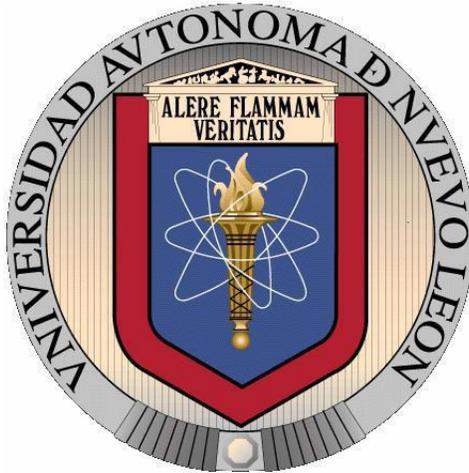


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**“EFECTO DE LA ACUPUNTURA AURICULAR COMO TRATAMIENTO
COADYUVANTE DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES
INTERNADOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA CON TRASTORNO POR
CONSUMO DE SUSTANCIAS”**

POR

SAGRARIO GARCÍA BARREDA

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

DICIEMBRE, 2019

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



**“EFECTO DE LA ACUPUNTURA AURICULAR COMO TRATAMIENTO
COADYUVANTE DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES
INTERNADOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA CON TRASTORNO POR
CONSUMO DE SUSTANCIAS”**

POR

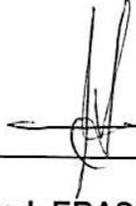
SAGRARIO GARCÍA BARREDA

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

DICIEMBRE, 2019

**“EFECTO DE LA ACUPUNTURA AURICULAR COMO TRATAMIENTO
COADYUVANTE DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES
INTERNADOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA CON TRASTORNO POR
CONSUMO DE SUSTANCIAS”**

Aprobación de la Tesis:



Dr. Med. ERASMO SAUCEDO URBE

Director de Tesis



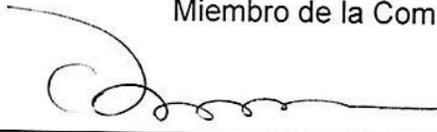
Dr. RUBÉN VIEYRA CHACÓN

Co-Director de Tesis



Dr. JULIO CÉSAR DELGADILLO GONZÁLEZ

Miembro de la Comisión



Dr. Med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

Subdirector de Estudios de Posgrado

El presente trabajo se desarrolló en el Servicio de Psiquiatría bajo la dirección del Dr. Med. Erasmo Saucedo Uribe y el Dr. Rubén Vieyra Chacón, y la colaboración del C.D. Médico en Medicina Tradicional China. Julio César Delgadillo González.

DEDICATORIA

Dedico el presente estudio a mi familia que me ha apoyado incondicionalmente en todos mis proyectos, creyendo en mi y siempre dándome palabras de aliento.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por concederme tantas bendiciones y darme la capacidad de poder ayudar a las personas.

A mi director de tesis, el Dr. Med. Erasmo Saucedo Uribe por el apoyo y asesoría en el proyecto, dándole una oportunidad a la Medicina Tradicional China. Sin su apoyo y valiosas sugerencias e interés, este proyecto no hubiera sido posible. Muchas gracias por creer en mi para darle vida a esta investigación.

A el Dr. Rubén Vieyra Chacón, Jefe de Internamiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la U.A.N.L. por abrirme las puertas del área de internamiento y su interés en poder brindarles otra opción complementaria a sus pacientes. Sus consejos y sugerencias fueron esenciales para llevar acabo este proyecto. Agradezco su cordial y constante disponibilidad para la enseñanza.

A el Dr. Julio César Delgadillo González, profesor y coordinador de la Maestría de Medicina Tradicional China de la U.A.N.L. por sus enseñanzas y asistencias que hizo durante mi desarrollo académico. Siempre presionándome a ser mejor.

A los médicos, residentes y personal de enfermería del área de internamiento de Psiquiatría, agradezco su apoyo y disponibilidad para la realización de este proyecto.

A el Dr. Neri Álvarez por su disposición y asistencia en el aprendizaje estadístico. Al igual por darme sugerencias de cómo aplicar la acupuntura auricular al grupo control.

A mis padres, quienes son mi modelo a seguir, mi guía y mi motivación. Como siempre se los he dicho, sientan este y todos mis éxitos como propios, ya que sin su ayuda y motivación no hubiera sido posible conseguirlo.

A mis hermanos Rodrigo y Martin, a mi abuela Toty, gracias por siempre darme su apoyo incondicional y ser mis conejillos de indias. Gracias por guiarme y darme siempre el mejor ejemplo.

A Yves, Tania, Paola, Roberto quienes estuvieron a mi lado a lo largo de mi aprendizaje. Siempre brindandome palabras de aliento para seguir adelante y nunca dejaron que me rindiera.

A mis pacientes, muchas gracias por su confianza y colaboración.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1- INTRODUCCIÓN	1
1.1 Marco Teórico Occidental	1
1.1.1 Etiología	2
1.1.2 Trastornos mentales y Trastornos por Consumo de Sustancias	5
1.1.3 Fisiología del Abuso de Sustancias	7
1.1.4 Nervio Vago	10
1.2 Marco Teórico Oriental	12
1.2.1 Acupuntura	12
1.2.2 Síndromes en la Medicina Tradicional China	16
1.2.3 National Acupuncture Detoxification Association	20
1.3 Antecedentes	23
CAPITULO 2- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	26
2.1 Planteamiento del Problema	26
2.2 Justificación	27
CAPÍTULO 3- HIPÓTESIS	28
3.1.1 Hipótesis Alterna	28
3.1.2 Hipótesis Nula	28
CAPÍTULO 4- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	29
4.1 Objetivo General	29
4.2 Objetivos Específicos	30
CAPÍTULO 5- MATERIAL Y MÉTODOS	31
5.1 Diseño Metodológico	31

5.1.1 Tipo de estudio	31
5.1.2 Diseño de estudio	31
5.2 Población de Estudio	32
5.3 Cálculo de Tamaño de la Muestra	32
5.4 Variables	33
5.5 Criterios de selección	34
5.5.1 Criterios de inclusión	34
5.5.2 Criterios de exclusión	34
5.5.3 Criterios de eliminación	35
5.6 Estrategia General	36
CAPÍTULO 6- RESULTADOS	39
6.1.1 Sustancias Consumidas	40
6.1.2 Diagnóstico	41
6.1.3. Medicamentos	43
6.1.4 15 Pacientes con 10 sesiones	44
CAPÍTULO 7- DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO 8- CONCLUSIÓN	54
Cronograma de Actividades	56
Referencias	58
Apéndices	62

LISTA DE TABLAS

Número	Título de la Tabla	Página
I.	Tratamiento farmacológico de alcohol, tabaco, opiáceos, cocaína y marihuana.....	10
II.	Resultados de las sustancias consumidas.....	41
III.	Resultados de diagnósticos psiquiátricos utilizando el DSM-V.....	42
IV.	Resultados de grupo de medicamentos.....	43
V.	Total de población que completaron las 10 sesiones.	44
VI.	Variables numéricas de la sesión 1.....	46
VII.	Variables numéricas de la sesión 5.....	46
VIII.	Variables numéricas de la sesión 10.....	46
IX.	Prueba de efectos por sesión 1, 5 y 10 utilizando ANOVA.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1.	Tendencias en el uso en el último año de cualquier droga ilegal. Población total de 12 a 65 años.	3
2.	Tendencias en el uso en el último año de consumo de cualquiera droga. Hombres de 12 a 65 años.....	3
3.	Protocolo de tratamiento de desintoxicación de drogas (NADA).....	20
4.	Teoría de los 5 elementos.....	22
5.	Escala para la Ansiedad de Hamilton	47
6.	Escala para la Ansiedad Generalizada GAD-7	47
7.	Escala de Percepción de la Salud EuroQol- 5D	48
8.	Escala Visual Análoga de Percepción de la Salud ...	48

Resumen

Dra. Med. Sagrario García Barreda
Fecha de graduación: Diciembre 2019
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Medicina

Título del estudio: **“EFECTO DE LA ACUPUNTURA AURICULAR COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES INTERNADOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS”**

Número de páginas: 98

Candidata al Título de Maestría en Medicina Tradicional China con Orientación en Acupuntura y Moxibustión.

Área de estudio: Ciencias de la Salud.

Propósito y Método de estudio: En la presente investigación se medirá el efecto de la acupuntura auricular como tratamiento coadyuvante de los síntomas de ansiedad en pacientes internados en el área de psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” con trastorno por consumo de sustancias. Se determinará el diagnóstico psiquiátrico principal de los pacientes que participarán en este proyecto de investigación utilizando el DSM-5 y por medio de la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI, se identificarán los tratamientos farmacológicos y sus dosis promedio durante el internamiento, se medirán los síntomas de ansiedad en pacientes internados en el área de psiquiatría con trastorno por consumo de sustancias utilizando la escala de Hamilton para la ansiedad y la escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), se medirá el impacto en salud utilizando el cuestionario de la salud Euro Qol-5-D y el Euro Qol escala visual análoga para la percepción de la salud, se comparará el efecto clínico y sintomatológico al utilizar una terapia de reemplazo farmacológica y la acupuntura auricular, al igual se compararán los resultados dependiendo del sexo, diagnóstico, medicamento, dosis y sustancia consumida. El tratamiento consistirá en reunir 50 pacientes y hacer 2 grupos de 25 personas de ambos sexos. Se asignarán los pacientes a cada grupo de

forma aleatoria, siendo el primer grupo tratado con acupuntura auricular más el tratamiento previamente establecido por el departamento de psiquiatría y el segundo grupo solo con el tratamiento ya establecido por el departamento de psiquiatría. Al primer grupo se le aplicará semillas de vaccaria en la superficie de la oreja en los puntos shen men, pulmón, riñón, simpático, hígado y corazón. En total serán 10 sesiones con una duración aproximada de 30 minutos. Los pacientes serán indicados a masajear las áreas donde estén colocadas las semillas de vaccaria. A los pacientes del segundo grupo solo se les aplicará cinta micropore, sin las semillas de vaccaria. Es un estudio cuantitativo, ensayo clínico, prospectivo, longitudinal, aleatorio, simple ciego. Será medido por medio de escalas y cuestionarios al inicio, mitad y final del estudio.

Resultados y conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que la sustancia más consumida fue la marihuana, el diagnostico psiquiátrico más común fue el Trastorno Depresivo mayor, el grupo de medicamentos más utilizado fueron los anti- depresivos. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de las variables analizadas con la prueba estadística de T student. Se encontró una mejoría estadísticamente significativa en la Escala de Ansiedad de Hamilton para el grupo de acupuntura auricular con semilla de vaccaria. Al igual fue estadísticamente significativo para el grupo al que solo se le aplicó cinta micro-pore en los puntos de acupuntura en la Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7 y en la Escala Visual Análoga utilizando la prueba estadística de ANOVA. Es necesario incrementar el tamaño de la población estudiada para poder identificar si existen diferencias en las variables.

DIRECTOR DE TESIS



Dr. Med. Erasmo Saucedo Uribe

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico Occidental

El abuso de sustancias es un problema de salud pública que va en aumento. No solo es un problema a nivel nacional, si no un problema global. Afectando a múltiples personas sin importar su género, nivel socio-económico o región en el país; afectando a la persona, a su entorno, teniendo un efecto negativo en la economía de la familia, produciendo una pérdida de productividad laboral y elevando los costos para el sector salud. Causando gran pérdida de vidas humanas y disminución de años productivos. (1,2)

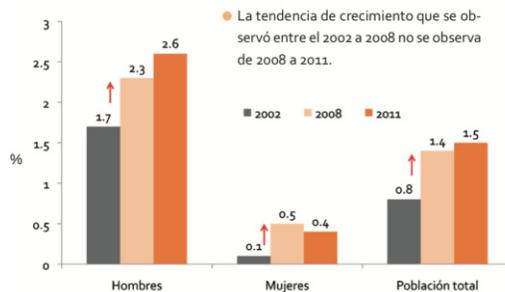
Al hablar de abuso de sustancias no solo hablamos de drogas ilícitas, si no de sustancias que podemos comprar a la vuelta de la esquina. Al decir drogas médicas nos referimos al consumo de opiáceos, tranquilizantes, sedantes, barbitúricos o anfetaminas; el uso debe ser fuera de prescripción médica o por un mayor tiempo o cantidad indicado por el médico. Las drogas ilegales son la marihuana, cocaína, pasta de cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes de tipo anfetamínico. (1,2)

1.1.1 Etiología

En el 2015, aproximadamente un cuarto de billones de personas (5% de la población mundial) habían consumido drogas y 29.5 millones (0.6%) padecía algún trastorno por abuso de sustancias. (2) El Reporte Mundial de Drogas del 2017 menciona que los opioides, incluyendo la heroína es la más dañina en términos de salud. La más consumida es la marihuana (cannabis). Las que se más se relacionan con muerte son cocaína, opioides, anti- depresivos, benzodiacepinas y estimulantes. (6)

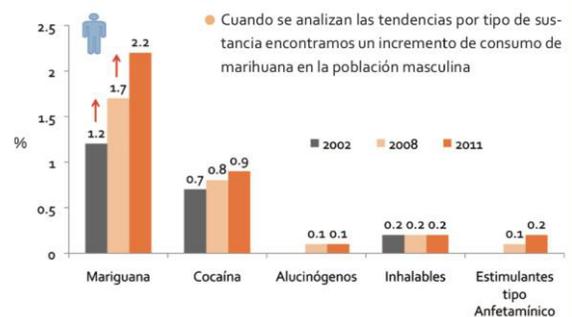
La Encuesta Nacional de Adicciones realizada por la Secretaria de Salud de México nos permite observar cómo está el consumo de tabaco, alcohol y drogas en el país. La más reciente fue realizada en el 2011. Dentro de sus resultados nos menciona que el 1.8% de la población total había consumido alguna droga médica o ilegal en el último año, donde el 0.7% mencionaba tener una dependencia. La edad de inicio del consumo de drogas fue de 18.8 años (18.5 en hombres y 20.1 en mujeres). De las personas que tienen dependencia a drogas, el 18.4% ha asistido a un tratamiento (19.8% hombres y 8.9% mujeres). (1)

La prevalencia de consumo de drogas ilegales en el 2011 fue de 1.5% de la población total. El 1.2% consume marihuana y 0.5% cocaína. El consumo de otras drogas ilegales (alucinógenos, inhalables y estimulantes tipo anfetamínico) presenta prevalencias iguales o inferiores al 0.2%. En los adultos se observa la mayor prevalencia global de consumo. En México la marihuana y la cocaína son las drogas ilegales de mayor preferencia entre los adultos de 18 a 34 años. Entre los adultos de 35 a 65 años, la prevalencia de cualquier droga es de 1%. (1)



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008 y 2011

Figura 1. Tendencias en el uso en el último año de cualquier droga ilegal. Población total de 12 y 65 años. Encuesta nacional de adicciones. (2011). “Consumo de drogas: prevalencias, tendencias y variaciones regionales.”



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008 y 2011

Figura 2. Tendencias en el uso en el último año de drogas. Hombres de 12 a 65 años. Encuesta nacional de adicciones. (2011). “Consumo de drogas: prevalencias, tendencias y variaciones regionales.”

Otra sustancia adictiva es el tabaco. El consumo de tabaco es el factor de riesgo de 6 de las 8 principales causas de muerte a nivel global. En México, se estima que anualmente mueren 43 mil personas por enfermedades

atribuibles al tabaquismo, representando el 8.4% del total de muertes en el país. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, menciona que el 19.9% de los adultos entrevistados reportaron consumir tabaco y comenzaron a consumir esta sustancia a los 17.8 años. Y aproximadamente 9 de cada 100 adolescentes reportaron haber fumado al menos 100 cigarros en su vida. (4)

El problema del uso de sustancias más extendido en nuestro país es el consumo de bebidas con alcohol, teniendo graves consecuencias sociales y de salud de la población. El abuso del alcohol se asocia con más de 64 enfermedades y es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades. (ENCODAT 2016-2017) En los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales, en el 2016 la droga de inicio del 45.8% de las personas fue el alcohol. En México en ese mismo año se registraron 13 mil 405 eventos relacionados con el alcohol en los servicios de urgencias hospitalarios.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 menciona que un total de 53 mil 588 personas acudieron a las Unidades de Especialidades Médicas y/o Centros de Atención Primaria en Adicciones a solicitar atención por dificultades relacionada con sustancias psicoactivas. 19 mil 880 (37.1%) lo hicieron por consumo de alcohol, seguido por 17 mil 808 personas (33.2%) por marihuana, 11.9% debido al tabaco, 7.9% por

metanfetaminas, 4.6% inhalables, 2.6% cocaína y el 1% por crack. Las que tienen un porcentaje menor al 1% son los tranquilizantes, la heroína, anfetaminas, pasta base, alucinógenos, anti-depresivos y otros.

1.1.2 Trastornos mentales y Trastornos por Consumo de Sustancias

Existe una relación importante entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales, teniendo una gran comorbilidad. Las personas con trastorno por consumo de sustancias tienen el doble de probabilidad tener problemas en su estado de ánimo o niveles de ansiedad.

(35) La prevalencia de la comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos oscila entre 50% y 75% en pacientes en centros contra adicciones. (33) Actualmente en México no existen muchos estudios que hablen sobre pacientes psiquiátricos y los trastornos por consumo de sustancias. Caraveo y sus colaboradores realizaron un estudio epidemiológico mediante encuestas en casas en el Distrito Federal. La sustancia más utilizada fue el alcohol. Los pacientes que presentaron los dos trastornos, tuvieron un mayor riesgo suicida en comparación con solo un trastorno. (34) La conclusión a la cual llevo Caraveo y colaboradores fue que a mayor consumo de sustancias mayor es el riesgo de tener alguna patología psiquiátrica.

Marín- Navarrete y sus colaboradores en el 2013 realizaron un estudio para determinar la prevalencia de comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos. Dentro de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia fueron los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, seguidos por los trastornos de ansiedad, ansiedad por separación, trastornos afectivos, los trastornos por control de impulsos y con menor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria. Un dato interesante fue que el 83.59%, los trastornos psiquiátricos precedieron a los trastornos por consumo de sustancias. (33)

La Asociación Americana de Psiquiatría utiliza el manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5 (DSM-5) para clasificar los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos adictivos. Ellos separan los trastornos dependiendo de la sustancia. Mencionan diez clases de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes y otras sustancias. (31) “Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales.” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

La Norma Oficial Mexicana (NOM- 028-SSA2-1999), Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones establece que para el diagnóstico de la adicción o dependencia debe haber presentado 3 o más de las siguientes características en los 12 meses previos: deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia psicoactiva, disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia psicoactiva (unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo), síndrome de abstinencia, cuando se requiere un aumento progresivo a la dosis de la sustancia psicoactiva (aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia psicoactiva o para recuperarse de sus efectos) y la persistencia en el consumo de la sustancia psicoactiva a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de bebidas alcohólicas, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia psicoactiva o deterioro cognitivo secundario al consumo de la misma. (32)

1.1.3 Fisiología del Abuso de Sustancias

El abuso de sustancias produce cambios importantes en el cerebro. Estos cambios se ven principalmente en los neurotransmisores (ácido gamma-aminobutírico, glutamato, dopamina, péptidos opioides, serotonina, acetilcolina, endocannabinoides, factor de liberación de corticotropina) y en circuitos

neuronales (área ventral tegmental, núcleo accumbens, amígdala, cerebelo, corteza prefrontal). (7) Una de las teorías más aceptadas involucradas con la adicción hacia una sustancia es por medio del sistema de recompensa. El sistema de recompensa se activa cuando una sustancia adictiva se consume. Siendo la dopamina, la principal sustancia responsable de la adicción. (8) La dopamina se origina en el área ventral tegmental, proyectándose al núcleo accumbens y la corteza prefrontal. En el núcleo accumbens es donde se encuentran los centros de placer y en la corteza pre frontal es donde se encuentra el área cognitiva; donde está la coordinación de los pensamientos, toma de decisiones y el comportamiento social. La constante administración de sustancias provoca una sensibilización de la dopamina, provocando la liberación de este neurotransmisor. Al disminuir o quitar la sustancia, los niveles de dopamina disminuyen causando síntomas de abstinencia. La otra teoría, a diferencia de la mencionada es que produce una hipofunción del sistema de recompensa. Esta hipofunción da como resultado disforia o ansiedad durante la abstinencia. (8)

La dopamina es controlada por efectos inhibitorios y excitatorios que recibe de otros neurotransmisores. En ejemplo es el ácido gamma aminobutírico (GABA), el cual se encuentra en el área ventral tegmental. El efecto que GABA tiene en el sistema nervioso es para inhibir. GABA puede inhibir el exceso de dopamina en el cuerpo, pero cuando se consume cocaína o

anfetaminas, este efecto se inhibe; por lo que hay un aumento de dopamina en el cuerpo.

Otro ejemplo son los receptores opioides, los cuales están diseñados para inhibir GABA. Existen 3 tipos de receptores opioides; mu, kappa y delta. La activación de los receptores mu provoca una hiperpolarización de GABA, provocando una desinhibición de dopamina. Esto provoca que aumente la liberación de dopamina. (9) Esto pasa con la ingesta de opioides como por ejemplo la heroína o oxicodona.

La tolerancia a estas sustancias se crea porque los neurotransmisores se vuelven más sensibles a la sustancia. Al ser más sensibles, necesitan una mayor cantidad para estimular a la dopamina y tener el efecto placentero al que están acostumbrados.

Actualmente, existen tratamientos farmacológicos para tratar el abuso de sustancias. Pero el mejor resultado es cuando se tiene un tratamiento integrativo, con apoyo psico-social (terapia individual o grupal). El medicamento está dividido entre la etapa de desintoxicación/abstinencia y la prevención del relapso. (24)

Tabla I. Tratamiento farmacológico de alcohol, tabaco, opiáceos, cocaína y marihuana.

Sustancia	Desintoxicación/Abstinencia	Prevención de relapso
Alcohol	Benzodiacepinas, fenobarbital	Naltrexona, acamprosato, topiramato
Tabaco	Nicotina, bupropion	Nicotina, vareniclina
Opiáceos	Metadona, clonidina, buprenofina	Metadona, l- alfa-acetil metadol
Cocaína	Inhibidores selectivos de serotonina, inhibidores de mono amino oxidasa, amantadina	Anti- depresivos tricíclicos
Marihuana	N/A	N/A

Muchos de los pacientes que tienen problemas con abuso de sustancias, tienen una condición co-existente con depresión y ansiedad. Por lo que muchos necesitan tratamiento adyuvante para tratar estas enfermedades. También existe tratamiento alternativo para el abuso de sustancias. Se puede utilizar medicamento herbolario y acupuntura.

1.1.4 Nervio Vago

La oreja en el ser humano tiene una relación muy estrecha con el nervio vago. En especial el área de la concha, ya que es en esta zona está localizado

el nervio vago. Al estimular este nervio por medio de la oreja, estamos estimulando el hipotálamo. El hipotálamo estimula el sistema de recompensa al secretar la serotonina. La serotonina estimula la encefalina metionina (opioide). Esta encefalina actúa en el área ventral tegmental, interactuando con los receptores encargados en la inhibición de GABA. Al estar inhibido GABA, la secreción de dopamina aumenta. (15)

El nervio vago no solo tiene una relación con el sistema gastrointestinal, si no con el sistema límbico. Al estimular áreas donde se encuentra, puede mejorar la calidad del sueño del paciente, su estado de ánimo y su capacidad cognitiva. (36)

1.2 Marco Teórico Oriental

1.2.1 Acupuntura

La práctica de acupuntura esta descrita en el libro de Huang Di Nei Jing (El Libro del Emperador Amarillo). La acupuntura consiste en la inserción de agujas en diferentes partes del cuerpo para conseguir un efecto terapéutico. La teoría de la Medicina Tradicional China se basa en los conceptos de qi, meridianos, yin y yang. Una de las principales diferencias entre la medicina oriental y la occidental es el proceso de diagnóstico. En la occidental utilizan la diferenciación de diferentes síndromes, los cuales van de acuerdo a los órganos zang-fu, qi, meridianos, excesos, deficiencias, etc. (25)

La acupuntura auricular se basa en la teoría del Dr. Paul Nogier, un doctor francés que realizó una amplia investigación en 1957 para describir las partes del oído. El describía el oído como un feto invertido. (25) Esto causo mucho ruido en China, por lo que un equipo de investigación en Nanjing, verificó la efectividad de este esquema de feto invertido.

La dependencia a sustancias según la Medicina Tradicional China es por alteraciones en el Shen, que español significa espíritu. El Shen indica el conjunto de facultades mentales y está relacionado con el corazón. También el Shen es utilizado en el aspecto de las emociones, mentales y espirituales del ser un humano. Según la Medicina Tradicional China, la actividad mental y la conciencia están en el corazón. Por lo que el estado del corazón afectara las actividades mentales incluyendo las emociones. (9) Por lo que alteraciones en el corazón afectarían la actividad mental y las emociones, la conciencia, la memoria, el pensamiento y el sueño.

Un corazón que es débil va a tener insuficiencia de sangre, lo que predispone a problemas mentales (como depresión), mala memoria, pensamiento entorpecido, insomnio o somnolencia y en casos extremos, pérdida de conocimiento. Un corazón que está en exceso, la mente estará afectada y la persona puede mostrar trastornos maniaco- depresivos. Otra de las funciones del corazón es gobernar la sangre, controlar los vasos sanguíneos, se manifiesta en la tez de la persona, se abre en la lengua y controla la transpiración.

A la mente también se le conoce como aquel donde se encuentran los aspectos emocionales, mentales y espirituales de la persona. Tiene predilección por los órganos yin. Los órganos yin influyen en las emociones, mente y espíritu en 5 formas diferentes. La mente o el Shen tiene relación con

el corazón, el alma etérea (complementa la mente y al Qi) con el hígado, alma corpórea (asistente de la esencia y Qi) con el pulmón, fuerza de voluntad con el riñón y el pensamiento con el bazo.

El riñón en la Medicina Tradicional China se dice que es la “Raíz de la Vida.” Esto se debe porque es el que almacena la Esencia. El riñón es la fuente Yin y Yang de todos los órganos. Las funciones que tiene el riñón en la medicina china es almacenar la Esencia, gobernar el nacimiento, crecimiento, reproducción y desarrollo. Produce la médula, rellena el cerebro y controla los huesos, gobierna el agua, controla la recepción del Qi, abre los oídos y alberga la fuerza de voluntad. (9) Siempre es importante tonificar el riñón cuando queremos lograr una meta y no desanimarnos. La falta de voluntad y de motivación son a menudo aspectos importantes de la depresión mental.

El hígado es el órgano que en la Medicina Tradicional China almacena y regula la sangre. Siento importante este órgano durante la actividad física y la menstruación. La función más importante del hígado es asegurar el flujo uniforme de Qi. Cuando hay alteraciones en las emociones, la circulación de Qi se obstruye, el Qi queda limitado dando lugar a frustración emocional, depresión o ira reprimida, dando síntomas físicos. Los síntomas físicos pueden ser dolor en hipocondrios, sensación de opresión torácica, sensación de “nudo en la garganta” o distensión abdominal, solo por mencionar algunos.

El pulmón es el que gobierna el Qi y la respiración. Es un órgano que tiene influencia sobre la piel y es el intermediario entre el organismo y el medioambiente. Por la respiración, el cuerpo inhala el Qi puro y exhala el impuro. Las funciones del pulmón son controlar los canales y los vasos sanguíneos, controla la dispersión y el descenso, gobierna las vías de agua, controla la piel y el pelo, se abre en la nariz y alberga al alma corpórea. El alma corpórea está directamente afectada por emociones tales como tristeza o la pena que reprimen los sentimientos y bloquean los movimientos. Es importante tratar al pulmón cuando hay problemas emocionales tales como depresión, tristeza, pena, ansiedad o duelo.

El bazo ayuda a la función digestiva del estómago, transportando y transformando las esencias del alimento, extrayendo los elementos nutritivos. Otras de las funciones del bazo es controlar la sangre, controlar los músculos y las 4 extremidades, se abre en la boca y se manifiesta en los labios, controla el “ascenso del Qi” y alberga el pensamiento.

Otro órgano importante en la Medicina Tradicional China es el pericardio. Tiene las mismas funciones que el corazón, pero lo protege de las agresiones de los factores patógenos externos. El pericardio influye en las relaciones que un individuo mantiene con los demás. Por lo que ese órgano se utiliza para tratar problemas emocionales causados por dificultad de relación.

1.2.2 Síndromes en la Medicina Tradicional China

Los pacientes con abuso de sustancias pueden padecer los siguientes síndromes:

Deficiencia yin de riñón

El síndrome de deficiencia de yin de riñón se refiere a los síntomas de deficiencia exógena de calor por consumo del yin del riñón e insuficiencia en su nutrición. Esto se ve en enfermedades crónicas.

- Manifestaciones Clínicas: dolor y debilidad en extremidades y rodillas, mareo, tinnitus, insomnio, amnesia, emisión seminal, menstruación escasa o amenorrea, o metrorragia y metrostaxis, rubor en mejillas en la tarde, fiebre ondulante, sudoración nocturna, boca y garganta seca, orina escasa y amarilla.
- Lengua y Saburra: lengua roja con delgada y escasa saburra.
- Pulso: rápido

Deficiencia yang de riñón

El síndrome por deficiencia de yang de riñón se refiere a los síntomas por fallas en el Qi de transformarse, resultando una disminución del yang del riñón y por consiguiente falla en nutrir al cuerpo. Este síndrome es causado

por deficiencia de yang o disminución del fuego Ming men en edad avanzada, enfermedad crónica, o en padecimientos del yang visceral, o exceso de vida sexual consumiendo el yang del riñón.

- Manifestaciones Clínicas: dolor y sensación de frío en extremidades y rodillas, impotencia, eyaculación inmadura, esperma fría, infertilidad por frío en el útero, hipostesia sexual, heces sueltas, diarrea por las mañanas, orina clara y escasa, orina abundante por las noches, complexión blanca u oscura.
- Lengua y saburra: lengua pálida y saburra blanca.
- Pulso: hundido, profundo y débil.

Estancamiento de Qi de Hígado

El síndrome por estancamiento de Qi de hígado se refiere a una falla del hígado para dispersar, causando un estancamiento. Este síndrome normalmente está causado por alteraciones en las emociones, daño del hígado por depresión o enojo, o por retención de patógenos en la circulación hepática.

- Manifestaciones Clínicas: depresión emocional, dolor migratorio en el pecho, abdomen inferior e hipocondrios, opresión en el pecho, sensación de cuerpo extraño en garganta, dismenorrea, irregularidades menstruales o amenorrea.
- Lengua y saburra: lengua delgada y saburra blanca
- Pulso: tenso

Hiperactividad de fuego de hígado

Este síndrome se debe al exceso de fuego en el meridiano de hígado, lo que hace que suba el fuego. Esto se debe a alteraciones emocionales y transformaciones del fuego de un hígado en depresión, o por exceso de calor patógeno y fuego o por exceso de fuego en otros órganos que afectan al hígado.

- Manifestaciones Clínicas: mareo, cefalea, enrojecimiento de ojos y mejillas, sabor amargo, resequedad en la boca, irritabilidad, enojo, tinnitus, sordera, insomnio o pesadillas, dolor en hipocondrio, hematemesis y epistaxis, constipación, orina escasa y amarilla.

- Lengua y saburra: lengua roja y saburra amarilla

- Pulso: rápido y tenso

Exceso de fuego de corazón

El síndrome por exceso de fuego en el corazón se debe a un exceso de calor en el corazón. Este síndrome está causado por depresión mental, transformación de fuego en el estancamiento de Qi, o por invasión interna de fuego y calor patógeno, exceso de ingesta de ácido, alimentos calientes o tónicos.

- Manifestaciones clínicas: disforia, insomnio, rubor en el cuerpo, sed, fiebre, constipación, orina amarilla, hematemesis, hemorragia, manía, delirio, inconciencia.

- Lengua y saburra: rojo oscuro en la punta de la lengua y saburra amarilla. Puede haber ulceraciones y dolor en la lengua.

- Pulso: rápido

Deficiencia de Qi de bazo

La deficiencia de Qi de bazo se refiere a una falla en la transportación y en la transformación. Usualmente dada por dieta inadecuada, enfermedades crónicas y agudas.

- Manifestaciones Clínicas: disminución del apetito, distensión abdominal (especialmente después de los alimentos), heces sueltas, heces secas, disminución del Qi, sin ánimo de hablar.

- Lengua y saburra: lengua pálida con saburra blanca

- Pulso: débil y lento

Deficiencia de yin de estómago

Se refiere a una disminución del yin gástrico, pérdida de las propiedades de humectar y descender del estómago, como también alteraciones por deficiencia del calor interno. Este síndrome se ve por enfermedades estomacales prolongadas, consumo del líquido yin en etapa avanzada en enfermedades febriles, vomito o diarrea, ingesta excesiva de drogas calientes y secas o por consumo de líquido gástrico por depresión emocional y estancamiento de Qi.

- Manifestaciones Clínicas: dolor quemante en epigastrio, hambriento sin ganas de comer, distensión epigástrica, vomito, hipo, boca y garganta seca, orina escasa.
- Lengua y saburra: lengua roja con saburra escasa
- Pulso: delgado y rápido

1.2.3 National Acupuncture Detoxification Association

El tratamiento que será utilizado en esta tesis es de acupuntura

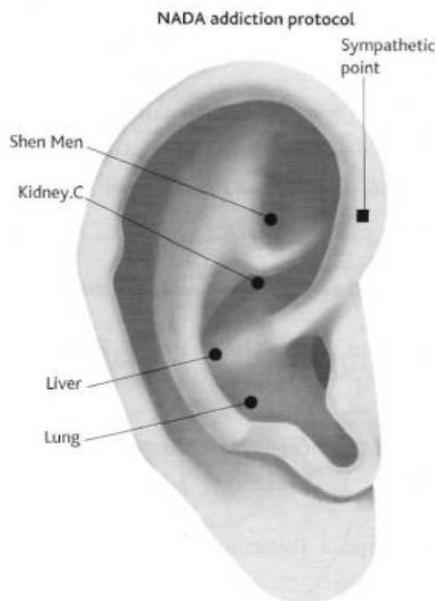


Figura 3. Protocolo de tratamiento de desintoxicación de drogas (NADA). Olsen, T. (2003) Auriculotherapy Manual: Chinese and Western Systems of Ear Acupuncture. 3rd edition. Elsevier.

auricular. Realizando la técnica propuesta por el Dr. Michael Smith del Hospital Lincoln en Bronx, Nueva York. El propuso utilizar 5 puntos de acupuntura auricular, los cuales son; Shen Men, Simpático, Riñón, Hígado y Pulmón. (12, 13, 14, 15) Los resultados que vio fueron muy favorables. El menciona que esta técnica ayuda a los pacientes con dependencia a alguna sustancia. En la ilustración 1, podemos ver la representación de los puntos mencionados.

A esta técnica se le agregará 1 punto. El punto de corazón. Esto con el fin de calmar el exceso de fuego en el mismo.

Para poder comprender el por qué se seleccionaron estos puntos, tenemos que acudir a una situación que en la Medicina Tradicional China la mencionan como “El fuego vacío” o “Fuego falso”. (13) El fuego falso va a drenar el yin del riñón. El riñón regula y controla al corazón. Al tener un abuso por una sustancia, esto va a drenar el yin del corazón, permitiendo que el fuego del corazón aumente, drenando todavía más, dando una deficiencia de yin de riñón. Esto se le conoce como el corazón insultando al riñón.

Utilizando la teoría de los 5 elementos, podemos ver que la deficiencia de yin de riñón altera la función del riñón para nutrir al hígado de yin, creando un síndrome por exceso de yang de hígado. Al tener una desarmonía en el hígado, daña al bazo. El bazo tiene la función de generar qi y sangre a todo el cuerpo, por lo que esta función está dañada. (13)

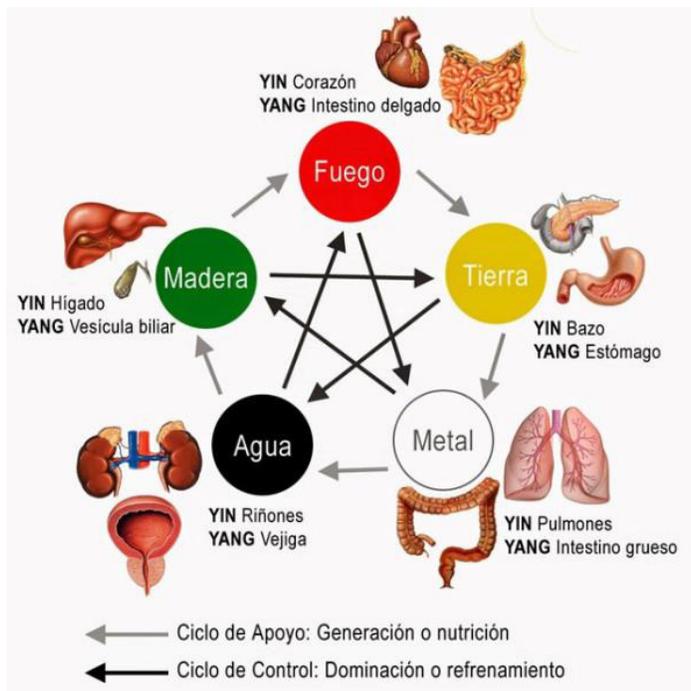


Figura 4. Teoría de los 5 elementos.
 Recopilada de Sana tu origen el 27 de octubre de 2018 de
<https://sanatuorigen.wordpress.com/2016/08/11/la-teoria-de-los-cinco-elementos/>

1.3 Antecedentes

En 1972, el Dr. Hsiang- Lai Wen un neurocirujano del hospital Kwong Wah de Hong Kong, utilizando el punto de Pulmón de acupuntura auricular para anestesia pre-operatoria, descubrió que este punto quitaba los síntomas físicos de la abstinencia por opiáceos. Por lo que decidió hacer un estudio para repetir este efecto con el Dr. Cheung en 1973, realizando una investigación donde había pacientes con dependencia a opio y heroína. Ellos utilizaron 4 puntos de acupuntura corporal y 2 puntos auriculares con electro estimulación. Los puntos de acupuntura corporal que utilizaron fueron, en la mano derecha hegu (Intestino Grueso 4) y houxi (Intestino Delgado 3) y en el brazo Ximen (Pericardio 4) y Sidu (Triple Calentador 9). Los puntos de acupuntura auricular de lado derecho fueron Shen men y médula. A todos estos puntos se les agrego electro estimulación por 30 minutos. La investigación con 40 pacientes concluyo que la aplicación de acupuntura más electro estimulación removía los síntomas de abstinencia. (12,13)

Este método fue modificado por el Dr. Smith del Centro de Recuperación Lincoln en Bronx, Nueva York en 1974. (13) Este método solo abarca la aplicación de acupuntura auricular en los puntos de Riñón, Hígado, Pulmón,

Shen Men y Sináptico. El realizó esta técnica para diferentes tipos de abuso de sustancias, sin la utilización de electro estimulación. (13) Las siglas del nombre de la técnica en ingles son N.A.D.A., que significan National Acupuncture Detoxification Association. El tratamiento se puede aplicar de 3 a 5 veces por semana y consiste en la inserción de agujas en la aurícula por 40 minutos. (16) Es importante hacer notar que no es un tratamiento único, debe de ser adyuvante a otra terapia. Actualmente este tratamiento es utilizado en más de 700 centros en Estados Unidos y en aproximadamente 30 países a nivel mundial. (16) Se ha probado este tratamiento para varias sustancias; alcohol, nicotina, cocaína, etc.

En 1989, Bullock y colaboradores realización un estudio de casos y controles, donde tenían a 80 pacientes con recidivas de alcoholismo. Se utilizó acupuntura auricular en los puntos Shen Men, Pulmón y Simpático bilateralmente. A los pacientes controles se les aplico puntos no específicos (<5 mm de los puntos utilizados en los casos). Los resultados mostraron que la acupuntura fue efectiva para tratar la recidiva del alcohol, durante el tratamiento y hasta 6 meses después. (16-17) Karst y colaboradores en el 2002 hicieron un estudio para investigar los efectos de la abstinencia de alcohol con carbamacepina. Se les aplico acupuntura auricular en los puntos Simpático, Shen men, Riñón, Hígado, Pulmón y 2 puntos de acupuntura corporal que fueron Baihui (Du Mai 20) y He Gu (Intestino Grueso 20). Este tratamiento fue

aplicado diario por 10 días. El resultado fue prometedor, pero se recomienda realizar más investigación en este plano. (20)

Avant y colaboradores en el 2000 realizaron un estudio para evaluar la eficacia de acupuntura auricular en el tratamiento de adicción a cocaína. Utilizando los puntos de acupuntura auricular Simpático, Pulmón, Hígado y Shen men; 5 veces a la semana por 8 semanas. Los resultados fueron positivos comparado con el grupo control. (18) Margolin y colaboradores en el 2002 realizaron un estudio donde evaluaron 620 pacientes con dependencia a cocaína con tratamiento adyuvante de metadona, 412 pacientes con dependencia de cocaína y 208 con el uso de opioides más cocaína. Se utilizaron los puntos de acupuntura auricular Simpático, Pulmón, Hígado y Shen men; 5 veces a la semana por 8 semanas. El resultado de este estudio mostro que no hubo diferencia entre los grupos casos y controles en reducir el uso de cocaína. (19)

Janssen y colaboradores en el 2005 realizaron un estudio para examinar la utilidad de acupuntura en el tratamiento de abuso de sustancias en pacientes marginalizados. Aplicaron los 5 puntos de acupuntura auricular propuestos por la N.A.D.A. Se les colocó agujas por 40 minutos a 261 personas. Esto dio como resultado una disminución en el consumo de sustancias y una disminución en la intensidad de los síntomas de abstinencia. (21)

Courbasson y colaboradores en el 2007 evaluaron los beneficios de agregar acupuntura auricular a un programa de 21 días psico-educativo. Los pacientes eran 185 mujeres con problemas de abuso de sustancia, ansiedad y depresión. Se utilizaron los 5 puntos de acupuntura auricular de N.A.D.A. por 45 minutos, 3 veces por semana. Los resultados que mostraron fue que la terapia con acupuntura auricular fue efectiva y es una alternativa viable a los ansiolíticos. (22)

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

2.1 Planteamiento del Problema

¿Tendrá eficacia la acupuntura auricular para disminuir los síntomas de abstinencia y mejorar la calidad de vida en pacientes con abuso de sustancias?

2.3 Justificación

El abuso de sustancias es problema de salud pública a nivel global. Todavía falta mucha investigación en esta área, por lo que es importante que existan más estudios sobre el tema. Esta tesis pretende establecer la efectividad de la acupuntura auricular como tratamiento coadyuvante en pacientes con abuso de sustancias. Siendo que es una terapia segura, donde no se utilizan agujas, con escasos efectos secundarios y muy económica que puede ayudar a eliminar o disminuir los síntomas relacionados con la abstinencia, como es la ansiedad. Esto ayudando al paciente en su entorno social, económico y en su salud. Mejorando la calidad de vida del paciente.

CAPÍTULO 3

HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis Alternativa

La acupuntura auricular es eficaz como tratamiento coadyuvante de los síntomas de ansiedad en pacientes internados en el área de psiquiatría con trastorno por consumo de sustancias.

3.1.2 Hipótesis Nula:

La acupuntura auricular no es eficaz como tratamiento coadyuvante de los síntomas de ansiedad en pacientes internados en el área de psiquiatría con trastorno por consumo de sustancias.

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

4.1 Objetivo General

Medir el efecto de la acupuntura auricular como tratamiento coadyuvante de los síntomas de ansiedad en pacientes internados en el área de psiquiatría con trastorno por consumo de sustancias.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el diagnóstico psiquiátrico principal de los pacientes que participan en este proyecto de investigación utilizando el DSM-5 y por medio de la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI.
- Identificar los tratamientos farmacológicos y sus dosis promedio durante el internamiento.
- Medir los síntomas de ansiedad en pacientes internados en el área de psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” con trastorno por consumo de sustancias utilizando la escala de Hamilton para la ansiedad y la escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7).
- Medir el impacto en salud utilizando el cuestionario de la salud Euro Qol-5-D y el Euro Qol escala visual análoga para la percepción de la salud.
- Comparar el efecto clínico y sintomatológico al utilizar una terapia de reemplazo farmacológica y la acupuntura auricular.
- Comparar los resultados dependiendo del sexo, diagnóstico, medicamento, dosis y sustancia consumida.

CAPÍTULO 5

MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Diseño Metodológico

5.1.1 Tipo de estudio

Cuantitativo.

5.1.2 Diseño de estudio

Ensayo clínico, prospectivo, longitudinal, aleatorio, simple ciego.

5.2 Población de Estudio

Pacientes con síntomas de ansiedad en pacientes internados en el área de psiquiatría del Hospital “Dr. José Eleuterio González” con trastorno por consumo de sustancias.

5.3 Cálculo de Tamaño de la Muestra

Comparación de dos medias

$$n = \frac{K(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

valor K	7.9	62.41	395		
sigma 1	5	25	50	n =	24.6875
sigma 2	5	25			
valor μ_1	16	16			
valor μ_2	12				

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con una fórmula para la comparación de dos medias, esperando encontrar una diferencia de al menos 4

puntos entre el tratamiento convencional y el tratamiento innovador, con una confianza del 95% y una potencia del 80% se requiere una muestra mínima por grupo de 25 participantes.

5.4 Variables

Las variables continuas serán descritas con medidas de tendencia central como medias y desviación estándar, para las variables categóricas se utilizará porcentajes y frecuencias en tablas de contingencia. Las variables numéricas se compararán con prueba t de Student para muestras independientes en el caso de tener distribución normal, o con u de Mann Whitney en caso de variables no paramétricas. Las variables categóricas serán comparadas utilizando Chi cuadrada de Pearson o test exacto de Fisher en el caso de tablas de 2x2. El nivel de significación se estableció para una p inferior a 0.05. El análisis estadístico se realizará con IBM SPSS versión 20 (SPSS, Inc, Armon, NY).

Variable independiente: acupuntura auricular

Variable dependiente: ansiedad, trastorno por consumo de sustancias

5.5 Criterios de Selección

5.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores o igual a 18 años.
- Pacientes que tengan algún diagnóstico psiquiátrico previamente establecido por el área de psiquiatría y que presenten algún trastorno por consumo de sustancias establecido por el DSM-5.
- Pacientes sin deterioro cognitivo.
- Pacientes que aceptaron formar parte del estudio de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

5.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con embarazo confirmado.
- Pacientes que hayan utilizado acupuntura auricular en los últimos 30 días.

- Pacientes ajenos al área de psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”
- Pacientes que no hayan sido evaluados por el personal del área de psiquiatría.

5.5.3 Criterios de eliminación

- Pacientes que abandonaron tratamiento o no completaron con el número de sesiones establecidas.
- Presencia de reacciones adversas al tratamiento con acupuntura auricular.
- Caída de las semillas de vaccaria por más de 4 horas.
- Presencia de pérdida de la continuidad en la piel o alguna lesión inflamatoria en el lugar de la aplicación de la acupuntura auricular.
- Pacientes que durante el estudio desarrollen una enfermedad o patología grave que ponga en peligro la vida del mismo.
- Pacientes que se tornen agresivos o adopten conductas peligrosas para el investigador.

5.6 Estrategia General

Se solicitó la autorización del jefe del departamento de Psiquiatría para la realización de esta investigación en el área de internamiento. Se realizó una junta con los coordinadores del departamento de Psiquiatría y con el personal de enfermería para dar a conocer la información del protocolo de investigación, posterior a la aceptación por el comité de ética.

La selección de pacientes se llevó a cabo de manera coordinada con el personal del área de internamiento del departamento de psiquiatría. Los pacientes seleccionados cumplían con los criterios de inclusión previamente mencionados y se firmó el formato de consentimiento informado voluntariamente. Después se realizó a cada uno de los pacientes la historia clínica de Medicina Tradicional China.

Había 50 sobres, cada uno contenía el tratamiento que se le aplicaría al paciente. Había 25 papeles que decían grupo A (acupuntura auricular) y otros 25 que decían grupo B (encuestas y escalas). La forma en la cual se aleatorizó el estudio fue el siguiente; el paciente sacó un sobre sellado el cual contenía si pertenecía al grupo A o al grupo B. Al ser un estudio simple ciego, solo el médico del área de Medicina Tradicional China sabía que paciente pertenecía a que grupo.

- A. Grupo con tratamiento médico psiquiátrico más acupuntura auricular.
- B. Grupo con tratamiento médico psiquiátrico.

En la primera visita, previo a la aplicación de la acupuntura auricular se tomaron los signos vitales, peso y talla. Se les aplicó la escala de Hamilton para la Ansiedad (Apéndice C), Escala para el Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) (Apéndice D), cuestionario de salud Euro Qol-5-D (Apéndice E) , Euro Qol escala visual análoga para la percepción de la salud (Apéndice F) y MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional (Apéndice B).

En la 5ta y 10ma sesión se volvieron a tomar los signos vitales, peso y talla y se aplicó la escala de Hamilton para la ansiedad, escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) y el cuestionario de salud Euro Qol-5-D, Euro Qol escala visual análoga para la percepción de la salud.

A los pacientes del grupo A, se seleccionaron 6 puntos en la oreja correspondientes con los puntos de acupuntura simpático, riñón, shen men, pulmón, hígado y corazón. El área donde se colocaron los puntos fue preparada utilizando una toalla saturada de alcohol isopropílico al 70% para la asepsia y antisepsia. Se adhirieron semillas de vaccaria en la superficie de la oreja, las cuales fueron cambiadas los días lunes, miércoles y viernes, hasta completar 10 sesiones. Se alternaron de oreja, para evitar molestias para el

paciente. Durante cada visita, se estimuló de forma manual por parte del médico las semillas de vaccaria. Cada sesión tenía una duración aproximada de 30 minutos por sesión. Durante la sesión 1, 5 y 10 se les aplicó unas encuestas para medir el efecto del tratamiento. A este grupo, se le indicó dar masaje en los 6 puntos de la oreja por lo menos 3 veces al día. En caso de que una semilla de vaccaria se desprenda, tenían que avisar al personal de enfermería.

A los pacientes del grupo B no se les aplicó la acupuntura auricular, solo se cubrían los 6 puntos de la oreja con cinta micropore color piel. La cinta micropore se colocó en las áreas correspondientes a los puntos de acupuntura simpático, riñón, shen men, pulmón, hígado y corazón (sin las semillas de vaccaria) y se les aplicó las encuestas durante la sesión 1, 5 y 10.

El financiamiento del estudio comprendió recursos propios del departamento y autofinanciado.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

En el estudio se reclutaron 21 pacientes voluntarios que cumplían con los requisitos de inclusión de edad, diagnóstico psiquiátrico previamente establecido por el área de psiquiatría que presentaran algún trastorno por consumo de sustancias y sin deterioro cognitivo. Los pacientes tenían que completar 10 sesiones, por lo que 6 fueron excluidos al no tener las 10 sesiones completas, esto representó el 28.5% de la población total. El estudio colectivo quedó integrado por 10 mujeres y 5 hombres con edades entre 18 y 46 años, con una media de 26.2 . Se tenían 2 grupos, a 8 de ellos no se les aplicó acupuntura auricular con semillas de vaccaria y a 7 sí.

Se analizaron en su totalidad las variables con el paquete estadístico SPSS.

Se analizó la distribución de las variables continuas con análisis gráficos y son expresadas en términos de media y desviación estándar en caso de identificar normalidad y en términos de rango inter cuartil y mediana en caso de no observar distribuciones diferentes a las normales.

Las medidas de tendencia central son realizadas con métodos paramétricos de T de Student en caso de normalidad y con medidas no paramétricas de U de Mann-Whitney en caso de no presentarla.

Las variables discretas son expresadas en términos de frecuencia y fueron comparadas con Chi cuadrada y F de Fisher en caso necesario.

Para determinar si alguna variable fue estadísticamente significativa, se tomó una $p < 0.05$.

6.1.1 Sustancias Consumidas

Tomando en cuenta a los 21 pacientes reclutados, el 57% de la población consumía 2 o más sustancias y el 43% solo consumía una. La sustancia más consumida fue el cannabis, consumida por el 28%, seguida por el tabaco y alcohol, con un consumo del 23%. Ninguna fue estadísticamente significativa, por lo que los grupos estaban homogéneos.

Tabla II. Resultados de las sustancias consumidas.

		Sustancias Consumidas		
		Grupo		p
		Sin Acupuntura n=9	Con Acupuntura n=12	
Sexo	Fem n(%)	7(77.8)	5(41.7)	0.184
Cannabis	si n(%)	6 (66.7)	5(41.7)	0.387
Cocaina	si n(%)	1(11.1)	3 (25)	0.603
Alcohol	si n(%)	5 (55.6)	4 (33.3)	0.396
Tabaco	si n(%)	5 (55.6)	8 (66.7)	0.673
Cristal	si n(%)	1 (11.1)	0 (0)	0.429
Opioides	si n(%)	0(0)	1(11.1)	0.429
Metanfetaminas	si n(%)	1 (11.1)	0 (0)	0.429
Benzodiacepinas	si n(%)	0 (0)	3 (25)	0.229

6.1.2 Diagnóstico

Es importante mencionar que el paciente psiquiátrico tiene más de 1 diagnóstico, por lo que se tendrán muchas variables. Se utilizó el DSM-V para determinar los principales diagnósticos. El trastorno depresivo mayor fue el que se presentó con mayor frecuencia, siendo el 22% el que lo presentaba. Ninguno fue estadísticamente significativo por lo que los grupos estaban homogéneos.

Tabla III. Resultados de diagnósticos psiquiátricos utilizando el DSM-V.

		Grupo		
		Sin Acupuntura n=9	Con Acupuntura n=12	p
Trastorno depresivo mayor	si			0.659
	n(%)	7 (77.8)	8 (66.7)	
Trastorno por consumo de cannabis	si			0.999
	n(%)	4 (44.4)	5 (41.7)	
Trastorno por consumo de alcohol	si			0.999
	n(%)	4 (44.4)	5 (41.7)	
Trastorno por consumo de tabaco	si			0.660
	n(%)	3 (33.3)	6 (50)	
Trastorno límite de la personalidad	si			0.673
	n(%)	4 (44.4)	4 (33.3)	
Trastorno por consumo de estimulantes	si			0.999
	n(%)	3 (33.3)	3 (25)	
Trastorno por estrés post traumático	si			0.063
	n(%)	3 (33.3)	0(0)	
Trastorno bipolar no especificado	si			0.999
	n(%)	1 (11.1)	1 (8.3)	
Trastorno de ansiedad generalizada	si			0.999
	n(%)	1(11.1)	1 (8.3)	
Trastorno de la conducta alimentaria	si			0.999
	n(%)	0(0)	1 (8.3)	
Trastorno por déficit de atención	si			0.429
	n(%)	1 (11.1)	0(0)	
Historia personal de autolesión	si			0.429
	n(%)	1 (11.1)	0(0)	
Ausencia de un miembro de la familia	si			0.999
	n(%)	0(0)	1 (8.3)	
Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	si			0.999
	n(%)	0 (0)	1 (8.3)	
Trastorno por consumo de opioides	si			0.999
	n(%)	0(0)	1 (8.3)	

6.1.3. Medicamentos

Se agruparon los diferentes medicamentos consumidos por los pacientes. El principal grupo de medicamentos utilizado entre los 21 pacientes fueron los anti depresivos. La tabla # muestra que ningún medicamento fue estadísticamente significativo.

Tabla IV. Resultados de grupo de medicamentos.

		Medicamentos		
		Grupo		
		Sin Acupuntura n=9	Con Acupuntura n=12	p
Anti- depresivo	si n(%)	6 (66.7)	9 (75)	0.999
Anti- psicótico	si n(%)	4 (44.4)	8 (66.7)	0.396
Benzodiacepina	si n(%)	1 (11.1)	7 (58.3)	0.067
Anti- epileptico	si n(%)	4 (44.4)	4 (33.3)	0.673
Laxante/ Suplemento	si n(%)	1 (11.1)	6 (50)	0.159
AINES	si n(%)	3 (33.3)	2 (16.7)	0.611
Anti- espasmodicos	si n(%)	1 (11.1)	1 (8.3)	0.999
Anti- histaminico	si n(%)	0 (0)	2 (16.7)	0.486
IBP	si n(%)	0 (0)	2 (16.7)	0.486
Opiaceos	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Anti. Emetico	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Simpaticomimetico	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Anti- bacteriano	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Anti-fungico	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Estimulante	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Procinetico	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Anti- acido	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Agonista del receptor H2	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999

Humectante	si n(%)	0 (0)	1 (8.3)	0.999
Insulina	si n(%)	1 (11.1)	0 (0)	0.429

6.1.4 15 Pacientes con 10 sesiones

No se identificó distribución diferente a la normal en las variables continuas y el resultado del análisis de la totalidad de la población que completó 10 sesiones fue el siguiente:

Tabla V. Total de población que completaron las 10 sesiones.

Variable	Media	Desviación estándar
EVA – sesión 1	70	11.4
EVA – sesión 5	76.4	19.7
EVA – sesión 1	85.1	6.4
Edad	26.2	8.6
Hamilton – sesión 1	25.13	11.27
Hamilton – sesión 5	15.0	9.05
Hamilton – sesión 10	9.8	5.8
EuroQol 5D – sesión 1	7.5	1.3
EuroQol 5D – sesión 5	6.4	1.9
EuroQol 5D – sesión 10	6	1.19
FC – sesión 1	78.8	11.6
FC – sesión 5	79,8	8.13
FC – sesión 10	79.9	7.3
FR – sesión 1	19.4	2.13
FR – sesión 5	19.8	1.7

FR – sesión 10	19	2.2
GAD 7 – sesión 1	11.8	6.0
GAD 7 – sesión 5	7.13	5.9
GAD 7 – sesión 10	4.8	4.8
Peso – sesión 1	72.06	21.03
Peso – sesión 5	71.9	21.3
Peso – sesión 10	72.4	21.14
TA diastólica – sesión 1	69.3	7.03
TA diastólica – sesión 5	76.8	8.2
TA diastólica – sesión 10	70.6	9.6
TA sistólica – sesión 1	108.0	12.07
TA sistólica – sesión 5	110.6	10.9
TA sistólica – sesión 10	111.3	14.07
Talla	1.66	0.09

Se realizó la comparación de las medidas de tendencia central entre los grupos de tratamiento de las variables continuas a través de métodos paramétricos de T de Student con los siguientes resultados (tabla VI, VII, VIII), las cuales ninguna fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$). En las figuras 5, 6, 7 y 8 podemos observar la mejoría clínica que se obtuvo de la acupuntura auricular comparada con el grupo control.

Tabla VI. Variables numéricas de la sesión 1.

Variables Numéricas Iniciales- Sesión 1			
	Con acupuntura	Sin acupuntura	p
Edad	31.3 (10.3)	21.8 (3.3)	.055
Talla	1.65(.09)	1.67(.10)	.727
Peso	74.9 (28.7)	69.5 (12.6)	.640
FC	77.1 (13.4)	80.3 (10.4)	.609
FR	20.4 (1.7)	18.5 (2.1)	.079
Hamilton	29.2(10.8)	21.5 (10.9)	.192
GAD 7	11.8 (6.0)	11.8 (6.3)	.996
EuroQol 5D	7.8 (1.4)	7.2 (1.1)	.387
EVA	66.4 (13.7)	74.6 (7.8)	.173

*media (Desviación estándar)

Tabla VII. Variables numéricas de la sesión 5.

Variables Numéricas - Sesión 5			
	Con acupuntura	Sin acupuntura	p
Edad media(DE)	31.3 (10.3)	21.8 (3.3)	.055
Talla	1.65(.09)	1.67(.10)	.727
Peso	74.8 (29.2)	69.4 (12.5)	.640
FC	83.4 (6.9)	76.6 (8.4)	.117
FR	19.7 (1.7)	19.8 (1.8)	.869
Hamilton	16.2 (10.5)	14.0 (8.0)	.643
GAD 7	9.0 (6.4)	5.5 (5.3)	.271
EuroQol 5D	7.2 (2.4)	5.7 (1.0)	.134
EVA	68.5 (24.7)	83.3 (11.6)	.154

*media (Desviación estándar)

Tabla VIII. Variables numéricas de la sesión 10.

Variables Numéricas - Sesión 10			
	Con acupuntura	Sin acupuntura	p
Edad media(DE)	31.3 (10.3)	21.8 (3.3)	.055
Talla	1.65(.09)	1.67(.10)	.727
Peso	75.3 (29.0)	69.8 (12.4)	.640
FC	80.8 (7.2)	79.1 (7.8)	.666
FR	19.0 (1.9)	19.3 (2.6)	.919
Hamilton	10.2 (3.7)	9.5 (7.4)	.805

GAD 7	6.4 (4.0)	3.5 (5.2)	.254
EuroQol 5D	6.29 (1.3)	5.75 (1.0)	.407
EVA	82.8 (7.5)	87.1 (4.9)	.213

*media (Desviación estándar)

Figura 5. Escala para la Ansiedad de Hamilton

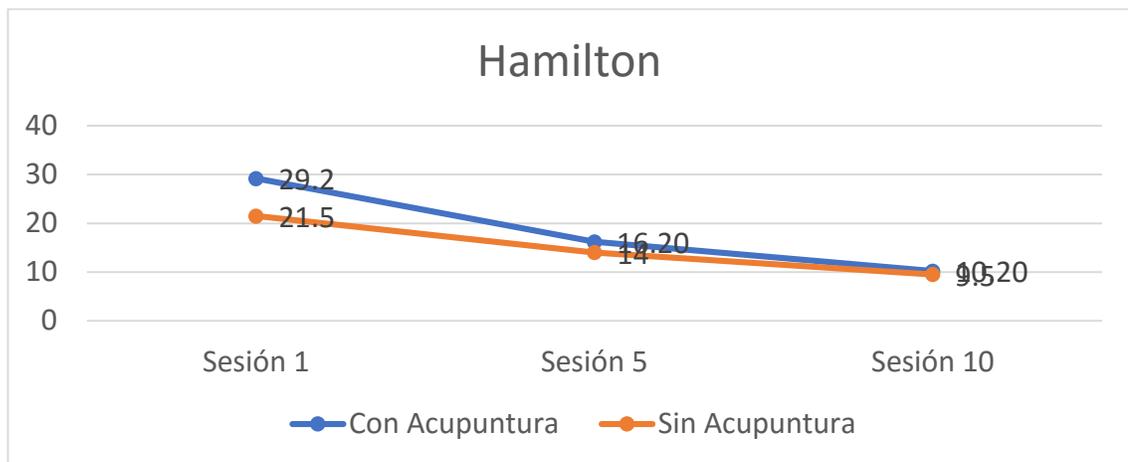


Figura 6. Escala para la Ansiedad Generalizada GAD-7.

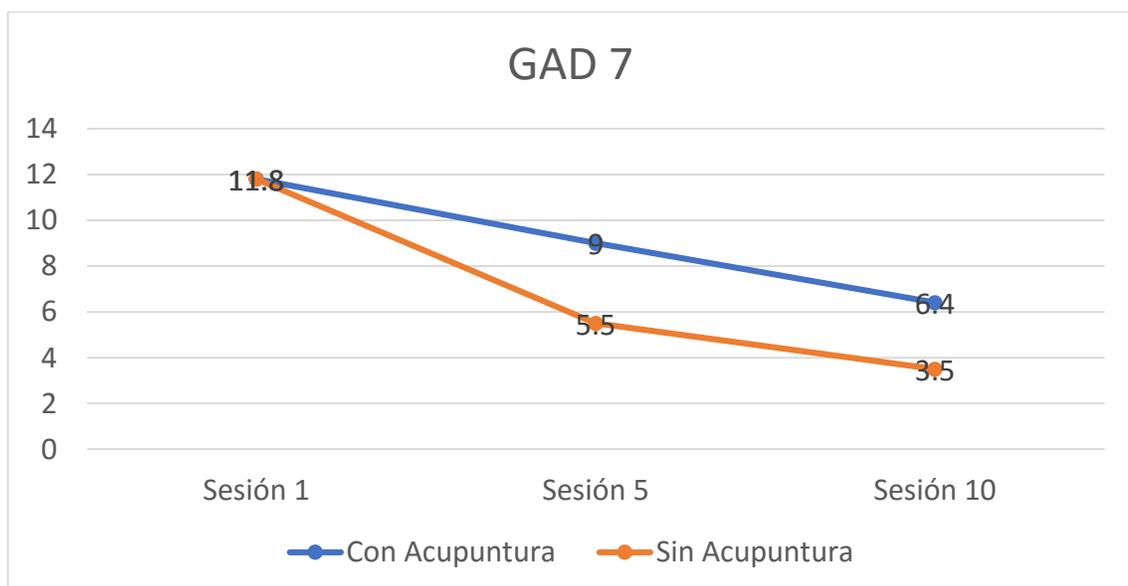


Figura 7. Escala de Percepción de la Salud EuroQol- 5D.

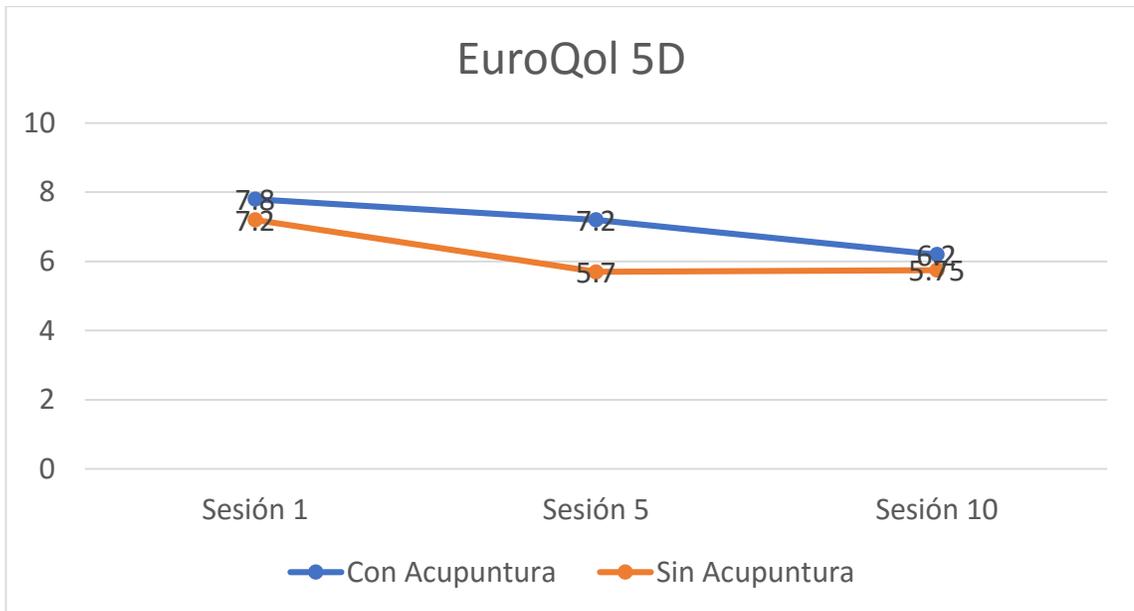
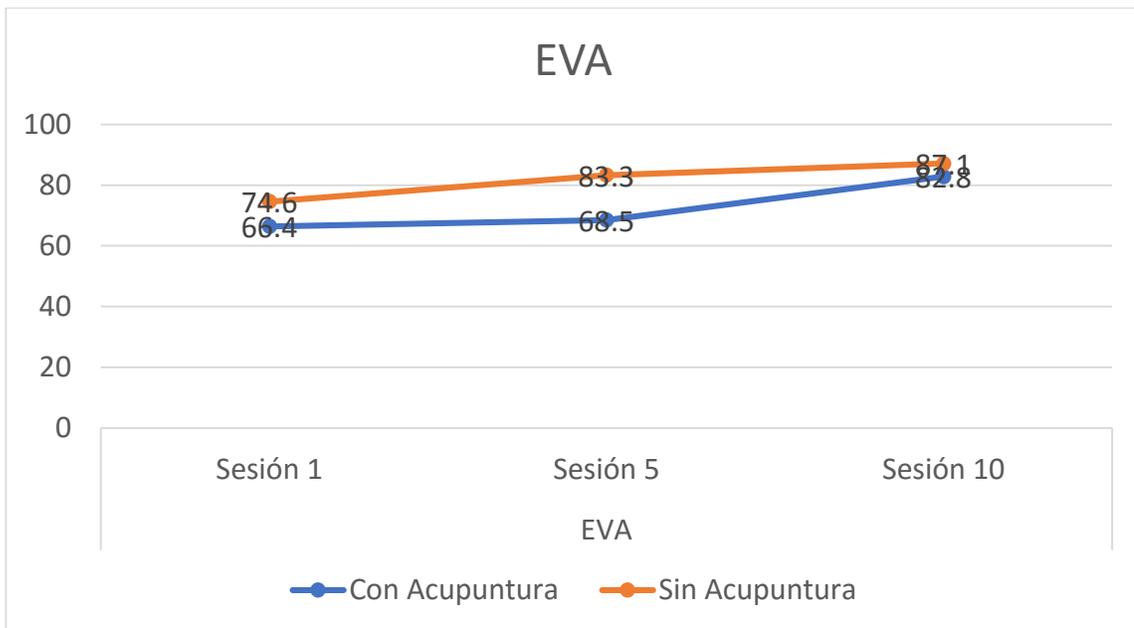


Figura 8. Escala Visual Análoga de Percepción de la Salud.



Se realizó la comparación de las medidas de tendencia central entre la sesión 1, 5 y 10 de tratamiento de las variables continuas a través de métodos paramétricos de Prueba de Efectos utilizando ANOVA, mostró que se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$) en la escala de Hamilton a favor de la acupuntura auricular y para la escala de GAD-7 y EVA fue estadísticamente significativo para los pacientes que no presentaban acupuntura auricular.

Tabla IX. Prueba de efectos por sesión 1,5 y 10 utilizando ANOVA.

Prueba de Efectos

		Sesión 1	Sesión 5	Sesión 10	p
Hamilton	sin	21.5 (3.8)	14 (2.8)	9.5 (2.6)	.034
	con	29.28(4.1)	16.28 (4.0)	10.28 (1.4)	.005
GAD-7	sin	11.87 (2.2)	5.5 (1.8)	3.5 (1.8)	.002
	con	11.85 (2.3)	9 (2.4)	6.42 (1.5)	.070
EuroQol 5D	sin	7.25 (0.1)	5.75 (0.3)	5.75 (0.3)	.053
	con	7.85 (0.5)	7.28 (0.9)	6.28 (0.5)	.188
EVA	sin	74.62 (2.78)	83.37 (4.1)	87.12 (1.7)	.038
	con	66.42 (5.2)	68.57 (9.3)	82.85 (2.8)	.164

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

Según la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011, el 1.8% de la población en México había consumido alguna droga en el último año, pero solo el 0.7% tenía una dependencia y un porcentaje muy bajo había asistido a recibir algún tratamiento. Se sabe que en México, el cannabis es la de mayor preferencia, al igual que en nuestro estudio el cannabis fue la principal sustancia consumida. Las tendencias del consumo de sustancias van en incremento en la población mexicana. Siendo un problema de Salud Pública, aumentando el costo de la atención médica. (Encuesta Nacional de Adicciones 2011) (1) (Figuras 1 y 2).

El consumo de sustancias va en aumento. El abuso de sustancias está asociado a muchas enfermedades y puede ser un factor de riesgo para desarrollarlas. Existe una relación importante entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales. Las personas con trastorno por consumo de sustancias tienen el doble de probabilidad de tener problemas en

el estado de ánimo o que aumenten sus niveles de ansiedad. (Caraveo 2002)(33,35).

No existe mucha información sobre el paciente psiquiátrico con trastorno por consumo de sustancias. Marín- Navarrete y sus colaboradores realizaron encuestas en la Ciudad de México y determinaron en el 2012 que el 83.59% de los trastornos psiquiátricos precedieron a los trastornos por consumo de sustancias. (33) Se planteó este estudio para brindarle al paciente psiquiátrico con trastorno por consumo de sustancias un complemento a su tratamiento y así poder ayudar contra la ansiedad que pueden llegar a sentir; no solo por el consumo de sustancias, si no por el internamiento en el cual se encuentran.

La acupuntura auricular es un tratamiento popular de la Medicina Tradicional China que puede ser utilizado para el tratamiento de la ansiedad. Se han reportado casos de pacientes con trastorno por consumo de sustancias que muestran disminución de la ansiedad utilizando la acupuntura auricular. La ventaja de la acupuntura es que es una terapia de bajo costo, no invasiva y con mínimos efectos secundarios. Reduciendo la ansiedad en los pacientes, es un paso importante para evitar las recaídas, favoreciendo a un cambio positivo en su tratamiento.

En la búsqueda de literatura no se encontraron estudios en pacientes psiquiátricos que se encontraran internados en el área de psiquiatría con

trastornos por consumo de sustancias. Nuestro estudio nos abre la puerta a realizar más investigación en este campo. Ya que no se descartó la eficacia del tratamiento de acupuntura auricular en pacientes psiquiátricos con trastorno por consumo de sustancias. Fue muy notable la mejoría clínica que los pacientes presentaron. Existen 5 puntos establecidos por la National Acupuncture Desintoxification Assosiation, y nosotros le agregamos un punto extra para tonificar al corazón, ya que el corazón es el que controla la mente y las emociones.

En el 2006 Tian y colaboradores hicieron un estudio piloto con pacientes hispanos habitantes de Nuevo México, Estados Unidos que presentaran algún trastorno por consumo de sustancias. Los pacientes se encontraban en un Centro para la Salud Mental, parecido a nuestro estudio. El estudio realizado por Tian tenía 3 grupos: a los que se les aplicó acupuntura auricular más terapia, acupuntura auricular (placebo) más terapia y los que solo acudían a terapia. La edad media que ellos presentaron fue de 32.8 años, mientras la de nuestro estudio fue de 26.2 años. El tratamiento lo recibían una vez por semana por 6 sesiones, a diferencia de nosotros, que lo realizábamos 3 veces por semana hasta completar 10 sesiones. Se utilizaron diferentes escalas para medir la ansiedad o el antojo que el paciente pudiera tener. Los resultados fueron similares a nuestro estudio. Todos los grupos mejoraron en su ansiedad, pero el grupo de acupuntura auricular más terapia obtuvo un mayor cambio. Al igual que nosotros, en el grupo de acupuntura auricular se vio un mayor

cambio. Las recomendaciones que hicieron Tian y colaboradores fue aumentar el tratamiento y tener mayor numero de pacientes.(26)

Dentro de las limitantes que se vieron durante el estudio fue la falta de pacientes con los criterios de inclusión establecidos. Al ver a pacientes internados en el área de psiquiatría solo se visitaron a los que estaban internados en el área de comunidad, ya que son pacientes más estables, sin riesgo de removerse el tratamiento. Existe muy poca rotación de pacientes en el área, el tiempo promedio de internamiento es de aproximadamente mes y medio. Al igual no hubo un seguimiento después de las 10 sesiones, que nos hubiera dado información si el paciente volvió a consumir o no alguna sustancia.

Como información anecdótica, los participantes del estudio se veían muy motivados a dejar de consumir sustancias. Algunos que consumían tabaco refirieron que les cambió el sabor del cigarro y disminuyeron la cantidad de cigarros fumados.

Es importante considerar llevar acabo el protocolo con un tiempo más prolongado, para poder tener una mayor captación de pacientes y realmente poder medir el efecto de la acupuntura auricular. Y así tener resultados más homogéneos. Este estudio es uno de los pocos que existen en su área. Brinda información favorable para la realización de futuros estudios.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIÓN

1. La acupuntura auricular es un método seguro, no invasivo, de bajo costo y con pocos efectos secundarios.
2. No se alcanzó el tamaño de la muestra necesario para identificar diferencias entre los grupos.
3. Las variables entre cada grupo fueron homogéneas, por lo que nos habla de que se realizó una correcta aleatorización.
4. La sustancia más consumida fue la marihuana.
5. El diagnóstico psiquiátrico mas común fue el trastorno depresivo mayor.
6. El grupo de medicamentos más utilizado fueron los anti- depresivos.
7. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de las variables analizadas con la prueba estadística de T Student.
8. Se encontraron resultados estadísticamente significativos en la Escala de Hamilton utilizando acupuntura auricular y estadísticamente significativa en el grupo control en la escala GAD-7 y EVA utilizando la prueba estadística de ANOVA.

9. Al tener resultados tan heterogéneos, no se puede descartar el beneficio del tratamiento.
10. Es necesario incrementar el tamaño de la población estudiada para poder identificar si existen diferencias en las variables.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

REFERENCIAS

1. Encuesta nacional de adicciones. (2011). "Consumo de drogas: prevalencias, tendencias y variaciones regionales." Recopilado el 21 de septiembre de 2018 de [https://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/factsheet ENA drogas25oct.pdf](https://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/factsheet_ENA_drogas25oct.pdf)
2. United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2017* (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6)
3. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. "Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales." Recopilado el 23 de septiembre de 2018 de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO DE DROGAS.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf)
4. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2011). *National Addiction Survey 2011: Drugs Report* (Vol. 1). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
5. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Recopilado el 23 de septiembre de 2018 de https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
6. Minns, A., Clark, R.(2018). Substance Abuse. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. (1823-1828). Elsevier.
7. Herman, M. A., Roberto, M. (2015). The addicted brain: understanding the neurophysiological mechanisms of addictive disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 9. doi:10.3389/fnint.2015.00018
8. Yang, C. H., Lee, B. H., & Sohn, S. H. (2008). A Possible Mechanism Underlying the Effectiveness of Acupuncture in the Treatment of Drug Addiction. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5(3), 257–266. doi:10.1093/ecam/nem081

9. Maciocia, G. (2001). *Los Fundamentos de la Medicina China*. Cascais, Portugal. Edición Española.
10. Camí, J., & Farré, M. (2003). Drug Addiction. *New England Journal of Medicine*, 349(10), 975–986. doi:10.1056/nejmra023160
11. Stuyt, E. B., & Voyles, C. (2016). The National Acupuncture Detoxification Association protocol, auricular acupuncture to support patients with substance abuse and behavioral health disorders: current perspectives. *Substance Abuse and Rehabilitation*, Volume 7, 169–180. doi:10.2147/sar.s99161
12. Han, J., Cui, C., & Wu, L. (2011). Acupuncture-related techniques for the treatment of opiate addiction: a case of translational medicine. *Frontiers of Medicine*, 5(2), 141–150. <https://doi.org/10.1007/s11684-011-0136-8>
13. Cui, Cai-Lian & Wu, Lan & Luo, Fei & Han, Jisheng. (2008). Acupuncture for the treatment of drug addiction. *Sheng li ke xue jin zhan [Progress in physiology]*. 39. 325-30.
14. Stuyt, E. B., & Voyles, C. (2016). The National Acupuncture Detoxification Association protocol, auricular acupuncture to support patients with substance abuse and behavioral health disorders: current perspectives. *Substance Abuse and Rehabilitation*, Volume 7, 169–180. doi:10.2147/sar.s99161
15. D'alberto, A. (2004). Auricular Acupuncture in the Treatment of Cocaine/Crack Abuse: A Review of the Efficacy, the Use of the National Acupuncture Detoxification Association Protocol, and the Selection of Sham Points. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(6), 985–1000. doi:10.1089/acm.2004.10.985
16. Margolin, A. (2003). Acupuncture for substance abuse. *Current Psychiatry Reports*, 5(5), 333–339. doi:10.1007/s11920-003-0065-6
17. Bullock, M., Culliton, P., & Olander, R. (1989). Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. *The Lancet*, 333(8652), 1435–1439. doi:10.1016/s0140-6736(89)90135-9
18. Avants SK, Margolin A, Holford TR, Kosten TR. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Arch Intern Med*. 2000;160(15):2305–12. doi:10.1001/archinte.160.15.2305.
19. Margolin A, Kleber HD, Avants SK, Konefal J, Gawin F, Stark E, et al. Acupuncture for the treatment of cocaine addiction—a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;287(1):55–63. doi:10.1001/jama.287.1.55.
20. Karst M, Passie T, Friedrich S, Wiese B, Schneider U. Acupuncture in the treatment of alcohol withdrawal symptoms: a randomized, placebo-controlled inpatient study. *Addict Biol*. 2002;7(4):415–9. doi:10.1080/1355621021000006017.
21. Janssen PA, Demorest LC, Whynot EM. Acupuncture for substance abuse treatment in the downtown eastside of Vancouver. *J Urban Health*. 2005;82(2):285–95. doi:10.1093/jurban/jti054.

22. Courbasson CMA, de Sorkin AA, Dullerud B, Van Wyk L. Acupuncture treatment for women with concurrent substance use and anxiety/depression—an effective alternative therapy? *Fam Community Health*. 2007;30(2):112–20
23. Motlagh, F. E., Ibrahim, F., Rashid, R. A., Seghatoleslam, T., & Habil, H. (2016). Acupuncture therapy for drug addiction. *Chinese Medicine*, 11(1). doi:10.1186/s13020-016-0088-7
24. Warne, D. (2018). Alcoholism and Substance Abuse. *Integrative Medicine (pp. 818-828). Philadelphia: Elsevier.*
25. Olsen, T. (2003) *Auriculotherapy Manual: Chinese and Western Systems of Ear Acupuncture*. 3rd edition. Elsevier.
26. Tian X, Krishnan S. Efficacy of Auricular Acupressure as an Adjuvant Therapy in Substance Abuse Treatment: A Pilot Study. *Altern Ther Health Med* 2006 Jan;12(1):66-9.
27. Eisenstark D. Addiction, Recovery and the Five Spirits. *The Journal of Chinese Medicine* 2010 10(94):20-25.
28. Carter, K., Olshan- Perlmutter, M. (2014) NADA Protocol. *Integrative Acupuncture in Addictions*. *Journal of Addictions Nursing*. Volume 25, number 4, 182-187.
29. Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2002. 118(13): 493-9
30. Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2013.
31. Tapia, R. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de adicciones.
32. Marín-Navarrete, Rodrigo, Benjet, Corina, Borges, Guilherme, Eliosa Hernández, Angélica, Nanni-Alvarado, Ricardo, Ayala-Ledesma, Marcos, Fernández-Mondragón, José, & Medina-Mora, María Elena. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, 36(6), 471-479. Recuperado en 27 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600004&lng=es&tlng=es.
33. Caraveo, J., & Colmenares, E. (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico . *Salud Mental*, 25 (2), 9-15.
34. NIDA. (2011, mayo 1). La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales. Recuperado en 27 de octubre de 2018, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-comorbilidad-entre-la-adiccion-y-otros-trastornos-mentales>
35. Browning, K., Verheijden, S., Boeckxstaens, G. (2017). The Vagus Nerve

in Appetite Regulation, Mood, and Intestinal Inflammation.
Gastroenterology, 2017-03-01, Vol. 152, Issue 4, Pag. 730-744.

APENDICES

APÉNDICE A

Historia Clínica de Medicina Tradicional China

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA

Fecha: ____/____/____ Consulta: _____

Nombre del Paciente: _____ Sexo: M F Edad: ____ años.

Nombre del Pasante: _____ Firma: _____

Nombre del Médico Supervisor: _____ Firma: _____

Principal motivo de consulta: (principal síntoma y duración)

Estado Actual:

Hallazgos positivos en el interrogatorio:

Otros motivos de consulta: N/A

Medicamentos: N/A

Estado Actual:

SHEN: Normal Calmado Hiperactivo Confundido Distraído. Constitución Física: Normal Delgado
 Obeso Atlético Otro.....

HABLA: Normal Calmado Rápido Tartamudo Susurro Delirio. TONO DE VOZ: Normal Bajo Alto Grito Risa Canto Llanto Otro:

LENGUA: Color: _____ Saburra: _____ Forma: _____

PULSO: Derecho: _____ Izquierdo: _____

TENSIÓN ARTERIAL: _____ / _____ mmHg Latidos por minuto: _____

PALPACION DEL PULSO: N/A

OTRO:

INTERROGATORIO DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA

1

<p>TEMPERATURA CORPORAL <input type="checkbox"/> FRIO <input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FIEBRE VESPERTINA <input type="checkbox"/> FIEBRE NOCTURNA AVERSIÓN A: <input type="checkbox"/> FRÍO <input type="checkbox"/> CALOR: <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> ALTERNADOS SUDORACIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOCTURNO <input type="checkbox"/> OCASIONAL <input type="checkbox"/> SIEMPRE <input type="checkbox"/> TODO EL CUERPO <input type="checkbox"/> CABEZA <input type="checkbox"/> 5 CORAZONES SED: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AGUA FRÍA <input type="checkbox"/> AGUA CALIENTE CANT. DE AGUA AL DÍA _____ <input type="checkbox"/> SIN DESEO DE BEBER AGUA</p>	<p>DUERME BIEN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 HORAS/DÍA <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA DORMIR <input type="checkbox"/> DESPIERTA FÁCILMENTE <input type="checkbox"/> MUCHOS SUEÑOS. <input type="checkbox"/> INSOMNIO <input type="checkbox"/> SUEÑO LIGERO <input type="checkbox"/> SIEMPRE SOMNOLIENTO</p>	<p>ORINA: AMARILLO CLARO Y TRANSPARENTE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FRECUENCIA <input type="checkbox"/> DIFICULTAD <input type="checkbox"/> GRANDES CANTIDADES <input type="checkbox"/> ESCASA Y OSCURA <input type="checkbox"/> TURBIA <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> ARDOR <input type="checkbox"/> GOTEJO <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA <input type="checkbox"/> NICTURIA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 VECES</p>
<p>APETITO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> POCO <input type="checkbox"/> DEMASIADO GUSTO: NORMAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN SABOR <input type="checkbox"/> DULCE <input type="checkbox"/> ÁCIDO <input type="checkbox"/> AMARGO <input type="checkbox"/> SALADO <input type="checkbox"/> PICANTE DIGESTIÓN: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> CONSTIPACIÓN <input type="checkbox"/> DISTINCIÓN <input type="checkbox"/> NÁUSEA <input type="checkbox"/> ERUPTOS <input type="checkbox"/> HIPO <input type="checkbox"/> MAL ALIENTO <input type="checkbox"/> ARDOR <input type="checkbox"/> REFLUJO ÁCIDO <input type="checkbox"/> SIEMPRE <input type="checkbox"/> DESP. DE LOS ALIM. <input type="checkbox"/> ANTES DE LOS ALIM. DEFECACIÓN: NORMAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSISTENCIA: <input type="checkbox"/> BLANDA: <input type="checkbox"/> AMORFA <input type="checkbox"/> ACUOSA <input type="checkbox"/> DURA <input type="checkbox"/> CON SANGRE <input type="checkbox"/> SECA Y DIFÍCIL DE EVACUAR <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> COMEZÓN <input type="checkbox"/> OTRO _____ CANTIDAD: <input type="checkbox"/> ABUNDANTE <input type="checkbox"/> PROMEDIO <input type="checkbox"/> ESCASA FRECUENCIA: _____ VECES AL DÍA</p>	<p>DOLOR: LOCALIZACIÓN: TIPO: <input type="checkbox"/> SORDO <input type="checkbox"/> PUNZANTE <input type="checkbox"/> DISTENDENTE <input type="checkbox"/> QUEMANTE <input type="checkbox"/> PULSÁTIL <input type="checkbox"/> ERRANTE <input type="checkbox"/> OTRO _____ INICIO: <input type="checkbox"/> ABRUPTO <input type="checkbox"/> GRADUAL ESCALA: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 FRECUENCIA: <input type="checkbox"/> A MENUDO <input type="checkbox"/> VARIABLE <input type="checkbox"/> CONSTANTE CAUSA: <input type="checkbox"/> AGRAVADO POR <input type="checkbox"/> ALIVIADO POR: <input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> FRÍO <input type="checkbox"/> REPOSO <input type="checkbox"/> MOVIMIENTO</p>	<p>MENSTRUACIÓN: MENOPAUSIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ DÍAS SANGRADO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ABUNDANTE <input type="checkbox"/> ESCASO COLOR: <input type="checkbox"/> ROJO <input type="checkbox"/> ROJO OSCURO <input type="checkbox"/> PÁLIDO <input type="checkbox"/> MARRÓN; COÁGULOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DOLOR: <input type="checkbox"/> PREMENSTRUAL <input type="checkbox"/> DURANTE <input type="checkbox"/> POSMENSTRUAL EMBARAZADA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NUM. DE EMBARAZOS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> OTROS _____ NACIMIENTOS: _____ NIÑOS <input type="checkbox"/> ABORTOS _____ VECES CONTROL NATAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PASTILLAS <input type="checkbox"/> CONDÓN <input type="checkbox"/> OTROS _____</p>
<p>OÍDO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> COMEZÓN <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN <input type="checkbox"/> TINITUS <input type="checkbox"/> SORDERA <input type="checkbox"/> BAJA AUDICIÓN ↓ <input type="checkbox"/> ARDOR <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> HÚMEDAD <input type="checkbox"/> SEQUEDAD <input type="checkbox"/> OTRO _____</p>	<p>EYES: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> COMEZÓN <input type="checkbox"/> LAGRIMEO <input type="checkbox"/> ARDOR <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> HINCHAZÓN <input type="checkbox"/> SEQUEDAD <input type="checkbox"/> DEBILIDAD VISUAL <input type="checkbox"/> MIOPIA <input type="checkbox"/> ASTIGMATISMO <input type="checkbox"/> OTRO _____</p>	<p>ENERGÍA O QI: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> ESTABLE / <input type="checkbox"/> HIPO / <input type="checkbox"/> HIPER ACTIVO / <input type="checkbox"/> POSTRADO</p> <p>ESTADO DE ÁNIMO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ESTRESADO <input type="checkbox"/> CONTENTO <input type="checkbox"/> TRISTE OTRO _____</p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>

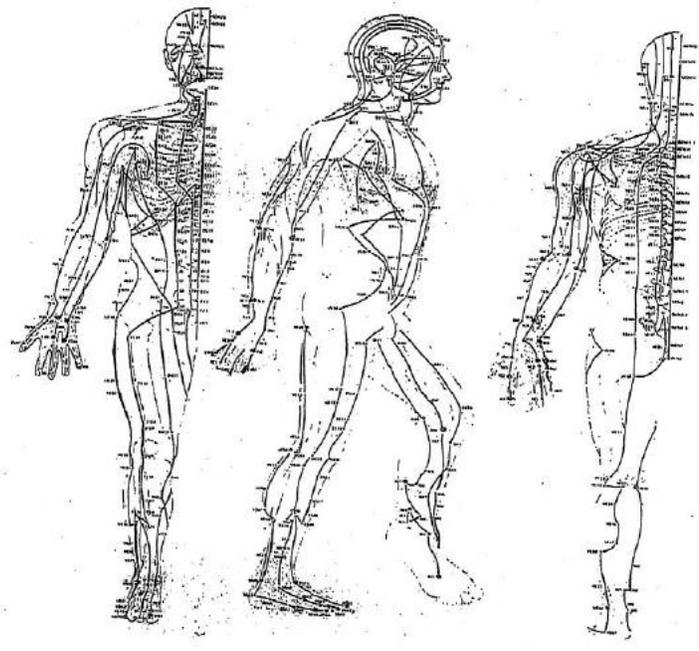
DIAGNÓSTICO DE MTC:

DIFERENCIACIÓN DEL SÍNDROME DE MTC:

DIAGNOSTICO MÉDICO OCCIDENTAL por: Médico Examen médico tal como MRY RAYOS-X EXAMEN DE SANGRE N/A

PRINCIPIO DE TRATAMIENTO:
TRATAMIENTO DE ACUPUNTURA: TÉCNICAS: _____
1.- PUNTOS CORPORALES: (BILATERALES O CENTRALES): DERECHO: IZQUIERDO:
2.- PUNTOS AURICULARES: <input type="checkbox"/> N/A .
3.- OTRO TIPO DE TERAPIA MTC: <input type="checkbox"/> N/A
HERBOLARIA: <input type="checkbox"/> N/A (PARA SER DISCUTIDO Y AUTORIZADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE)

OBSERVACIONES: <input type="checkbox"/> N/A
PLAN DE TRATAMIENTO: 1.- Periodo del tratamiento _____ veces por semana _____
2.- Objetivos del tratamiento: _____
3.- Fecha de revisión: _____



APÉNDICE B

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:			
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNAS	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban? Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?	NO	SÍ	12
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	⇒ NO	SÍ	

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:

a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	→ NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	→ SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	→ NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	→ NO	SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:			Puntos:	
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO SÍ	1	
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO SÍ	2	
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO SÍ	6	
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO SÍ	10	
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO SÍ	10	
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO SÍ	4	

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

D. Episodio (hipo)maniaco

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	<p>¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?</p> <p>EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	<table border="0"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>HIPOMANÍACO</i></td> <td style="text-align: center;"><i>MANÍACO</i></td> <td></td> </tr> </table>	NO	SÍ	12	↓	↓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<i>HIPOMANÍACO</i>	<i>MANÍACO</i>	
NO	SÍ	12												
↓	↓													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<i>HIPOMANÍACO</i>	<i>MANÍACO</i>													
	<p>¿CODIFICÓ NO EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>				
NO	SÍ													
<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>														
ACTUAL	<input type="checkbox"/>													
PASADO	<input type="checkbox"/>													
	<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO MANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<i>EPISODIO MANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>				
NO	SÍ													
<i>EPISODIO MANÍACO</i>														
ACTUAL	<input type="checkbox"/>													
PASADO	<input type="checkbox"/>													
<p>MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)</p>														

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	→ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			Trastorno de angustia de por vida		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	Crisis actual con síntomas limitados		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			Trastorno de angustia actual		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL</i>	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</i>	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO	SÍ
<i>AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</i>	

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	⇒ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	⇒ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	⇒ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	⇒ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	⇒ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SÍ	6
TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL				

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	→ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	→ NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	NO	SÍ	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?	NO	SÍ	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? → NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 **Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitations, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		NO	SÍ	
		<p>→ DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</p>		
<p>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</p>				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SI, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		NO	SÍ	
		<p>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</p>		
<p>MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)</p>				

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

				EXTRAÑOS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ⇒ L6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ⇒ L6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ⇒ L6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ⇒ L6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO SÍ	SÍ	11
		LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE: Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SÍ	SÍ ⇒ L8b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b a L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	→	SÍ							
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)											

M. Anorexia nerviosa

(→ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
		<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> cm
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> libras
		<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> kg
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	→	NO	SÍ	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	→	NO	SÍ	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	→	NO	SÍ	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	→	NO	SÍ	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	→	NO	SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	→	NO	SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	→	NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso														
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51

Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	→ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	→ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	→ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	→ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	NO	SÍ	
		BULIMIA NERVIOSA ACTUAL		
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	NO	SÍ	
		ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	→ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	→ SÍ	3

O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	→ NO	SÍ	4
----	--	--	---------	----	---

O3 CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

APÉNDICE C

Escala de Hamilton para la Ansiedad

Versión validada en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar temprano, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujiir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borboríngos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

APÉNDICE D

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

Hoja de registro de puntuación GAD-7

Nombre del paciente _____ Fecha: _____

Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por los siguientes problemas?	Nunca	Muchos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o tener los nervios de punta.	0	1	2	3
2. No ser capaz de parar o controlar la inquietud.	0	1	2	3
3. Sentirse muy inquieto por diferentes cosas.	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse.	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que le resulta difícil estar sentado quieto.	0	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad.	0	1	2	3
7. Estar asustado como si fuese a pasar algo terrible.	0	1	2	3
Si usted ha notado algún problema, ¿hasta qué punto le ha dificultado su trabajo, hacer las cosas de casa o relacionarse con otras personas?	Nada	Algo	Mucho	Muchísimo

Firma del paciente: _____

Firma del Aplicador: _____

APÉNDICE E

Cuestionario de Salud Euro QoI-5D

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

APÉNDICE F

Euro QoI VAS (Escala Visual Análoga) Mide la percepción de la Salud

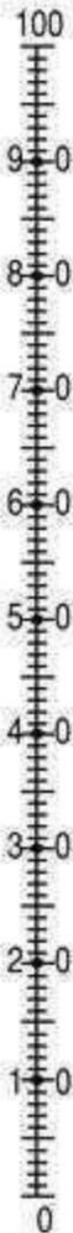
TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Médico Cirujana. Sagrario García Barreda

Candidata para el Grado de
Maestría en Medicina Tradicional China con Orientación en
Acupuntura y Moxibustión

Tesis: EFECTO DE LA ACUPUNTURA AURICULAR COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES INTERNADOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía: Datos Personales: Habitante de Tampico, Tamaulipas. Hija del Ingeniero Eléctrico Martín García Espinosa y de la Contadora Pública María del Sagrario Barreda Pérez.

Educación: Egresada del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, grado obtenido de Médico Cirujano en 2012. Maestra en Administración de Servicios de la Salud por la Universidad de las Américas Puebla y con Especialidad en Gestión de Hospitales por la misma universidad en 2017.

Experiencia Profesional: participación en diversos estudios científicos en el área de la Salud. Actualmente laborando en la Coordinación del área de Servicio Médico en el corporativo de Banca AFIRME. Profesora semestral de la Universidad Tec Milenio, impartiendo el curso de Life Science.