamiento de depresión.
9. American psychiatric association(1995) Manual de estudios y disgnostico de los trastornos mentales 4ta edición, España Masson.
11. Blazzer, DG, Kessier, RC Mcgonale, K, & Swartz(1994) the prevalence and distribution of major depressionin a national community simple: The national comorbiditysurvey Psychiatry. 979-986.
- 12.- Censo 2002, Manejo del espectro depresión- ansiedad. México DIF estado de México.
- 13.- Frank Lozano, R & González block. M (1994) economía y salud propuestas para el avance de salud en México. México DIF Edo Mex.
- 14.- Instituto latinoamericano de medicina oriental (2005) fundamentos de acupuntura y moxibustion china. Instituto latinoamericano de medicina Oriental.
- 15.- Lozano 2007, etiología y fisiopatología de la medicina tradicional china apuntes ENMyH.
- 16.- Ordoñez C (1993) monografía sobre depresión, México asociación mexicana de médicos acupunturistas.
- 17.- Ríos L. 2003, se dispara enfermedades mentales 12-16
- 18.- Test de Beck 2008, www.depresion.psicomag.com/test;beck.php.

- 19.- Jackson, Stanley W., "Historia de la Melancolía y la Depresión", Turner, Madrid, 1986. www.historiamelancolia.web.com
- 20.- "DEPRESIÓN, VISIÓN ACTUAL"; Ayuso, J. L.; Saiz, J.; Ed. Biblioteca Aula Médica; Madrid, España; 1997; Genética y la depresión, p.p. 27-47; Psiconeuroendocrinología de la depresión, p.p. 51-74; Instrumentos de medida de la depresión, p.p. 97-117
- 21.- "LA DEPRESIÓN"; Sabanés, F.; Editores EMEKÁ; Barcelona, España; 1990; La depresión: definición y clasificación, p.p. 23-47; Factores relacionados con la depresión, p.p. 53-73; La depresión: síntomas y diagnóstico, p.p. 75-120.
- 22.- http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf
Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud
- 23.- Neurofisiología de la acupuntura, su relación mente cuerpo. Dr Edgardo lopez. Ed. Serendipidad. 2005 buenos aires.
- 24.- Alan Freddy carrasco Davila. Depresion. Congreso virtual de psiquiatría. Febrero 2006.
http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3822/1/interpsiquis_2006_24835.pdf
- 25.- <http://actualidadclinica.wordpress.com/2010/09/21/prevalencia-y-tendencia-de-los-principales-trastornos-mentales-en-la-ciudad-de-mexico-analisis-de-datos-del-2004-al-2009/> Mtro. Cesar Andres Monroy Fonseca el 21 septiembre, 2010
- 26.- (http://www.marietan.com.ar/material_depresion/2_historia_depresion.htm)
- 27.- <http://vivirmexico.com/2011/08/depresion-en-mexico-un-problema-en-aumento>
- 28.- (Prevalencia y diagnostico de depresión adulta "artículo" 2002 --2003)
- 29.- María José Fernández Piedrahita. Efectividad Del Tratamiento De La Depresión Con Acupuntura. Universidad nacional de Colombia. Facultad de medicina. Medicina Alternativa. Bogotá, 2011
- 30.- Depresion Mental por sobrepresión del Hígado Gan Yu. Nelson Guizzo, marzo del 2006. <http://difusioncav.zoomblog.com/archivo/2006/03/27/-Depresion-acupuntura-e-higado.htm>.
- 31.- Dr Roberto Gonzalez. Depresion
<http://www.shuangyi.com.mx/Semmedint/feb07/depresion/tx.acup.htm>

XXXII. ANEXOS

Tabla VI. Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
 - C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos
- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad

Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida

Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones

Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición

Alteraciones del sueño de cualquier tipo

Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome Somático

Según estos criterios, podemos clasificarlo:

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.

Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. (Louro-Alvarez, 2008)

Cuadro VII. Test de Beck

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.