

Electroacupuntura en el tratamiento del síndrome afectivo depresivo a nivel neurótico leve-moderado

Electroacupuncture for Treating Affective-Depressive Syndrome at a Mild to Moderate Neurotic Level

Sobeida Caridad Dreke Freire^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5383-6977>

Thais Chou Martínez² <https://orcid.org/0000-0003-36321749>

Giralda Belet Rodríguez³ <https://orcid.org/0000-0001-5031-3521>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”, Departamento de Medicina Natural Tradicional. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, Departamento de Medicina Natural Tradicional. La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Hospital Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”, Departamento de Medicina Natural Tradicional. La Habana, Cuba.

*Correo para la correspondencia: sobeidadrekefreire@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La depresión es una enfermedad mental que causa notable deterioro del funcionamiento físico, social y laboral. La búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento ha llevado al campo de la medicina tradicional, con buenos resultados.

Objetivo: Evaluar la respuesta terapéutica a la electroacupuntura de pacientes con síndrome afectivo-depresivo a nivel neurótico leve y moderado.

Métodos. Se realizó estudio cuasiexperimental, longitudinal, prospectivo, en 47 pacientes del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay, se aplicó el tratamiento en Yintang, VG20 y otros puntos según desequilibrio energético”.

Resultados: El grupo se caracterizó por ser adultos, con predominio femenino (55,3 %) y de piel blanca (59,6 %). El tiempo promedio de evolución fue 4,5 meses con intensidad moderada en el 95,7 %. Los diagnósticos tradicionales más frecuentes fueron el estancamiento del Qi de hígado y el ascenso del fuego de hígado (40,4 %, respectivamente).

Conclusiones: No se detectaron diferencias significativas en el puntaje de la Escala de Hamilton al inicio y al final en relación con las características demográficas, tiempo de evolución, grado de la depresión y diagnóstico tradicional. Se demostró efectividad clínica y seguridad con el uso de la electroacupuntura en pacientes con síndrome afectivo-depresivo a nivel neurótico leve o moderado.

Palabras clave: electro acupuntura; depresión; moderada; medicina tradicional.

ABSTRACT

Introduction: The depression is a mental illness that causes notable deterioration of the physical, social and labor operation. The search of new treatment alternatives has led to the field of the traditional medicine, with good results.

Objective: Evaluating the therapeutic answer to the electro acupuncture in patients with Affective Syndrome - Depressive at light and moderate neurotic level

Methods: A quasi-experimental study was carried out, longitudinal, prospective in 47 patients at the Central Military Hospital Dr. Carlos J. Finlay". Yintang, VG20 and other points according to energy imbalance were used.

Results: The group was characterized for being adults, with feminine average (55.3%) and of white skin (59.6%). The time evolution average was 4,5 months with intensity moderated in 95.7%. The most frequent traditional diagnoses were the Stagnation of the liver Qi and the Ascent of the liver fire (40.4 % respectively). Significant differences were not detected in the intensity of the depression determined for characteristic demographic or traditional diagnosis ($p > 0.05$).

Conclusions: No differences were detected in the Hamilton scale score at the beginning and at the end in relation to the demographic characteristics, time of evolution, degree of depression and traditional diagnosis. Clinical effectiveness and safety demonstrated with the use of electroacupuncture

Keywords: Electro acupuncture; depression; moderate; traditional medicine.

Recibido: 02/02/2019

Aceptado: 30/09/2020

INTRODUCCIÓN

Las cifras de prevalencia del síndrome afectivo depresivo varían en función de la inclusión tan solo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos en diferentes áreas geográficas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión y se presenta entre el 5 y 8 % de la población.⁽¹⁾

En la actualidad esta enfermedad ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo. Es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales.^(2,3)

Cuba no está excluida de este fenómeno, sin embargo, no son muchas las investigaciones sobre el tema que abarquen la respuesta terapéutica o su comorbilidad con otras enfermedades médicas. La mayoría de los estudios son de corte epidemiológico y se han realizado en el adulto mayor,^(4,5,6) destacándose las efectuadas por el doctor Zarragoitía,^(2,7) en los que se evidencia la presencia de depresión en el 6,1 % de la población total, manifestándose de forma oculta en los ancianos.

Son muchos los tratamientos aplicables, que van desde el uso de la luz (para las depresiones estacionales), una amplia gama de medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos, psicoterapias diversas e incluso la terapia electroconvulsiva. Ningún tratamiento es universalmente efectivo.

La búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento se sustenta en los posibles efectos adversos de los antidepresivos y las preferencias individuales. Los antidepresivos están contraindicados en niños y deben ser evitados en adolescentes, a menos que sea imprescindible su utilización. Muchas personas rechazan el empleo de los antidepresivos debido a la sintomatología colateral que desencadenan. En este contexto, el uso de terapias alternativas complementarias puede ser de gran ayuda. Nos proponemos como objetivo evaluar la respuesta terapéutica de la electroacupuntura en pacientes con Síndrome afectivo-depresivo a nivel neurótico leve y moderado.

MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental que se llevó a cabo en el servicio de Medicina Natural y Tradicional del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, en un período de dos años, de octubre de 2014 al 2016.

La muestra estuvo conformada por 47 pacientes que cumplieron los criterios operacionales. El cálculo del número de sujetos necesarios para la investigación se realizó basado en la comparación antes-después de las medias del test de Hamilton obtenidas en la evaluación de los pacientes. Con el auxilio del programa Epidat 3,1 se prefijó un nivel de significación del 95 %, desviaciones estándar de 8 y de 4 puntos antes y después, la diferencia mínima clínicamente interesante fue prefijada en 5 puntos. El programa estimó una n inicial de 31 casos, a los que se añadió un 40 % por la alta probabilidad de pérdida de casos.

Criterios de inclusión:

- Edad 18 y más años.
- Diagnóstico clínico de Síndrome Afectivo-Depresivo a nivel neurótico (leve o moderado).
- Sin tratamiento para la afección o haberlo suspendido al menos 15 días previos a la consulta inicial.
- Estudio electrocardiográfico normal.
- Conformidad de participar en el estudio expresado mediante firma del formulario de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Enfermedades crónicas asociadas descompensadas.
- Otras enfermedades mentales concomitantes.
- Enfermedades oncoproliferativas.
- Contraindicaciones del uso de la electroacupuntura: lesiones cutáneas en las áreas de los puntos seleccionados, uso de marcapasos, embarazo o lactancia materna, arritmias cardíacas.

Criterios de salida:

- Abandono voluntario del estudio por cualquier causa.

- Incumplimiento del tratamiento indicado (ausencia a tres o más sesiones en el curso de la terapéutica o una de las consultas de seguimiento).
- Detección del empleo de otro tratamiento que pueda modificar la evolución de la enfermedad.

Se realizó historia clínica tradicional para arribar a diagnóstico según desequilibrio presente y se aplicó Test de Depresión de Hamilton.

Intervención: Tratamiento con electroacupuntura

Se realizó previamente esterilización mecánica y física de todo el instrumental. Se acostó al paciente en una camilla en un ambiente tranquilo y armónico, en decúbito supino o lateral de acuerdo a la localización de los puntos. Se retiró la ropa de la zona a tratar y se cumplieron estrictamente las normas de asepsia y antisepsia. En todos los casos se utilizó Yintang (localizado en medio de los extremos internos de las cejas “entrecejo”) y Baihuí “VG20” (a 7 cun por encima de la línea posterior de los cabellos, en el centro de una línea media que une los ápex de las orejas) y el resto de los puntos en dependencia al diagnóstico tradicional predominante.

Se emplearon agujas filiformes de acero inoxidable estériles, de 1 a 3 cun de acuerdo al punto acupuntural seleccionado.⁽⁸⁾ Se estimuló hasta que se obtuvo la sensación “Deqi” (sensaciones de corte, entumecimiento, distensión o dolor), después las agujas fueron conectadas a un equipo para estimulación eléctrica acupuntural (KWD-808 II Acupuncture Stimulator), con una frecuencia de 3 Hz, corrientes continuas e intensidad basada en la tolerancia del paciente. El tratamiento fue aplicado durante 20 minutos, de lunes a viernes, en ciclos de 15 sesiones.

Variable principal de respuesta

Respuesta clínica del tratamiento basada en los cambios de la puntuación de la Escala de Hamilton entre la evaluación inicial y la final (28 días después de iniciado el tratamiento). Se definió según sigue:

- Satisfactorio: Reducción de la puntuación en un 50 % o más de la inicial.
- Moderadamente satisfactorio: Reducción de la puntuación entre un 25 y 49,9 % de la inicial.
- No satisfactorio: Reducción del 25 % o menos del puntaje inicial o incremento de este.

Se realizaron las evaluaciones (cortes) a los 14 días, 21 días y 28 días.

La información fue procesada con el paquete estadístico SPSS versión 23.0. Se calcularon las frecuencias y porcentajes, así como los estadígrafos del análisis. El cambio propiciado por el tratamiento con electroacupuntura en la sintomatología fue definido por las diferencias en el puntaje de la Escala de Hamilton en los diferentes momentos evaluados. Se utilizó el estadígrafo Wilcoxon de Rangos con signo, test no paramétrico para la comparación de medias emparejadas.

En la exploración de relaciones entre la Escala de Hamilton y las variables de interés se utilizaron técnicas no paramétricas, Correlación de Spearman (variables cuantitativas, edad, tiempo de evolución), Mann Whitney (sexo, dos medias independientes), Kruskal Wallis (color de la piel y diagnóstico tradicional, más de dos medias independientes). Se prefijó en todos los casos un nivel de significación del 95 % (alfa = 0,05).

Aspectos éticos

Esta investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta los principios éticos relacionados con las personas objeto de estudio, para ello se dio cumplimiento a las normas estipuladas en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Descripción del grupo estudiado:

Según la distribución de pacientes dependiendo del grado de depresión presente, la gran mayoría padecía al inicio del estudio un cuadro depresivo clasificado como de intensidad moderada según Escala de Hamilton (45 pacientes; 95,7%), solo dos casos tenían formas leves (4,3 %).

La tabla 1 describe los diferentes diagnósticos tradicionales. En la muestra que se estudió se encontraron presentes: el estancamiento de Qi (energía) de hígado y el ascenso del fuego de hígado en 19 casos cada uno (40 %, respectivamente), mientras que otros nueve pacientes tenían Deficiencia de Xue (sangre) de corazón (19,1 %).

Tabla 1- Distribución de pacientes según diagnóstico tradicional.

Diagnóstico	No.	%
Estancamiento del Qi de hígado	19	40,4
Ascenso del fuego de hígado	19	40,4
Deficiencia de Xue de corazón	9	19,2
Total	47	100,0

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En la tabla 2 se describe la distribución del tiempo de evolución de la afección según el sexo, la que osciló entre uno y 18 meses, con promedio 4,5 meses. En el sexo femenino el promedio fue discretamente superior (4,8 meses) que en el masculino (4,1 meses), pero carente de significación ($p = 0,592$).

Tabla 2- Distribución del tiempo de evolución de la depresión según sexo

Sexo	Mínimo(mes)	Máximo(meses)	Media	Desviación estándar
Femenino	1	18	4,8	4,1
Masculino	1	12	4,1	3,9
Total de la muestra	1	18	4,5	4,0

Comparación de medias independientes: Mann Whitney $U = 248,5$ $p = 0,592$

Fuente: Planilla de Recolección de datos.

En la tabla 3 se muestra la distribución del puntaje inicial para Escala de Hamilton según edad, sexo, color de la piel y diagnóstico tradicional. Los puntajes de la Escala de Hamilton fueron similares independientemente de edad, sexo, color de la piel o diagnóstico tradicional. Esto confiere homogeneidad en cuanto a intensidad de la sintomatología entre los pacientes, lo que favorece la interpretación de los resultados posteriores.

Tabla 3- Distribución del puntaje inicial para Escala de Hamilton según edad, sexo, color de la piel y diagnóstico tradicional

Categorías	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad (Correlación Spearman: R = -0,037 p = 0,803)				
18-30	18	25	22,9	2,3
30-44	18	25	22,6	2,3
45-59	20	25	22,9	2,0
60-74	20	20	20	-
75 y más	22	24	23,0	1,4
Sexo (Mann Whitney: U = 255,5 p = 0,702)				
Femenino	18	25	22,8	2,2
Masculino	18	25	22,7	2,1
Color de la piel (Kruskal Wallis: X² = 5,451 2gl p = 0,066)				
Blanco	18	25	23,3	1,9
Mestizo	18	25	21,6	2,5
Negro	20	25	22,3	1,8
Diagnóstico tradicional (Kruskal Wallis: X² = 0,217 2gl; p = 0,897)				
Estancamiento de qi de Hígado	20	25	22,6	2,0
Ascenso del fuego de Hígado	18	25	22,7	2,5
Deficiencia de xue de Corazón	20	25	23,1	1,8
Total de la muestra	18	25	22,7	2,1

Fuente: Planilla de recolección de datos.

La tabla 4 muestra la distribución del puntaje final para Escala de Hamilton según sexo, color de la piel y diagnóstico tradicional. La exploración de la posible relación entre variables cualitativas seleccionadas y la respuesta al tratamiento, evaluada mediante la Escala de Hamilton, mostró que los puntajes finales variaron escasamente entre los sexos ($U = 256,5$ para $p = 0,722$) o por color de piel ($X^2 = 1,446$ con 2 grados de libertad para $p = 0,485$).

Tabla 4- Distribución del puntaje final para Escala de Hamilton según sexo, color de la piel y diagnóstico tradicional

Categorías	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Sexo (Mann Whitney: $U = 256,5$ $p = 0,722$)				
Femenino	6	22	13,4	6,3
Masculino	6	22	12,4	4,3
Color de la piel (Kruskal Wallis: $X^2 = 1,446$ 2gl $p = 0,485$)				
Blanco	7	22	13,4	5,2
Mestizo	6	22	12,3	6,0
Negro	7	22	12,5	6,3
Diagnóstico tradicional (Kruskal Wallis: $X^2 = 1,097$ 2gl $p = 0,578$)				
Estancamiento de qi de hígado	7	22	11,7	4,5
Ascenso del fuego de hígado	6	22	13,6	5,8
Deficiencia de xue de corazón	7	22	14,2	6,8
Total de la muestra	6	22	13,0	5,5

Fuente: Planilla de Recolección de datos.

Evaluación de la respuesta al tratamiento

En la tabla 5 se presenta la distribución de los pacientes según respuesta al tratamiento. Se evaluó de satisfactoria la respuesta al tratamiento electroacupuntural aplicado en 29 pacientes (61,7 %), como moderadamente satisfactoria en otros seis casos (12,8 %), lo que representa un 74,5 % del total de individuos en estudio, y no satisfactoria en 12 pacientes (25,5 %).

Tabla 5- Distribución de los pacientes según respuesta al tratamiento

Respuesta al tratamiento	No.	%
Satisfactoria	29	61,7
Moderadamente satisfactoria	6	12,8
No satisfactoria	12	25,5
Total	47	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

DISCUSIÓN

El predominio de formas de depresión moderada se explica por el hecho de que las leves suelen cursar sin que el paciente solicite asistencia. La ausencia de formas severas se debe a que constituye criterio de exclusión, estas deben enfrentarse con otras estrategias terapéuticas.⁽²⁾

La mayoría de los pacientes presentaban cuadros clínicos por exceso o plenitud, resultados similares obtuvo *Díaz Rivadeneira y otros colaboradores*⁽⁹⁾ que agrupan los diagnósticos de la Medicina Tradicional China en su estudio, con predominio de síndromes de plenitud en la ansiedad y la depresión. Esto está relacionado con el tiempo de los síntomas que tuvo una media de 4,5 meses, este período relativamente corto de la afección favorece la aplicación de los tratamientos y que el desequilibrio energético no implique la profundidad. Una larga evolución de la misma podría implicar el empleo previo de múltiples fármacos y una sintomatología más florida. Los pacientes con una depresión crónica tienen más comorbilidad con trastornos de ansiedad y síndromes somáticos, una edad de inicio más

temprana y requieren tratamiento con más frecuencia que los pacientes con una depresión episódica.

La comparación de la frecuencia según diagnóstico se dificulta porque en las investigaciones estos no son descritos. Este déficit afecta la calidad y fiabilidad de los estudios dado que la selección de los meridianos y puntos que se emplearán en el tratamiento depende del patrón de desequilibrio.

Los síndromes de hígado por plenitud predominan, lo que se atribuye al exceso de trabajo y poco descanso, estrés sobreañadido, los cuales constituyen factores no exógenos no endógenos; así como emociones reprimidas que en la vida cotidiana suelen estar presentes en una gran parte de la población y se asocia al tiempo de evolución de la enfermedad.

En el caso de estancamiento de qi de hígado (puntaje más bajo: 11,7 puntos como promedio del diagnóstico tradicional, se obtuvo mejor respuesta en estos casos al final del tratamiento), de ahí que la desviación estándar arroje un resultado menor que el resto, pero tampoco en este caso la diferencia fue significativa ($X^2 = 1,097$ con 2 grados de libertad para $p = 0,578$).

Es posible afirmar según los resultados actuales que la respuesta de la intensidad de la depresión de los pacientes en estudio al tratamiento con electroacupuntura no difiere de modo significativo por sexo, por color de piel, ni por tipo de diagnóstico tradicional. Esto habla del poder de la terapia y de su aplicabilidad a cualquier tipo poblacional.

Otros estudios describen resultados similares. Por ejemplo, los descritos por Sun y colaboradores, con tasa de éxito (reducción del 50% de la escala de Hamilton) en el 75 % de los casos.⁽¹⁰⁾

Otros autores hablan del beneficio reportado por la acupuntura y la electroacupuntura en la obtención de respuestas más rápidas en el tratamiento de la ansiedad y la depresión.^(10,11,12,13,14) Esto representa una ventaja importante de estas opciones terapéuticas, porque son menos costosas y la adherencia al tratamiento suele ser mejor que con las terapias conductuales o farmacológicas.

Estudios de laboratorio muestran el efecto de la electroacupuntura en la bioquímica cerebral y la expresión génica. El efecto de la terapia se basa en la modificación o regulación de la expresión de varios genes. *Duan* y otros⁽¹⁵⁾ utilizan los puntos Baihui (VG20) y Yintang en ratas con signos de depresión. La electroacupuntura es aplicada durante 20 minutos por 21 días. Refieren normalización de la expresión de 21 genes relacionados con la depresión.

Igual resultado reporta un estudio aleatorizado que compara tres técnicas de tratamiento (electroacupuntura; terapia del comportamiento; ambos tratamientos combinados); sin embargo, a largo plazo la terapia combinada es la que logra una mayor reducción de los valores en la Escala de Hamilton.⁽¹⁶⁾

No se detectaron reacciones adversas, lo que coincide con la literatura disponible sobre la práctica de la acupuntura que existe un riesgo muy bajo de efectos adversos (un efecto secundario serio cada 5000 sesiones).⁽¹⁷⁾

Conclusiones

No se detectaron diferencias significativas en el puntaje de la Escala de Hamilton al inicio y al final en relación con las características demográficas, tiempo de evolución, grado de la depresión y diagnóstico tradicional. Se demostró efectividad clínica y seguridad con el uso de la electroacupuntura en pacientes con síndrome afectivo-depresivo a nivel neurótico leve o moderado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Más de 350 millones sufren depresión en el mundo. 2012 [acceso: 11/10/2016]. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/salud/mas-350-millones-personas-mundo.html>
2. Zarragoitía, Alonso I. Depresión. Generalidades y particularidades. La Habana: Ecimed, 2011. Versión digital. [acceso: 11/10/2016]. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf
3. Jiménez M. Depresión y suicidio. 2012 [acceso: 11/10/2016] Disponible en: http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf
4. Rodríguez Blanco L, Sotolongo Arró O, Luberta Noy G, Calvo Rodríguez M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico “Cristóbal Labra”. Rev Cub Med Gen Integr. 2013 Mar [acceso: 11/10/2016]; 29(1):64-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100009&lng=es
5. Capote Leyva E, Casamayor Laime Z, Castañer Moreno J. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Cub Med Mil. 2012

- Sep [acceso: 11/10/2016]; 41(3): 237-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300003&lng=es
6. Sarro Maluquer M, Ferrer-Feliú A , Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. SEMERGEN. Med Famil. 2013 Mar [acceso: 11/10/2016]; 39(7):354-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.01.007>
7. Zarragotía Alonso I. Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. Medwave. 2013 [acceso: 11/10/2016]; 13(3):e5651. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/5651>
8. Yu M, Zhang X, Lu F, Fan L. Depression and Risk for Diabetes: A Meta-Analysis. Canadian J Diabetes. 2015 [acceso: 11/10/2016]; 39(4):266-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2014.11.006>
9. Díaz Rivadeneira MO, Martín Reyes O, González Hidalgo T. Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la ansiedad según diagnóstico tradicional. AMC. 2002 Feb [acceso: 11/10/2016]; 6(1):77-87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552002000100009&lng=es
10. Sun H, Zhao H, Ma C, Bao F, Zhang J, Wang DH, Zhang YX, He W. Effects of electroacupuncture on depression and the production of glial cell line-derived neurotrophic factor compared with fluoxetine: a randomized controlled pilot study. J Altern Complement Med. 2013 Sep [acceso: 11/10/2016]; 19(9):733-9. doi: <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0637>
11. Li Q, Yue N, Liu SB, Wang ZF, Mi WL, Jiang JW. Effects of Chronic Electroacupuncture on Depression- and Anxiety-Like Behaviors in Rats with Chronic Neuropathic Pain. Indawi. 2014 [acceso: 11/10/2016]; 10. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2014/158987>
12. Leo RJ, Ligot JS. Review. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture in the treatment of depression. Affective Disorders. 2007 Jan [acceso: 11/10/2016]; 97(1-3): 13-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.012>
13. Zhang ZJ, Chen HY, Yi KC. The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. 2010 Jul [acceso: 11/10/2016]; 124 (1-2): 9-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.005>

14. Whiting M, Leavey G, Scammell A, Au S, King M. Using acupuncture to treat depression: A feasibility study. *Compl Ther Medi*. 2008 [acceso: 11/10/2016]; 16(2):87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2007.07.005>
15. Duan D, Yang X, Ya T, Chen L. Hippocampal gene expression in a rat model of depression after electroacupuncture at the Baihui and Yintang acupoints. *Neural Regen Res*. 2014 Jan [acceso: 11/10/2016]; 1;9(1):76-83. doi: <https://doi:10.4103/1673-5374.125333>
16. Guo T, Guo Z, Zhang W, Ma W, Yang X, Yang X, Hwang J, He X, Chen X, Ya T. Electroacupuncture and cognitive behavioural therapy for sub-syndromal depression among undergraduates: a controlled clinical trial. *Acupunct Med*. 2016 Oct [acceso: 11/10/2016]; 34(5):356-63. doi: <https://doi.org/10.1136/acupmed-2015-010981>
17. MacPherson H. Fatal and adverse events from acupuncture: allegation, evidence, and the implications. *J Altern Complement Med*. 1999 Feb [acceso: 11/10/2016]; 5(1):47-56. doi: <https://doi.org/10.1089/acm.1999.5.47>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tuvieron conflicto de intereses para realizar este trabajo.

Contribución de los autores

Sobeida Caridad Dreke Freire: Análisis de los resultados y redacción del artículo.

Thais Chou Martínez: Diseño metodológico y revisión bibliográfica.

Giralda Belet Rodríguez: Revisión bibliográfica y redacción de la introducción.