



UNIVERSIDAD  
CIENCIAS MÉDICAS  
HOLGUÍN

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN  
HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO LUCÍA ÍÑIGUEZ LANDÍN**

**Título:** Efectividad de la acupuntura y la auriculoterapia en la deshabitación alcohólica. Departamento de Salud Mental Municipal de Holguín. Marzo de 2018 - Enero 2020

**Autor:** Dr. William Cordero Pratts.

Especialista de Primer grado en Medicina General Integral  
Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Natural y Tradicional.

**Tutora:** Dra. Mayelín Cruz Batista.

Especialista de Segundo Grado en Medicina Natural y Tradicional  
Profesora Auxiliar. M.Sc. en Medicina Bioenergética y Natural.  
Investigador agregado.

**Asesor:** Dr. Rubén Reynaldo Hernández.

Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Profesor Titular y Consultante.  
M.Sc. en Medicina Bioenergética y Natural.

**Tesis en opción al título académico de Especialista de Primer Grado en  
Medicina Natural y Tradicional**

**HOLGUÍN  
2020**

## **AGRADECIMIENTOS**

He tenido el privilegio de poder contar con la tutoría de la Dra Mayelín Cruz Batista profesora, amiga y guía en mi empeño por alcanzar esta meta, mi agradecimiento por el ejemplo, exigencia y confianza depositada para poder culminar este trabajo.

Al Dr. Rubén Reynaldo Hernández asesor, profesor y ejemplo que siempre confió en la culminación de este trabajo.

A mis compañeros del Departamento de Medicina Natural y Tradicional por el apoyo y estímulo ante cada tarea que debía acometer.

A los miembros de la Facultad de Ciencias Médicas por permitirme compartir con ellos el ascenso por los senderos escabrosos de la ciencia.

A mis profesores de Medicina Natural y Tradicional por su empeño en mi formación.

A mi familia, en especial mi mamá Reina y mi padrastro David, Mirella y mi hermano Wilder, que sin su apoyo no hubiera podido alcanzar la meta.

A mi querida esposa Magdeline y a mis hijos que me permitieron seguir adelante en este empeño.

A Nurbia, amiga especial que incondicionalmente supo ayudarme en todos los aspectos para lograr el término de este trabajo.

A mi gran amigo Joaquín y su esposa Katia que contribuyó de manera incondicional a la culminación de este trabajo.

A mis amigos quienes de forma permanente y apoyo incondicional siempre estuvieron presentes, cuando los necesité y cada uno aportó un granito a mi desarrollo profesional.

A todos aquellos que directa e indirectamente han contribuido a este resultado,

A todos, mi sincero agradecimiento.

## RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención cuasi experimental, con un grupo de control, a pacientes en fase de deshabitación alcohólica, de 18 años en adelante, pertenecientes al Departamento de Salud Mental-Comunidad Terapéutica de Adictos del Municipio Holguín, en el período de marzo del 2018 a enero del 2020, con el objetivo de evaluar la efectividad de la acupuntura y auriculoterapia en el tratamiento de pacientes en fase de deshabitación alcohólica. La población estuvo constituida por 96 pacientes que asistieron a la consulta de dicha institución, previo diagnóstico por equipo multidisciplinario. La muestra se escogió de manera aleatoria simple, quedando conformada por 60 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Las principales variables operacionalizadas fueron las siguientes: edad, sexo, diagnóstico tradicional y evaluación del resultado del tratamiento. Los buscadores utilizados fueron Lilacs, PubMed, Cumed, Medline y Scielo, se revisaron 71 fuentes bibliográficas. Se obtuvo como resultado el predominio del grupo etéreo de 48 a 57 años y el sexo masculino fue el de mayor prevalencia. El diagnóstico tradicional más frecuente en la muestra investigada fue la Insuficiencia de Qi. El resultado del tratamiento fue bueno predominantemente en el grupo B. Las reacciones adversas fueron escasas.

**Palabras clave:** Alcoholismo, deshabitación alcohólica, acupuntura, auriculopuntura.

## ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen	
Introducción-----	1
Objetivos-----	5
Marco teórico-----	6
Método-----	20
Análisis y discusión de los resultados-----	34
Conclusiones-----	42
Recomendaciones-----	43
Referencias bibliográficas-----	44
Anexos	

## INTRODUCCIÓN

La palabra droga se refiere a las sustancias psicoactivas o psicotrópicas capaces de actuar sobre el sistema nervioso central, y que pueden provocar una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones y/o la modificación de un estado psíquico.<sup>1</sup>

Las sustancias psicoactivas son numerosas, su composición variable y sus efectos en las personas que las usan, también muy diversos; algunas son estimulantes, otras tienen efectos psicodélicos, otras más son de tipo depresores. El uso de drogas no necesariamente implica la dependencia a estas. No todas las personas que las usan se vuelven dependientes, ni necesitan tratamiento.<sup>2,3</sup>

Las adicciones son un problema serio, y el alcoholismo es una de las más complejas. Las personas alcohólicas suelen tener comportamientos antisociales y agresivos, poniendo en riesgo tanto su estabilidad y bienestar personal, así como el de las personas que los rodean.<sup>4</sup>

En 1976 la Organización Mundial de la Salud definió el alcoholismo a través del síndrome de dependencia alcohólica: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”.<sup>5</sup>

El término alcoholismo incluye el trastorno por dependencia del alcohol y el trastorno por abuso de esta droga (Asociación Americana de Psiquiatría, 2016). La Organización Mundial de la Salud define el Síndrome de dependencia del alcohol de manera muy parecida, pero al trastorno por abuso de alcohol lo denomina Consumo Perjudicial de Alcohol y lo define como el consumo de esta sustancia que está afectando ya a la salud física o mental (Organización Mundial de la Salud, 2016).<sup>5</sup>

El alcoholismo es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva,

sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica.

El alcoholismo se caracteriza por la dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. El deterioro en la capacidad de controlar el consumo de alcohol puede ser intermitente y muy ligero, en las fases iniciales de la enfermedad, pero puede llegar a ser continuado e intenso, más adelante, y conducir a una “robotización” progresiva de la conducta de auto-administración de alcohol y a una pérdida de control tan grave como la de cualquier otra drogodependencia por vía intravenosa.<sup>6</sup>

Esta patología es el trastorno mental que tiene una mayor prevalencia de vida (13,5 %), en la población de los Estados Unidos de América. El alcohol es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. Un 5,3 % de población general española y un 12,3 % de los estudiantes de 14-18 años, presentan un consumo de riesgo ( $> = 40$  gr/día en hombres y  $> = 25$  gr/día en mujeres; que sería equivalente a cuatro copas de vino o cerveza/día en hombres y dos en mujeres).<sup>7</sup>

El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo el occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y la Europa oriental, así como en los países en vías de desarrollo. En España se calcula que un 10 % de la población es alcohólica o tiene un riesgo elevado de serlo.<sup>8-12, 13</sup>

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura) más importante, por detrás del consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Como factor de riesgo para la salud es tres veces más importante que la diabetes y cinco veces más importante que el asma.

Se ha comprobado, además, que el alcoholismo presenta una elevada prevalencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos graves y con otras drogodependencias; lo cual contribuye a aumentar sustancialmente el riesgo de comportamientos agresivos, violencia y suicidio, en dicha población de pacientes.

Puede inducir trastornos mentales (depresión, ansiedad, inestabilidad emocional, trastorno del sueño), no tan sólo en las personas que presentan un trastorno por dependencia del alcohol, sino también en las que hacen un consumo excesivo de alcohol.<sup>7</sup>

En Cuba, el 45,2 % de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, con un índice de prevalencia de alcoholismo entre 7 y 10 %, uno de los más bajo en Latinoamérica.<sup>14,15</sup>

Al cierre del año 2018 en la provincia de Holguín teníamos 19 119 casos de dependencia al alcohol y en el municipio cabecera 3 867 con la mayor prevalencia entre todos los municipios.<sup>16</sup>

Cuando una persona ha desarrollado una grave dependencia del alcohol no podrá retornar a un consumo moderado y cuando pruebe tomar bebidas alcohólicas volverá a experimentar las mismas dificultades para controlar su consumo. Por este motivo, el objetivo ideal sería que el paciente alcohólico se mantuviera sin tomar bebidas alcohólicas, de manera continuada, sin embargo, lo más probable es que su actitud ante tal objetivo sea bastante ambivalente y ello puede contribuir a que su evolución curse con la alternancia de períodos de remisión de la enfermedad y períodos de recaída, en los que su vida se desorganiza y puede llegar a estar fuera de control.<sup>17-21</sup>

Para el tratamiento de los trastornos de uso de sustancias, la acupuntura envuelve primero la inserción y la estimulación de las agujas en los puntos de los meridianos en el cual está asociado con la regulación de la dopamina y el descenso del cortisol, de esta manera se consigue una disminución del craving y de sus síntomas correspondientes.<sup>22</sup>

Se propone el tratamiento con acupuntura en pacientes diagnosticados con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas.<sup>23</sup>

Las personas alcohólicas pueden recurrir a la acupuntura para combatir su adicción, ya que se ha demostrado que puede reducir el síndrome de abstinencia y reducir la ansiedad y depresión frecuente en personas alcohólicas que abandonan la bebida.<sup>4</sup>

La acupuntura y la auriculoterapia constituyen modalidades terapéuticas de la Medicina Natural y Tradicional. La acupuntura es utilizada por la Medicina Tradicional Asiática para la remisión y el tratamiento de las enfermedades por medio de la estimulación de determinados puntos del cuerpo utilizando agujas diseñadas para este uso. La auriculoterapia es la curación del enfermo a través de la estimulación de diversos puntos localizados en el pabellón auricular.<sup>24</sup>

Ambas terapias actúan regulando la energía y las funciones del organismo, neutralizando la fiebre, mejorando las enfermedades por frío. Ejercen múltiples efectos en los pacientes tales como ansiolítico, sedante, antidepresivo, analgésico, antiinflamatorio, energizante, regula la excitación de los nervios, influye en las funciones respiratorias y cardíacas.<sup>25</sup>

Por tanto, en la presente investigación se estudia el efecto que se puede lograr con el uso de estas modalidades de la Medicina Tradicional Asiática en los pacientes que se encuentran en la fase de deshabitación alcohólica con el fin de poder actuar de una manera más positiva en ellos. El análisis realizado permitió declarar el **problema científico** siguiente:

¿Cuál será el comportamiento clínico de los pacientes bajo tratamiento de deshabitación alcohólica al aplicar acupuntura y auriculoterapia?

Como propuesta de solución durante el proceso de investigación al problema investigado se reconoce la siguiente **hipótesis**: La efectividad del tratamiento de la acupuntura y auriculoterapia en pacientes en fase de deshabitación alcohólica, al aplicar el esquema terapéutico propuesto según diagnóstico tradicional, mejora la evolución clínica de estos pacientes.



**Objetivo general:**

Evaluar la efectividad de la acupuntura y auriculoterapia en el tratamiento de pacientes con deshabitación alcohólica.

**Específicos:**

1. Estratificar la muestra según variables socio-demográficas y clínicas.
2. Comparar el comportamiento clínico de los síntomas y signos antes y después del tratamiento en ambos grupos de estudio.
3. Determinar el diagnóstico tradicional más frecuente en la muestra investigada.
4. Identificar reacciones adversas al tratamiento.

## MARCO TEÓRICO

La palabra alcohol, derivada del vocablo árabe alkune, significa esencia y en el año 800 a.n.e. se descubrió el proceso de destilación del alcohol y ya 400 años después Hipócrates describió “la locura alcohólica”. Desde entonces se usa y abusa del alcohol, tanto es así que a pesar de sus efectos tóxicos en el organismo es considerada una droga lícita.<sup>26</sup>

El alcoholismo es un padecimiento que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, el cual va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga. La dependencia al alcohol puede resultar de una predisposición genética, una enfermedad mental, el consumo de alcohol abundante, sostenido y abusivo o una combinación de estos factores. Actualmente no existe una posible cura para esta enfermedad, sin embargo, muchos alcohólicos se mantienen sobrios por períodos de tiempo prolongados de acuerdo a su voluntad y compromiso para vencer esta enfermedad.<sup>27</sup>

Para que un adicto al alcohol pueda recibir tratamiento y llegar a una posible recuperación, primero tiene que aceptar su condición de dependencia al licor. Algunos factores asociados a este padecimiento son la necesidad de aliviar la ansiedad, conflicto en relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima y aceptación social del consumo de alcohol.<sup>27</sup>

El concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que es un trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol respecto a las normas dietéticas y de la sociedad y que acaban interfiriendo con la salud o las funciones socioeconómicas del bebedor.<sup>8</sup>

El alcohol puede causar problemas agudos cuando se consume ocasionalmente en grandes cantidades, como es el caso de una intoxicación alcohólica. Las consecuencias crónicas son el resultado de un largo período de consumo abusivo de alcohol, el cual lleva a la enfermedad alcohólica.<sup>28</sup>

Los signos de la dependencia del alcohol abarcan: lapsus de memoria (lagunas) después de beber compulsivamente, una necesidad creciente de

más y más alcohol para sentirse embriagado, síntomas de abstinencia alcohólica cuando no se ha tomado un trago por un tiempo, enfermedades relacionadas con el alcohol como hepatopatía alcohólica, infartos.<sup>29</sup>

### **Tratamiento occidental del alcoholismo:**

El tratamiento de desintoxicación debe ir seguido de un programa de tratamiento de deshabituación, que incluye las intervenciones especializadas, tanto la psico-social como la farmacológica, orientadas hacia la prevención de recaídas. El objetivo del tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica es evitar los síntomas de abstinencia, prevenir las complicaciones asociadas y facilitar la participación del paciente alcohólico en programas de deshabituación y rehabilitación. Debe valorarse en primer lugar la posibilidad de realizar el tratamiento ambulatorio o bien en régimen de hospitalización. La elección dependerá de factores médicos del paciente, así como de su accesibilidad a recursos sociales o familiares. La necesidad de recurrir a tratamientos farmacológicos va a depender de la situación clínica que esté presente.<sup>30</sup>

El tratamiento será siempre sintomático y estará basado principalmente en controlar factores ambientales, factores médicos como el desequilibrio hidro-electrolítico, enfermedades médicas intercurrentes y la posible comorbilidad psiquiátrica. Todo ello con la finalidad de evitar el desarrollo y evolución hacia un síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) grave.<sup>30</sup>

En los episodios de intoxicación aguda, cuando el consumo es inferior a 15 UBEs/día en varones y a 10 UBEs/día en mujeres, o con alcoholemias inferiores a 200 mg/100 ml y sin síntomas previos de abstinencia, habitualmente sólo se requiere vigilancia de la evolución, control de factores ambientales de confort y el manejo de posibles situaciones médico-psiquiátricas comórbidas. Si se trata de un paciente con historia de dependencia alcohólica debe incluirse tiamina como tratamiento.<sup>30</sup>

Cuando está presente la dependencia crónica de alcohol o cuando la encefalopatía de Wernicke ha dado paso a su terrible secuela, el síndrome amnésico persistente descrito por Korsakoff, es aconsejable mantener la administración de tiamina durante un largo período de tiempo.<sup>30</sup>

Dado que una de las principales causas de la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica es la hiperactividad glutamatérgica y noradrenérgica, los fármacos más útiles son aquellos que compensen esa hiperactividad, es decir fármacos hipno-sedativos, como las benzodiazepinas o el clormetiazol, que presentan tolerancia cruzada con el alcohol y favorecen la neurotransmisión gabérgica, fármacos anticonvulsivantes que además de favorecer la transmisión gabérgica sean antagonistas de los receptores glutamatérgicos y de los canales de calcio, e incluso fármacos simpaticolíticos como betabloqueantes o clonidina, que son útiles como tratamiento asociado para controlar los síntomas de hipernoradrenergia, que no hayan respondido a los fármacos hipno-sedativos. Los fármacos antidopaminérgicos, como el tiapride o el haloperidol, permiten controlar las alteraciones cognitivas asociadas al síndrome de abstinencia alcohólica.<sup>30</sup>

El tratamiento de deshabituación es la segunda etapa del tratamiento del alcoholismo, orientada hacia el mantenimiento de la sobriedad. Se compone de una intervención psico-social asociada a la farmacoterapia específica del alcoholismo que puede estar basada en los fármacos interdectores o los anticraving, junto con los que se utilizan para el tratamiento de las comorbilidades médica y psiquiátrica asociadas al alcoholismo. Los objetivos del tratamiento de deshabituación y prevención de recaídas son la extinción de la conducta condicionada de búsqueda y consumo de alcohol, adquisición de conciencia de dependencia, mantener la motivación a lo largo de todo el proceso, reorganización de las actividades del paciente con búsqueda de alternativas, prevención de recaídas y tratamiento de la psicopatología asociada.<sup>30</sup>

Los fármacos anditipsotrópicos, o interdectores del alcohol, pueden ser de gran ayuda para la persona que está motivada por mantenerse sin tomar bebidas alcohólicas, siempre que se administren bajo la supervisión de la enfermera o de algún familiar que se responsabilice del tratamiento. Se utilizan tanto el Disulfiram, como la Cianamida cálcica. Ambos bloquean la enzima aldehído-deshidrogenasa que interviene en el paso del acetaldehído a acetato produciendo, por tanto, una acumulación de acetaldehído en el torrente sanguíneo lo cual provoca la aparición de un síndrome acetaldehídico que se

caracteriza por: vasodilatación, taquicardia, palpitaciones, mareo-vértigo, sudoración, dolor precordial, rubefacción facial, náuseas, vómitos, diplopía o visión borrosa, alteraciones de la presión arterial, cefalea, dificultad respiratoria y sudoración.<sup>30</sup>

Dichos síntomas pueden aparecer 10-20 minutos después del inicio del consumo de alcohol. Su intensidad es proporcional a la dosis de disulfiram y a la cantidad de alcohol ingerida. En los casos más graves se puede producir depresión respiratoria, arritmia, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, pérdida de conciencia, convulsiones e incluso la muerte.<sup>30</sup>

Si el paciente ha sido informado del funcionamiento del disulfiram y se siente comprometido con la abstinencia continuada de bebidas alcohólicas, cuando toma disulfiram con regularidad consigue un efecto cognitivo y motivacional, como si el alcohol ya no estuviera “disponible” para él. La no disponibilidad de alcohol sitúa al paciente en una nueva dimensión en la que el alcohol es como si ya no existiera para él. Cuando el paciente experimenta dicha sensación, el disulfiram consigue incluso un efecto anticraving.<sup>30</sup>

Sin embargo, cuando el paciente no está comprometido con la abstinencia continuada y, particularmente, cuando prueba de beber a pesar de estar tomando disulfiram, su efecto se reduce considerablemente y además puede llegar a ser peligroso tras un consumo importante, o también tóxico, tras consumos pequeños pero reiterados de alcohol durante un tiempo prolongado. Otro posible inconveniente es que, si el paciente se “olvida” de tomar disulfiram, puede regresar al estado previo, en el cual el alcohol vuelve a estar “disponible” para él y reaparece el riesgo de recaída.<sup>30</sup>

La Cianamida Cálcica produce un bloqueo reversible del acetaldehído-deshidrogenasa y requiere una administración cada 12 horas. Se recomienda una posología oral de 36-75 mg/día, es decir 12 - 25 gotas/día, (repartido en dos tomas), teniendo en cuenta que cada gota equivale a 3 mg. de cianamida. Por tanto, su efecto puede disuadir al paciente, sobre un posible consumo de alcohol, pero sólo durante las 12 horas siguientes a la toma del fármaco.

El Disulfiram se administra por vía oral, en dosis de 250 - 500 mg/24h, 1 ó 2 comprimidos/24 horas. Dado que el bloqueo enzimático que produce es más

persistente, su efecto farmacológico puede seguir disuadiendo al paciente sobre la posibilidad de beber alcohol durante los días siguientes a la suspensión del fármaco. En teoría, cuando se toma todos los días, su efecto puede persistir durante siete días o incluso más, después de la última toma, pero depende de la idiosincrasia de cada paciente.<sup>30</sup>

El alcoholismo se corresponde tradicionalmente con los diagnósticos de:

- Insuficiencia de Yang de corazón:<sup>31</sup>

Manifestaciones clínicas: Se caracteriza por manifestaciones tales como palpitaciones, falta de aliento al esfuerzo, cansancio, sudoración espontánea, leve sensación de distensión o de molestia en la región del corazón, sensación de frío, manos frías, cara pálida y brillante, labios ligeramente oscuros. Lengua pálida, ligeramente húmeda. Pulso profundo-débil, en casos graves anudado.

Etiología: Tiene una etiología básicamente idéntica a la de insuficiencia de Qi de corazón, por tanto, puede provenir de cualquiera de las causas de una insuficiencia crónica de Yang de riñón.

Patología: algunos síntomas son idénticos a los de la insuficiencia de Qi de corazón, palpitaciones, falta de aliento, cansancio, sudoración y cara pálida, debido a que la insuficiencia de Qi de corazón puede incluirse en la insuficiencia de Yang de corazón. La sensación de frío y las manos frías se deben a la insuficiencia de Yang de corazón que no transporta la sangre a las extremidades para calentarlas. La leve sensación de plenitud en el tórax se debe a que el Yang de corazón no mueve el Qi en esta zona, lo cual desencadena un ligero estancamiento de Qi en el tórax.

La cara pálida y brillante es una de las características de la insuficiencia de Yang porque en la insuficiencia de sangre la cara estaría pálida y sin brillo. Los labios están ligeramente oscuros debido a que el Yang de corazón al ser deficiente no logra mover el Qi y la sangre lo que puede causar un leve estancamiento de sangre. La lengua está pálida porque el Yang de corazón no llega a transportar suficiente sangre hasta la lengua, que está ligeramente húmeda porque este no puede transformar los líquidos que se acumulan en la lengua. El pulso profundo y débil refleja la insuficiencia de Yang. En casos

graves puede apreciarse anudado siendo lento y se detiene a intervalos irregulares.

- Insuficiencia de Qi:<sup>31</sup>

Manifestaciones clínicas: Las manifestaciones clínicas incluyen leve falta de aliento, voz débil, sudoración espontánea, poco apetito, heces sueltas, cansancio y un pulso vacío.

Etiología: causado por una deficiencia de Yin y Yang, deficiencia de esencia y deficiencia de sangre.

Patología: Estos son los síntomas y signos de una insuficiencia de Qi de pulmón y de bazo, aunque es obvio que puede existir una insuficiencia de Qi de otros órganos. El pulmón gobierna el Qi y la respiración, si el Qi es insuficiente, la respiración es corta, sobre todo en los esfuerzos. La disnea en este caso es ligera y sobreviene sobre todo al esfuerzo. El pulmón hace descender el Qi y si este no puede descender causará la tos. La tonalidad y la fuerza de la voz, son la expresión de la fuerza del Qi de reunión, quien así mismo depende del Qi de pulmón. De aquí la voz débil y el deseo de no hablar en este síndrome. El Qi de pulmón tiene una influencia sobre la piel y controla el Qi defensivo, quien regula la apertura y cierre de los poros. Si el Qi de pulmón es débil en las capas subcutáneas los poros se vuelven flácidos y dejan escapar la transpiración. Además, el Qi defensivo regula la piel y los músculos, explicando la aversión al frío cuando está débil.

La tez blanca y brillante refleja la insuficiencia de Yang (que en lo concerniente a pulmón es síntoma de insuficiencia de Qi). La perturbación de las funciones de transformación y de transporte de bazo comprende diversos síntomas digestivos tales como distensión abdominal, deposiciones blandas y falta de apetito. Como el bazo es responsable del transporte del Qi de los alimentos a los cuatro miembros, cuando el Qi de bazo es insuficiente, las extremidades están insuficientemente nutridas y débiles. El bazo transporta el Qi de los alimentos a la totalidad del cuerpo, de ahí la fatiga y el cansancio o lasitud que presenta el individuo cuando el Qi de bazo es insuficiente. La lengua está pálida porque el Yang de corazón no llega a transportar suficiente sangre hasta la lengua, que está ligeramente húmeda porque este no puede transformar los

líquidos que se acumulan en la lengua. El pulso vacío refleja la insuficiencia de Qi.

- Insuficiencia de Yang de bazo: <sup>31</sup>

Manifestaciones clínicas: Las manifestaciones clínicas son poco apetito, ligera distensión abdominal después de comer, cansancio, lasitud, deseo de estar acostado y acurrucado, tez pálida, debilidad de las extremidades, heces sueltas, tendencia a la obesidad, sensación de frío, extremidades frías, edemas. Lengua pálida y húmeda y un pulso profundo y débil.

Etiología: Causado por el consumo excesivo de alimentos fríos y crudos impidiendo la función de transporte y transformación del bazo. Comer a horas irregulares o comer demasiado también puede dañar al bazo. Comer muy poco o deficiente en proteínas puede conducir a una deficiencia de Qi de bazo. Los esfuerzos mentales como pensamiento prolongado, trabajo intelectual frecuente.

Patología: La humedad puede debilitar el bazo y conducir a una insuficiencia de Qi de bazo, pero con síntomas de frío, como la sensación de frío y las extremidades frías que se deben a que el Yang de bazo no logra calentar el cuerpo. El edema se debe al impedimento de la función de bazo de transformación y transporte de los líquidos, cuando no pueden ser transformados, pueden acumularse bajo la piel y dar lugar a edemas. La lengua es pálida por la insuficiencia de Yang y húmeda por la alteración de la función de transporte del bazo de los líquidos que ocasiona una acumulación de estos en la lengua. El pulso es profundo y débil, lo que refleja la insuficiencia de Yang.

- Insuficiencia de Yang de riñón: <sup>31</sup>

Manifestaciones clínicas: Las manifestaciones son dolor lumbar, mareos, acúfenos, rodillas frías y débiles, sensación de frío en la parte inferior de la espalda, sensación de frío, debilidad en las piernas, tez blanca y luminosa, cansancio, lasitud, micción clara y abundante, micción nocturna, apatía, edema en las piernas, infertilidad en mujeres, heces sueltas, depresión, impotencia, eyaculación precoz, pocos espermatozoides, esperma frío y fino, libido disminuida. Lengua pálida y húmeda y pulso profundo y débil.



Etiología: Las enfermedades crónicas, especialmente las que cursan con insuficiencia de Yang de bazo, pueden causar una insuficiencia de Yang de riñón tras un largo período de tiempo. La actividad sexual excesiva especialmente si la persona se expone al frío después del acto sexual. En mujeres el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, durante la pubertad puede debilitar el Yang de riñón. Trabajar excesivamente también debilita el Yang de riñón y un consumo excesivo de alimentos fríos y crudos puede dañar el Yang de bazo y de riñón.

Patología: Se trata del clásico síndrome de insuficiencia de Yang caracterizado por síntomas de frío interno. Cuando el Yang de riñón es insuficiente el fuego de la puerta de la vida no logra calentar el cuerpo y causa sensación de frío en la espalda y las rodillas y sensación generalizada de frío, los riñones no tienen suficiente Qi para fortalecer los huesos y la espalda manifestándose a través de dolores de espalda y una debilidad de piernas y rodillas.

Cuando el Yang de riñón no es suficiente no logra calentar la esencia, de ahí que la energía sexual no esté bien nutrida por la esencia ni calentada por el Yang de riñón generando impotencia, eyaculación precoz, pocos espermatozoides y esperma frío y fino en los hombres e infertilidad en mujeres o falta de libido tanto en hombres como en mujeres.

Cuando el Yang de riñón es insuficiente es incapaz de transformar los líquidos, que se acumulan y dan lugar a orina abundante y clara. Si los líquidos se acumulan bajo la piel provocarán edemas en las piernas, cuando es en la lengua hará que esta esté húmeda. El Yang de riñón insuficiente no puede nutrir el Yang de bazo y por tanto los músculos carecerán de nutrición lo que provoca cansancio, lasitud y una lengua pálida. Psicológicamente se manifiesta mediante apatía, falta de fuerza de voluntad y depresión. El Yang de riñón insuficiente no dará brillo al cerebro y a los oídos y provocará mareos y acúfenos.<sup>31</sup>

- Insuficiencia de Yin de riñón:<sup>31</sup>

Manifestaciones clínicas: caracterizada por mareos, acúfenos, vértigos, mala memoria, sordera, sudoración nocturna, boca y garganta secas por la noche, dolor lumbar, dolor óseo, poluciones nocturnas, estreñimiento, orina escasa y

oscura, infertilidad, eyaculación precoz, cansancio, lasitud, depresión, leve ansiedad. Lengua de color normal sin saburra y pulso flotante y vacío. Cuando hay calor por insuficiencia se manifiesta por calor en los cinco corazones, sensación de calor al anochecer, rubor malar, sofocos en la menopausia, sed con deseos de beber a sorbos, ansiedad pronunciada al anochecer, poluciones nocturnas con sueños. Lengua roja sin saburra y en casos graves fisurada con pulso flotante-vacío.

Etiología: Causado por el trabajo excesivo, la actividad sexual excesiva que agotan la esencia y el Yin de riñón, la pérdida de líquidos orgánicos por el consumo de estos por el calor, la pérdida de sangre prolongada que causa una deficiencia de sangre de hígado y a su vez engendrar una insuficiencia de Yin de riñón. Las enfermedades crónicas provenientes del hígado, corazón o de los pulmones pueden provocarla, así como una sobredosis de fitoterapia china destinadas a tonificar el Yang de riñón o la administración de una fórmula errónea que tonifique el Yang de riñón cuando lo que se debía tonificar es el Yin de riñón.

Patología: Este síndrome se caracteriza por una insuficiencia de Yin de riñón, pero también de la esencia de riñón puesto que esta forma parte del Yin de riñón. El Yin de riñón al ser insuficiente no llega a producir suficiente médula para rellenar el cerebro de ahí los mareos, los acúfenos, los vértigos y la mala memoria. Los mareos serán leves y los acúfenos serán de aparición progresiva y lenta con un sonido semejante al agua fluyendo. La insuficiencia de Yin de riñón conduce a una insuficiencia de líquidos orgánicos y a la consiguiente sequedad, de ahí la boca seca por la noche, el estreñimiento y la orina poco abundante y oscura.

La sudoración nocturna se debe a que el Yin es insuficiente y no logra mantener el Wei Qi en el cuerpo por la noche, escapándose valiosas esencias nutritivas con la sudoración. La insuficiencia de Yin de riñón puede provocar una insuficiencia de esencia que se manifestará en forma de poluciones nocturnas. Los dolores de espalda se producen porque la esencia de riñón no nutre los huesos. También lleva a una disminución de la fuerza de voluntad y aparece por tanto la depresión. Se produce también una leve ansiedad ya que la insuficiencia de Yin conduce a un ascenso del calor por insuficiencia.

Wen y cheun en 1973 fueron los primeros que describieron los efectos de la acupuntura para aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia de los opiáceos. En Europa y América se ha venido utilizando la acupuntura desde los años 70 en programas de desintoxicación en opiáceos y alcoholismo, con un gran apogeo hasta ahora. Los programas de desintoxicación de los pacientes heroínómanos incluyen el uso de la metadona o la acupuntura. Si este se decide por la acupuntura, esta le ayuda a estar más relajado, aliviar la ansiedad y la incomodidad y disminuir los sudores, calambres intestinales, lagrimeo y estornudos. Se refuerza la excreción de las sustancias tóxicas, con lo que el paciente se siente mejor más rápidamente.

Según la Medicina Tradicional China, las drogas que crean adicción fácilmente lesionan el YangQi corporal y especialmente el YangQi de corazón, pulmón, bazo y estómago.

En el tratamiento del síndrome de abstinencia de la heroína, se han usado puntos corporales como: Baihui-Du20; Hegu-IG4; Zusanly-E36; Shenmen-C7; Fengchi-Vb20; Neiguan-Pc6; Dazhui-Du14; Zhongwan-Ren12; Sanyinjiao-B6; shanzhong-Ren17, Guanyuan-Ren4. El tratamiento se aplicó dos veces al día, durante los primeros tres a cuatro días y después diariamente o días alternos. Como puntos de auriculoterapia se emplearon: Pulmón, intestino grueso, riñón, estómago, bazo, subcortex, frente, hígado, pecho, shenmen y occipucio, con diferencia de resultados y criterios.<sup>32</sup>

Según S. Fidler (Comun Drug Advice Service, St. Pauls Hospital, Winchester), los pacientes adictos a la cocaína y al hashish no tienen la alternativa de la metadona u otro equivalente para parar su adicción, por lo que la acupuntura es una buena alternativa y estos la aceptan con facilidad siendo efectiva en reducir los cambios de carácter, la irritabilidad, el insomnio y el cansancio.<sup>32</sup>

Son numerosas las teorías occidentales que explican la acupuntura. La mejor fundamentada es la Teoría de Melzack y Wall (de la puerta de control) que se refiere a los efectos analgésicos de la Acupuntura y otras técnicas de reflexoterapia. En esta teoría se plantea, que los estímulos nociceptivos son transmitidos al asta posterior de la médula espinal, al área de la sustancia gelatinosa de Rolando, por dos tipos de fibras nerviosas: las fibras C que son

finas, amielinicas y con baja velocidad de conduccion; y por fibras A-Delta, que son medianas, poco mielinizadas y con moderada velocidad de conduccion.<sup>33</sup>

Por su parte, la Acupuntura y otras tecnicas de reflexoterapia, producen estímulos que viajan a la misma localizacion de la medula por fibras A-Beta, que son gruesas, mielinizadas y con mayor velocidad de conduccion, cerrando el paso de la informacion del dolor que transmitian las fibras C y A-Delta. Aunque la teoria de Melzack y Wall esta referida al control del dolor a nivel del asta posterior de la medula, parece ser que por si sola unicamente seria util para explicar el dolor local que con uso de acupuntura se alivia y que tienen que coexistir otros mecanismos asociados.<sup>33</sup>

La teoria de Zang o de las puertas multiples plantea que los estímulos dolorosos producen descargas nociceptivas en el nucleo parafascicular del talamo, que son enviadas al nucleo centro mediano y de aqui, por otras fibras nerviosas continua la informacion hasta la corteza cerebral. Con el estímulo de la acupuntura se produce un aumento de las endorfinas y que bajo sus efectos el nucleo centro mediano del talamo envia estímulos inhibitorios al nucleo parafascicular, cerrandose asi la segunda puerta de entrada al dolor.<sup>33</sup>

Segun la teoria endorfinergica (Pomeranz), la aplicacion de acupuntura y otras tecnicas de reflexoterapia produce liberacion de polipeptidos que presentan efectos analgesicos por via humoral, parecidos a los efectos de la morfina. Por estas razones y por encontrarse en el encéfalo, a estas sustancias se les llamo endorfinas y encefalinas. Se han encontrado receptores opiaceos en los leucocitos y tambien se ha encontrado que un estado de animo alegre aumenta la produccion de encefalinas y endorfinas, en tanto que la tristeza deprime su produccion.<sup>33</sup>

Las encefalinas, Beta endorfinas, Dinorfinas, serotoninas, sustancia P y GABA, entre otras, parecen formar un complejo integrador que modula los mecanismos subyacentes de la percepcion del dolor y otras funciones en relacion con el sistema nervioso e inmunologico.<sup>33</sup>

La teoria del sistema nervioso vegetativo explica que en la medula espinal, desde el octavo segmento cervical hasta el tercer segmento lumbar, se encuentra en los cuernos laterales nucleos vegetativos(simpaticos) de los

cuales parten prolongaciones hacia el tronco simpático y de este salen fibras nerviosas hacia todas las vísceras y al sistema osteo- mio articular (S.O.M.A.).

Tal composición de fibras de los nervios mixtos proporciona una comunicación en ambas direcciones entre vísceras y órganos y la piel, tejido celular subcutáneo, músculos y otras estructuras. Por esta razón, cuando hay una afectación en una víscera se refleja en una zona determinada de la piel, del mismo modo, si se estimula esa zona refleja se produce un estímulo inverso hacia la víscera. Es decir, hay una relación que conecta las estructuras externas e internas dentro de la misma metámera.<sup>33</sup>

En la década del 50 (1951) ,el Francés Dr. Paul Nogier ,propició el florecimiento de la auriculoterapia después de un profundo estudio en que logró relacionar diferentes partes del cuerpo con zonas auriculares y realizó numerosas experiencias clínicas para confeccionar la primera cartografía de las zonas y puntos de la oreja donde el organismo aparece representado en posición fetal.La cabeza hacia abajo situada en el Lóbulo, las vísceras en la concha,los miembros y columna vertebral en el hélice y canal del hélice.<sup>34</sup>

La oreja, como órgano ,es una formación de relativa integridad,con una forma, estructura, función, desarrollo y posición en el cuerpo que le son inherentes, constituyendo un elemento del organismo como un todo, lo que está dado por varios factores:<sup>34</sup>

- A la actividad superior del sistema nervioso a través del plexo cervical y los nervios craneales trigémino (V), facial (VII), Glossofaríngeo (IX) y Vago (X).
- A la actividad reguladora del sistema endocrino.
- A la actividad conjunta de la energía, la sangre y los fluidos corporales como elementos indispensables para mantener la vitalidad del cuerpo.

La energía vital es de esencial importancia en la integración del organismo como un todo, debido a su capacidad de circular por canales o meridianos corporales conectando los diferentes órganos. La oreja como órgano tiene características especiales por presentar un microsistema de energía donde se encuentran representadas las demás partes del cuerpo. Este microsistema está asociado al sistema corporal de energía por la confluencia en el mismo de los meridianos o canales.

Lo anteriormente expuesto está demostrado por la relación directa que se establece entre los seis meridianos Yang y la oreja. Cuatro de estos meridianos: meridiano intestino delgado, meridiano intestino grueso, meridiano triple recalentador y meridiano vesícula biliar entran en la oreja, en tanto que los otros dos; meridiano estómago y meridiano vejiga sólo la rodean. Así mismo los seis meridianos Yin se relacionan con la oreja de forma indirecta a través de los ya mencionados meridianos Yang. De la misma manera que existe una estrecha relación entre la oreja y los meridianos, también la hay con los órganos Zang Fu. Algunos de ellos a través de sus funciones forman la energía vital que llega a todas las partes del cuerpo incluyendo las orejas, a través de los meridianos y sus colaterales.<sup>34</sup>

Cuando la energía fluye libremente se produce un normal funcionamiento del organismo, sin embargo, cuando se produce un éstasis en su circulación, se entorpece la llegada de la misma a los órganos que la necesitan para realizar sus funciones, trayendo como consecuencia alteraciones funcionales o morfofuncionales que se manifiestan en las zonas auriculares correspondientes. Por otro lado, al estimular los puntos auriculares logramos una normalización de las funciones alteradas.<sup>34</sup>

El autor es del criterio que los estudios encontrados en materia del tratamiento de la deshabituación alcohólica, tanto desde el punto de vista alopático, como tradicionalista, son aún insuficientes, pues solo se circunscriben a usar drogas como la ciamina cálcica, el disulfiram y el metronidazol en su defecto, que provocan rechazo al alcohol y medicamentos psicotrópicos para tratar la ansiedad y la depresión. Se emplean técnicas de psicoterapia para que el paciente aprenda a cómo salir de este hábito nocivo y mantenerse sin consumir esta sustancia.

Por parte de la Medicina Tradicional Asiática se aplican generalmente tratamientos basados en el uso de la acupuntura y microsistema auricular sin tener en cuenta el diagnóstico tradicional. Aplican esquemas terapéuticos basados en puntos locales y específicos. Existen otras modalidades que pueden estudiar la efectividad para tratar los signos y síntomas de la deshabituación alcohólica como la fitoterapia, apiterapia, la orientación nutricional naturista, homeopatía y la terapia floral de Bach y constituir

protocolos de tratamiento de esta enfermedad, permitiendo tener otras herramientas terapéuticas útiles para tratar a los pacientes afectados con drogadicción.

## MÉTODO

Se realizó un estudio Cuasi experimental con grupo control, con el objetivo de evaluar la efectividad de la acupuntura y auriculoterapia en el tratamiento de pacientes con deshabituación alcohólica en el Departamento de Salud Mental-Comunidad Terapéutica de Adictos del municipio Holguín ,en el período de Marzo del 2018 a Enero del 2020. Se desarrolló teniendo en cuenta los estándares para la documentación de intervenciones en ensayos controlados de acupuntura STRICTA (Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture) (Anexo 1)

Población: Estuvo integrado por 96 pacientes que acudieron a consulta del servicio de deshabituación alcohólica, previamente evaluados por un equipo multidisciplinario.

Muestra: Se escogió de manera aleatoria simple, quedando conformada por 60 pacientes que cumplieron los criterios requeridos:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos, 18 años en adelante.
- Pacientes con diagnóstico de alcoholismo en la fase de deshabituación.

Criterios de exclusión:

- Enfermedades psiquiátricas descompensadas.
- Enfermedades crónicas descompensadas.
- Lesiones en la piel en el sitio a punturar.
- Trastornos de la coagulación.
- Embarazo o puerperio.
- Estados de malnutrición.
- Discapacidad intelectual.

Criterios de salida:

- Fallecimiento.
- No desean continuar con la investigación.
- Que presenten agravamiento de los síntomas y los signos.



Para el desarrollo de la investigación se emplearon los siguientes métodos teóricos:

**Inducción-deducción:** permitió analizar la evolución clínica de los sujetos investigados y arribar a conclusiones una vez aplicado el tratamiento para desarrollar la fundamentación teórica de la investigación.

**Hipotético –deductivo:** para constatar la existencia o no de la hipótesis de la investigación

**Análisis y síntesis:** para interpretar y valorar los datos obtenidos en el la evolución clínica de los sujetos investigados.

Como métodos empíricos se emplearon:

**Observación:** permitió la percepción directa de la evolución de los pacientes luego de la aplicación del tratamiento.

**Revisión de documentos:** permitió analizar las evidencias del estado de los pacientes al realizar la Historia Clínica tradicional.

#### **Operacionalización de las variables:**

Variables sociodemográficas

- Variable: Edad.

Clasificación: variable cuantitativa continua.

Escala: se evalúa según los años cumplidos en el momento del estudio. Fue dividida por rangos de 10 años, quedando comprendida entre:

- 18 a 27.
- 28 a 37.
- 38 a 47.
- 48 a 57.
- 58 y más años.

- Variable: sexo.

Clasificación: es cualitativa nominal dicotómica.

Escala: según sexo biológico: masculino y femenino.

- Variable: grado de escolaridad.

Clasificación: cualitativa ordinal.

Escala: según nivel escolar terminado universitario, pre-universitario, secundaria básica y primaria.

- Variable: funcionamiento familiar.

Clasificación: es cualitativa nominal politómica.

Escala: según clasificación de bueno, regular y malo.

### **Variables clínicas:**

- Variable: diagnóstico tradicional asiático.<sup>33</sup>

Clasificación: es una variable cualitativa nominal politómica.

Escala: se describe según su etiopatogenia en:

- Deficiencia de Yang de bazo.
- Deficiencia de Yang de corazón.
- Deficiencia de Qi.
- Deficiencia de Yin y Yang de riñón.

- Variable: síntomas y signos:

- Ansiedad
- Depresión
- Sequedad bucal

Clasificación: es cualitativa nominal politómica.

Escala: La ansiedad y depresión se evaluarán a través del test de IDARE que evalúa la ansiedad como estado (condición emocional) y la sequedad bucal según los hallazgos del examen físico. (Anexo 2).<sup>35</sup>

- Variable: evaluación del resultado del tratamiento.

Clasificación: es cualitativa nominal politómica.

Escala: según clasificación del autor en bueno, regular y malo.

Para la evaluación clínica se tuvo en cuenta los síntomas y signos, Test de IDARE antes y después del tratamiento.<sup>35</sup>

Según totalidad de la muestra investigada:

Bueno: Nivel de ansiedad según Test. IDARE Bajo ( $\leq 30$ ), desaparece la sequedad bucal en el 80% de los casos que la presentaron antes del inicio del tratamiento.

Regular: Nivel de ansiedad según Test. IDARE Medio (31-44), desaparece la sequedad bucal entre el 50% - 80 % de los casos que la presentaron antes del inicio del tratamiento.

Malo: Nivel de ansiedad según Test. IDARE Alto ( $\geq 45$ ), desaparece la sequedad bucal en menos del 50% de los casos que la presentaron antes del inicio del tratamiento o agravamiento de la misma.

Según la evaluación de cada paciente:

Bueno: Nivel de ansiedad según Test. IDARE Bajo ( $\leq 30$ ), desaparece la sequedad bucal.

Regular: Nivel de ansiedad según Test. IDARE Medio (31-44), mantiene la sequedad bucal.

Malo: Nivel de ansiedad según Test. IDARE Alto ( $\geq 45$ ), mantiene la sequedad bucal.

- Variable: reacción adversa al tratamiento a la acupuntura y al tratamiento farmacológico.

Clasificación: es cualitativa nominal politómica.

Escala: según síntomas y signos producidos como consecuencias del tratamiento con acupuntura tales como:

Reacciones vagas.

Sensación residual desagradable.

Infecciones en el sitio de la puntura.

Somnolencia.

Visión borrosa.

Fatiga.

Mareos

Vértigos

Náuseas

Vómitos

Según síntomas y signos producidos como consecuencias del tratamiento farmacológico tales como:

Reacciones vagales.

Somnolencia

Visión borrosa

Fatiga

Mareos

Vértigos

Náuseas

Vómitos

Diarreas

Para las variables cualitativas se utilizaron números absolutos y por ciento. Para evaluar la efectividad del tratamiento se empleó el Test de Hipótesis de proporciones con un nivel de significación de 0,05 y de confianza del 95 %. La información fue resumida en forma de tablas para su luego comprensión y análisis. Los textos fueron procesados en Microsoft Word.

La bibliografía fue analizada, organizada y luego acotada según las normas Vancouver.

### **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:**

Obtención de la información:

Se revisaron las historias clínicas (Anexo 3) de seguimiento clínico, se realizó un interrogatorio y examen físico aplicando los Cuatro Métodos Diagnósticos de la Medicina Natural y Tradicional en el Centro de Deshabitación Alcohólica. Se

recogieron los datos de los pacientes en una planilla de recolección de datos.  
(Anexo 4)

Los pacientes fueron remitidos desde el servicio de deshabitación alcohólica previamente diagnosticados y evaluados por un equipo multidisciplinario y al cumplir con los criterios de inclusión fueron distribuidos en dos grupos (A y B) de manera aleatoria simple, de los cuales:

El grupo A se le aplicó el tratamiento según Protocolo de Deshabitación Alcohólica.

Al grupo B se le aplicó el esquema de acupuntura y auriculoterapia según diagnóstico tradicional más Protocolo de Deshabitación Alcohólica. El tratamiento fue aplicado por una enfermera capacitada en estos procedimientos terapéuticos y el autor de la investigación.

Los esquemas de tratamiento para ambos grupos fueron los siguientes:

Grupo A: Protocolo de Deshabitación Alcohólica.

Para el tratamiento de la deshabitación alcohólica se usan psicofármacos tales como:

Clordiazepóxido (tab. 10 mg): una tableta vía oral cada ocho horas por tres meses.

Tioridazina (tab. 25 mg): una tableta vía oral cada 12 horas por tres meses.

Amitriptilina (tab. 25 mg): una tableta vía oral cada ocho horas por tres meses.

Disulfiram (tab 250 mg): una tableta vía oral cada 12 horas por tres meses o en su defecto se usó:

Metronidazol (tableta 250 mg): una tableta vía oral cada ocho horas durante un mes, luego una tableta cada 12 horas por un mes y se continuó con una tableta diaria por otro mes hasta completar tres meses en total.

No necesariamente se usaron todos estos psicofármacos en un paciente, sino que se realizaron asociaciones según la tolerancia y necesidad del mismo.

Grupo B: Protocolo: Se aplicó el siguiente esquema de tratamiento tradicional más el esquema occidental de Deshabitación Alcohólica:

Micro-sistema auricular:<sup>36</sup>

Puntos básicos: Riñón, Hígado, Bazo, Corazón, Shenmen.

Puntos complementarios: Punto Cero, Ansiolítico, Desintoxicación alcohólica, Cerebro, Sistema límbico.

Riñón: Localizado en el borde inferior del antihélix, directamente encima del punto Yeyuno e Ileon.

Hígado: Localizado en la parte postero-superior del punto Estómago.

Bazo: Localizado en la parte externo-inferior de la zona del punto estómago.

Corazón: Localizado en el centro de la profunda depresión de la parte inferior de la concha.

Shenmen: Localizado en el 1/3 lateral de la fosa triangular, en el punto donde se bifurca el antihélix.

Cero: Localizado en el origen de la raíz del hélix.

Ansiolítico: Localizado en el IV cuadrante, en el ángulo inferior medial próximo al borde fijo del Lóbulo.

Desintoxicación alcohólica: Localizado en la concha entre el punto riñón e intestino delgado.

Cerebro: En la cara externa del Antitrigo, en el punto medio de la línea que conecta al punto Ding Chuan con el punto Tallo Cerebral.

Sistema límbico: Está localizado en la parte inferior de la zona IX del lóbulo de la oreja.

Protocolo de tratamiento acupuntural según diagnóstico tradicional propuesto por el autor:

Deficiencia de Yang de Bazo:  $\frac{C8}{\perp} - \frac{C9}{\perp} - \frac{H8}{T} - \frac{Pc7}{\perp}$

Deficiencia de Yang de Corazón:  $\frac{E36}{T\perp} - \frac{B6}{T} - \frac{E40}{\perp} - \frac{Vc12}{T}$

Deficiencia de Qi:  $\frac{E36}{T\perp} - \frac{Vc6}{T} - \frac{Ig4}{\perp} - \frac{Vc12}{T}$

Deficiencia de Yin-Yang de Riñón:  $\frac{R6}{T} - \frac{V23}{T} - \frac{Du4}{T} - \frac{P9}{T}$

Puntos de acupuntura: <sup>25, 37</sup>

E36: (Zusanli).

Localización: Localizado hasta 3 cun distal hasta E35 (ojo lateral de la rodilla) y un través de dedo transversal ,lateral del borde anterior de la tibia, en el músculo tibial anterior.

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical 1-1,5 cun, se empleó el método de regularización.

Funciones: Regula el estómago. Fortalece el bazo, transforma la humedad. Tonifica el Qi y el Yang. Nutre la sangre y el Yin. Calma el Shen y abre el meridiano.

Anatomía regional: Se localiza la arteria y la vena anterior de la tibia, superficialmente el nervio cutáneo crural de la parte lateral y la rama cutánea del nervio safeno y profundamente el nervio peroneal.

B6: (Sanyinjiao).

Localización: Localizado a 3 cun proximal a la máxima prominencia del maléolo medial, en el borde posterior de la cresta medial de la tibia.

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical o en oblicuo 1-2 cun. Se utilizó el método de tonificación.

Funciones: Tonifica el bazo y el estómago, elimina la humedad. Nutre la sangre y el Yin y calma el Shen.

Anatomía regional: Se localiza la vena safena mayor, la arteria y la vena posterior de la tibia. Superficialmente, está el nervio cutáneo de la pierna y en lo profundo, en el lado posterior, el nervio tibial.

E40: (Fenglong).

Localización: Localizado en el punto medio de la línea que une E35 y E41 y un través de dedo lateral a E38, entre los músculos extensor largo de los dedos y corto del peroné.

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical o en oblicuo a 1-1,5 cun. Se practicó el método de dispersión.

Funciones: Transforma la humedad y la flema, despeja la flema en el pulmón y el corazón, calma el Shen.

Anatomía regional: Aparecen las ramas de la arteria y las venas anteriores de la tibia y el nervio superficial del peroné.

Vc12: (Zhongwan).

Localización: Localizado en la línea media anterior, 4 cun superior al ombligo.

Técnica operatoria: Se puncionó a 0,8-1,5 cun en vertical o en oblicuo. Se empleó el método de tonificación.

Funciones: Armoniza y tonifica el calentador medio, reduce el Qi de contraflujo, regula el flujo de Qi y alivia el dolor y transforma la humedad.

Anatomía regional: Aparecen la arteria y la vena epigástrica superior y la rama cutánea anterior del séptimo nervio intercostal.

C8: (Shaofu).

Localización: Localizado en la palma de la mano, entre los metacarpianos cuarto y quinto.

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical a 0,5-1 cun y se trató gentilmente para evitar ser muy dolorosa la punción. Se utilizó el método de dispersión.

Funciones: Dispersa el calor en el corazón y el intestino delgado. Regula el Qi del corazón y el estancamiento del Qi del hígado. Calma el Shen y fortalece el Qi del corazón. Abre el meridiano.

Anatomía regional: Están la arteria y la vena palmo digital y el nervio común del cuarto dígito palmar proveniente del nervio cubital.

C9: (Shaochong).

Localización: Localizado en el dedo meñique, 0,1 cun lateral desde el ángulo radial de la uña.

Técnica operatoria: Se puncionó a 0,2-0,3 cun en vertical o en oblicuo en una dirección proximal. Se practicó el método de dispersión.

Funciones: Reaviva la conciencia. Dispersa el calor del extremo opuesto al meridiano. Regula el Qi en el pecho y despeja el calor en el corazón. Abre el meridiano.



Anatomía regional: Está la red formada por la arteria y la vena propia digito palmar y el nervio propio del mismo nombre proveniente del nervio cubital.

H8: (Quguan).

Localización: Se localizó con la rodilla flexionada, se sitúa directamente proximal al extremo medial del pliegue poplíteo, en una depresión anterior a los tendones de los músculos semitendinoso y semimembranoso.

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical a 0,5-1,5 cun. Se empleó el método de tonificación.

Funciones: Dispersa y elimina la humedad y el calor húmedo del calentador inferior. Nutre la sangre y el Yin. Mueve el Qi localmente.

Anatomía regional: Anteriormente están la vena safena mayor y el nervio safeno. Este punto se halla en el curso de la arteria suprema de la rodilla.

Pc7: (Daling).

Localización: Localizado en la cara anterior del espacio de la articulación de la muñeca, entre los tendones de los músculos palmar largo y flexor radial del carpo.

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical 0,3-0,5 cun hasta 1 cun. Se utilizó el método de dispersión.

Funciones: Despeja el calor del corazón. Calma el Shen. Armoniza el estómago y los intestinos. Enfría el fuego del corazón que afecta a la vejiga. Descongestiona el pecho. Enfría la sangre y abre el meridiano, alivia el dolor.

Anatomía regional: Aparecen la red de la arteria y la vena palmar de la muñeca y profundamente el nervio medio.

Vc6: (Qihai).

Localización: Localizado en la línea media anterior, 1,5 cun inferior al ombligo ó 3,5 cun superior al borde superior de la sínfisis púbica.

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical a 0,8-1,5 cun. Se tuvo la precaución de no provocar un neumoperitoneo. Se practicó el método de tonificación.

Funciones: Tonifica el Qi original, así como el Qi en general. Fortalece los riñones, regula el Qi, armoniza la sangre y elimina la humedad.

Anatomía regional: Se encuentra la rama de las arterias y las venas epigástricas superficiales e inferiores y la rama cutánea anterior del nervio del onceavo espacio intercostal.

V23: (Shenshu).

Localización: Localizado 1,5 cun lateral a la línea media posterior, a la altura del borde inferior de la apófisis espinosa de la segunda vértebra lumbar (L2).

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical o en oblicuo de 0,5-1,5 cun. Se realizó con la precaución de no lesionar los riñones. Se empleó el método de tonificación.

Funciones: Fortalece los riñones, tonifica el Qi y el Yang de riñón, es beneficioso para la esencia Jing, nutre el Yin del riñón.

Anatomía regional: Está la rama posterior de la arteria y la vena de la segunda vértebra lumbar, la rama cutánea externa posterior del primer nervio lumbar y profundamente la rama interna.

Du4: (Mingmen)

Localización: Localizado en la línea media, debajo de la apófisis espinosa de la segunda vértebra lumbar (L2).

Técnica operatoria: Se puncionó a 0,5-1 cun en vertical o ligeramente en oblicuo en una dirección inferior, con la espalda del paciente recta o flexionada. Se utilizó el método de tonificación.

Funciones: Tonifica el Yang del riñón, calienta el Mingmen, fortalece los riñones, regula el Du mai, es beneficioso para la región lumbar. Pacifica el viento en el Du mai.

Anatomía regional: Están la rama posterior de la arteria lumbar y la rama interna de la rama posterior del nervio lumbar.

IG4: (He gu).

Localización: Localizado en la cara radial de la mano, entre el primer y segundo metacarpiano, proximal al segundo metacarpiano en su punto medio.

Técnica operatoria: Se puncionó a 0,5-1 cun en vertical o ligeramente en oblicuo hacia la cara palmar de la mano. Se practicó el método de dispersión.

Funciones: Libera el exterior (punto principal), regula la cara y la cabeza, regula el Qi defensivo (Wei Qi) y la sudoración. Abre el meridiano y los colaterales Luo, alivia el dolor.

Anatomía regional: Se halla una red de las venas del dorso de la mano y también la rama superficial del nervio radial.

R6: (Zhaohai).

Localización: Localizado aproximadamente a 1 cun inferior de la prominencia máxima del maléolo medial, sobre el espacio de la articulación entre el astrágalo y el calcáneo.

Técnica operatoria: Se puncionó 0,3-0,5 cun en vertical o en oblicuo en una dirección proximal. Se empleó el método de tonificación.

Funciones: Nutre el Yin de riñón, calma el Shen, mueve el Qi localmente.

Anatomía regional: Posteriormente aparecen la arteria y la vena tibiales posteriores y el nervio cutáneo de la parte interna de la pierna y profundamente el nervio tibial.

P9: (Tai yuan).

Localización: Localizado en la cara ventral de la muñeca, a la altura del espacio articular de la muñeca pliegue más distal de la muñeca, en la cara radial de la arteria radial y cubital al tendón del músculo abductor largo del pulgar.

Técnica operatoria: Se puncionó en vertical a 0,2-0,5 cun, evitando lesionar la arteria radial. Se utilizó el método de tonificación.

Funciones: Refuerza el pulmón, transforma la flema, reduce el Qi del pulmón. Regula y armoniza los vasos (relación de Zong Qi y la circulación de la sangre). Abre el meridiano y alivia el dolor.

Anatomía regional: Están la arteria y la vena radial, el nervio cutáneo lateral del antebrazo y la rama superficial del nervio radial.

Se evaluaron los pacientes según evolución clínica al concluir el primer ciclo y el segundo ciclo, cada uno de 10 sesiones de tratamiento de acupuntura dos

veces por semana, con un intervalo de descanso de siete días entre un ciclo y otro, y dos ciclos de tratamiento con microsistema auricular que se estructuró de la siguiente manera: cada ciclo constó de siete días de estimulación permanente de los puntos auriculares en cada oreja durante cuatro semanas, descansando una semana entre cada ciclo. Se inició en la oreja derecha en los casos del sexo femenino y en la izquierda en los masculinos.

Los pacientes asistieron a la institución de lunes a viernes donde se revisó por parte de la enfermera encargada los puntos auriculares y si alguno estuvo ausente de su sitio, procedió a colocarlo nuevamente. Ambos grupos recibieron ciclos de tratamiento de tres meses, tanto los que cumplieron el protocolo de deshabitación alcohólica como el grupo que recibió este protocolo más el tratamiento de auriculoterapia y acupuntura.

En el caso de la aplicación de los métodos de acupuntura se emplearon los siguientes:

**Tonificación:** Las agujas fueron de calibre fino, el tiempo de permanencia fue de 10 minutos y a favor de la circulación del meridiano

**Dispersión:** Las agujas fueron de calibre grueso, el tiempo de permanencia fue 20 minutos y contrario a la circulación del meridiano.

**Regularización:** Las agujas fueron de mediano calibre, el tiempo de permanencia fue de 15 minutos y se insertaron de manera perpendicular.

Las agujas se emplearon bilaterales utilizando los métodos de tonificación y dispersión según correspondió, y las semillas de cardosanto adheridas a pequeñas cintas de esparadrapo, previo masaje auricular según esquema de tratamiento, explicándole al paciente el método de estimulación ejerciendo presión durante un minuto tres veces al día. Se aplicaron todas las medidas de asepsia y antisepsia con alcohol 76 % en la zona auricular a tratar y la localización anatómica de los puntos. El paciente fue ubicado en una posición adecuada, teniendo en cuenta la localización de los puntos acupunturales y la técnica operatoria a utilizar, así como los puntos auriculares que correspondieron en el tratamiento.

El tratamiento siempre fue aplicado por el autor de la investigación, el cual es Doctor en Medicina desde el año 2001, Especialista de primer grado en

Medicina General Integral con 14 años de experiencia como investigador y actualmente se desempeña cursando el tercer año de la especialidad de Medicina Natural y Tradicional. Además, participó una Licenciada en enfermería con 25 años de experiencia en la docencia y la investigación, diplomada en técnicas de Medicina Natural y Tradicional.

#### Consideraciones éticas:

En la investigación el autor tuvo como principales consideraciones éticas:

- La honestidad de no alterar los datos obtenidos de las historias clínicas, ni de la entrevista médica.
- La confiabilidad científica de usar todos los datos obtenidos con fines solamente científicos en bien de la comunidad.
- Los pacientes que tuvieron criterio de salida fueron evaluados nuevamente en conjunto con psiquiatría y se les realizó tratamiento de seguimiento en grupos terapéuticos con charlas educativas y otros escogieron pertenecer al grupo de Alcohólicos Anónimos.
- Se procedió a la solicitud del consentimiento informado y se solicitó el aval del Comité de ética de investigaciones del Departamento de Salud Mental-Comunidad Terapéutica de Adictos del Municipio Holguín (anexo 1)
- Este proyecto se elaboró teniendo en cuenta los principios enunciados en la Declaración de Helsinki en junio 1964 y enmendada por la 64<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
- Esta investigación fue avalada por el Comité de ética de las investigaciones de la Institución autorizada

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla No. 1. Distribución de pacientes según edad. Departamento de salud mental municipal de Holguín. Marzo de 2018 – Enero 2020.**

Edad	Grupo A		Grupo B		Total	
	No	%	No	%	No	%
18 a 27 años	2	3,3	-	-	2	3,3
28 a 37 años	3	5,0	5	8,3	8	13,3
38 a 47 años	7	11,7	8	13,3	15	25,0
48 a 57 años	10	16,7	12	20,1	22	36,7
58 y más años	8	13,3	5	8,3	13	21,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos primarios del autor.

En la tabla No.1 se representa la distribución de los pacientes según edad, observándose que la población fuente quedó constituida por 60 pacientes. Estuvieron representadas las edades desde los 18 años, siendo el grupo de 48 a 57 años de edad el que predominó en el consumo de la ingestión de bebidas alcohólicas con 22 pacientes, para un 36,7 %. Los datos obtenidos en la investigación tienen similitud con los resultados de García Betancourt en su estudio sobre "Prevalencia del alcoholismo y factores asociados en el municipio de Matanzas", donde prevaleció el grupo de 45 a 54 años.<sup>38</sup> La Dra. Pérez en el estudio "Comportamiento del consumo de alcohol y su repercusión" obtuvo la mayor prevalencia en las edades comprendidas entre 46 a 59 años.<sup>39</sup> Otros investigadores como Valdez Pacheco<sup>40</sup> y Chang de la Rosa<sup>41</sup> encontraron la edad mayor de 54 años como la más representativa.

Esta investigación no coincide con Hernández Castro y colaboradores en su estudio sobre "Caracterización del consumo alcohólico en un consultorio del médico de la familia, municipio Martí" en el cual predominó el grupo etáreo de 35 a 44 años.<sup>42</sup> En el estudio de González Reyes y colaboradores se obtuvo mayor prevalencia en el grupo de 34 a 43 años.<sup>43</sup> La investigación no presenta similitud con González Méndez y Murasen predominando el grupo entre 34 y 43 años.<sup>44, 45</sup>

**TABLA No.2. Distribución de pacientes según sexo. Departamento de salud mental municipal de Holguín. Marzo de 2018 – Enero 2020.**

Sexo	Grupo A		Grupo B		Total	
	No	%	No	%	No	%
Femenino	2	3,3	3	5,0	5	8,3
Masculino	28	46,7	27	45,0	55	91,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos primarios del autor.

En la tabla No. 2 se representa la distribución de pacientes según sexo. Predominó la ingestión de bebidas alcohólicas en el sexo masculino con 55 pacientes para un 91,7 % y cinco del sexo femenino para 8,3 %. Estos resultados coinciden con el estudio de NIAA sobre el "Consumo moderado de alcohol"<sup>7</sup>, García Betancourt en su estudio relacionado con la "Prevalencia del alcoholismo y factores asociados" y Hernández Castro VH y colaboradores. En todos los casos el sexo masculino fue el de mayor prevalencia, evidenciándose una gran diferencia entre ambos sexos. Los resultados obtenidos guardan semejanza con otros estudios en los que los autores coinciden al señalar que la mayor incidencia de ingestión de bebidas alcohólicas radica en el género masculino en una relación de 4:1.<sup>45, 46</sup>

El autor considera que la diferencia extrema en cuanto al sexo ,está en relación con tabúes, tales como, que el hombre bebe más que la mujer, manifestando el machismo imperante en este hábito. Aún los registros no representan los casos reales, debido a que las mismas, aunque tengan igualdad de derechos y libertad económica que les permite adquirir las bebidas alcohólicas, son rechazadas en los círculos de bebedores y es considerado de inmoral la embriaguez de una fémina. Por lo antes expuesto no acuden a los centros de atención al alcoholismo; además la falta de apoyo familiar o desconocimiento de los programas de deshabitación alcohólica, conllevan al desarrollo del método oculto de ingestión de bebidas alcohólicas.

**TABLA No. 3. Distribución de pacientes según grado de escolaridad. Departamento de salud mental municipal de Holguín. Marzo de 2018 – Enero 2020.**

Grado escolaridad	Grupo A		Grupo B		Total	
	No	%	No	%	No	%
Universitario	3	5,0	2	3,3	5	8,3
Preuniversitario	14	23,3	13	21,7	27	45,0
Secundaria básica	10	16,7	14	23,3	24	40,0
Primaria	3	5,0	1	1,7	4	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos primarios del autor.

En la tabla No. 3 se representa la distribución de pacientes según grado de escolaridad, donde se evidenció que el alcoholismo fue predominantemente mayor en el grupo de pacientes con grado preuniversitario, con 27 casos para 45,0 %, seguido por el de secundaria básica con 24 pacientes para un 40,0 %.Coincidiendo estos resultados con la investigación de la Dra Pérez.<sup>39</sup> Se contraponen a los hallazgos de Hernández Castro, Dra González Reyes y colaboradores, donde el mayor número de pacientes que ingerían bebidas alcohólicas se encontraban en el nivel de secundaria básica .<sup>42,43</sup>

Según opinión del autor esto responde a que las personas con grado escolar preuniversitario presentan nivel cultural y educacional más elevado. Generalmente se desempeñan en labores complejas con buena remuneración económica, donde el nivel de estrés es elevado, así como las demandas de la vida familiar y social son altas. Estos constituyen factores de riesgos predisponentes para la ingestión de bebidas alcohólicas, con el fin inicialmente de liberar las tensiones, que de no ser controlada la ingesta de licor conlleva a sufrir de alcoholismo.



**TABLA No. 4. Distribución de pacientes según funcionamiento familiar. Departamento de salud mental municipal de Holguín. Marzo de 2018 – Enero 2020.**

Funcionamiento familiar	Grupo A		Grupo B		Total	
	No	%	No	%	No	%
Bueno	14	23,3	7	11,7	21	35,0
Regular	15	25,0	19	31,7	34	56,7
Malo	1	1,7	4	6,7	5	8,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos primarios del autor.

En la tabla No. 4 se representa la distribución de pacientes según funcionamiento familiar, donde se aprecia que la mayoría de pacientes provienen de familias con regular funcionamiento, con 34 casos para un 56,7 %, encontrándose semejanzas con los resultados de la Dra Pérez, Hernández Castro VH, González Reyes, José A. Pérez y colaboradores, donde se destacan las crisis familiares en un 75 % entre los bebedores<sup>39,42,43,47</sup> evidenciándose que en las familias disfuncionales predominan los enfermos de alcoholismo.

Según criterio del autor, el alcoholismo es más frecuente en las familias donde predominan los conflictos familiares, jugando un papel importante en el control de la ingestión de bebidas alcohólicas. Si no existe una armonía en las relaciones interpersonales dentro del núcleo familiar, facilitará que la persona se sienta rechazada y a la vez necesitada de buscar ayuda en los efectos del alcohol, para así no tener que enfrentar los problemas existentes en la dinámica familiar y por otro lado, si ya la persona es alcohólica, se refugia aún más en esta adicción, con el objetivo de olvidar las críticas y reclamaciones que les hacen los familiares.

**TABLA No. 5. Distribución de pacientes según diagnóstico tradicional asiático. Departamento de salud mental municipal de Holguín. Marzo de 2018 – enero 2020.**

<b>Diagnóstico tradicional</b>	<b>Grupo A</b>		<b>Grupo B</b>		<b>Total</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Defic. Yang de bazo	13	21,7	9	15,0	19	31,7
Defic. Yang de corazón	5	8,3	6	10,0	11	18,3
Defic. de Qi	8	13,3	11	18,3	22	36,7
Defic. Yin-Yang de riñón	4	6,7	4	6,7	8	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Defic. = (Deficiencia)

Fuente: Datos primarios del autor.

En la tabla No. 5 donde se representa la distribución de pacientes según diagnóstico tradicional asiático más frecuente, predominó la deficiencia de Qi con 22 pacientes para 36,7 %, seguido de la deficiencia de Yang de bazo con 19 casos para 31,7 %. Se atribuyen estos resultados a que las personas que sufren este síndrome, de manera general se mantienen bajo un estado emocional caracterizado por una preocupación constante, por los trastornos que el alcoholismo trae aparejado, provocando alteraciones en el transporte y la transformación de los alimentos y los líquidos a nivel de bazo y estómago, acentuado por el consumo de esta droga, trayendo como consecuencia la producción de un Qi nutritivo deficiente. Esto provoca afectación del hígado y no es capaz de realizar el Qihua de manera adecuada con la consiguiente alteración de la entrada, salida, ascenso y descenso del Qi, provocando de manera general una deficiencia de Qi, manifestándose por un cuadro asténico con mucha lipotimia, abulia, debilidad corporal, cansancio fácil y respiración debilitada.

**TABLA No. 6. Distribución de pacientes según síntomas y signos. Departamento de salud mental municipal de Holguín. Marzo de 2018 – Enero 2020.**

Síntomas y signos	Grupo A				Grupo B				Total			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Ansiedad	30	50,0	14	23,3	30	50,0	3	5,0	60	100,0	17	28,3
Depresión	30	50,0	14	23,3	30	50,0	4	6,7	60	100,0	18	30,0
Sequedad bucal	20	33,0	12	20,0	13	21,7	3	5,0	33	55,0	15	25,0

Fuente: Datos primarios del autor.  $\chi^2 = 16,2$   $X = 5,991$   $p = 0,5$

En la tabla No. 6 se representa la distribución de pacientes según síntomas y signos. Se reflejó que antes del tratamiento predominaron la ansiedad y la depresión en ambos grupos en la totalidad de pacientes, 60 para 100 % y la sequedad bucal estuvo presente en 33 casos para 55,0 % ,coincidiendo con Hingson R, quien encontró en pacientes alcohólicos en fase de deshabitación estos síntomas con gran frecuencia.<sup>48</sup>

Luego de culminado el tratamiento en el grupo A, hubo una reducción de estos signos y síntomas ; la ansiedad y la depresión descendieron hasta 14 casos para un 23,3 % y la sequedad bucal hasta 12 paciente para 20,0 %.Fue notable un mayor descenso en el grupo B, en el cual la ansiedad presentó una disminución de 30 a tres casos para 5,0 % ,la depresión de 30 pacientes descendió hasta cuatro para 6,7 % y la sequedad de la boca también reflejó un descenso significativo de 13 pacientes hasta tres para 5,0 %. Esto se debe a que el alcohol, a nivel del sistema nervioso central, provoca una estimulación en la persona, por sus efectos de vasodilatación y aumento del flujo sanguíneo cerebral y de manera general en todo el organismo.<sup>49</sup>

Este autor coincide con lo anteriormente referido y considera que desde el punto de vista tradicional el alcoholismo provoca trastornos en todos los órganos Zang Fu, pero donde mayor efecto produce y desde las etapas iniciales es a nivel del Jiao medio ,donde el bazo y el estómago,siendo ambos

la fuente del Qi adquirido, encargados de realizar el proceso de transporte y la transformación de los alimentos y los líquidos, provoca alteraciones caracterizadas por la humedad y flema que estancan el Qi ,así como provoca un desequilibrio del cielo posterior.Al existir deficiencia del Qi, de forma general, se afectan funciones vitales del organismo como la respiración ,circulación de la sangre,metabolismo celular,que dan al traste con las manifestaciones encontradas en estos pacientes.

Al aplicar el test estadístico con un nivel de 0,5 existe relación entre la variable comportamiento clínico y el tratamiento de deshabituación alcohólica al aplicar acupuntura y auriculoterapia, por tanto, no se rechaza la hipótesis.

**TABLA No. 7. Distribución de pacientes según evaluación del resultado del tratamiento. Departamento de salud mental municipal de Holguín. Marzo de 2018 – Enero 2020.**

Evaluación del Resultado	Grupo A		Grupo B		Total	
	No	%	No	%	No	%
Bueno	15	25,0	27	45,0	42	70,0
Regular	15	25,0	3	5,0	18	30,0
Malo	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos primarios del autor.  $\chi^2 = 16,2$   $X = 5,991$   $P = 0,5$

En la tabla No. 7 se representa la distribución de pacientes según evaluación del resultado, de manera general, 42 pacientes tuvieron un resultado bueno para 70 % y 18 casos evaluados de regular para el 30 %.Apreciándose, que en el grupo A tratados con psicofármacos, se obtuvo un resultado compartido entre bueno y regular con 15 pacientes cada uno para un 25 % y en el grupo B, donde aplicamos el tratamiento mixto de psicofármacos más acupuntura y auriculoterapia se alcanzó un buen resultado con 27 pacientes para 45,0 % .Tan solo tres pacientes obtuvieron resultados regulares para 5,0 %. Al aplicar el test estadístico con un nivel de 0,5 existe relación entre la variable comportamiento clínico y el tratamiento de deshabituación alcohólica al aplicar acupuntura y auriculoterapia, por tal motivo no se rechaza la hipótesis,

pudiéndose evidenciar que el tratamiento mixto es más efectivo que el farmacológico de manera individual.

**TABLA No. 8. Distribución de pacientes según reacciones adversas. Departamento de salud mental municipal de Holguín. Marzo de 2018 – Enero 2020.**

Reacción Adversa	Grupo A		Grupo B		Total	
	No	%	No	%	No	%
Somnolencia	13	21,7	2	3,3	15	25,0
Visión borrosa	2	3,3	3	5,0	5	8,3
Fatiga	5	8,3	-	-	5	8,3
Mareos	7	11,7	5	8,3	12	20,1
Vértigos	-	-	1	1,7	1	1,7
Náuseas	3	5,0	1	1,7	4	6,7
Otras	-	-	-	-	-	-

Fuente: Datos primarios del autor.

En la tabla No. 8 se representa la distribución de pacientes según reacciones adversas, se observa un predominio de la somnolencia con 15 casos para 25,0 % seguido de los mareos con 12 para 20,1 %. En el grupo A la somnolencia se presentó en 13 de los pacientes y los mareos en siete, mientras dos pacientes en el grupo B, con una diferencia considerable entre ambos protocolos de tratamiento. No encontramos en las bibliografías consultadas datos que permitieran comparar estos hallazgos.

El autor atribuye estos resultados a que los medicamentos psicotrópicos utilizados en el tratamiento para la deshabitación alcohólica, en su mayoría, tienen reacciones medicamentosas adversas comunes en múltiples pacientes, además de tener presente, que estos, ya presentan signos y síntomas que pueden ser agravados por el uso de estos medicamentos.

## **CONCLUSIONES**

Se encontraron diferencias significativas entre ambos tratamientos, demostrándose que el grupo al cual se le aplicó tratamiento mixto resultó más efectivo que el tratado con el protocolo convencional. El diagnóstico tradicional más frecuente en la muestra investigada fue la deficiencia de Qi.

## **RECOMENDACIONES**

Realizar futuras investigaciones, tipo ensayo clínico, donde se incluyan otras escalas para la parametrización de la evaluación del tratamiento, empleando otros test de referencias, que incluyan nuevos indicadores para evaluar la efectividad de las terapias aplicadas en las investigaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar Camín, Héctor. Más allá de la guerra de las drogas. Gobierno de Jalisco: Informe Jalisco, Guadalajara, Cal y Arena: Secretaría de Planeación; 2014.
2. Amnistía Internacional. El estado de los derechos humanos en el mundo. Informe 2017 Amnistía Internacional. Madrid: Edai; 2017.
3. Bewley Taylor, David. El sistema internacional contemporáneo para el control de drogas: Un recuento de la década de un gass. LSE! Deas. Regulando las guerras contra las drogas: 2017 octubre: SR017
4. Tratamiento natural contra el alcoholismo. 2010 abril. Available from: <https://www.vix.com/es/imj/salud/2010/04/27/tratamiento-natural-contra-el-alcoholismo>
5. Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Institute of Alcohol Studies: Reino Unido; 2016.
6. Treatment Recommendations for patients with substance use disorders. Am J.Psychiatry 2016; 163, 8: August Supplement.
7. NIAAA. State of the science report on the effects of moderate drinking. 2014. Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/ModerateDrinking-03.htm>
8. Farreras, Rozman. Medicina Interna. 14 ed. USA: Harcourt S.A; 2000.
9. Morasén I, Martínez A, Aguilar J M. Pesquisaje del Alcoholismo en un Área de Salud. Rev. Cubana medgenintegr; 2014; 17 (1).
10. Natera-Rey G, Borges G, Medina-Mora ME. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. SaludpúbMex; 2016; 3 (1).
11. Goldman L, Bennett J C. Cecil Textbook of Medicine. 21th Edit.USA: W B Saunders Company; 2009.
12. Bau C, Henrique D. Estado actual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. Cienc saúde coletiva 2014; 7 (1): 90



13. Medina Mora ME. Women and alcohol in developing countries. *Salud* 2016; 24 (2): 3-10
14. García Gutiérrez E, Lima Mompó G, Aldana Vilas L, Casanova Carrillo P, Feliciano Álvarez V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Rev. Cubana Med Milit* [Internet]. 2014 [citado 14 Nov. 2016]; 33 (3). Available from: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572016000300007](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572016000300007)
15. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2018.
16. Oficina Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Holguín 2017. Edición 2018. Cuba: ONEI; 2018.
17. Natera Rey G, Borges G, Medina Mora ME. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud púbmex* 2018; 3;(1).
18. Moras en Disotuar I, Martínez Jiménez A, Aguilar Medina J M. Pesquisaje del alcoholismo en un área de salud. *Rev. cubana medgenintegr* 2017; 17 (1): 62-67
19. Liu IC, Blacker DL, XVR. Genetic and environmental contributions to the development of alcohol dependence in male twins. *Arch gen psychiatry*; 2018.
20. Hesselbrock V, Dick D, Hesselbrock M. The search for genetic risk factors associated with suicidal behaviour. *Alcohol* 2017; 39 (5): 705-65.
21. Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Institute of Alcohol Studies: Reino Unido; 2016.
22. Lua, P.L., Talib, N.S. The effectiveness of auricular acupuncture for drug addiction: a review of research evidence from clinical trials. *ASEAN J psychiatry*; 2015; 13, 55-68
23. Gutiérrez Miras, G. Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos. Capítulo 5: Trastornos mentales y de comportamiento. Ministerio de Sanidad: Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

24. Díaz Mastellaris, Marcos. Medicina Tradicional China. Filosofía, Teorías, Fisiología, Etiopatogenia, sindromología, principios y esquemas de tratamiento. México; 2003 (Parte 1).
25. Alvarez Díaz Tomás Armando, Tosar Pérez María Asunción, Echemendía Sáliz Carlos. Medicina Tradicional China. Acupuntura, moxibustión y medicina herbolaria. 2<sup>da</sup> ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2017.
26. Piedra Herrera B. Alcoholismo y sociedad. Revméd electrón [en línea] 2006 [fecha de acceso 4 de abril de 2019]; 28 (5).URL disponible en:  
<http://www.cpimtz.sld.cu/revistamedica/año2006/tema12.htm>
27. Cf. "[Alcoholismo](#)", em MedlinePlus. Texto publicado por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (MedlinePlus) y los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos; 2017.
28. Andréu Ballester JC, et al. Asociación de tuberculosis y alcohol en pacientes en una unidad de infecciosos. Adicciones; 2016; 14 (supl.1): 9-12.
29. Prodynorphin CpG-SNPs associated with alcohol dependence: elevated methylation in the brain of human alcoholics: NIHPA Author Manuscripts; 2016 July; 16 (3) 499.
30. Guardia Serecigni Josep, Jiménez-Arriero Miguel Angel, Pascual Paco, Flórez Gerardo, Contel Montserrat. Guia de alcoholismo. 2<sup>a</sup> ed: SOCIDROGALCOHOL; 2017.
31. Maciocia Cac, Geovanni. Los fundamentos de la Medicina China. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: Elseiver Limetd; 2015.
32. Ross, Jeremy. Acupuncture point combination: the key to clinical success. Edinburgh (UK): Churchill Livingstone; 2003.
33. Pargas Torres, Feridias. Enfermería en La Medicina Tradicional y Natural. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
34. Acosta Martínez Bernardo, Mir Peña Niurka, González González Arminda. Auriculoterapia. 3<sup>a</sup> ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
35. González F, M. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.

36. Broche, J.M. Microsistema Auricular: Reino Unido; 2014
37. Focks, Claudia. Atlas de Acupuntura.<sup>2a</sup> ed. España: ElsevierMasson; 2009.
38. García Betancourt Nelson, Isabel Primera, Navia y Vera. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Versalles. Matanzas: Ciencias Médicas; 2014.
39. Pérez Iglesias, Nisleidy. Comportamiento del consumo de alcohol y su repercusión. Consultorio 14, Velasco, Septiembre 2013-mayo 2014. [Tesis de Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello; 2014.
40. Valdez Pacheco E, Castillo G R, Beltrán Q J. Prevalencia del Alcoholismos en el Consultorio Médico de la Familia. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. 2018; 10 (4): 344-350.
41. Chang de la Rosa.M; Sandoval Ferrer J; Bonet Gorbea M; González Menéndez R. Características del consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana. Revista del hospital Psiquiátrico de la Habana. 2016; 30 (3): 257-263.
42. Hernández Castro VH, Hernández Reyes V E, Rodríguez Soto D. Caracterización del consumo alcohólico en un Consultorio del Médico de Familia. Municipio Martí. Rev.méd electrón [Seriada en línea] 2016; 28 (5).
43. González Reyes, Anaisis. Caracterización Clínico Epidemiológica del Alcoholismo. Sector Punto Fijo 2. Municipio Cabimas, Zulia. [Tesis de Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral]. Venezuela: ASIC Jorge Hernández de Zulia; 2016.
44. González Menéndez, R. Los cuestionarios breves en la identificación de alcohólicos y bebedores sociales. Estudio comparativo según fuentes directas y familiares. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2017; 33 (2): 97-108.
45. Muracen Disutuar J, Martínez Jiménez A, Aguilar Medina J M, González Rodríguez R M. Pesquisaje de Alcoholismo en un Área de Salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. 2017; 17 (1): 62-67.
46. Veliz Viguerra, Julio César. Alcoholismo: Comportamiento epidemiológico de alguna variables en el área de salud de Guatemala en el período diciembre

- 2004- diciembre 2007. [Tesis de Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral]. Guatemala; 2017.
47. Pérez Méndez, José A. Alcoholismo: Funcionamiento Familiar. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, Holguín. [Tesis de Especialista en Primer Grado de Psiquiatría General]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello; 2015.
  48. Hingson R, Winter M. Epidemiology and consequence of drinking and driving. Alcohol res health 2013; 27 (1): 63-78.
  49. Gárciga Ortega, Octavio. Adicciones y violencia. Prevención y tratamiento. La Habana: Ciencias Médicas; 2017.
  50. Betancourt Pulsán, Anselma. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantanameros. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias de la Salud]. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2016.
  51. García Oliva, Cecilia María. Abordaje terapéutico del alcoholismo. [Tesis de Diploma]. Madrid: Facultad de Farmacia Universidad Complutense; 2015.
  52. Namaste School. Técnico en Auriculoterapia. Madrid: Fundación Europea en Medicina Nacional Tradicional China; 2018.
  53. Báez Pérez, Olga Lidia. Concepción Pedagógica del proceso formativo en Medicina Tradicional y Natural en la carrera de Medicina. Estrategia para su implementación en la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Tesis en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Pinar del Río: Universidad de Pinar del Río “Hermanos Saíz Montes de Oca”; 2016.
  54. Méndez Núñez, Vanessa. Efecto coadyuvante de la auriculoterapia en la modificación del craving de pacientes adictos a la cocaína. [Tesis de Especialista en Acupuntura Humana]. México: Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía; 2017.
  55. Mármol Sónora, León. Intervención educativa para disminuir riesgos y problemas relacionados con el alcohol en población femenina de Ciego de Ávila. [Tesis en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “José Assef Yara”; 2014.

56. Martínez Ortiz, Luis Alberto. Estrategia Educativa para el desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional en la atención secundaria de salud. [Tesis en opción al Grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. La Habana: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”; 2016.
57. Fregoso Narváez, Vicente. Estudio del efecto de la Acupuntura Corporal vs Auriculoterapia en el Tratamiento del Tabaquismo. [Tesis en Opción a la Especialidad en Acupuntura Humana]. México: Instituto Politécnico Nacional de Medicina y Heomopatía; 2017.
58. Abreu Correa, Juana María. Formación docente del estomatólogo en Medicina Natural Tradicional desde la interdisciplinariedad. [Tesis en opción al Grado de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Pedagógicas Frank País García; 2014.
59. R. Raben. Acupuntura según el protocolo NADA: una panorámica del tratamiento de las conductas adictivas. Alemania: Revista Internacional de Acupuntura. Vol.1 Núm.2 Octubre/Diciembre 2017.
60. Instituto Nacional sobre el abuso del alcohol y el alcoholismo. Tratamiento del alcoholismo: Cómo buscar y obtener ayuda. Estados Unidos: NIH No. 15–7974-S; 2014.
61. López Suescún Hernán, Cote Menéndez Miguel, Rojas Ramírez Héctor. Acupuntura un tratamiento viable para las adicciones en Colombia. Colombia: Rev. Fac. Med. 2013 Vol. 61 No. 3: 301-310; 2015.
62. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS NO 2007/5-1.
63. Flaws Bob, Sionneau Phillippe. The Treatment of Modern Western Diseases Whith Chinese Medicine: A textbook & Clinical Manual. Boulder (USA): Blue Poppy Press; 2002.
64. Junying Geng, Zhihong Su. Acupunture and moxibustion. Beijing: New World Press; 1998.

65. Alcoholismo: Diccionario de la Lengua Española [Artículo en línea]. <http://www.realacademia.com/058-65-2007/diccionariolenguaespañola>, [Consulta: 29 septiembre de 2018].
66. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra: OMS; 2015.
67. Alcohol y otros detalles. [Artículo en línea]. <http://www.cedro.orq.pe/lugar/articulos/alcoholismo.htm>. [consulta: 10 agosto del 2018].
68. Psicología del alcohólico. [Artículo en línea]. <http://www.psicología-online.com/autoayuda/alcoholismo/comprender.htm>. [consulta: 10 de noviembre del 2019].
69. Assanangkornchai S, Srisurapanont M. The treatment of alcohol dependence. *Curr Opin Psychiatry*. 2017; 20:222-227.
70. Consumo de drogas: el alcohol. [artículo en línea]. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000944.htm>. [consulta 6 de junio 2019].
71. Rolando Torres J, Iglesias Duquesne M, Torres Mármol C. Consumo de alcohol y riesgo de alcoholismo. *Rev Cubana Med Milit* 2016; 29 (2):103-8

## ANEXO 1

Estándares para la documentación de intervenciones en ensayos controlados de acupuntura (STRICTA) (Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture)

Concepto de acupuntura: El concepto de acupuntura debe comprender los siguientes puntos: una descripción del tipo de acupuntura y de su orientación (por ejemplo: acupuntura tradicional china o acupuntura de enfoque occidental), así como una descripción exacta del tratamiento escogido, que incluya el diagnóstico, la selección de los puntos y los procedimientos de tratamiento seguidos. Cuando el protocolo prevea una individualización del tratamiento, deberán documentarse las bases sobre las que se sustenta. Deberán citarse las fuentes que definen la intervención activa (verum), por ejemplo, si se apoya en datos recogidos en la literatura científica, en opiniones de expertos, en resultados de otras investigaciones, en valoraciones basadas en la experiencia o en una combinación de todos.

Técnica de inserción: Deben reseñarse las localizaciones específicas de los puntos, indicando si son unilaterales o bilaterales, utilizando para ello una nomenclatura estándar o su correspondiente localización anatómica. Debe indicarse también el número de punturas realizadas, expresado como suma (cuando se utilice una combinación fija de puntos), o como valor medio y rango (cuando el número de agujas varíe de un paciente a otro). Las profundidades de inserción, ya sean estándar o individualizadas, deben reflejarse en cun, o indicando la capa de tejido alcanzada (por ejemplo: tejido subcutáneo, músculo, fascia o periostio), o indicando los milímetros de inserción de la aguja. Cuando el protocolo del estudio requiera alcanzar un estímulo específico con la aguja, se debe especificar. Por ejemplo, el De Qi; en la acupuntura de los puntos gatillo, la respuesta de espasmo local (local twitch response), y en la acupuntura por electroestimulación, las contracciones musculares. En la electroestimulación se debe hacer constar la corriente, la amplitud y la frecuencia de esta. También debe indicarse el tiempo de permanencia de las agujas (como valor estándar, o como valor medio y rango) y el tipo de aguja empleada (longitud, espesor, fabricante y/o material).

Modalidades de tratamiento: El número de sesiones y los intervalos entre las mismas deben reseñarse con claridad. Si estos parámetros varían de un paciente a otro, entonces es preciso indicar el valor medio y el rango.

Intervenciones simultáneas: Se refieren a las técnicas o terapias auxiliares (como la moxibustión, la aplicación de ventosas, el uso del martillo de 7 puntas o la fitoterapia china), a los autotratamientos que realiza el propio paciente (como el Qigong o los ejercicios de estiramiento muscular) y al asesoramiento sobre cambios de conducta del paciente (por ejemplo, pautas dietéticas basadas en los criterios diagnósticos). Todas estas intervenciones deben reseñarse.

Cualificación de los terapeutas: La preparación teórica y práctica de las personas que aplican la acupuntura influye sobre el tratamiento de acupuntura y, por lo tanto, es una variable que puede condicionar los resultados. En consecuencia, la presentación del estudio debe incluir los datos sobre la duración del período de formación de los terapeutas, los años de experiencia práctica que poseen y los detalles sobre su experiencia con respecto al problema específico a tratar. Además, se hará constar cualquier otra cualificación del terapeuta que pueda ser relevante para el estudio.

Intervenciones de control: La selección de la intervención de control y el efecto que se persigue deben indicarse y justificarse con respecto a la cuestión investigada y a la metodología del estudio. Las fuentes, por ejemplo, las bibliográficas, también deben reflejarse. Especialmente cuando los controles deban imitar a la acupuntura en todos sus aspectos (a excepción de su efecto específico de acupuntura) será preciso detallar con precisión para qué debe servir la acupuntura simulada (sham) como control; esto es, por ejemplo, para estudiar la especificidad de los puntos o el tipo y la duración de la estimulación. Los procedimientos de control pueden ser tratamientos equiparables en cuanto a actividad, por ejemplo, una fisioterapia con fines terapéuticos, o técnicas como la acupuntura simulada, ya sea invasiva o no invasiva, las cuales pueden resultar mínimamente activas, al ser capaces de evocar una reacción neurofisiológica o neuroquímica. Otros procedimientos de control pueden considerarse inertes, por ejemplo, un dispositivo TENS inactivado, aunque



posiblemente no desencadene el mismo efecto psicológico que la acupuntura, afectando así a la calidad de los resultados. La información que los pacientes reciben en cuanto al tratamiento y a la intervención de control debe hacerse constar también, incluso la formulación textual de la comunicación con el paciente. La designación de la acupuntura simulada como «otro tipo de acupuntura» influye de manera distinta sobre los resultados que, por ejemplo, la paráfrasis «no es acupuntura, sino una experiencia parecida a la acupuntura». La credibilidad del procedimiento de control, que a menudo depende de si se seleccionan pacientes que no han sido tratados anteriormente con acupuntura, debe comprobarse y documentarse. Por último, debe ofrecerse una descripción detallada de la propia intervención de control, incluidas las técnicas de puntura y el método seguido, siempre que se diferencie de la del grupo de tratamiento.

Discusión: Las recomendaciones representan un consenso internacional muy importante, capaz de mejorar de forma sostenida la calidad de los ensayos sobre acupuntura, y no sólo en cuanto a su presentación, sino en lo concerniente al diseño del estudio, ya que la lista de comprobación formula cuestiones cuya aclaración tras la conclusión del estudio llegaría en parte demasiado tarde (por ejemplo, la selección de una intervención de control adecuada).

## Anexo 2

### IDARE

#### INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique como se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

EXPRESIONES	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y	1	2	3	4

aturdido				
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

**IDARE**

**INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **como se siente generalmente**.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa como se siente generalmente.

<b>EXPRESIONES</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>ECUENTE- MENTE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se se amontonan al punto de no	1	2	3	4

poder soportarlas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los Desengaños, que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

### Anexo 3

## HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL

I) Motivo de ingreso o de consulta:

---

II) Historia de la enfermedad actual:

---

---

---

III) APP:

---

IV) APF:

---

V) Datos positivos al examen físico en medicina occidental:

---

---

VI) Inspección:

#### 1.- Observación de la expresión

\_\_\_ Animoso

\_\_\_ Deprimido

\_\_\_ Gestos normales

\_\_\_ Indiferente

\_\_\_ Ojos vivos

\_\_\_ Ojos apagados

\_\_\_ Reacción ágil

\_\_\_ Reacción tardía

\_\_\_ Cooperador

\_\_\_ No coopera

\_\_\_ Ligera y superficial    \_\_\_ Grave y profunda

### 2.1- Observación del color de la piel

\_\_\_ Cara roja lustrosa

\_\_\_ Cara pálida sin lustre

\_\_\_ Cara amarilla brillante

\_\_\_ Cara púrpura azul

\_\_\_ Normal

### 2.2 Observación de las excreciones:

Excreciones	Clara y blanca	Turbia y amarilla
Mucosa	_____	_____
Heces fecales	_____	_____
Espujo	_____	_____
Orina	_____	_____
Leucorrea	_____	_____

### 3. Observación de la apariencia:

Movimiento al:	Normal	anormal
Caminar	_____	_____
Sentarse	_____	_____
Acostarse	_____	_____
Levantarse	_____	_____
Tenderse	_____	_____

Obeso: \_\_\_ Delgado: \_\_\_ Normal: \_\_\_

Parálisis de los miembros: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Convulsiones                      Sí \_\_\_ No \_\_\_

Desviación de los ojos        Sí \_\_\_ No \_\_\_

Desviación de la boca        Sí \_\_\_ No \_\_\_

Contracciones nerviosas    Sí \_\_\_ No \_\_\_

Contracciones musculares   Sí \_\_\_ No \_\_\_

#### **4- Observación de la lengua:**

Características de la lengua propiamente dicha:

\_\_\_ Pálida

\_\_\_ Roja

\_\_\_ Roja oscura

\_\_\_ Purpúrea

\_\_\_ Obesa (glositis): \_ Pálida

    \_ Roja

\_\_\_ Agrietada (geográfica)

\_\_\_ Espinosa

\_\_\_ Rígida

\_\_\_ Temblorosa

\_\_\_ Desviada

#### **Características de la saburra:**

\_\_\_ Normal

\_\_\_ Blanca, delgada

\_\_\_ Espesa

\_\_\_ Pegajosa

\_\_\_ Seca

\_\_\_ Pelada

\_\_\_ Amarilla

\_\_\_ Gruesa

\_\_\_ Delgada

\_\_\_ Pegajosa

\_\_\_ Seca

\_\_\_ Negro, gris

\_\_\_ Húmeda

\_\_\_ Seca

## **VII) Auscultación y Olfación:**

### 1.- Auscultación del habla:

\_\_\_ Voz baja y débil

\_\_\_ Voz alta

\_\_\_ Lenguaje delirante

\_\_\_ Soliloquio

\_\_\_ Prolijidad

\_\_\_ Dislalia

### 2.- Respiración:

\_\_\_ Débil con transpiración y disnea

\_\_\_ Ruidosa con disnea y flema

### 3.- Tos: \_\_\_ Ronca o perruna

\_\_\_ Con voz clara y fuerte



\_\_\_ Con voz baja y débil

#### 4.- Olfación:

\_\_\_ Espujo espeso con olor nauseabundo

\_\_\_ Espujo diluido, claro e inodoro

\_\_\_ Orina amarilla oscura y escasa con olor nauseabundo

\_\_\_ Orina clara, profusa e inodora

\_\_\_ Aliento fétido (halitosis)

### **VIII) Interrogatorio:**

#### 1.- Sobre el frío y el calor:

\_\_\_ Fiebre

\_\_\_ Escalofrío

\_\_\_ Fiebre y escalofrío

\_\_\_ Aversión al frío

\_\_\_ Aversión al calor (siente excesivo calor)

\_\_\_ Fiebre vespertina

\_\_\_ Sensación de fiebre o dolor de adentro hacia afuera

\_\_\_ Fiebre y escalofrío alternante

\_\_\_ Sensación de calor en región palmar y plantar

\_\_\_ Extremidades frías

\_\_\_ Fiebre intermitente (agujas)

#### 2.- Sobre la sudación:

\_\_\_ Normal

\_\_\_ Excesiva y espontánea

\_\_\_ Ausente

\_\_\_ Frecuente y exacerbada por ligeros esfuerzos

\_\_\_ Nocturna

\_\_\_ Fría y profusa

\_\_\_ Frontal

\_\_\_ Viscosa

### 3.- Sobre alimentos, bebida, apetito, gusto y sed

\_\_\_ Sed y deseo de tomar líquidos.

\_\_\_ Ausencia de sed o tener sed sin deseo de tomar líquidos

\_\_\_ Gusta de alimentos calientes

\_\_\_ Gusta de alimentos fríos

\_\_\_ Anorexia sin paladar

\_\_\_ Sensación de llenura o plenitud

\_\_\_ Eructo fétido

\_\_\_ Regurgitación ácida

\_\_\_ Repugnancia a los alimentos

\_\_\_ Sensación dulce y pegajosa en la boca

\_\_\_ Boca amarga

\_\_\_ Prefiere sabores específicos (\_\_\_ Dulce, \_\_\_ Picante,  
\_\_\_ Salado, \_\_\_ Amargo, \_\_\_ Ácido)

\_\_\_ Prefiere o se alimenta con alimentos crudos

\_\_\_ Alimentación inadecuada

\_\_\_ Alimentación inapropiada

\_\_\_ Alimentación con abundantes grasas

\_\_\_ Ingiere bebidas alcohólicas

#### 4.- Defecación y micción

##### A) Orina

\_\_\_ Amarilla, oscura

\_\_\_ Clara y profusa (poliuria)

\_\_\_ Poliuria amarilla intensa

\_\_\_ Frecuente y clara

\_\_\_ Piuria

\_\_\_ Quiluria

\_\_\_ Enuresis

\_\_\_ Nicturia

\_\_\_ Retención urinaria

\_\_\_ Hematuria

\_\_\_ Disuria

\_\_\_ Polaquiuria con ardor

\_\_\_ Polaquiuria con incontinencia vesical y orinas claras

##### B) Heces fecales y defecación:

\_\_\_ Constipación habitual

\_\_\_ Constipación

\_\_\_ Heces con sangre

\_\_\_ Heces blancas con alimentos sin digerir

\_\_\_ Deposiciones de color oscuro (melena)

\_\_\_ Diarreas de madrugada

\_\_\_ Diarreas líquidas, claras y fétidas

\_\_\_ Diarreas con alimentos sin digerir

- Diarreas que alternan con constipación
- Diarreas con ardor anal (eritema perianal)
- Heces pastosas y blandas
- Defecación abundante y brillante
- Defecación o diarreas por factores emocionales
- Diarreas o heces con parásitos

5.- Sobre el dolor:

- Se agrava con la presión
- Se alivia con la presión
- No se modifica con la presión
- Cede con el frío
- Cede con el calor
- Se agrava con el frío
- Se agrava con el calor
- Dolor que no se modifica con la temperatura
- Dolor migratorio
- Dolor fijo
- Dolor con pesadez
- Cefalea por enfermedad reciente
- Cefalea persistente y recurrente en enfermedad crónica
- Cefalea frontal
- Cefalea parietotemporal
- Cefalea occipital y mecalgia
- Cefalea en vértex
- Cefalea universal
- Cefalea hemicraneal

- \_\_\_ Sensación de compresión en cráneo
- \_\_\_ Sensación de hinchazón de la cabeza
- \_\_\_ Cefalea con sensación de cabeza vacía y visión borrosa
- \_\_\_ Dolor por encima del diafragma
- \_\_\_ Epigastralgia
- \_\_\_ Sacrolumbalgia o dolor periumbilical
- \_\_\_ Dolor por debajo del ombligo
- \_\_\_ Dolor inguinal
- \_\_\_ Dolor en hipocondrio
- \_\_\_ Dolores articulares
- \_\_\_ Odontalgia

6. Sobre el sueño:

- \_\_\_ Dificultad para conciliar el sueño
- \_\_\_ Duerme, pero se despierta cansado
- \_\_\_ Sueño superficial
- \_\_\_ Insomnio con pesadillas
- \_\_\_ Pesadillas
- \_\_\_ Insomnio con mareos y palpitaciones
- \_\_\_ Terror nocturno
- \_\_\_ Insomnio con eructos fétidos y epigastralgia.
- \_\_\_ Somnolencia y vértigo
- \_\_\_ Somnolencia con lasitud general
- \_\_\_ Estupor letárgico con calor
- \_\_\_ Estupor letárgico sin calor con esputo abundante

7.- Sobre menstruación y leucorrea

A) Menstruación:

- Normal
- Ciclo corto
- Ciclo largo
- Ciclo irregular
- Color rojo oscuro
- Color rojo claro
- Coágulos
- Escasa
- Abundante
- Dolor premenstrual y distensión con coágulos
- Dolor postmenstrual que cede la presión
- Amenorrea
- Pesantez en bajo vientre
- Sangrado vaginal postmenopausia

#### B) Leucorrea

- Acuosa, blanca sin fetidez
- Pegajosa, amarilla, fétida
- Amarilla - blanca, con pus o sangre
- Amarilla oscura y fétida
- Blanca - amarilla con grumo
- Prurito vaginal, bulbar

#### 8.- Sobre el estado mental

- Paciente que tiende a la actividad
- Paciente que tiende a la inactividad y el reposo
- Alegre y muy activo
- Preocupado y piensa mucho

- Retraído, ensimismado y triste
- Tiende al temor y a la ansiedad
- Tiende a la ira y encolerizarse
- Inseguro, indeciso, vacilante
- Ideas obsesivas y fóbicas
- Depresión, melancolía
- Hiperquinesia
- Hipomanía, manía
- Hipoquinesia, adinamia
- Astenia
- Agresividad, explosividad
- Depresión agitada
- Ideas delirantes
- Excitación psicomotriz, crisis de agitación, estados disociativos o conversivos
- Estupor, retraimiento, autismo
- Abulia y apatía

### **IX) Palpación:**

#### 1.- Pulsos:

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Cuerda      |
| <input type="checkbox"/> Profundo    | <input type="checkbox"/> Resbaladizo |
| <input type="checkbox"/> Fuerte      | <input type="checkbox"/> Filiforme   |
| <input type="checkbox"/> Débil       | <input type="checkbox"/> Corto       |
| <input type="checkbox"/> Fuerte      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Rápido      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Lento       |                                      |

\_\_\_ Intermitente

\_\_\_ Áspero

2.- Puntos SHU de espalda, dolorosos:

---

3.- Puntos MO delante, dolorosos:

---

4.- Regiones dolorosas:

---

5.- Otros aspectos de interés:

\_\_\_ Sordera

\_\_\_ Tinnitus    \_\_\_ Fuerte    \_\_\_ Débil

**X) Diferenciación de síndromes:**

**1.- Ocho principios:**

1.1 (a) Superficial

---

1.1 (b) Profundo

---

1.2 (a) Frío

---

1.2 (b) Calor

---

1.3 (a) Exceso

---

1.3 (b) Deficiencia

---

1.4 (a) Yin

---

1.4 (b) Yang

---

Observaciones:

---



Conclusiones:

---

**2.- Diferenciación de los meridianos:**

Meridiano(s) afectado (s)

---

3.- Diferenciación por movimiento:

---

4.- Diferenciación etiológica:

---

**5.- Diferenciación por ZANG FU:**

Movimiento principalmente afectado:

---

Movimientos patológicos presentes:

---

**XI) Tratamiento:**

1.- Principio del tratamiento:

---

2.- Conducta a seguir:

---

3.- Pronóstico:

## Anexo 4

### FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

H.C No. \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

3. Grado de escolaridad:

- Universitario \_\_\_\_\_
- Preuniversitario \_\_\_\_\_
- Secundaria básica \_\_\_\_\_
- Primaria \_\_\_\_\_

4. Funcionamiento familiar:

- Bueno \_\_\_\_\_
- Regular \_\_\_\_\_
- Malo \_\_\_\_\_

5. Síntomas y signos:

	Antes	Después
• Ansiedad _____ Test IDARE	_____	_____
• Depresión _____ Test IDARE	_____	_____
• Sequedad bucal	_____	_____

6. Reacciones adversas reportadas en la HC: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

- Reacciones adversas al tratamiento acupuntural:
  - Reacciones vagas \_\_\_\_\_
  - Sensación residual desagradable \_\_\_\_\_
  - Infecciones \_\_\_\_\_
  - Somnolencia \_\_\_\_\_
  - Visión borrosa \_\_\_\_\_
  - Fatiga \_\_\_\_\_
  - Mareos \_\_\_\_\_
  - Vértigos \_\_\_\_\_

– Náuseas \_\_\_\_\_

– Vómitos \_\_\_\_\_

• Reacciones adversas al tratamiento farmacológico:

– Reacciones vagales \_\_\_\_\_

– Somnolencia \_\_\_\_\_

– Visión borrosa \_\_\_\_\_

– Fatiga \_\_\_\_\_

– Mareos \_\_\_\_\_

– Vértigos \_\_\_\_\_

– Náuseas \_\_\_\_\_

– Vómitos \_\_\_\_\_

– Diarreas \_\_\_\_\_

7. Respuesta al tratamiento:

• Bueno \_\_\_\_\_

• Regular \_\_\_\_\_

• Malo \_\_\_\_\_

8. Diagnóstico tradicional más frecuente:

• Deficiencia de Yang de Bazo \_\_\_\_\_

• Deficiencia de Yang de Corazón \_\_\_\_\_

• Deficiencia de Qi \_\_\_\_\_

• Deficiencia de Yin y Yang de Riñón \_\_\_\_\_

## Anexo 5

### Departamento de salud mental-comunidad terapéutica de adictos del municipio Holguín.

**Consentimiento Informado de participación en la Investigación:** Efectividad de la acupuntura y la auriculoterapia en la deshabitación alcohólica. Departamento de Salud Mental Municipal de Holguín. Comunidad Terapéutica de Adictos. Marzo de 2018 -Enero 2020.

Yo, \_\_\_\_\_, participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo presentar mi caso. Estoy dispuesto(a) a aportar los datos requeridos en la entrevista clínica, así como autorizo a que se me realice el examen físico necesario y los exámenes de investigación pertinentes, sobre los cuales se me ha informado convenientemente en qué consisten. Permito el uso de la información contenida en mi Historia clínica por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial. Conozco que para obtener todos los elementos de mi caso es necesaria la realización de un interrogatorio, un examen físico completo, así como la realización de tratamiento acupuntural y auriculoterapia que no implican daño para mi salud. Estos resultados tienen fines diagnósticos y curativos, por lo cual se me darán a conocer personalmente y se pondrán en manos del médico encargado de mi seguimiento en consulta. Estoy conforme con todo lo expuesto, y para que así conste, firmo a continuación expresando mi consentimiento.

\_\_\_\_\_

Firma