

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



**EFICACIA DE LA TERAPIA REIKI EN LA MEJORA
DEL DOLOR, LA FATIGA, LA CALIDAD DE VIDA Y
EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LAS
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN MUJERES
CON FIBROMIALGIA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

M^a Lourdes Casillas Santana

Bajo la dirección del doctor

Enrique Pacheco del Cerro

MADRID, 2013



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Escuela Universitaria de Enfermería,
Fisioterapia y Podología

EFICACIA DE LA TERAPIA REIKI EN LA MEJORA DEL
DOLOR, LA FATIGA, LA CALIDAD DE VIDA Y EL IMPACTO
DE LA ENFERMEDAD SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA
VIDA DIARIA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA

Doctoranda: M^a Lourdes Casillas Santana

Director: Dr. Enrique Pacheco del Cerro

Madrid, 2012

A Evelio y Sergio

AGRADECIMIENTOS:

Al Profesor Enrique Pacheco por su orientación y dirección en el desarrollo de esta tesis doctoral.

A Pilar Palazuelos, Ana Asenjo, Irene de Blas, Patricia de la Torre, Isabel Díaz y Jesús Sanz que han formado parte de este trabajo como equipo investigador por su ánimo constante y su fe inquebrantable en el proyecto. Sin vuestra valiosa ayuda éste hubiese sido inviable; gracias.

A AFIBROM que me abrió sus puertas cuando les hablé del proyecto; especialmente a la persona que en ese momento era su Presidenta, Felisa Recarte y a la auxiliar administrativa, Maribel que ha colaborado de forma entusiasta realizando los contactos, y en todo lo que le ha sido posible.

A Isabel Millán por su infinita paciencia y su inestimable colaboración en el estudio estadístico y la interpretación de los datos.

A Margarita Alonso por su ayuda a la hora de elaborar las bases de datos.

A Montserrat Solís, por su ánimo incondicional y su incansable búsqueda de posibles fuentes de financiación para este proyecto.

A Pilar Arroyo por creer en mí desde hace muchos años y su apoyo constante en los momentos bajos.

A todas mis compañeras de la antigua EUE Puerta de Hierro por los ánimos y su contribución a este proyecto.

A Evelio por su cariño incondicional y por ayudarme a mantener la cordura.

A Sergio por estar aquí tras los malos momentos pasados, gracias hijo.

A mis antiguos compañeros de la UCI del Hospital General de Móstoles con los que compartí infinitas horas de trabajo, compañerismo, solidaridad y amistad. Gracias a ese gran equipo humano del que he aprendido muchas cosas entre ellas el amor por la docencia y la investigación.

A mis padres, familia y amigos.

Madrid Julio 2012

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
FIBROMIALGIA	17
1. Historia.....	17
2. Concepto y diagnóstico.....	18
3. Impacto sociodemográfico y económico	24
4. Etiología.....	27
5. Tratamiento	29
5.1. Medidas Educativas.....	29
5.2. Tratamiento Farmacológico	30
5.2.1. Control del dolor	31
5.2.2. Control de otros síntomas.....	33
5.3. Tratamiento Físico	35
5.4. Tratamiento Psicológico.....	36
5.5. Tratamiento No Farmacológico	38
USO DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS	39
TERAPIAS DE TOQUE	43
REIKI.....	47
1. Historia del Reiki	47
2. Tratamiento Reiki Tradicional	53
3. Los grados Reiki	55
4. Mecanismo de acción de Reiki	57
5. Reiki en la práctica clínica	62
JUSTIFICACIÓN	69
OBJETIVOS	75
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	75
Muestra y métodos.....	75

Método estadístico	81
Limitaciones y fortalezas metodológicas del estudio	81
Aspectos éticos.....	82
RESULTADOS	85
Datos sociodemográficos	85
Tratamiento farmacológico	86
Terapias no farmacológicas	89
Patologías asociadas.....	90
Tasa de abandono.....	92
Resultados de dolor y fatiga.....	92
Resultados Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia	95
Resultados de Calidad de vida	97
DISCUSIÓN	107
CONCLUSIONES	117
ANEXOS	120
BIBLIOGRAFÍA	151

INTRODUCCIÓN:

EFICACIA DE LA TERAPIA REIKI EN LA MEJORA DEL DOLOR, LA FATIGA, LA CALIDAD DE VIDA Y EL IMPACTO SOBRE LAS AVD EN MUJERES CON FIBROMIALGIA

INTRODUCCIÓN

Hasta hace relativamente poco tiempo, el concepto de salud y enfermedad era definido desde un punto de vista biologicista sin tener en cuenta otros factores que pudieran estar influyendo en ellos tales como los aspectos psicológicos y /o sociales. No es hasta los años 70 del siglo pasado cuando desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Declaración de Alma Ata (1), se introducen los factores psíquico y social en la definición de salud y se toman en cuenta otros factores que pueden tener una gran importancia en el desarrollo de algunas enfermedades, especialmente las crónicas.

Dentro de estas dolencias se encuentra el dolor crónico, una entidad que ha acompañado a la humanidad desde sus orígenes. Partiendo de la premisa de que el dolor es una experiencia única e individual en la que intervienen distintos factores tanto biológicos como sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales, en 1986 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) hace una definición integrando todos estos aspectos y además hace una distinción entre el dolor agudo y el crónico. Los episodios de dolor agudo, por lo general, son identificables y su duración es limitada, mientras que el dolor crónico aparece cuando el dolor se hace persistente y su duración sobrepasa los tres meses. En la actualidad, en los países industrializados la presencia del dolor crónico es bastante elevada, entre un 20 y un 35% de la población lo padece, y conlleva grandes repercusiones económicas (2).

Dentro de los trastornos que provocan dolor crónico se encuentra la Fibromialgia (FM), en el cual vamos a centrar el presente trabajo.

La fibromialgia (FM) es una forma de reumatismo no articular caracterizado por dolor musculoesquelético difuso y crónico, junto a la presencia de múltiples puntos dolorosos a la presión (3), que generalmente se acompaña de fatiga (55-95%); mal descanso nocturno o sueño no reparador; rigidez matutina (76-84%) o tras reposo; cefalea tensional (50%); distrés psicológico, con elevada presencia de ansiedad; intestino irritable (30-60%), entre otros (4-6).

La fibromialgia se ha conceptualizado como un síndrome complejo, síndrome de fibromialgia (SFM), de condición crónica y etiología desconocida, cuyo síntoma predominante es el dolor músculo- esquelético generalizado, benigno, de origen no articular que se diagnostica a través de la clasificación de unos criterios establecidos. La mayoría de los autores coinciden en señalar que la fisiopatología es multifactorial, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales cuyo fenómeno central lo constituiría una alteración en la modulación del dolor (7). Los estudios que han documentado la sintomatología del síndrome lo han caracterizado por dolor generalizado, dificultades de memoria, sueño no reparador, fatiga, parestesias, rigidez matutina de articulaciones, inflamación subjetiva, cefalea, síndrome de intestino irritable, mareos, ansiedad y depresión. Cuanto mayor es el número de síntomas presentes, es más probable que el síndrome se convierta en permanente y que busquen más servicios de salud. Tanto el dolor crónico generalizado como el trastorno del ánimo condicionan una importante pérdida de calidad de vida para el paciente y un menoscabo

para todas sus actividades (trabajo, ocio, actividades de la vida diaria), que provocan consecuencias importantes en las relaciones sociales y familiares (8).

La prevalencia del SMF difiere según la población estudiada, pero se estima que es de un 2,4 % con una relación mujer/ hombre de 21/1, aunque puede afectar a la población infantil y juvenil, pero el mayor pico de prevalencia se encuentra entre los 40 y los 49 años, siendo infrecuente antes de los 40 años y por encima de los 80 años de edad (5).

Los estudios prospectivos indican que la enfermedad sigue un curso crónico con poca mejoría en los 5-7 años de seguimiento.

A lo largo de los años se han realizado estudios para valorar el impacto económico de la enfermedad y su repercusión en la salud de las personas que la padecen debido, no solo a la enfermedad en sí, sino a otros problemas de salud concomitantes (9;10). También se ha constatado que estos pacientes consultan diversas especialidades, usan terapias alternativas y su consumo económico se acrecienta debido a un mayor absentismo laboral y a la demanda de pensiones por discapacidad (11).

También se ha demostrado que el gasto de fármacos antiálgicos en Atención Primaria sobrepasa al de las demás patologías (12).

El tratamiento farmacológico habitual consiste en analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y antidepresivos, pero se ha demostrado que resulta ineficaz ya que el dolor se comporta de manera refractaria, el pronóstico no se modifica y los beneficios que se obtienen son muy discretos frente a los efectos secundarios de los fármacos (12).

En los últimos años se han añadido al tratamiento alternativas no farmacológicas como la terapia cognitivo-conceptual (13;14) el ejercicio físico aeróbico controlado (15) y, más recientemente, terapias complementarias y alternativas tales como tratamiento quiropráctico, terapia de relajación y suplementos dietéticos y herbales, entre otras (16).

El creciente interés por controlar el dolor mediante métodos no farmacológicos, ante la posibilidad de disminuir los efectos adversos y el coste, durante las últimas dos décadas ha aumentado la popularidad de las terapias de toque (17;18). Las terapias de toque se definen como las terapias complementarias basadas en la energía que incluyen el Tacto curativo (TC), el Tacto Terapéutico (TT) y el Reiki. La medicina de la energía trata con campos de energía que pueden medirse (p.ej. rayos láser, etc.) y otros que no pueden medirse (p.ej. tratamientos de biocampos, la acupuntura, etc.) (18). Las terapias de toque llevan ese nombre porque los profesionales tocan el campo de energía de los clientes. Se cree que este efecto ocurre por la aplicación de energía para restaurar, activar y equilibrar los trastornos de los campos energéticos del paciente mediante técnicas manuales o no. El concepto fundamental es que la enfermedad y la afección surgen de los desajustes del campo de energía vital, aunque la existencia del campo de energía del cuerpo humano no ha sido probada científicamente, lo que genera cierta controversia sobre el efecto de estas terapias (19;20).

En los últimos años se ha promovido el valor clínico de las terapias de toque para mejorar la salud y aliviar el malestar y el dolor asociado con algunas enfermedades clínicas (21-23). Según los resultados obtenidos en distintos estudios (17;18;21;22;24-29) se ha observado que las terapias de toque aceleran la curación, disminuyen el dolor, alivian los síntomas físicos, disminuyen el estrés y la ansiedad, pueden ser útiles para

tratar el insomnio y la fatiga, facilitan la expresión de emociones almacenadas, inducen la relajación, etc. Aunque algunas revisiones también indican que no hay pruebas suficientes de que las terapias de toque promuevan la recuperación (30;31).

Se han llevado a cabo revisiones sistemáticas para constatar el efecto que las terapias de Toque tienen sobre el dolor pero se necesitan mayor número de Ensayos Clínicos Aleatorizados y con mayor tamaño muestral para llegar a resultados concluyentes (27), aunque hay varios estudios con resultados positivos tras la aplicación de terapias de Toque (20;28;30;32;33) sin que haya aparecido ningún efecto secundario (19).

El Reiki es un antiguo método de tratamiento, con raíces tanto en la medicina china como en la curación cristiana, que se usa como tratamiento alternativo o como complemento al tratamiento de la medicina occidental (34). Existe un creciente interés entre las enfermeras por el uso de Reiki en el cuidado del paciente y como tratamiento de auto-cuidado, aunque es reconocido el escaso apoyo empírico de investigación y pruebas para justificar estas prácticas (32), tanto es así, que ha habido un incremento importante de las publicaciones en el contexto de las Escuelas/ Facultades/ Departamentos de Enfermería de distintas Universidades de USA y Canadá en un intento de demostrar de forma empírica los efectos beneficios del Reiki (18;19;22;26;28;35-37).

Debido a todo lo expuesto con anterioridad, nos parece relevante seguir investigando sobre la efectividad de la Terapia Reiki, y especialmente con mujeres afectadas de Síndrome de Fibromialgia, para comprobar si puede mejorar su dolor y fatiga, su calidad de vida y disminuir el impacto de la enfermedad en sus vidas.

FIBROMIALGIA:

FIBROMIALGIA

1. HISTORIA

En la actualidad, el síndrome de fibromialgia (FMS) es una entidad clínica reconocida que causa dolor crónico e incapacitante. Durante siglos los dolores musculares se han conocido primero como reumatismo y posteriormente como reumatismo muscular (38). Ya han pasado varios siglos desde que en 1592 el médico francés Guillaume de Baillou denominase por primera vez reumatismo a las manifestaciones de dolores musculoesqueléticos que padecían los pacientes, pero aún pasarían dos siglos más hasta que se empieza a distinguir entre reumatismos deformantes y del tejido muscular; y aún otro más hasta que algunos médicos alemanes, escandinavos y británicos empezaron a escribir sobre lo que ellos llamaban “reumatismo tisular” y, bajo diferentes nombres buscan explicaciones a lo que sucede en el músculo. Es el caso del médico inglés Scudamore que identifica el reumatismo tisular como un *“dolor de tipo peculiar, por lo general acompañado de inflamación que afecta a las texturas fibrosas blancas pertenecientes a los músculos y articulaciones, como los tendones, aponeurosis y ligamentos, las membranas sinoviales...”*. Valleix en 1841, describe los puntos dolorosos en diferentes partes del cuerpo y sugiere que estos puntos están relacionados con la ruta de los nervios, llamando al cuadro “neuralgia”. El alemán Froriep en 1843 apunta el origen del dolor a la formación de callos en el tejido muscular (38).

Es a principios del siglo XX cuando Gowers (39), en 1904, acuña el término fibrositis para describir este cuadro de dolor de origen muscular que creía que se debía a cambios inflamatorios en la estructura fibrosa de los mismos. En los años 30 del mismo siglo aparecen dos términos relacionados como son el síndrome miofascial (Travell y Simons) y reumatismo psicógeno (Boland) (40), y a partir de los mismos se retoma el concepto apuntado por Valleix y se definen los llamados “puntos gatillo” o trigger points como hallazgos característicos de la enfermedad.

Hasta los años 70 del siglo pasado no aparece el concepto de fibromialgia tal cual lo conocemos hoy y es gracias a los estudios de Smythe y Moldofsky que describen un cuadro de dolor crónico de origen musculoesquelético con la existencia de lugares específicos donde el umbral de dolor es más bajo (< 4 kg) que en los controles (41) a los que llaman puntos dolorosos, que se asocia con alteraciones en la fase 4 del sueño (42).

Ya en 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) establece los criterios diagnósticos (43) que permitirían en el futuro establecer un diagnóstico más certero, mejorar los estudios y avanzar en el tratamiento de estos pacientes.

En 1992, en la Declaración de Copenhague (44) se reconoce la FM como enfermedad por la OMS tipificándola con el código M79.0 en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) (45), y en 1994 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) la reconoce y clasifica con el código X33.X8a (40).

En 1994, Yunus engloba la fibromialgia dentro del Síndrome Disfuncional junto con otras patologías como es el Síndrome del Intestino Irritable (SSI), el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), el Síndrome de piernas inquietas o la cefalea tensional entre otras, ya que presentaban características clínicas comunes y respuesta ante agentes

serotoninérgicos y noradrenérgicos, induciendo a pensar que se trataba de una disfunción neuroendocrina- inmune lo que establecía un nexo entre todas ellas (38;40).

Posteriormente, en 1999, Simon Wessely y col la incluyeron dentro de la denominación genérica de Síndromes Somáticos Funcionales (SSF), haciendo hincapié en la asociación que existe entre los síntomas somáticos y el distrés emocional, ya que todas ellas presentan una serie de elementos comunes e incluso ya se apuntan factores psicosociales (4) (Tabla 1).

Características comunes	Factores psicosociales
Heterogeneidad clínica	Convicción de enfermedad seria y expectativas de empeoramiento
Alto grado de solapamiento de síntomas entre los cuadros	Papel de enfermo litigante
Mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos que la población general	Alarma catastrofista y sensacionalista
Síntomas refractarios al tratamiento médico y a las medidas paliativas	Duda en la capacidad de los expertos
Presentación en pequeños brotes esporádicos	Movilización social
Mecanismos similares en su génesis y en el mantenimiento de todos ellos	Énfasis etiológico solamente biomédico
Fisiopatología próxima al espectro afectivo y/o desregulación de la respuesta al estrés	

Tabla 1. Síndromes somáticos funcionales (SFF). Tomada de Martínez y col (4)

2. CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO

El motivo principal por el que acuden los enfermos a la consulta es el dolor generalizado, acompañado de mialgias de localización imprecisa, de duración prolongada y con dificultad para definir con precisión el inicio de los mismos. El dolor suele ser difuso, profundo, intenso y la mayoría de las veces difícil de describir, empeorando con el ejercicio físico intenso, el frío o el estrés emocional. A menudo además se acompaña de astenia, fatiga, alteraciones en el sueño (mal descanso nocturno o sueño no reparador), junto con otras percepciones mal definidas (40).

Hasta 1990, al hablar de fibromialgia se hacía la distinción entre primaria o fibrositis y secundaria o concomitante. Este último término era usado de forma frecuente aunque no de forma universal para referirse a la fibromialgia, en la que además había otros trastornos musculoesqueléticos que podían causar o al menos influir en los síntomas propios de la enfermedad (43).

En 1990, el American College of Rheumatology tras realizar un estudio multicéntrico (43) en EEUU y Canadá con 558 pacientes, de los cuales 293 estaban afectados de fibromialgia (tanto primaria como secundaria) y 265 eran sujetos control afectados de diferentes tipos de dolor crónico, propuso unos criterios únicos para el diagnóstico de la enfermedad:

1. Dolor generalizado de más de tres meses de evolución en combinación con
2. Sensibilidad aumentada al dolor en 11 o más de los 18 puntos sensibles específicos (Figura 1)

Se entiende por dolor generalizado aquel que se produce en ambos hemisferos y por encima y por debajo de la cintura.

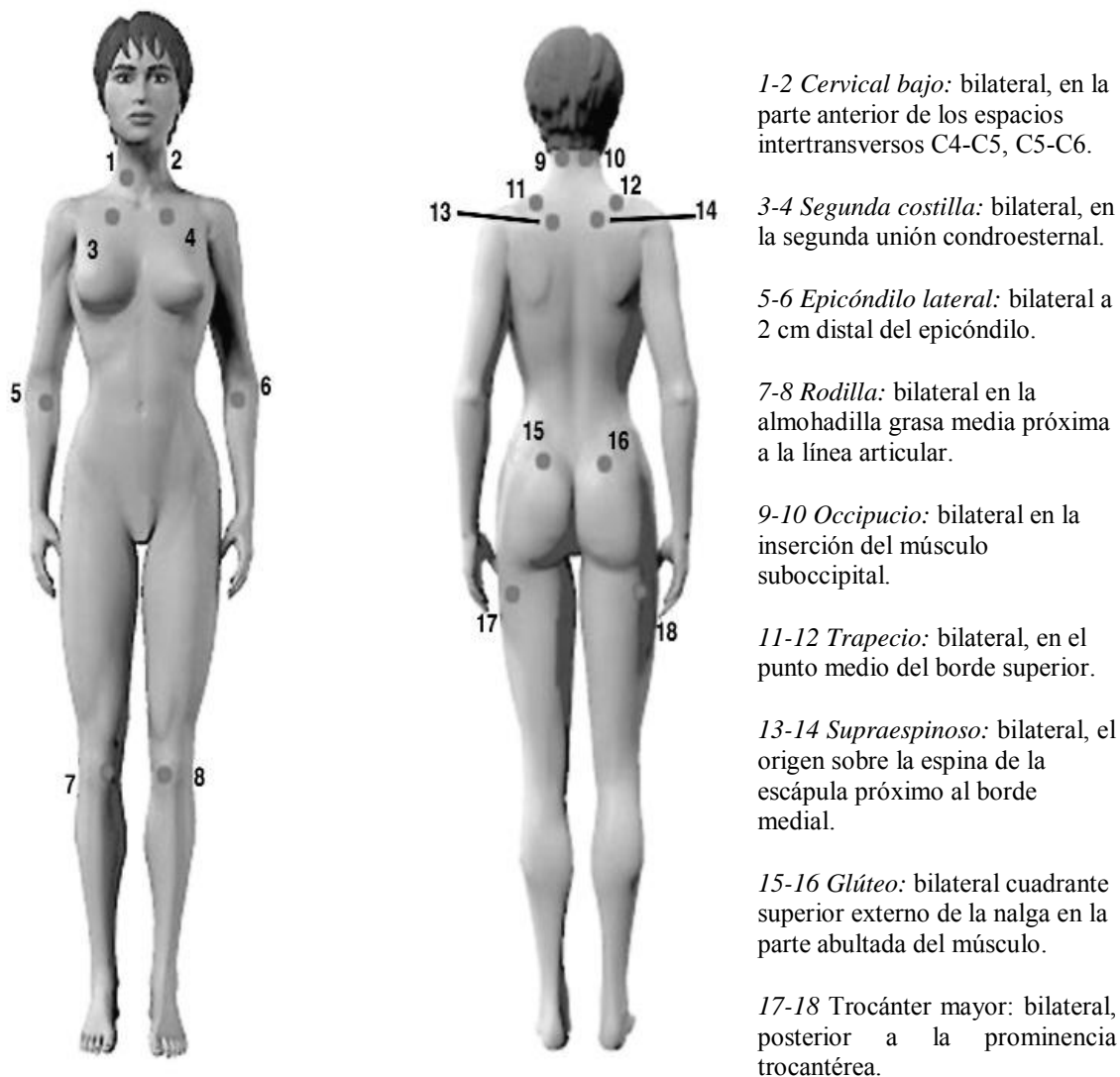


Figura 1. Distribución de los puntos gatillo en la FM. Tomado de Villanueva y col (40)

Estos criterios no excluyen a aquellos pacientes que presenten anomalías concomitantes tanto a nivel radiológico como en los valores analíticos. El establecimiento de estos nuevos criterios por el equipo de Wolfe hizo que se abandonara la clasificación tradicional de fibromialgia primaria y secundaria, ya que los criterios resultaban igualmente válidos en ambos casos con niveles aceptables tanto de sensibilidad (88,4%) como de especificidad (81,1%).

Aunque estos criterios son válidos se han cuestionado por autores como Bennett (46) tras realizar un estudio en Cheshire sobre 250 pacientes con dolor crónico, en el que personas que pertenecían al grupo control sin dolor presentaban puntos gatillo positivos

y por el contrario un 20% de los pacientes con dolor regional y un 29% con dolor difuso no cumplían con el criterio de dolor en los puntos gatillo.

Provocar dolor en los puntos sensibles de manera estandarizada es complicado y requiere de habilidad por parte del examinador; de manera general, la indicación es que la presión que se debe ejercer sobre el punto es de aproximadamente 4 kg, y esto traducido a la práctica se traduce en el momento en el que el lecho subungueal del examinador cambia de color (5) y además los puntos no deben presentar signos de inflamación (47). Para comparar los puntos dolorosos se debe hacer presión sobre otros puntos en los que teóricamente no debería haber dolor como puede ser el antebrazo tomándolos como control, pero a veces las personas con FM tienen dolor inespecífico en otros lugares del cuerpo y ello no es posible (5).

Además del dolor, los pacientes aquejados de FM presentan multitud de síntomas tales como (4;40;48-57):

- Presencia de dolor mecánico.
- Rigidez matutina o tras el reposo (76-84%).
- Alteraciones del sueño: insomnio, sueño ligero, despertares frecuentes, bruxismo, sueño no reparador, síndrome de piernas inquietas y apnea del sueño.
- Fatiga: con una frecuencia que va desde el 55- 95%, de aparición matinal y que mejora levemente para empeorar de nuevo a lo largo del día.
- Cefalea tensional en aproximadamente la mitad de los enfermos.
- Parestesias e inflamación subjetiva con frecuencia bilateral.
- Distrés psicológico que se asocia con frecuencia a ansiedad, alteraciones del humor y cuadros distímicos. Estos problemas a menudo se asocian con trastornos de pánico y cuadros de fobia simple.
- Síndrome de Intestino Irritable con todo su cortejo (dispepsia, flatulencia, náuseas, estreñimiento o diarrea y cuadros pseudo obstructivos entre otros) y que se presenta en hasta un 60% de las personas con SFM.
- Síntomas genitourinarios como es la vejiga irritable, síndrome premenstrual o dismenorrea.
- Fenómeno de Raynaud.
- Síntomas vegetativos y funcionales: extremidades frías, boca seca, hiperhidrosis, disfunción ortostática y temblor.
- Intolerancia a múltiples fármacos.
- Distribución específica de puntos gatillo en la inserción muscular o en el propio músculo que no se dan en áreas de inervación densa.

- Alteraciones del eje hipotálamo- hipófisis- suprarrenal.
- Osteoartritis (hernias discales, síndrome del túnel carpiano), otras alteraciones reumáticas como la artritis reumatoide o del tejido conectivo como el Síndrome de Sjögren (15%) o lupus eritematoso sistémico (22%).
- Otros: HTA, asma, problemas cardiovasculares, problemas oftalmológicos.

Aunque los criterios propuestos por Wolfe en 1990 siguen vigentes, con posterioridad el mismo autor propuso una categorización más amplia de la FM con tres grados (58): posible, probable y definitiva. Entendiendo como definitiva aquella que presenta todas las características de la FM típica; como probable dos de las tres características de la FM típica y como posible la que presenta una de las tres características de la FM típica y dos de las tres características de la FM indeterminada (Tabla 2).

	Características de “no fibromialgia”	Características de “FM indeterminada”	Características de “FM típica”
Dolor	Sin/ limitado	Dolor de regional a extenso, en general con contigüidad, pero NO generalizado	Dolor generalizado
Puntos dolorosos	0-5 (0-20%)	6-10 (20-55%)	11 ó > 60%
Síntomas	Ninguno o raros	De pocos a muchos	Muchos

→ FB *definitiva*: todas las características de la FB típica.

→ FB *probable*: dos de las tres características de la FB típica.

→ FB *posible*: una de las tres características de la FB típica y dos de las tres características de la FB indeterminada

Tabla 2. Criterios clínico diagnósticos de Fibromialgia. Tomada de Villanueva y col (40)

Para llevar a cabo el diagnóstico no existen pruebas radiológicas ni datos de laboratorio en los que apoyarse sino que precisamente es su normalidad la que apoya el diagnóstico frente a otras enfermedades que pudieran ser la causa del dolor como pueden ser la artritis reumatoide, el lupus o trastornos de la glándula tiroides.

Aunque como ya se ha apuntado no existen pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico de la FM ya que la normalidad es su característica principal, es recomendable llevar a cabo determinaciones que descarten otras enfermedades bien sean de origen hormonal, reumático o autoinmune. Las determinaciones que se suelen llevar a cabo son un hemograma completo, bioquímica sanguínea (incluyendo calcio, enzimas musculares, anticuerpos antinucleares, factor reumatoide), velocidad de sedimentación globular y hormonas tiroideas.

Las patologías que se deben descartar para hacer el diagnóstico de SFM son las que se relacionan en la Tabla 3.

Además de la exploración física actualmente se usan cuestionarios para poder valorar el grado de dolor como la Escala de Dolor Regional (RPS- Regional Pain Scale) (59), el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF ó FIQ- Fibromyalgia Impact Questionnaire) creado por Burckhardt y col en 1994 y que está validado en múltiples idiomas entre ellos el español (60), o el Cuestionario SF- 36 para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (61),entre otros.

Enfermedades	
Enfermedades reumáticas	Polimiositis y dermatomiositis Polimialgia reumática Lupus eritematoso sistémico Artritis reumatoide Síndrome de Sjögren
Enfermedades musculares	Miopatías inflamatorias Miopatías de causa metabólica
Enfermedades endocrinometabólicas	Hipotiroidismo Hipertiroidismo Hiperparatiroidismo Insuficiencia suprarrenal Osteomalacia
Enfermedades infecciosas	Enfermedad de Lyme Síndrome post viral (Epstein- Barr, VIH)
Enfermedades neurológicas	Enfermedad de Parkinson Miastenia Gravis Síndromes miasteniformes
Enfermedades neoplásicas	
Enfermedades psiquiátricas	Síndrome depresivo Trastorno por somatización
Síndrome de fatiga crónica	
Síndrome miofascial	

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de FM

Dado que los pacientes con síntomas de FM acuden por primera vez a los médicos de Atención Primaria que no están familiarizados con la exploración adecuada de los puntos “gatillo” o a veces incluso se niegan a realizar dicho examen, lleva a un diagnóstico erróneo de estas personas. Wolfe y col (62) diseñaron un estudio para facilitar el diagnóstico en Atención Primaria en base no a los criterios tradicionales del ACR de 1990, sino en base a identificar criterios diagnósticos sin puntos sensibles, integrar síntomas basados en una escala de gravedad y desarrollar una escala de gravedad de síntomas de la fibromialgia (Symptom Severity Escala: SS) que hiciese más fácil tanto el diagnóstico como el seguimiento longitudinal de estos pacientes por los médicos de familia. En este estudio se proponen como criterios alternativos a los iniciales de ACR de 1990 para el diagnóstico de la FM el Índice de Dolor Generalizado (WPI) y la Escala de Severidad de Síntomas (SS) que recoge síntomas cognitivos, sueño no reparador, fatiga, y el número de síntomas somáticos. Combinando ambos parámetros, la recomendación para el diagnóstico de FM quedaría de la siguiente manera: (WPI ≥ 7 y SS ≥ 5) ó (WPI 3-6 y SS ≥ 9) (62), si bien un año después Wolfe matiza que si bien es útil para usarla en ensayos clínicos y en estudios epidemiológicos ya que clasifica de forma correcta al 93% de los pacientes con una sensibilidad del

96,6% y una especificidad del 91,8%, no debe usarse en para el autodiagnóstico a pesar de que los criterios son fáciles de aplicar (63).

Dada la dificultad que existe en el diagnóstico de estos pacientes, para su manejo clínico se deben incluir variables tales como las alteraciones psicológicas y por ello se han propuesto divisiones o agrupamientos clínicos estratégicos como son (64):

- Clasificación de Giesecke y col:

Está basada en variables obtenidas de 3 dominios diferentes: a) ánimo: mide la depresión mediante la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale y la ansiedad rasgo evaluada mediante el State-Trait Personality Inventory; b) aspectos cognitivos: evalúa el catastrofismo y el control del dolor mediante las subescalas del mismo nombre del Coping Strategies Questionnaire, y c) variables biológicas: incluye hiperalgesia/sensibilidad al dolor, valorada mediante el dolorímetro y la presión dolorosa aplicada de forma aleatoria a niveles supraumbral. Con estas variables se obtienen 3 grupos:

- Grupo 1. Valores moderados de depresión y ansiedad. Valores moderados de catastrofismo y control del dolor. Baja hiperalgesia/sensibilidad al dolor
- Grupo 2. Valores elevados en depresión y ansiedad. Valores más elevados de catastrofismo y más bajos de control percibido sobre el dolor. Valores más altos de hiperalgesia.
- Grupo 3. Niveles normales de depresión y ansiedad. Muy bajos niveles de catastrofismo y el más elevado control percibido sobre el dolor. Elevada hiperalgesia y sensibilidad al dolor.

Esta clasificación se adapta bien al manejo clínico.

- Clasificación de Müller y col:

Se basa en signos clínicos y síntomas asociados. Divide a los pacientes con fibromialgia en 4 subtipos:

- a) Fibromialgia con extrema sensibilidad al dolor sin asociarse a trastornos psiquiátricos.
- b) Fibromialgia y depresión relacionada con el dolor comórbido.
- c) Depresión con síndrome fibromiálgico concomitante.
- d) Fibromialgia debida a somatización.

Se trata de una clasificación descriptiva, propuesta en función de la experiencia clínica del autor, pero no obtenida mediante análisis estadísticos. Por otra parte, el último grupo es discutible porque la somatización es un concepto cuestionado actualmente en psiquiatría y posiblemente desaparecerá en futuras clasificaciones. Ambas cosas constituyen una importante limitación para la elección de esta clasificación.

- Clasificación de Thieme y col:

Utilizando el cuestionario West Haven- Yale Multidimensional Pain Inventory (MPI) identifica 3 subgrupos:

a) Disfuncionales. Son pacientes que perciben como elevada su sensibilidad ante el dolor, describen que el dolor interfiere mucho en sus vidas y reportan un elevado malestar psicológico y escasa actividad debido al dolor.

b) Pacientes estresados en el aspecto interpersonal. Consideran que las personas significativas en sus vidas (pareja, padres, hijos, cuidadores en general) no les apoyan demasiado en sus problemas con el dolor. Además presentan trastornos psiquiátricos asociados.

c) Pacientes que realizan un afrontamiento adaptativo. Individuos que sienten que reciben un buen apoyo social, y que describen relativamente bajos niveles de dolor y alta actividad.

- Clasificación de Hasset y col:

Está basada en el estilo del balance afectivo (Affect Balance Style) utilizando el cuestionario Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Estos autores consideran, basándose en valores normativos de la población, que un afecto positivo (AP) en el PANAS implica una puntuación superior a 35 y un afecto negativo (AN) elevado consiste en obtener una puntuación superior a 18,1. De esta forma se obtienen 4 grupos:

a) Sanos: elevado AP/bajo AN.

b) Bajos: bajo AP/bajo AN.

c) Reactivos: elevado AP/elevado AN.

d) Depresivos: bajo AP/elevado AN.

De nuevo, que la clasificación se limite al uso de un único cuestionario psicológico supone una importante limitación para su uso.

Todas estas clasificaciones tienen ventajas e inconvenientes, pero la que desde el punto de vista de la evidencia y de la utilidad para el clínico parece ser más útil es la de Giesecke, que se ha utilizado en el pasado año para elaborar una Guía de consenso para el tratamiento multidisciplinar del SFM (64).

Debido a la dificultad en el diagnóstico, así como el desconocimiento de su etiología, el pronóstico es desalentador ya que los síntomas persisten a los diez años del diagnóstico, la duración media de los síntomas es de más de quince años, tras más de 10 años de evolución la mitad de los pacientes no acuden a consulta, más del 55 % empeoran de su dolor, el 48% de su fatiga, el 59% de los trastornos del sueño y el 59% manifiesta que persiste una astenia notable; el 80% siguen a los diez años con medicación y sólo el 66% presentan una leve mejoría (40;64;65).

3. IMPACTO SOCIODEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

A partir de que el Colegio Americano de Reumatología estableció los criterios diagnósticos de la FM (43) se empiezan a realizar estudios epidemiológicos. Estos estudios difieren según la población estudiada. Los ámbitos que se recogen en la literatura internacional proceden de diferentes fuentes: ámbito comunitario (estudios

basados en la población), centros de referencia (clínicas y hospitales) y clínicas especializadas en reumatología. Las primeras referencias de estudios comunitarios aparecen publicadas por Jacobsson, Lindgarde y Manthorpe (1989).

En los años 90 del siglo pasado, la prevalencia en la población general oscilaba entre el 0,7% (53) y el 3,3% (53;65). Con posterioridad se han realizado estudios en los que la prevalencia oscila entre el 2 y el 15% según los estudios (66-69), aunque es difícil saber la prevalencia real debido a la variabilidad de los diseños ya que en demasiadas ocasiones mezclan diversos problemas musculoesqueléticos como la osteoartritis y otras patologías reumáticas.

Por países y según las investigaciones en EEUU la prevalencia en la población general es del 2% (3,4% para las mujeres y 0,5% para los hombres) (53); en Canadá del 3,3% (4,9% mujeres y 1,6% hombres) (65), Noruega del 10,5% de mujeres (previamente diagnosticadas sólo el 4,2%) y en España del 2,37% (4,2 % en las mujeres y 0,2% en los hombres) (67;68).

Aunque la enfermedad puede iniciarse a cualquier edad, su aparición tiene su pico máximo entre los 40 y los 49 años de edad (53), siendo infrecuente antes de los 30 años y por encima de los 80 (5) y como ya se ha visto con anterioridad la presencia de la enfermedad es muy superior en mujeres que en hombres.

Los factores demográficos que aparecen como constantes en todas las investigaciones son (65;67;69):

- Ser mujer.
- Tener un nivel de estudios bajos.
- Tener ingresos económicos bajos.
- Estar separado o divorciado.

La media de duración de la enfermedad antes de buscar atención especializada oscila entre los 6- 12 años, lo que complica el tratamiento ya que con los años el proceso tiende a la cronicidad (6;70) y en la mayoría de las ocasiones pasan varios años entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico, tras haber recorrido una media de 3-4 profesionales (71). Los estudios prospectivos indican que la enfermedad sigue un curso crónico con poca mejoría en los 5- 7 años de seguimiento (6).

En el caso de la FM, el factor género es definitivo a la hora de hacer el diagnóstico. La condición de mujer dirige la anamnesis, la exploración, la petición de pruebas diagnósticas y el tratamiento, ya que mientras en el hombre el dolor es inexplicable en la mujer es inexplicable. El sesgo de género en el circuito del dolor de las mujeres se manifiesta en continuados errores de diagnóstico, atribuyendo el dolor a causas psicológicas, cuando existen enfermedades orgánicas y al revés, lo que condiciona tratamientos erróneos que también producen yatrogenia porque no estaban correctamente indicados (AINES, corticosteroides, antidepresivos, etc.) (72).

Algunos estudios han analizado el impacto socioeconómico y han calculado una media de 9- 12 visitas anuales al médico y una hospitalización cada tres años (9;73), generalmente por intervenciones quirúrgicas (síndrome del túnel carpiano, columna cervical, intervenciones ginecológicas, abdominales, etc.), reacciones alérgicas,

síndromes ansiosos y depresivos, problemas gastrointestinales e hipertensión arterial (10). Estos factores junto con la cronicidad y el grado de incapacidad que producen conllevan unos altos costes directos para los servicios sanitarios así como indirectos debido al absentismo laboral (74).

En nuestro país el resultado del estudio llevado a cabo por Sicras y col (75) para calcular el coste directo (visitas médicas, derivaciones a especialistas, pruebas complementarias y prescripción farmacéutica) en pacientes con FM y trastornos de ansiedad generalizada en el ámbito de la Atención Primaria arroja unos datos a tener en cuenta, el gasto total anual de un paciente con FM se cifra en 7.813 euros, más del doble que el ocasionado por otros pacientes con otras patologías reumáticas. En otros países se han realizado revisiones sobre el consumo de fármacos, servicios sanitarios e intervenciones quirúrgicas en los que se describe que el coste directo sanitario es el doble que en la población general y los costes indirectos derivados de absentismo y discapacidades suponen también el doble de gasto que el del resto de los trabajadores (76;77).

Dependiendo del nivel asistencial, en España se calcula que el 13% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria padecen FM, mientras que se reduce al 10,4% en las consultas de los Servicios de Reumatología (40). En otros países la tendencia es inversa, la prevalencia es mayor en las consultas de Reumatología (5-20%) que en las consultas de Medicina General (2,6-11,4%) (43;62;78;79).

También se ha constatado que estos pacientes consultan diversas especialidades, usan terapias alternativas (11), y su consumo económico se acrecienta debido a un mayor absentismo laboral (73;80) bien debido a la propia enfermedad o a efectos adversos de los diferentes fármacos que consumen (81). Otro factor a tener en cuenta a nivel socioeconómico es la demanda de pensiones por discapacidad, ya que alrededor del 11,5% de las personas con Fibromialgia se encuentran en situación de Incapacidad Laboral Temporal o Permanente (11;82). En EEUU, Canadá y algunos países nórdicos hasta el 25% de las personas con FM reciben algún tipo de compensación económica pasando de sólo un 6% en 1988 hasta un 26% en 1997 (83-85).

En España, un estudio acerca de las bajas e incapacidades laborales con origen en alteraciones musculo esqueléticas en la Comunidad de Madrid (86) dio como resultado que sólo el 0,35% de las Incapacidades Laborales Transitorias (ILT) se debían al diagnóstico de FM y no había ninguna Incapacidad Permanente por este motivo. Esto contrasta con el estudio EPISER (67) que sitúa la tasa de Incapacidad Laboral (IL) por Fibromialgia en un 11,5%. Si tenemos presente que los estudios de prevalencia de Fibromialgia muestran cifras similares en los distintos países, esa diferencia en la tasa de IL por Fibromialgia en nuestro país, parece relacionarse con la ausencia de diagnóstico de Fibromialgia en los equipos de valoración de incapacidades (87).

También se ha demostrado que el gasto de fármacos antiálgicos en Atención Primaria sobrepasa al de las demás patologías (11;12) y no sólo los de los fármacos para el control del dolor sino que a ellos se les ha de sumar el coste de los medicamentos usados para evitar complicaciones a nivel gastrointestinal (81).

El impacto de la enfermedad no sólo es económico y personal, sino que también tiene repercusión en la vida de las personas de su entorno y el medio en el que se desenvuelven. Los pacientes se quejan de la repercusión que tiene la enfermedad sobre

su capacidad física, la actividad intelectual, el estado emocional, la salud mental y la carrera profesional por lo que necesitan desarrollar estrategias de autocuidado y aprender acerca de su enfermedad (75;88;89).

4. ETIOLOGÍA

Tanto su etiología como su fisiopatología son desconocidas, pero se han propuesto múltiples factores que pueden ser desencadenantes como trastornos en la fase no REM del sueño (90), alteraciones musculares (hipoxia muscular y disminución de los fosfatos de alta energía) , psiquiátricos como la depresión o el estrés, inmunológicos, causas endocrinas (hipofunción adrenal) y disfunción neurohormonal (descenso de la serotonina en sangre o elevación de la sustancia P en líquido cefalorraquídeo) (40).

Desde 1992, fecha en la que la OMS acepta la FM como enfermedad, hay múltiples estudios que intentan buscar factores de riesgo para que una persona desarrolle un cuadro de FM, como se recoge en la revisión publicada por Restrepo Medrano y col en 2009 (91) en base a 171 estudios publicados desde 1992 hasta el 2007 y de los que sólo 21 son aceptables para la revisión ya que el resto no cumplían con los criterios de inclusión propuestos por los autores. El estrés se estudia en 7 de las investigaciones con distinta metodología (cuatro revisiones teóricas, dos estudios empíricos transversales y un estudio de cohortes) llegando en todos ellos a la conclusión de que partiendo de la definición de estrés como un conjunto de alteraciones fisiológicas a nivel cerebral que reflejan desregulación hormonal y activación autónoma anormal, lo que produce activación del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HPA), iniciando la secreción desde el núcleo paraventricular del hipotálamo de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), arginina y vasopresina. Así, la liberación de estas neurohormonas produce adrenocorticotropina (ACTH) que estimula la liberación de cortisol e inhibe la CRH, lo que altera el ciclo circadiano, produce alteraciones de tipo fisiológico e inicia los síntomas. En el estudio de Kajantie se asocia el estrés y la respuesta hormonal femenina al utilizar anticonceptivos orales con la aparición de la FM, ya que al presentarse un evento causante de estrés o utilizar medicamentos anticonceptivos se inician mecanismos a nivel hormonal y nervioso que pueden desencadenar enfermedades reumáticas como la FM. En los estudios transversales se aborda el estrés partiendo de la definición del síndrome de estrés postraumático (PTSD), trastorno psicológico y de ansiedad que sobreviene como consecuencia a la exposición a un evento traumático. En el primero, se realizó una encuesta 6 meses después de los atentados terroristas del 11S en EE.UU, y se halló que los sujetos que presenciaron este suceso y estuvieron más cerca del mismo tenían una prevalencia mayor de FM que la población que no tuvo estas condiciones. El segundo estudio, con la misma población, analizó la existencia de comorbilidad entre PTSD y FM y se encontró que los sujetos con PTSD tenían tres veces más probabilidad de sufrir FM que la población general. Por último, el único estudio de cohortes que aborda el estrés como factor de riesgo lo hace desde el ámbito ocupacional, tomando como base la población de trabajadores del sector hospitalario, concluyendo que el estrés laboral puede ser considerado como un factor de riesgo de FM con un Riesgo Relativo (RR): 4,1 (95 % CI: 2,0- 9,6).

Otro de los factores de riesgo encontrados en la revisión es la infección por el virus de la Hepatitis C que se aborda en dos revisiones sistemáticas y que llegan a la conclusión de que dicha infección y la subsiguiente inflamación producida por la hepatitis C pueden iniciar una cadena de eventos bioquímicos que llevan a la aparición de FM. En otro estudio realizado por Buskila durante dos años sobre pacientes no tratados con

Interferon, el 14% cumplieron con los criterios diagnósticos del ACR para FM y se encontró una incidencia más alta de enfermedades reumáticas.

Los traumatismos bien sean físicos o sexuales también tienen una alta correlación con la aparición de FM. Dentro de los traumatismos estudiados se encuentran los traumatismos cervicales (un riesgo diez veces mayor, especialmente un año después de haber sufrido el mismo); o los sexuales (violación o abuso infantil) con una alta correlación entre el trauma y la aparición de FM.

La FM se relaciona con la ocupación en tres (14,2 %) estudios. Los resultados reflejan que la profesión de agricultor, especialmente si presentan otra enfermedad articular, tienen una probabilidad mayor; así como la población militar como refleja un estudio llevado a cabo sobre soldados que participaron en la Guerra del Golfo Pérsico y que concluye que los soldados tenían 1,5 veces más riesgo que los hombres en general.

En alguno de los estudios revisados aparece asociación entre los factores sociodemográficos y la FM, estudiando en 288 pacientes las variables: edad, empleo, nivel de ingresos y nivel educativo, ya que de éstas depende la aparición y la severidad de la FM. Así, encuentra que los pacientes con bajo nivel de estudios y desempleados tenían mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Los factores hormonales fueron asociados por Macfarlane en un estudio de tipo transversal, que llevó a cabo con 1.178 mujeres pre menopáusicas y posmenopáusicas que utilizaban pastillas anticonceptivas y terapia hormonal de reemplazo (THR). Observó un leve incremento (no significativo) en la aparición de FM en las mujeres que utilizaban la THR, por lo que esta asociación no queda del todo clara.

Otro de los factores de riesgo estudiados es el hábito tabáquico y si bien parece que puede ser responsable su mecanismo de acción no está claro.

Algunos autores como Buskila (92) también apuntan a que la infección por VIH puede ser un desencadenante para la FM. Otra de las hipótesis que se barajan es la condición hereditaria pero realmente no hay una causa que pueda aglutinar a todos los casos (40).

A tenor de las conclusiones a las que llegan Abeles y col (93) en su revisión parece que lo único que está meridianamente claro con respecto al dolor en la fibromialgia es que se produce más por un procesamiento anormal a nivel central de la sensación del mismo que por una disfunción a nivel periférico que es donde se percibe. Los mecanismos para que se de esta circunstancia pueden ser varios incluyendo la sensibilización central, la supresión de los tramos descendentes inhibitorios del dolor, un exceso de actividad de las células de glía y las anomalías en la liberación de neurotransmisores o de proteínas reguladoras o ambas. Lo único que está claro es que los pacientes experimentan el dolor de manera diferente que la población general y que además lo hacen en ausencia de enfermedad. Esto concuerda totalmente dentro de los patrones biologicistas con una disociación cuerpo/mente en los cuales si no hay alteración física, el problema radica en la mente, de ahí que hay una tendencia entre los profesionales a considerar a la FM como un problema puramente psicológico, mientras que para el enfermo su dolor es físico lo que puede llevar a un conflicto en la relación terapéutica (71)

5. TRATAMIENTO

No existe un tratamiento definitivo para la fibromialgia, aunque todos los autores coinciden en que los fármacos deben usarse como parte de un programa más amplio de tratamiento en el que se debe incluir la educación tanto del paciente como de los profesionales y tanto en la fisiopatología de la enfermedad como en las expectativas de mejoría que se pueden esperar con el uso de todas las modalidades de tratamiento existentes (5;64;94-96). Las metas a conseguir deben ser el alivio sintomático, especialmente el dolor, más que la eliminación de los síntomas. Este objetivo se debería conseguir evitando la polimedicación y centrándose en aquellos síntomas que causan mayor impacto en la vida de los pacientes, tanto en su calidad de vida como en el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD). Así mismo, el tratamiento se debe revisar y ajustar de forma periódica para evitar la habituación con la consiguiente disminución en el efecto y evitar la tolerancia especialmente cuando se trate de fármacos para tratar los trastornos del sueño (40).

Es muy frecuente, además, que los paciente aquejados de SFM presenten efectos secundarios a los medicamentos, especialmente son muy sensibles a los agentes que producen obnubilación general que agravan sus problemas cognitivos (40).

Los objetivos del tratamiento en la fibromialgia son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño, la capacidad física, la astenia y los problemas asociados y con ello mejorar la calidad de vida (64).

Desde esta perspectiva, las distintas sociedades médicas han elaborado documentos de consenso para tratar de dar un tratamiento más homogéneo y siempre basado en la mejor evidencia científica (5;64;94).

Ninguna terapia por sí sola y de forma aislada tiene mucha eficacia, mientras que aplicadas de forma conjunta y coordinada pueden ser una oportunidad válida para conseguir el objetivo. De todas formas, dado que hay una gran variabilidad entre los síntomas de los enfermos y su evolución, los tratamientos se deben ajustar de forma individualizada en cada caso (5).

Los cinco pilares en los que se debes sustentar el tratamiento multidisciplinar son: educación, farmacoterapia, terapias físicas, psicológicas y ocupacionales.

5.1. MEDIDAS EDUCACIONALES

No se debe olvidar que estos enfermos cuando llegan a obtener un diagnóstico ya han recorrido las consultas de muchos médicos, se han sometido a infinidad de pruebas y han recibido con demasiada frecuencia respuestas ante sus quejas de “usted no tiene nada” o “son nervios” ante la imposibilidad de encontrar ninguna alteración física objetiva que justifique el dolor físico y el resto de los problemas asociados. A veces sí hay un hallazgo poco relevante que no justifica la sintomatología pero que permite al clínico hacer un doble diagnóstico, pero en estos casos la sensación en los enfermos suele ser de escepticismo, incomprensión, culpabilización y sentimiento de minimización del problema por parte de los médicos; para los profesionales esta situación suele suponer frustración, desgaste emocional, actitudes defensivas y la consideración de estos pacientes como difíciles o conflictivos, cuando no son tratados

de quejicas o incluso se simuladores. Este desencuentro puede conllevar una falta de confianza entre ambas partes que hace ineficaz el tratamiento (71).

Esta realidad percibida por los enfermos la expresa María Machetti, una enferma de FM en el prólogo de su libro *El cuerpo extraño* (97)

“...me gustaría que sirviera de denuncia y de reivindicación: de la falta de competencia y profesionalidad, de la ignorancia y prepotencia de los médicos, de su falta de sintonía con el enfermo e incapacidad para escuchar...”

En el planteamiento terapéutico de los enfermos con FM se debe empezar por una información correcta acerca del diagnóstico, pronóstico y las posibilidades de tratamiento que existen para la enfermedad que padecen. Esta información debe ser clara, objetiva y de acuerdo con el grado de conocimiento acerca de la enfermedad. Si bien el desconocimiento de la etiología y por consiguiente del tratamiento adecuado son un hándicap, ello no debe ser excusa para minimizar el trastorno. Si el paciente tiene conocimiento de su enfermedad puede tener capacidad para adaptarse y afrontar de forma adecuada el cuadro crónico que padece.

Los enfermos deben conocer que las condiciones físicas y psicológicas determinan las limitaciones y que estas dependen, en parte, de su capacidad de control sobre el estado emocional y los síntomas dolorosos. El esfuerzo en la educación debe centrarse y coordinarse desde las distintas disciplinas que intervienen en el proceso: medicina, psicología, fisioterapia y terapia ocupacional (5).

Las personas afectadas deben tener conocimiento acerca de cómo trabajan los distintos profesionales y de la importancia que tiene el cumplimiento del tratamiento y su grado de adhesión al mismo. Para ello, aunque los autores no lo dicen de forma explícita, hay otros profesionales que se deben incluir en los equipos multidisciplinares y estos no son otros que los profesionales de enfermería ya que son los que pueden dar apoyo a los enfermos en su adhesión al tratamiento.

Es necesario no sólo trabajar con la persona afectada de SFM sino también con su entorno familiar para poder rectificar o modificar los hábitos cotidianos que pueden afectar a la fibromialgia como pueden ser las sobrecargas físicas, psicológicas o los factores que promueven la desesperanza y la conducta del enfermo para proporcionar un equilibrio saludable entre la provisión de ayuda de calidad y la promoción de la independencia funcional, legitimando la condición de la FM como enfermedad crónica dentro del entorno familiar.

Aunque la educación por sí sola no tiene efectos terapéuticos, hay estudios que han avalado la importancia de la educación en el afrontamiento de los síntomas, en la mejora del autocontrol y en las conductas de salud, en especial si se usan de forma conjunta con estrategias cognitivo-conductuales y ejercicio físico, sobre la función física, la severidad del dolor, la función social, el estrés psicológico y la calidad de vida (5;95;98-100).

5.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de estos pacientes se debe encaminar hacia dos objetivos: el control del dolor y el control de otros síntomas.

5.2.1. Control del dolor

Debido a que el dolor de la fibromialgia tiene componentes tanto sensitivos como afectivos, para que una terapia sea efectiva debe abordar ambos aspectos. Así mismo, el tratamiento analgésico no sólo debe tratar el dolor miofascial sino que además debe tratar el dolor producido por problemas articulares, el dolor neuropático y el visceral por lo que según la fuente se deben tomar alternativas diferentes.

A pesar de que durante años se han empleado diversos fármacos para el control del dolor, sólo unos pocos han demostrado eficacia ya que ninguno de ellos se comporta como un fármaco totalmente eficaz en estos pacientes.

La terapia analgésica en la fibromialgia de forma tradicional se basa en la administración de analgésicos puros tales como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), paracetamol, los opioides y otros fármacos como terapia de apoyo tales como los antidepresivos (40). Otros autores, como tratamiento coadyuvante para el control del dolor, también recomiendan las infiltraciones en tejidos blandos con corticoides (101).

Wolfe y col, en un trabajo publicado en el año 2000 (102) informa de que las tres cuartas partes de la población utiliza paracetamol para el control del dolor frente al resto que usan otros AINEs. Otros autores como Ballina estudian el efecto de estos fármacos y la necesidad de asociar otros tales como los protectores gástricos para evitar problemas añadidos a los pacientes (81).

Si bien el paracetamol y los AINEs están entre los fármacos más prescritos en el tratamiento del dolor en la FM, en los ensayos clínicos no han demostrado mayor eficacia que el placebo, salvo que el paciente presente otra enfermedad asociada en la que estos fármacos sí hayan demostrado que son eficaces como pueden ser la artrosis o el dolor de partes blandas (64).

Subiendo en la intensidad del tratamiento, el segundo escalón en el tratamiento del dolor son los analgésicos de acción central, si bien estos suelen ser recomendados por el especialista. El más utilizado es el tramadol, un agonista puro no selectivo de los receptores opioides de acción débil, que además presenta acciones dopaminérgicas y noradrenérgicas y que está recomendado para el dolor ligero a moderado en pacientes con FM (103). Como en todos los opioides, se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas e ir incrementándolas de forma gradual para evitar las náuseas y los mareos que se asocian con la administración de dosis altas de estos fármacos, además se han descrito crisis comiciales coincidiendo con alta dosificación. Para evitar usar dosis altas, Bennet y col (104), tras realizar un estudio recomiendan combinar tramadol y paracetamol para disminuir el dolor en la fibromialgia.

A pesar de que hay evidencia sobre la utilidad de opioides solos o en combinación con paracetamol, no hay acuerdo entre los especialistas acerca de su uso. Los que están en contra lo argumentan en base a la posible adicción, los efectos secundarios y la falta de evidencia dado que los estudios son sobre pocos pacientes con SFM; por el contrario, los que apoyan su uso lo hacen en base a su experiencia personal con pocos problemas sobreañadidos. A pesar de todo su uso está generalizado y realmente no hay problemas relacionados con el abuso ni la adicción (40).

Otras alternativas terapéuticas que se ofertan son antidepresivos tricíclicos aunque la persona no esté diagnosticada de depresión debido al efecto analgésico de algunos de ellos (40) como la amitriptilina o la fluoxetina (105).

Aunque el uso de estos fármacos está generalizado en la práctica clínica y está avalado por la evidencia de múltiples estudios analizados en varios metaanálisis (106-108) en los que se valora la eficacia de los antidepresivos para reducir el dolor, la fatiga, la depresión y las alteraciones del sueño, no hay evidencia de que a largo plazo se mantengan los beneficios.

Los fármacos que se prescriben son antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (citalopram, fluoxetina), inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (venlafaxina) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (moclobemida).

Según a las conclusiones a las que llega Häuser (108) parece que los antidepresivos usados en dosis más bajas que en caso de depresión mayor, especialmente los tricíclicos e inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina, podrían tener un cierto efecto en la reducción del dolor y la calidad del sueño, no así los inhibidores recaptadores de la serotonina e IMAO en los que no se observan diferencias con el grupo control, si bien las muestras utilizadas en todos los estudios son pequeñas; por este motivo llega a la conclusión de que tanto la amitriptilina como la duloxetina pueden emplearse a corto plazo para intentar controlar en parte el dolor y los trastornos del sueño que acompañan a la FM, pero no se deben usar a largo plazo debido a la gran cantidad de efectos secundarios que pueden provocar así como por el riesgo de intoxicación.

En la revisión de Arnold (106) la conclusión es un poco diferente ya que sólo observa mejoría en la calidad del sueño pero no en los otros síntomas para los que teóricamente se utilizaría, como son el dolor y la rigidez.

Los expertos en FM en la práctica, usan inhibidores de la recaptación de la serotonina con un componente noradrenérgico (venlafaxina, bupropion) para intentar mejorar la fatiga, el síntoma más difícil de tratar de todo el cuadro (40).

Otros fármacos que se están usando en los últimos años son agentes antiepilépticos como es la pregabalina o la gabapentina con efecto analgésico especialmente en el tratamiento del dolor neuropático (73;109-111) con resultados variables; si bien parece que a corto plazo son útiles para el control del dolor y la mejora en la calidad de vida, especialmente si se usan en combinación con opioides (tramadol) a dosis bajas (112). La pregabalina ha sido el primer fármaco aprobado por la FDA (Agencia Americana para los Medicamentos) con esta indicación.

A modo de resumen los fármacos que se deben usar en base a la evidencia científica son: amitriptilina, Inhibidores de la recaptación de la serotonina, ciclobenzaprina y AINEs (Tabla 4).

Fármaco	Dosis (mg/d)	Grado de evidencia/ grado de recomendación
Amitriptilina	10-50	I/A
Tramadol	100-400	I/A
ISRSa	10-40	II/B
Ciclobenzaprina	10-30	II/B
AINEb	500-1.500	III- IV/C

a: Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina fluoxetina, paroxetina, citalopram.

b: Antiinflamatorios no esteroideos: ibuprofeno, naproxeno.

Tabla 4. Tratamiento farmacológico de la FM. Fármacos con eficacia comprobada. Tomado de Collado A y col (5).

Se han estado usando otros fármacos para el control del dolor pero sin evidencia comprobada tales como la toxina botulínica, gammahidroxiбутирато, litio, anabolizantes, calcitonina, adenosilmetionina; prednisona, selenio y complementos vitamínicos, clormezanona, 5-OH-triptófano, melatonina, tropisetron, interferón alfa y carisoprodol

5.2.2. Control de otros síntomas (trastornos del sueño, astenia, fatiga, alteración del estado de ánimo y disautonomía)

Trastornos del sueño

Casi el 90% de los pacientes con FM refieren un sueño de mala calidad, con dificultad para conciliarlo y mantenerlo, ligero y con la sensación de falta de descanso nocturno (3;6;62;90;113-115).

El síndrome de piernas inquietas, caracterizado por una extraña sensación reptante en las piernas y un impulso con frecuencia incontrolable de estirarse, suele aparecer en las primeras fases del sueño lo que interfiere con el descanso nocturno. Generalmente se acompaña de mioclonias nocturnas que acortan los periodos de sueño profundo y de apnea obstructiva del sueño (AOS) con despertares frecuentes especialmente en pacientes obesos.

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico se deberían adoptar medidas de higiene del sueño tales como evitar bebidas estimulantes 4-6 horas antes de irse a dormir, realizar ejercicio aeróbico durante el día y no cerca de la hora de acostarse, usar el dormitorio sólo para dormir o mantener relaciones sexuales no para ver la TV o trabajar, y mantener un ambiente agradable a la hora de acostarse (luz apagada o atenuada, temperatura agradable, cama cómoda). Otra opción sería realizar estiramientos suaves o técnicas de relajación progresiva para ayudar a conciliar el sueño. Estas recomendaciones han demostrado tener efecto en el tratamiento del insomnio tanto a corto como a largo plazo (5;40;116).

Los fármacos usados de forma habitual para el control de los síntomas en estos pacientes tienen a veces un efecto desmesurado, efecto resaca, si no se usan en dosis iniciales muy bajas dado que suelen ser extremadamente sensibles a sus efectos, al igual que lo son al de otros muchos fármacos (40).

Los agentes farmacológicos utilizados incluyen: sedantes puros que actúan sobre los receptores benzodiazepínicos, antihistamínicos sedantes y antidepresivos con acción sedante. Las benzodiazepinas no parecen muy útiles en estos enfermos excepto para el control del síndrome de piernas inquietas y no durante demasiado tiempo.

Los antidepresivos tricíclicos han demostrado ser los más eficaces iniciando el tratamiento a dosis bajas y aumentando la dosis de forma progresiva hasta que aparezca una cierta mejoría en el sueño o hasta que aparezca somnolencia diurna. De ellos, la amitriptilina es el que tiene mayores efectos sedantes y junto con la ciclobenzaprina se utiliza para el control del dolor y de otros síntomas por lo que deben ser la primera elección (5).

Los agentes hipnóticos con propiedades sedantes y de acción corta pueden ser útiles en caso de personas resistentes al insomnio pero sólo durante periodos cortos de tiempo ya que pueden producir tolerancia (117).

En el caso de que no haya mejoría en el descanso nocturno se puede añadir al tratamiento un antihistamínico sedante como la difenhidramina. Estos fármacos se suelen usar como coadyuvantes al tratamiento de forma cíclica, pero rara vez como fármaco único pues si bien tienen efecto ligeramente sedante no llegan a ser inductores del sueño (5). El siguiente paso serían los hipnóticos no benzodiazepínicos inductores del sueño como el zolpidem. Otros fármacos utilizados para inducir el sueño son los relajantes musculares tales como el carisoprodol o la tizanidina, que pueden resultar útiles en algunos pacientes (40).

Las benzodiazepinas sólo tienen un cierto efecto para controlar el malestar generado por el síndrome de piernas inquietas, si bien parece más útil el tratamiento con Ldopa/carbidopa, clonacepam o narcóticos antes de acostarse, aunque en cada paciente los resultados son variables y deben probarse por separado antes de instaurar el tratamiento definitivo (5;40).

Fatiga, astenia

El profundo cansancio y la astenia interfieren seriamente en la calidad de vida, las actividades laborales y el nivel de recuperación física. De nuevo los antidepresivos tricíclicos parece que son los medicamentos más efectivos, aunque en casos de fatiga profunda que se acompaña de hipersomnia se están utilizando fármacos simpaticomiméticos de acción central tales como el modafilino o el metilfenidato (fármacos usados para la narcolepsia); estos fármacos se pueden usar de forma ocasional y siempre bajo estrecha supervisión ya que al ser fármacos psicoanalépticos pueden tener graves efectos secundarios sobre el comportamiento, que puede llegar hasta a la inducción de ideas suicidas o producir efecto rebote (5).

Alteraciones del estado de ánimo

Jensen, en las conclusiones de su estudio, afirma que tanto la ansiedad como la depresión son síntomas que acompañan a los pacientes con SFM y éstos hacen que la persona tenga una autopercepción de mala salud o, por el contrario tener mala salud hace que los pacientes tengan síntomas ansiosos y depresivos, si bien ni la ansiedad ni la depresión interfieren con la percepción y la sensibilidad ante el dolor (118).

Dado que es un síntoma frecuente en estos pacientes, lo razonable sería tratarlo con fármacos ansiolíticos tales como las benzodiazepinas y, de hecho, forman parte del tratamiento de estos pacientes de forma habitual, tanto para tratar la ansiedad como tratamiento de las alteraciones del sueño y el síndrome de piernas inquietas que suele acompañar al cuadro (40).

No parece que haya evidencia que avale el uso de benzodiazepinas de forma crónica en estos pacientes sino que es más útil el uso de antidepresivos con acción ansiolítica (duloxetina y venlafaxina) a las mismas dosis usadas como antidepresivo o con pregabalina, que además de su efecto sobre el dolor está indicado en trastornos de ansiedad generalizada (64). Sólo en el caso de que presenten ansiedad manifiesta o crisis de pánico sería de utilidad asociar una benzodiazepina como puede ser el alprazolam iniciando el tratamiento a dosis bajas e incrementándolo hasta conseguir el efecto deseado (5).

Disautonomía (alteración del sistema autónomo y vegetativo)

Es muy frecuente y se manifiesta con hipotensión neurógena, taquicardia postural ortostática, sensación de mareo o inestabilidad con los cambios de posición o hiperactividad del sistema nervioso simpático (temblor, hiper sudoración). Antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico se deben recomendar medidas higiénicas como pueden ser evitar los factores desencadenantes, tomar bebidas isotónicas, etc. Si aún así los síntomas requieren medicación se usan fármacos betabloqueantes (propranolol).

Dada la múltiple sintomatología del SFM, el tratamiento se debe individualizar en cada caso buscando usar el menor número de fármacos posible, introduciéndolos progresivamente y explicando en cada caso lo que se puede esperar de ellos, así como los efectos secundarios que pueden aparecer dadas las características de los medicamentos y la especial idiosincrasia de los enfermos (5;64).

5.3. TRATAMIENTO FÍSICO

Debe ser individualizado y adaptado al paciente, ya que su tolerancia varía en función del grado de afectación y la manifestación clínica de cada uno. A la hora de recomendarlo se deben tener en cuenta aspectos relacionados con el dolor, la disfunción muscular y la impotencia funcional secundaria al dolor (5).

El tratamiento sintomático de estos enfermos se basa en procedimientos cuyo objetivo sea disminuir la hipertonia muscular y conseguir una situación de relajación para paliar el dolor miotendinoso. Es conveniente tener en cuenta factores exógenos que puedan producir sobrecarga como pueden ser el frío, la humedad, la sobrecarga postural y el

estrés. Según García Campayo y col (64) las opciones que se deben valorar en todos los casos son:

- a. Ejercicios aeróbicos: aquellos que utilizan grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardiaca (FC) pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta el 75-85% de la FC máxima para la edad). Se incluyen ejercicios en carga (caminar o danza) y ejercicios en descarga (bicicleta, natación)
- b. Ejercicios de fortalecimiento muscular: pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente
- c. Ejercicios de estiramiento o flexibilidad: su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

Se han utilizado diversos tipos de terapias físicas como la crioterapia, el TENS (estimulación eléctrica transcutánea), termoterapia (fototerapia, ultrasonidos), mesoterapia o fisioterapia, entre otras, pero el mayor grado de evidencia en cuanto a sus beneficios sobre el control del dolor, fatiga, ansiedad y problemas relacionados con el sueño lo tiene el ejercicio aeróbico con ejercicios de fortalecimiento y tonificación (48;96;99;100;119-121). El ejercicio físico no sólo mejora la percepción del dolor sino que además previene del anquilosamiento que aún empeora más el cuadro de dolor. Ninguno de los estudios consultados habla de efectos secundarios del ejercicio sobre la sintomatología de los pacientes.

Los ejercicios que se recomiendan son caminar, hidroterapia, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de la musculatura que además aumentan su resistencia a la fatiga. Le Marshall también reconoce el beneficio claro que obtienen las mujeres que practican Tai- chi (121), yoga y Qijong, aunque estos dos últimos con menor evidencia (100).

En el caso de que haya afectación moderada o severa el ejercicio será siempre supervisado, de inicio gradual y con un control de las condiciones en las que se realiza (5). En la revisión de Busch (122) no se recogen diferencias entre los diferentes tipos de ejercicio. Lo que si se aprecia es que los beneficios con todos ellos son duraderos.

5.4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Las terapias psicológicas y de comportamiento cada vez se aplican más en los pacientes con FM. Un paciente no tiene por qué tener ningún problema psiquiátrico para que el dolor y el malestar crónico influyan en su estado anímico. Desde el enfoque biologicista se incluyen profesionales de la salud mental para abordar los aspectos psiquiátricos de la enfermedad (depresión, somatización o trastornos de ansiedad) cuando han fallado los intentos de mejorar los síntomas desde la farmacología. Este enfoque contrasta con el modelo biopsicosocial en el que se incluye a estos profesionales desde el principio, pero no porque se considere que la persona tiene un problema psiquiátrico sino para abordar la gestión de los factores psicológicos y sociales que intervienen en la percepción del dolor y su mantenimiento, así como sus formas de afrontamiento (14;64;94;96;100;118;123).

Los pacientes con FM experimentan una gran variedad de síntomas físicos (dolor, fatiga, etc.), así como disfunción cognitiva (también conocida como “fibroniebla”) (8;123).

La fibroniebla o disfunción cognitiva no tiene una definición clara, se trata de una experiencia compuesta que implica una disminución del procesamiento de la información, dificultad para realizar múltiples tareas especialmente en condiciones que conllevan distractores externos, fallos de memoria, falta de concentración y claridad de pensamiento, así como de percepción de los déficits en la función ejecutiva (8) sin que se conozca muy bien su origen.

Desde el modelo conductual se hace una diferencia entre la causa del dolor, su expresión, las conductas que genera y el tipo de reacción que provoca. Las reacciones incluyen todo tipo de cogniciones, emociones y conductas.

Dos personas pueden experimentar un proceso que provoque dolor idéntico, sin embargo la experiencia y los acontecimientos hacen que respondan al dolor de forma diferente. Al hacer la evaluación primaria del evento, cada sujeto lo hará de manera diferente, y lo etiquetará como dañino, amenazador o generador de algún beneficio. Si lo considera amenazador o perjudicial lo reevalúa para ver si tiene recursos suficientes para controlarlo de manera adecuada y tratarlo; si es así, la experiencia de dolor puede disminuir. Si los recursos no se consideran adecuados, las respuestas afectivas de ansiedad y depresión hacen que se intensifique la percepción del dolor, generando respuestas potencialmente desadaptativas como el aislamiento tanto personal como social, la disminución de la capacidad de autogestionar comportamientos saludables (dieta, ejercicio físico) y la adopción de creencias globales de impotencia para manejar las enfermedades preexistentes (impotencia aprendida o locus de control externo). De esta manera pueden aparecer percepciones o comportamientos que promueven la transición del dolor agudo a crónico (123).

La terapia cognitivo conductual utiliza habilidades específicas para propiciar cambios cognitivos y de comportamiento en las personas. Estas técnicas se basan fundamentalmente en el desarrollo de habilidades para resolver problemas y los principios de cambio atribucional, por lo que han sido utilizadas para promover la adaptación a otras condiciones de enfermedad crónica como puede ser la enfermedad coronaria u otros tipos de dolor crónico.

Hay diversos estudios que exploran los resultados de las intervenciones de las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) en pacientes afectados de SFM, pero entre ellos difieren en las habilidades que utilizan, el formato del tratamiento, etc., por lo que es difícil evaluar los resultados de una forma más global. A pesar de ello todas parecen coincidir en las fases que deben incluir: educación para que el paciente se familiarice con un modelo de comprensión del dolor; entrenamiento en habilidades de afrontamiento del dolor (técnicas de relajación, ritmo de actividad, programación de actividades agradables, resolución de problemas, higiene del sueño) y aplicación de las habilidades adquiridas en situaciones de la vida real.

Los beneficios de las TCC no se aprecian de manera inmediata sino que deben pasar entre 3 y seis meses para que las habilidades aprendidas puedan ser practicadas e incorporadas a la vida cotidiana. Para que los beneficios en los cambios de comportamiento, los recordatorios y los refuerzos se mantengan en el tiempo, también

es necesario un seguimiento y un refuerzo continuado a largo plazo para ayudar a los pacientes a mantener las habilidades aprendidas (123).

Entre los estudios publicados hay diferentes abordajes, si bien la tendencia es a combinar las TCC con el tratamiento farmacológico para conseguir una buena gestión del mismo, con ejercicio físico o con otras intervenciones no farmacológicas para el manejo de síntomas como el estrés, el insomnio o la impresión de mejora global de los síntomas (13;124). Los resultados publicados por Williams tras analizar diecisiete estudios (123) sugieren que, si bien se obtienen beneficios modestos usando TCC de forma única, estos aumentan de manera importante si se combinan con terapia farmacológica y ejercicio aunque los diversos autores recomiendan seguir con la investigación debido a que con frecuencia las muestras son insuficientes (13;95;124-130).

Si bien como ya se ha dicho con anterioridad los expertos recomiendan el uso de las TCC para el tratamiento multidisciplinar de la FM y figura como uno de los tres pilares en su tratamiento en las diferentes guías clínicas que se proponen en nuestro país (5;64), la realidad es que o bien no se le plantea al paciente o bien el reumatólogo lo hace de manera encubierta (71).

5.5. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

En los últimos años además de las terapias cognitivo conductuales (13;14) y el ejercicio aeróbico controlado (15), se han ido incorporando terapias complementarias al tratamiento de la FM tales como la quiropraxis, técnicas de relajación y meditación, suplementos dietéticos y herbales, Reiki, TENS, terapias magnéticas, ionizadores negativos, aromaterapia y acupuntura entre otras (5;16;64;94;131).

Como se recoge en el documento de consenso para el Diagnóstico y Tratamiento de la FM en Canadá (94), la acupuntura sería una opción de tratamiento del dolor miofascial estimulando con las agujas los puntos gatillo para permitir que estos se relajen y que se reequilibre el flujo de la energía corporal y la función nerviosa reduciendo de esa manera el dolor; para tratar la fatiga según este documento pueden ser útiles los masajes suaves, terapia con luces fuertes, sacrocraneal y aromaterapia. Para los trastornos del sueño: calcio y magnesio, valeriana y aromaterapia. En el caso de las disfunciones autónomas como la hipotensión ortostática y el vértigo, la meditación. En estados de ansiedad puede ser útil la aromaterapia y la fitoterapia a base de lavanda y tomillo. Vitaminas y minerales como la Vitamina E (estimula el sistema inmune y reduce la fibrina de los nervios), complejo B (ayuda a reducir el estrés y aumenta la energía), vitamina C (estimula el sistema inmune y combate la enfermedad crónica), betacaroteno (precursor notóxico de la vitamina A, puede ayudar al sistema inmune a combatir la enfermedad crónica. La vitamina A, por el contrario puede aumentar el dolor musculoesquelético), el maleato de magnesio puede disminuir la fatiga y prevenir los calambres musculares y Zinc aumenta la función muscular y nerviosa.

Algunos de los suplementos recomendados son: ácidos grasos esenciales, necesarios para la integridad celular de las membranas, la síntesis de prostaglandinas y alivio de la piel seca. Se encuentran en el pescado de agua fría, suplementos de aceite de salmón y el aceite de prímula y mejoran el flujo sanguíneo y la transmisión de los impulsos nerviosos; lecitina (implicada en el funcionamiento de nervios, cerebro, músculos y

circulación); sulfato de glucosamina (puede reducir el dolor y mejorar la movilidad articular).

Entre las plantas para mejorar el flujo sanguíneo y cerebral puede ser de utilidad el Gingko Biloba, el Ginseng Siberiano puede ayudar al sistema inmune y reforzar la curación de los tejidos blandos; la Valeriana (*Valeriana Officinalis*) contribuye a promover la relajación, la tranquilidad y el sueño; la Uña del Diablo (*Harpagophytum Procumbens*) puede reducir el dolor articular y la Uña de gato (*Uncaria Tomentosa*) el dolor.

USO DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

La medicina tradicional, complementaria y alternativa, suscita muchas reacciones que van desde el entusiasmo más crítico hasta el escepticismo no informado. La medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendida en los países en vías de desarrollo, mientras que la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados. En base a esta realidad la OMS definió en 2002 una estrategia para intentar regular las políticas, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional tanto de la MT como de la MCA (132).

Los motivos por los que la población acude a las terapias complementarias no son fáciles de definir ya que influyen factores complejos. Alguno de estos factores son (131):

- a) El hecho de que en la población general aún está presente la concepción mágico-animista del origen de la enfermedad y dado que la medicina alopática no contempla la etiología sobrenatural, el paciente busca equilibrar o purificar su cuerpo y recuperar la salud perdida por un “encantamiento” o “mal de ojo”.
- b) Algunos pacientes consideran que el tratamiento convencional debilita su cuerpo e impide su capacidad de autocuración, mientras que las TC corrigen y dan apoyo a su organismo
- c) Los pacientes con enfermedades crónicas con frecuencia están interesados en tomar parte activa en su tratamiento y buscan consejo sobre la dieta que deben seguir o la actividad que más les conviene, por lo que se acercan a las TC que dan un modelo alternativo para explicar la complejidad de la salud y la enfermedad y proponen un estilo de vida alternativo (acupuntura, naturismo)
- d) La desfragmentación y tecnificación de la medicina tradicional que despersonaliza la relación médico- paciente y dada la condición de enfermo crónico no encuentra satisfacción en esa relación y tiende a buscar una esperanza en las TC.

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

Los términos “complementaria” y “alternativa” (y a veces también “no convencional” o

“paralela”) se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país o no están integradas en su sistema sanitario prevalente.

Para aclarar este término sirva un ejemplo: la acupuntura es una terapia médica tradicional china, sin embargo muchos países europeos la definen (y a la medicina tradicional china en general) como MCA, porque no forma parte de sus propias tradiciones sanitarias. De la misma forma, aunque la homeopatía y los sistemas quiroprácticos se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, tras la introducción de la medicina alopática no se clasifican como sistemas de MT ni están incorporados a los modos sanitarios dominantes de Europa, sino que se consideran como una forma de MCA.

La medicina tradicional está basada en las necesidades de las personas. Distintas personas pueden recibir distintos tratamientos incluso si, de acuerdo con la medicina moderna, sufren la misma enfermedad. La medicina tradicional se basa en la creencia de que cada persona tiene su propia constitución y circunstancias sociales que dan como resultados distintas reacciones para las “causas de la enfermedad” y el tratamiento.”

Según este documento, el incremento en el uso de las terapias complementarias en los países desarrollados se debe al aumento de la preocupación de la población por los efectos adversos de los medicamentos, el cuestionamiento cada vez más elevado a los enfoques y suposiciones de la medicina alopática, así como el mayor acceso del público a la información sanitaria, los cambios en los valores y la disminución en la tolerancia al paternalismo.

Los datos que recoge de los informes tanto gubernamentales como no gubernamentales de algunos países desarrollados acerca del uso de MCA hablan por sí solos: el 46% de la población en Australia, el 49% en Francia, el 70% en Canadá, el 46% en Suiza (dato muy similar en la población y en la encuesta sobre 610 médicos que informaban haber sido tratados con homeopatía y acupuntura). En Reino Unido casi el 40% de los médicos alopáticos ofrecen alguna forma de derivación o acceso a las terapias complementarias. La acupuntura se utiliza en 78 países tanto por acupunturistas como por médicos alopáticos y sólo en Europa se estima que existen 15.000 profesionales que la practican, incluyendo a los médicos alopáticos que también practican como acupunturistas. En Bélgica, el 74% del tratamiento de acupuntura lo administran médicos alopáticos. En Alemania, el 77% de las clínicas contra el dolor proporcionan acupuntura. En el Reino Unido, el 46% de los médicos alopáticos bien recomiendan a sus pacientes un tratamiento de acupuntura o tratan a sus pacientes con acupuntura ellos mismos. En EE UU hay 12 000 licencias de acupunturistas (la práctica de la acupuntura es legal en 38 estados y en seis estados se están desarrollando políticas para la práctica de la acupuntura).

En los EEUU, en 1993, se publican resultados (133) acerca del uso y los costes que implica el uso de terapias alternativas y complementarias. Los resultados que refleja el estudio llevado a cabo a nivel nacional sobre 1.539 sujetos son que el 34% de las personas habían usado al menos una terapia en el último año pero sólo un tercio de ellos había acudido a un profesional con una media de 19 visitas; con una edad entre los 25 y los 49 años con nivel educativo y económico medio- alto y de raza blanca o asiática, siendo la población negra la menos frecuentadora; y que las usan para problemas crónicos de salud, aunque en caso de enfermedades graves también acuden a la

medicina alopática si bien casi un tercio (72%) no se lo comunican a su médico. Extrapolando los resultados a la población de los EEUU, en 1990 los estadounidenses visitaron más a los terapeutas de medicinas complementarias que a los médicos de atención primaria, gastando unos 13,7 millones de dólares, de los que las tres cuartas partes fueron autofinanciadas. El informe concluye que esta cifra es comparable al gasto que supusieron todas las hospitalizaciones en los Estados Unidos (\$ 12,8 mill). Estos datos contrastan con los obtenidos por Druss (134) que reduce mucho la cifra aunque su estudio no es a nivel nacional como en el caso de Eisenberg y col. El mismo autor en otra encuesta posterior (135) indicó que el uso de terapias alternativas había aumentado del 34% en 1990 hasta el 42% en 1997.

Debido al interés creciente de la población por estas terapias se han seguido publicando estudios para conocer el perfil de las personas que las usan de forma habitual. Alguno de estos se han publicado en Europa (136) y otros en América (16) y concluyen, al igual que la revisión llevada a cabo por Kikuchi (137), que la población que usa más terapias no convencionales corresponde a mujeres, con niveles medio-alto educativo y económico, y descontentas con su medicación habitual. El grado de satisfacción de los usuarios en todas las terapias usadas era alto en general.

Con posterioridad se han publicado estudios con relación al uso de estas terapias entre la población adulta, algunos sobre población general (138;139) y otros en pacientes con diferentes tipos de artritis entre las que encuentran pacientes con SFM (140). En este estudio, el 90,2% de los pacientes atendidos en Atención Primaria con problemas reumáticos usan terapias complementarias y el 69,2% usan más de una; en otro estudio realizado específicamente en enfermos con SFM (16), en general las terapias más utilizadas son dietas y tratamientos nutricionales, fitoterapia, masajes, yoga y terapias espirituales. Según el estudio de Wall, al menos el 50% de los pacientes de larga evolución, es decir los que están diagnosticados al menos cinco años atrás, siguen un tratamiento con terapias complementarias (suplementos vitamínicos, dietas, masajes, o incluso terapias espirituales), llegando a dejar el tratamiento alopático. De ellos casi las tres cuartas partes hablan con un profesional de la salud acerca de otros tratamientos, lo que indica una cierta apertura frente a lo que se había publicado en estudios anteriores en que sólo la mitad de los encuestados hablaban con su médico de esta posibilidad (138).

La realidad en Italia es bien diferente, ya que algunas terapias complementarias como la acupuntura, fitoterapia, homeopatía y las terapias manuales están incluidas en los servicios de salud italianos. En algunas regiones como por ejemplo La Toscana, según Barbadoro et al (136) un 14% de la población italiana usó alguna terapia complementaria entre 2002- 2005, aunque por debajo del uso que se hace en otros países europeos como Inglaterra, el 26%, o Alemania en el que el uso llega hasta el 42,3% con un alto grado de satisfacción. En el sistema sanitario belga el Ministerio de Salud reconoce la homeopatía, la acupuntura, la osteopatía y la quiropraxis como tratamientos reembolsables para el ciudadano al igual que los tratamientos alopáticos, el único requisito es que el profesional esté registrado.

En España, Álvarez Hernández y col en su estudio de 2006 (131) sobre 800 pacientes de los que el 6,5% estaban diagnosticados de SFM reconocen el uso de terapias complementarias en un rango que oscila entre el 60 y el 85,6%, especialmente en aquellos enfermos que tienen un tiempo de diagnóstico superior a los 5 años, pero sólo un tercio de los pacientes informan a su médico que están usando estas terapias. Las

más usadas en este estudio son los complementos vitamínicos, Sábila (Aloe Vera), homeopatía, masajes, acupuntura, quiropraxis y sólo el 1% terapia Reiki.

En España el 71,1% de los pacientes que acuden por diversos motivos a las consultas de Reumatología (osteoartritis, artritis reumatoide y FM) reconocen que usan algún tipo de terapia complementaria, siendo las más frecuentes los complementos vitamínicos, árnica (*Arnica montana*), Sabila (Aloe vera), homeopatía, masoterapia y acupuntura. Acudir a las TC es más frecuente entre las personas con una evolución de la enfermedad de más de 5 años (131).

Como ya se ha dicho con anterioridad, en el tratamiento de la Fibromialgia también se han usado terapias complementarias tales como cambios en la dieta y nutricionales, acupuntura, electroacupuntura, hidroterapia y magnetoterapia, entre otras, con beneficios a priori para las pacientes, aunque según la revisión de Sueiro y col (141) se necesitarían más estudios para poder justificar su uso; esto puede haber llevado a Terhorst y col (142) a realizar tres años más tarde una nueva revisión en la que tras revisar sesenta estudios publicados en las cuatro categorías que reconoce el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (EEUU): productos naturales (vitaminas, minerales, alimentos probióticos y suplementos alimenticios), terapias cuerpo-mente (meditación, visualización guiada e hipnosis), manipulación (quiropaxis y masaje) y otras (terapias de movimiento, terapias energéticas, homeopatía) (143), concluye que tanto la balnearoterapia, las terapias cuerpo-mente y la acupuntura sí muestran evidencia de eficacia para el control del dolor en la FM. El resto de las terapias, si bien parece que tienen efectos positivos en el control del dolor no se puede asegurar, ya que los estudios son escasos o con muestras insuficientes y deben ser estudiadas con más profundidad.

A pesar de la recomendación de la 56 Asamblea de la OMS en el año 2003 que invita tanto a la regulación de la práctica como de los estudios (144) la regulación en la mayoría de los países sigue sin realizarse aunque hay intentos por hacerlo. De hecho, hay estudios publicados en algunos países ya desde el pasado siglo para conocer la situación tanto en Europa (145) como en América (133) y cómo estaban reguladas, llegando a conclusiones diferentes y que concuerdan con los resultados publicados en el informe de la OMS (144) que publica los países que tienen regulación para estas terapias en nuestro entorno. Así, en Alemania si bien no tiene una política nacional ni un departamento en el Ministerio de Sanidad las terapias herbales estaban reguladas, así como su comercialización, estando incluidas en algunos hospitales estatales con líneas de investigación en marcha. Noruega, Reino Unido y Canadá ya en esa época tenían reguladas las terapias con presencia en el Ministerio de Sanidad (excepto en Reino Unido), estando incluidas en algunos hospitales públicos con financiación parcial y con líneas de investigación y enseñanzas regladas. EEUU a pesar de tener regulación y control mediante el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa no las había incluido en el sistema nacional de salud pero las ofertaba en algunos hospitales públicos con financiación parcial (132;144).

Dentro de este paradigma de utilización de terapias complementarias para controlar el dolor mediante métodos no farmacológicos, y ante la posibilidad de disminuir los efectos adversos y el costo, durante las últimas dos décadas ha aumentado la popularidad de las terapias de toque (17;18).

TERAPIAS DE TOQUE

Según la Clasificación del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) de los EEUU las terapias basadas en la energía se dividen en dos categorías básicas: las terapias de biocampo y las terapias basadas en el bioelectromagnetismo (143).

De acuerdo con esta clasificación, las modalidades basadas en el biocampo o basadas en la energía se definen como aquellas terapias encaminadas a afectar los campos de energía que, supuestamente, rodean y penetran el cuerpo humano (aura). Dentro de estas terapias se encuentran el Qigong, las terapias de toque que incluyen el Tacto curativo (TC) y el Tacto terapéutico (TT) y el Reiki (146).

Las terapias basadas en el biomagnetismo implican el uso o la manipulación de los campos electromagnéticos (CEM), líneas invisibles de fuerza o corrientes eléctricas. Aunque la existencia de los CEM se ha demostrado, el uso terapéutico de estos campos está restringido a la magnetoterapia (146).

La medicina de la energía trata con campos de energía que pueden medirse (p.ej. rayos láser, etc.) y otros que no pueden medirse (p.ej. tratamientos de biocampos, la acupuntura, etc.) (18).

Las terapias de toque llevan este nombre porque los profesionales tocan el campo de energía de los clientes. Se cree que este efecto ocurre por la aplicación de energía para restaurar, activar y equilibrar los trastornos de los campos de energía del paciente mediante técnicas manuales o no. El concepto fundamental es que la enfermedad y la afección surgen de los desajustes del campo de energía vital, aunque la existencia del campo de energía del cuerpo humano no ha sido probada científicamente, lo que genera cierta controversia sobre el efecto de estas terapias (19;20) .

Las enfermeras americanas empezaron a usarlas en los años 70 del pasado siglo en su práctica diaria tanto en hospitales como en otros ámbitos (25;147) en base al nuevo paradigma de cuidado holístico situado en la corriente de pensamiento de la Transformación y encuadrado en la Escuela del Caring y liderado entre otras por Jean Watson y Madeleine Leininger (148). Según este paradigma, Watson considera a la persona poseedora de un cuerpo, una mente y un espíritu, situando el cuerpo en el espacio y la mente y el espíritu en el aquí y ahora; un concepto dinamizador en la teoría de Watson es el momento *caring*, un momento en el que no hay tiempo ni espacio y en el que se produce un contacto humano a nivel profundo, donde deben utilizarse acciones, palabras, lenguaje corporal y no verbal, sentimientos, intuición, pensamientos, tacto y energía para conectar de forma adecuada con las personas.

El Toque Terapéutico (TT) es una intervención enfermera alternativa desarrollada por Dora Kunz, una sanadora, y Dolores Krieger, una enfermera en la década de los años 70 del siglo XX. TT es un método para detectar y equilibrar la “energía vital”, también llamada *prana* o *qui* (chi). Un flujo de energía entre el ambiente y el cuerpo equilibrado se supone que es la base de una buena salud, mientras que los desequilibrios y los bloqueos de esta energía conducen a la enfermedad y a la mala salud (27;31). Dado que la ciencia aún es incapaz de medir el campo de energía vital del cuerpo, estos conceptos y, por tanto, el efecto de estas terapias que se cree que ejercen un efecto sobre el campo de energía, generan polémica y se duda de su efectividad (27).

Al recibir una sesión de TT se anima a las personas a relajarse, sentados o acostados, y siempre vestidos, mientras el terapeuta coloca sus manos a unos 2 ó 3 centímetros de su cuerpo; por esta razón también se conoce a esta terapia como *terapia de toque sin contacto* (31).

Las TT pueden promover la relajación, la comodidad y el bienestar así como pueden ser útiles para el insomnio y la fatiga (24;29), motivo por el cual se han realizado múltiples estudios en los que se informa de resultados positivos y rara vez de algún efecto secundario (19;20;30).

Los efectos que se pueden conseguir con las TT son:

- Acelerar la curación.
- Disminuir el dolor.
- Aliviar los síntomas físicos.
- Disminuir el estrés y la ansiedad.
- Facilitar la expresión de emociones almacenadas.
- Facilitar el cambio de emociones negativas en positivas.
- Facilitar el reemplazo de emociones negativas mediante creencias realistas.
- Inducir la relajación.
- Inducir un sentimiento de paz y bienestar.

Debido a estos supuestos efectos de las terapias se ha promocionado su valor en la clínica para mejorar la salud y aliviar el malestar y el dolor provocado por diversas enfermedades clínicas (21-23) como el cáncer (22;149) y los dolores osteomusculares (150).

Según los resultados obtenidos en distintos estudios (17;18;21;22;24-29) se ha observado que las terapias de toque aceleran la curación, disminuyen el dolor, alivian los síntomas físicos, disminuyen el estrés y la ansiedad, pueden ser útiles para tratar el insomnio y la fatiga, facilitan la expresión de emociones almacenadas, inducen la relajación, etc. Aunque algunas revisiones también indican que no hay pruebas suficientes de que las terapias de toque promuevan la recuperación (30;31) por lo que recomiendan seguir investigando con estudios bien diseñados y con muestras suficientes.

En otros intentos de comprobar su efectividad se ha recurrido a estudios in vitro como el llevado a cabo por Jhaveri y col (151) para ver si las terapias de toque tienen influencia en la proliferación, diferenciación y mineralización de los osteoblastos en medio de cultivo tanto en células sanas como en células de osteosarcoma. Los resultados que obtuvo tras cuatro sesiones en dos semanas fueron que sobre las células sanas se incrementaba la mineralización y la proliferación mientras que en las derivadas de osteosarcoma disminuía su diferenciación de las sanas así como su proliferación.

REIKI:

REIKI

Reiki es una de las modalidades reconocidas como terapias de energía por la NCCAM (143). Su origen es más antiguo que las demás terapias energéticas tales como el TT desarrollada como se ha dicho con anterioridad en los años 70 del pasado siglo.

Para entender cómo funciona el Reiki es necesario conocer las tradiciones de curación indígenas que ya existían antes de la aparición del modelo biomédico occidental. En estos sistemas, la capacidad para facilitar la curación se basa en el conocimiento y las prácticas que se transmiten de Maestro a alumno, quien a su vez con el paso del tiempo se convierte en Maestro de otros estudiantes. Esta forma de aprendizaje da lugar a linajes de sanadores (146).

Incluso en Europa se ha podido comprobar que había conocimientos acerca de las propiedades de algunas plantas y de cómo tratar diferentes afecciones tras el hallazgo en 1991 de la momia del que se ha denominado “Hombre de hielo” en los Alpes Suizos. Esta momia portaba consigo los útiles de uso diario ya que la muerte fue por congelación. Uno de los enseres encontrados es una pequeña cantidad de un hongo que los paleobotánicos han etiquetado como *Piptoporus betulinus* que contiene resinas tóxicas y un compuesto activo, el ácido agárico, que son purgantes fuertes y se traduce en una fuerte, aunque breve, episodios de diarrea; este hongo también contiene aceites que son tóxicos para los metazoos y tienen propiedades antibiótico, actuando contra las micobacterias. Un análisis del contenido del recto del hombre de hielo reveló que tenía huevos de *Trichuris*, lo que sugiere que el hombre conocía su enfermedad y usaba el hongo para combatirla. Así mismo, en la momia se han encontrado marcas de tatuajes especializados que se produjeron en paralelo múltiple o intersección de incisiones lineales con un bisturí, rellenando las incisiones con una mezcla de hierbas, que tuvieron el efecto de cauterizar las incisiones. La mayoría de estos tatuajes se hicieron en la piel sobre las articulaciones que se vieron afectadas por la artrosis (columna lumbar, la rodilla y tobillo) y el Hombre de Hielo podría haber utilizado estos tatuajes como una forma de terapia localizada de dolor muscular y articular (152).

También es sabido en occidente que algunos sistemas médicos tradicionales tales como los de la India y África han usado tecnologías avanzadas como la cirugía del cerebro, pero hacen hincapié en el desarrollo de otras habilidades que se pasan por alto en la medicina tradicional. Por ejemplo, los sanadores tradicionales usan los recursos naturales y se centran en los campos vibracionales sutiles que están relacionados con la conciencia; esta intervención es necesaria si se quiere conseguir un efecto duradero. Para conseguir acceder a los reinos subjetivos de la conciencia, los sanadores tradicionales requieren de un gran entrenamiento alcanzado a través de técnicas de meditación y prácticas espirituales llevadas a cabo con una gran disciplina (146)

1. HISTORIA DEL REIKI.

Los orígenes del Reiki son complejos ya que se trata de un sistema que se puede considerar antiguo y moderno al mismo tiempo. Es moderno porque se desarrolla en los últimos años del siglo XIX y antiguo porque parece que su origen está en varias filosofías espirituales tales como la Ayurveda o la filosofía china (budismo, shinto shugendô).

La Medicina Tradicional China se remonta al *Clásico de Medicina Interna del Emperador Amarillo* escrito entre los años 2697 y 2598 aC, y de otra parte los principios ayurveda que significa *ciencia de la vida* tienen sus orígenes en el periodo védico situado entre el primer y segundo milenios aC. Ambas tradiciones se centran en la energía y aplican diferentes técnicas para restablecer el bienestar de las personas. Ambas siguen estando vivas en la actualidad.

En el antiguo Japón las principales influencias espirituales fueron el budismo japonés, el shinto y el shugendô.

El budismo japonés o tendai encierra una tradición esotérica en la que determinadas prácticas están reservadas sólo a los iniciados (generalmente monjes y monjas) y que incluían lo que llamaban Mikkyô (enseñanzas secretas), una serie de doctrinas basadas en linajes en las que aprendían además las prácticas bajo la disciplina de un Maestro.

El Shinto es la religión nativa del Japón y es una mezcla entre la adoración a la naturaleza, las artes adivinatorias, el chamanismo y la veneración por los *kami* (dioses y espíritus). Según las historias de su origen, el emperador descendía directamente de los dioses por lo que era considerado como un dios viviente. Fue la religión oficial del Japón desde 1868 quedando prohibido combinarla con el budismo.

El shugendô, básicamente, es un método que combinando elementos del budismo y del Shinto permite desarrollar poderes espirituales. Actualmente ya no se practica de forma pura pero aun se siguen venerando a las montañas como lugares sagrados. Tiene su origen en el 666 dC y es una práctica profundamente ascética en la que sus seguidores pasaban años hasta lograr su capacitación aislados en las montañas, pasando duras pruebas y asimilando las enseñanzas de la naturaleza mientras memorizaban sutras budistas y los repetían (153).

Mikao Usui

El Reiki fue desarrollado en Japón por Mikao Usui (1865- 1926) y en su trabajo se pueden ver múltiples influencias de estas filosofías. Mikao Usui, conocido en Japón como Usui Sensei, desarrolló el sistema Reiki con el fin de proporcionar a la población un método simple para reconectarse con su espiritualidad en un país en el que los valores de la sociedad tradicional estaban empezando a derrumbarse, aunque nunca tuvo la intención de que su sistema fuese accesible a todo el mundo. La sanación a través de las manos era tan sólo uno de los aspectos de su filosofía que recogía las ideas de otras creencias y filosofías.

Su logro más notable fue reunir todas estas prácticas, algunas de entrenamiento, y a partir de ellas crear un sistema accesible a todas las personas. No parece sin embargo que quisiera enseñar un sistema de curación sino más bien un sistema holístico que pudiese conducir al seguidor a un camino de iluminación desprovisto de todas las obligaciones de las religiones organizadas.

Su familia era practicante del budismo tendai y Usui alcanzó el grado de sacerdote laico por lo que conocía además de los conceptos de linaje, transmisión de fuerzas, el empleo de mantras y mudras, los preceptos del arte de la sanación. Algunos autores proponen que Usui fue profesor en una Universidad Católica (154) y aunque conocía las escrituras cristianas, no parece que haya evidencia de que usase ninguna influencia cristiana para

el desarrollo del Reiki, según sugiere Hawayo Takata debido a sus orígenes budistas y más bien parece una tergiversación de la historia para acercar el Reiki a la sociedad occidental (153).



Mikao Usui

Ya que nació y creció en Japón, Usui recibió la influencia del Shinto que en sí mismo no es una religión sino una forma de vida en la que todo lo animado e inanimado tiene “espíritu” y el contacto con la Naturaleza nos aproxima al conocimiento de la creación. En esta corriente no existen textos ni leyes escritas lo que parece que también influye en Usui para dar esta misma flexibilidad al Reiki.

El Shugendô asienta la base de su disciplina en los retiros en las montañas y es precisamente debido a este aspecto lo que le conecta con el sistema Reiki ya que es en el monte Kurama, una de las montañas sagradas del Shugendô, donde Usui realizó un retiro (con ayuno incluido) que le condujo a la formulación de un sistema para el Reiki. Además el Shugendô incluye el uso de la imposición de manos para tratar la enfermedad y la repetición de mantras.



Figura 2.
Kangi de Reiki

Según la tradición oral recogida por varios autores (146;153;154), Usui se retiró al monte Kurama durante veintiún días para meditar y ayunar. Al amanecer del último día visualizó en una meditación los símbolos Reiki y junto a ellos el uso de cada uno de ellos para activar la energía sanadora. Fue la primera alineación Reiki por redescubrimiento psíquico de un conocimiento ancestral que ya estaba en el budismo y según algunos estudiosos de la historia como el teólogo alemán Holger Kersten en la forma de sanar de Jesús de Nazaret que desaparece de la tradición cristiana debido a la influencia de las enseñanzas de Pablo de Tarso que reinterpreta las enseñanzas de Jesús.

Usui bajó del monte y durante el descenso tuvo cuatro experiencias conocidas como los cuatro milagros. Primero se golpeó un pie con una piedra y por instinto se sentó y tomó el pie entre sus manos, al momento éstas se calentaron y su pie se curó.

Una vez abajo entró a comer y pidió comida abundante tras el ayuno, y a pesar de comer con avidez no le sentó mal; en ese mismo lugar alivió de un dolor de muelas a una mujer tomando su cara entre las manos. Posteriormente alivió al lama de un monasterio de un ataque de artritis. A esta energía Usui le puso como nombre Reiki.

El término Reiki proviene de dos *kangi* (pictogramas japoneses) que representan la palabra como *energía vital universal*. *Rei* significa espíritu universal y trascendental, esencia ilimitada o energía del universo. Todos los seres se encuentran conectados a esta energía y cuando fluye de forma libre a través de nosotros produce salud y bienestar; por el contrario, si la persona está desconectado de ella o fluye en menor proporción aparece la enfermedad y el sufrimiento.

Ki significa energía o fuerza vital, esta energía circula dentro del organismo de los seres vivos y difiere en cantidad y calidad de unas personas a otras. El término *ki* podría ser el equivalente al *chi* de la medicina tradicional china o al prana de las tradiciones

ayurvedas o yóguicas hindús. Sin embargo parece que su traducción más acertada es *energía sagrada* lo que indicaría que la palabra fue creada para dirigirse de manera respetuosa al *ki*. (Figura 2).

Usui fue perfeccionando su método practicando con otras personas y es en 1912 cuando crea el *Usui Reiki Ryôhō Gakkai* que significa *El Método Usui de Curación a través de la Energía Espiritual*. La sociedad contaba con tres niveles de enseñanza: *shoden*, *okuden* y *shinpoden* (nivel de Maestro). Usui escogía a sus discípulos de forma personalizada, siendo éstos en su mayoría militares, tal vez porque eran los únicos que tenían disciplina y capacidad económica para pagar sus enseñanzas. Dado que no hay ningún documento escrito, lo que se conoce de esta época es a través de la tradición oral a través de sus discípulos. Al parecer lo primero que les enseñó fueron los cinco principios Reiki o preceptos espirituales que en realidad son reglas de vida y posteriormente meditación y mantras además de otros principios *waka* (poemas escritos por el Emperador Meiji) y que son pautas para meditar.

Los cinco principios Reiki son: (Figura3)

Sólo por hoy no te enojés

Sólo por hoy no te preocupes

Honra a tus padres, maestros y ancianos

Sólo por hoy gánate la vida honestamente

Sólo por hoy demuestra gratitud

Dentro del método de Usui al principio no había imposición de manos en la forma en la que hoy la conocemos; esta forma de sanación la introdujo aproximadamente un año antes de su muerte en 1926.

En 1925 da la formación de Maestro a Chujiro Hayasi, nombrándole su sucesor. En total el Sensei Usui sólo formó unos 16 ó 17 Maestros durante su vida.

Chujiro Hayasi

Nacido en Tokio en 1878, médico y cirujano que llegó al grado de comandante de la marina japonesa. En 1918 se integra en la *Usui Reiki Ryôhō Gakkai* con la condición de que sólo se formaría en los aspectos terapéuticos del sistema, pasando por alto las

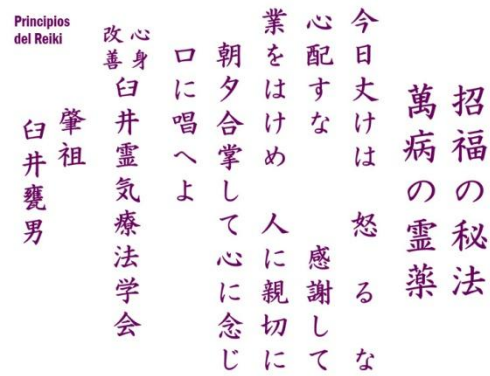


Figura 3. Los Cinco Principios del Reiki



prácticas de meditación (146;153). Un año antes de la muerte de Usui llega al grado de Maestría.

Cinco años después del fallecimiento de Usui abandona la Usui Reiki Ryôhō Gakkai en la que permanecen los otros Maestros y abre su propia clínica y escuela llamada *Hayasi Reiki Kenkyu-Kai* que significa *Sociedad Hayasi de Investigación sobre la Energía Espiritual* (146;153). Es a partir de este momento cuando se empieza a usar el término Reiki de forma abreviada para referirse al sistema.

Chujiro Hayasi

Es posible también que en base a sus conocimientos como médico Usui pudiera pedirle que siguiese profundizando en su guía para el tratamiento de algunas dolencias. Esta guía, casi con certeza, fue la que sirvió con posterioridad a las enseñanzas de Hawayo Takata. Hayashi sistematizó el método y lo enfocó hacia una vertiente más terapéutica, haciendo hincapié en la curación física y utilizando un conjunto de técnicas más codificado y simple. Entre sus aportaciones más notables habría que destacar el desarrollo de un sistema propio de posiciones de las manos, además del tratamiento en tres zonas del cuerpo (parte frontal del tronco, cabeza y espalda). También creó su propio manual de tratamiento (*Reiki Ryoho Shishin*).

Aunque la técnica empleada por Hayasi era mucho más simple que la de Usui, el uso de la palabra Reiki implica que, aún con modificaciones, la técnica de sanación se mantuvo arraigada en la espiritualidad ya que estaba accediendo a la misma vibración no dual para la curación.

Hayasi abrió una pequeña clínica de ocho camas en Tokio donde 16 médicos trataban con Reiki por parejas. En algún momento se separó del enfoque budista de Usui que cobraba precios bajos tanto por la enseñanza como por el tratamiento, bajo el enfoque de que las personas estaban más comprometidas al tener que pagar su tratamiento. De esta manera el Reiki salió del círculo de la espiritualidad para entrar en el mercado médico por lo que tuvo que abordar el problema del pago tanto por la formación como por el tratamiento. En 1935 llegó a su clínica Hawayo Takata en busca de tratamiento y tras permanecer en la Clínica varios meses consiguió ser iniciada en Reiki.

Hawayo Takata

Nacida en 1900 en Hawái y por lo tanto americana, era hija de inmigrantes japoneses. Fue a Japón en el 1930 acompañando a su esposo para ser tratado de una grave enfermedad y este murió allí. Vuelve a Hawái y debe volver en 1935 tras la muerte de su hermana pero ya está gravemente enferma de asma y un fuerte dolor abdominal; es ingresada en un Hospital convencional donde le recomiendan una intervención quirúrgica a la que ella se niega y pide a su médico que la indique si hay otra forma de tratarse. La recomiendan que acuda a la Clínica Reiki del Dr. Hayasi donde ingresa ese mismo día para recibir



Hawayo Takata

tratamiento.

Estuvo ingresada varios meses e insistió a Hayasi para que la iniciara en Reiki; en principio éste se negaba, no por el hecho de ser mujer sino de ser extranjera ya que, dentro de las “reglas” no escritas provenientes de la cultura japonesa, su aislamiento de occidente y sus tradiciones religiosas, el sistema no debía de salir de Japón.

Aún así regresó a Hawái en 1937, habiendo conseguido el nivel Okuden (nivel II de Reiki en la actualidad) y con el encargo de Sensei Hayasi de llevar Reiki a occidente. Poco después Hayasi la visitó en Japón y en febrero de 1938 tras conferirle oficialmente el grado de Shinpoden (Maestría), el primero fuera de Japón y la primera mujer en ser llamada Sensei, Hayasi la ayuda a montar su primera clínica en Hawái. Para pagar el entrenamiento de su Maestría la Sra. Takata tuvo que hipotecar su casa según relata Helen Haberly (una de sus estudiantes y autora de un libro con la biografía de Takata (155).

Su Sensei la reclamó a Japón en 1940 poco antes del inicio de la Segunda Guerra Mundial y se despidió de ella junto a su familia y otros estudiantes Shinpoden antes de suicidarse ya que había sido movilizado para participar en la guerra. En ese momento le reiteró el encargo de divulgar el Reiki en Occidente.

Sensei Takata vivió en Kauai, la gran isla (Hawái) y en Oahu; allí instaló una Clínica de Reiki y debido a la gran demanda de trabajo debió trasladarla a Oahu. Además viajó por todo Estados Unidos esparciendo las enseñanzas del Reiki, difundió uno de sus manuales que se llamó "El Sistema Usui de Sanación Natural".

Debido a que debía divulgar el Reiki una técnica japonesa de sanación en una sociedad con una larga tradición cristiana en la sociedad americana, que tras la guerra era claramente antijaponesa, Takata de una forma bastante pragmática manipuló los orígenes del Reiki presentando a Usui como un profesor de Universidad católico. No modificó sin embargo la práctica aprendida de Hayasi enfatizando en la autosanación. Atendía a los enfermos en su clínica pero además enseñaba a sus familias a administrar tratamientos con Reiki, y cuando éstos estaban en condiciones de hacerlo les enseñaba a ellos mismos para que siguieran con el tratamiento.

En sus enseñanzas no permitía que los estudiantes tomaran notas, así como tampoco se atenia a un esquema rígido por lo que sus discípulos no siempre escuchaban las mismas lecciones. Por sus cursos en el año 1976 cobraba \$ 125 para Primer Nivel (Shoden), \$ 400 para el Segundo Nivel (Okuden) y \$10.000 para Maestría o Nivel Superior (Shinpoden). Fue en el comienzo de esta década que comenzó a entrenar estudiantes superiores. Sus primeros cuatro maestros fueron Virginia Samdahl, Barbara McCulough, Ethel Lombardi y John Gray; Hawayo Takata murió en el mes de diciembre de 1980 dejando como legado 22 Maestros Reiki (Usui y Hayasi dejaron unos 18 cada uno) (146;153;154).

Takata introdujo el Reiki en todos los estados americanos y Canadá. En los años 80 llegó a Europa, sobre todo a Inglaterra y Alemania, y en los años 1990 llega a España donde en pocos años ha adquirido un gran auge.

Reiki en la Actualidad



Phyllis Lei Furumoto

mientras que la energía de sanación se centra en la eliminación de los síntomas de los trastornos mentales y del cuerpo". Los practicantes avanzados de las terapias de biocampo, incluyendo Reiki, conceptualizan éste como un continuo de la vibración, desde el nivel más profundo y más sutil hasta la bioenergética, más cercana al ámbito de lo físico. Si bien esta distinción no ha sido probada científicamente, es importante dentro del sistema de sanación Reiki y esencial para la teoría que subyace detrás (146). Casi todos los practicantes de Reiki fuera de Japón hoy en día provienen del linaje de los 22 maestros entrenados por Takata. También hay otros dos maestros, Hiroshi Doi y Premaratna, que en sus enseñanzas incluyen prácticas de disciplina procedentes de Usui y Hayasi.

En menos de quince años tras su muerte, el Reiki dio la vuelta al mundo y regresó al Japón, donde aún perviven las enseñanzas originales de Usui; en la década de 1990 algunos Maestros Occidentales encontraron a Maestros que fueron entrenados directamente por Usui y Hayasi.

Uno de ellos hizo una distinción entre la sanción vibracional y la bioenergética diciendo: "Usui Sensei nos dijo que el método es una técnica de sanación espiritual y una técnica de sanación energética trae la

curación La curación espiritual es fundamental ya que nos ayuda a formar parte de la conciencia universal,

En la actualidad, la nieta y sucesora de Takata, Phyllis Lei Furumoto, detenta el cargo de Gran Maestra de Reiki en la Comunidad internacional de Reiki (Reiki Alliance; <http://www.reikialliance.com/>) que cuenta con sede en EEUU (<http://www.usuireiki-ogm.com/>) (156) y cuya misión es velar porque no se pierdan los valores tradicionales.

Echando la vista atrás nos podemos dar cuenta que siempre han existido diferencias en los métodos y las enseñanzas de Reiki. En Japón el sistema Usui difiere del de Hayasi, aunque se sigue preservando el Usui Reiki Ryôhō Gakkai a éste no está permitido el acceso a occidentales (157). Su difusión es más numerosa, especialmente desde que algunos Maestros menos tradicionales han dejado de cobrar cantidades desorbitadas (154). En todo el mundo hay diferentes escuelas que aunque en la formación son diferentes en el fondo todas funcionan de la misma forma ya que lo que importa es la energía y no el método (158).

2. TRATAMIENTO REIKI TRADICIONAL.

En un tratamiento de Reiki las manos del terapeuta se sitúan sobre la persona totalmente vestida sentada en una silla o reclinada en una camilla. Es deseable un ambiente tranquilo que favorezca la relajación pero este punto no es imprescindible.

Una sesión completa de Reiki realizado de forma tradicional incluye colocar las manos en doce posiciones, sobre la cabeza y en la parte delantera y la espalda de la persona a tratar, así como en las piernas y pies. También es posible colocar las manos directamente en la zona lesionada o dolorosa, pero no es necesario en una terapia

completa. Si hay lesiones en las que no es posible tocar directamente, las manos se pueden colocar unos centímetros por encima del cuerpo.

Las sesiones pueden ser tan largas como sea necesario, aunque normalmente suelen durar entre 45 y 90 minutos (146;155;159). No es necesario que el receptor sea consciente de la terapia, motivo por el cuál es posible realizar un tratamiento a personas sometidas a anestesia en el transcurso de una cirugía o en personas inconscientes.

Siguiendo la filosofía oriental de “no- acción”, el Reiki es una terapia pasiva, es decir no supone ningún tipo de esfuerzo ni para la persona que da ni para la que recibe el tratamiento, es más, la persona que aplica una terapia se siente tan bien como la que la recibe (146;159).

Cuando se ponen las manos sobre nosotros mismos o sobre otra persona con intención de sanar, se inicia de manera automática el flujo de energía Reiki que desaparece cuando separamos las manos. Para iniciar una sesión no es necesario formular ninguna petición o realizar ninguna acción. Una vez que se inicia el flujo de la energía el terapeuta siente en sus manos habitualmente una sensación de calor (este es un rasgo que diferencia a Reiki de otras terapias de toque), mientras que el receptor puede sentir ese mismo calor o si lo que necesita es frío en la zona lo puede percibir así. Si se mantienen las manos en la misma posición pueden aparecer otras sensaciones como hormigueos, temblor, atracción magnética, electricidad estática o incluso dolor (aunque esta sensación es rara), percepción de colores o incluso puede no sentir nada. La persona receptora puede sentir las mismas o similares sensaciones, diferentes e incluso no sentir nada. Las reacciones en cada postura son diferentes y también cambian de una sesión a otra; son impredecibles.

A las personas que se inician en Reiki se les recomienda mantener las manos durante unos tres minutos en cada posición aunque con la práctica se mantienen el tiempo que sea preciso, en ocasiones un minuto y en otras hasta cinco (159). En ocasiones las personas tienen necesidad de hablar mientras reciben una sesión y es necesario estar con ellas, mientras que en otras ocasiones el receptor o receptora se quedan dormidos por lo que no debe ser molestado.

A veces en personas hospitalizadas no es posible colocarlas en decúbito prono, por lo que las posturas de las manos sólo se harán en la parte anterior del cuerpo. De la misma manera que si hay que hacer una intervención puntual, la persona puede estar sentada e incluso de pie.

Aunque no es indispensable para administrar Reiki, el conocimiento de los *chakras* sí facilita la descripción de las posiciones de las manos. El sistema de *chakras* es originario de la India y se basa en los diferentes centros energéticos distribuidos a lo largo del cuerpo.

Debido a que Reiki es una terapia holística no es posible predecir la velocidad a la que puede aparecer bienestar en el receptor o la disminución de sus síntomas. Cuando se trata de malestares crónicos se recomienda realizar cuatro sesiones completas antes de evaluar los posibles beneficios (146).

3. LOS GRADOS REIKI.

Reiki es un sistema estructurado en tres niveles, cada uno de los cuales es independiente, y no es necesario para canalizar bien la energía hacer todos ellos. Cada persona elige en qué nivel quedarse.

Nivel I se canaliza la energía a nivel físico, ayudando a tratar problemas emocionales y físicos.

Nivel II: se canaliza la energía para trabajar a niveles más profundos (mentales y emocionales).

Nivel III: se canaliza la energía para tratar problemas a nivel espiritual.

Maestría: es el grado necesario para transmitir la enseñanza a otras personas.

En algunas escuelas tradicionales el nivel de Maestría se alcanza con el nivel III.

Cada grado comienza con una iniciación o una serie de iniciaciones, también llamadas alineaciones, alineamientos o sincronizaciones. Este proceso es único para Reiki y no se da en ninguna otra terapia de toque. El alineamiento no es una sesión terapéutica sino que es la creación de un terapeuta.

En el régimen de la fuerza vital de Reiki la persona que ha recibido los alineamientos como terapeuta Reiki tiene abiertos los canales de la energía y despejadas todas las obstrucciones al paso de ésta. En estas condiciones, no sólo aumenta su captación de la energía vital o ki mejorando su propio estado, sino que además participa en la fuente de ki o ki universal. Para describir esta fuente sirve cualquier denominación que se elija: Dios, Diosa, Yo Superior, Motor Primario, Universo o de cualquier otra manera que implique la creación primordial o energía vital. Recordemos que la definición de ki es “energía, aire, aliento, viento, hálito vital, esencia vital...la energía activa del universo”; así, de esta manera, ki es una energía de tipo eléctrico que configura el organismo y determina su estado de salud. Cuando ki se separa del organismo viviente, deja de funcionar y muere; todo lo que tiene vida contiene ki y lo irradia.

La iniciación es el núcleo de la formación y su función es conectar al estudiante con la fuente primaria de la conciencia universal inagotable, la inteligencia que permite la creación y permite mantener las funciones vitales y dirigir los complejos procesos celulares y que es la fuente de la vibración sutil de Reiki. Dicho de otro modo, Reiki es los alineamientos mismos, sin los cuales (que deben transmitirse de Maestro/Enseñante a discípulo) el proceso no es un sistema de sanación Reiki, sino otra cosa diferente.

Con su primer alineamiento para Reiki I el receptor o receptora se convierte en un canal de esa energía universal. Desde ese momento hasta el final de sus días todo lo que necesita esa persona para ponerse en contacto con el ki terapéutico es posicionar sus manos sobre si o sobre otra persona para que la energía empiece a fluir de manera automática. Esta vibración se cree que está disponible en todo momento, sea cual sea el estado de salud del estudiante, su estado mental o la intención.

En Reiki I el estudiante recibe cuatro iniciaciones (o una si su Sensei no es de la escuela tradicional), otro para Reiki II y otro más para Reiki III. Cada uno de ellos potencia la capacidad para canalizar ki.

En Reiki I la sincronización sana en el plano físico los malestares de la persona que lo recibe; la salud física suele mejorar de forma perceptible en los meses siguientes a la iniciación. Las primeras sesiones son siempre de autosanación colocando sus manos sobre sí misma.

El primer grado de Reiki es fácil de aprender, puede hacerlo cualquier persona y a cualquier edad, la única condición es que quiera practicarlo. El primer nivel capacita para el autotratamiento y para tratar a otros de forma directa colocando sus manos sobre sus cuerpos. En ocasiones la persona tratada dice no sentir nada pero la eficacia del tratamiento y la capacidad del receptor para sentir la energía no parecen estar relacionados; siempre se produce algún efecto.

Antes de pasar al segundo grado es aconsejable practicar un mínimo de tres meses.

El alineamiento de Reiki II aumenta de forma considerable la capacidad para canalizar energía sanadora, dirigiéndose de manera más específica a los aspectos emocionales, mentales y kármicos. Tras esta iniciación la persona puede experimentar procesos a veces incómodos pero necesarios que pueden durar hasta seis meses.

En el Segundo Nivel los estudiantes aprenden a usar los símbolos Reiki y a usar la sanación a distancia para enviar energía Reiki a alguien que no esté físicamente presente. En algunas escuelas además se les dan las bases para pasar los alineamientos en el nivel III.

Tanto el Nivel I como el II necesitan de 8 a 12 horas de clase y se suele enseñar en grupos, aunque también es posible realizar entrenamientos privados.

En todos los niveles el Reiki se desarrolla a través de la práctica comprometida. No es necesario ni es conveniente para mejorar la práctica realizar iniciaciones de niveles superiores. La razón para estudiar otro nivel es adquirir otras habilidades como la sanación a distancia en el segundo o la enseñanza en el nivel de maestría.

El auto-tratamiento es la práctica fundamental en todos los niveles. Sin esta práctica los estudiantes no pueden avanzar. La práctica de Reiki es un auto-aprendizaje continuado, a los estudiantes no se les enseña Reiki sino que a lo que se les enseña es a aprender Reiki. Por este motivo la iniciación en cada nivel lo que marca es el comienzo del estudio en ese nivel, no la culminación del aprendizaje. De esta manera, los maestros de Reiki no han dominado el Reiki, son simplemente estudiantes que se sienten llamados a enseñar, y que continúan aprendiendo a través de la enseñanza (146;160).

Tras practicar Reiki entre 3 y 10 años ya hay una razonable fundamentación para enseñar. El entrenamiento para la maestría conlleva aproximadamente un año. En cualquier nivel de enseñanza el maestro debe evaluar todas las circunstancias que puedan aparecer en los grupos y en base a su criterio, adaptar la formación para realizarla de manera personalizada.

Reiki se aprende a través de la transmisión directa de un maestro de Reiki y no se puede aprender de un libro. Ninguno de los niveles tradicionales de Reiki incluye la formación en otros tratamientos profesionales o en la dinámica de la relación terapéutica.

Aunque hay varias organizaciones profesionales de maestros de Reiki, la Reiki Alliance es la más consistente y recoge las normas establecidas por Takata, cuenta con 700

miembros en 45 países con un código ético que respeta la relación terapeuta/ paciente (161). Hay maestros que no están asociados a esta Alianza pero que están comprometidos con la práctica ética, la formación integral y la iniciación de los nuevos estudiantes. En España existe la Federación Española de Reiki (162), que tiene entre sus misiones promover la enseñanza y difusión de Reiki como terapia, así como velar por el buen uso de la técnica y la transmisión de los conceptos básicos de Reiki mediante la aplicación de un Código Deontológico de obligado cumplimiento de los Socios Federados.

Es importante señalar que no hay ningún certificado que aporte información sobre la calidad de la formación. Por lo tanto, al valorar las credenciales de un practicante de Reiki es importante fijarse en la coherencia del tratamiento, el tiempo de práctica clínica y el tiempo transcurrido entre la formación en los distintos niveles (146;163).

4. MECANISMO DE ACCIÓN DE REIKI .

No hay acuerdo en la teoría de cómo podría funcionar el Reiki, y su mecanismo de acción es aún desconocido. Por esta razón, el Reiki está sujeto a las críticas dirigidas por los escépticos a otras modalidades de CAM: no puede ser eficaz porque carece de un mecanismo de acción biológico conocido.

El papel básico de los genes, dar órdenes a una célula para producir una determinada proteína u otra molécula, es bien conocido. Cada célula, de hecho, se somete a unas 100.000 reacciones químicas por segundo, muchas de ellas gobernadas por la expresión de los genes en su núcleo. Lo que no se entiende, sin embargo, es cómo estas reacciones químicas están coordinadas con las acciones de las otras miles de millones de células del cuerpo.

La respuesta que está empezando a emerger aunque todavía crea controversia es que la organización de los procesos químicos tiene campos que se correlacionan con el proceso que hace que las ralladuras metálicas se alineen si se someten a un campo magnético. Los órganos funcionan con una armonía que no se puede explicar por la simple acción de los mensajeros químicos. Esto se puede ver si se observa el corazón, el cerebro y los pulmones, si hay un cambio electromagnético en uno de ellos, todos cambian de manera simultánea. Coordinar las 100.000 reacciones químicas por segundo en cada una de las 100 billones de células es un trabajo que puede ser explicado diciendo que las células envían mensajeros químicos a otras células. La forma en que se coordinan los procesos inimaginablemente complejos del cuerpo es una de las preguntas fundamentales de la biología, la bioquímica y el paradigma actual no da respuestas plausibles. En cambio, las propiedades que se atribuyen a los genes van mucho más allá de sus funciones químicas conocidas (164).

Aunque la medicina occidental ha identificado las moléculas que inician la expresión génica (inductores) y las secuencias de ADN que activan la síntesis de ARN (los promotores), no ofrece explicaciones plausibles para los mecanismos que coordinan estos procesos a través del cuerpo. Nadie ha identificado los mecanismos químicos que informar al gen sobre el estado de todo el organismo. Buscando otras explicaciones, los científicos de un amplio espectro de disciplinas, biólogos, físicos, neurólogos y anestesiólogos, han postulado la idea de un "campo" encargado esencialmente de transmitir la información biológica a los genes, neuronas y otras células esenciales (164). El concepto de que la energía influye en el desarrollo físico está ganando fuerza de nuevo,

ya que en la década de 1930, Harold Burr, un neuropatólogo de la Facultad de Medicina de Yale, midió el campo eléctrico alrededor de un huevo de salamandra sin fertilizar y encontró que tenía la forma de una salamandra madura, como si el futuro adulto estuviese ya en el campo energético del huevo. Burr fue capaz de encontrar los campos eléctricos que rodean numerosos organismos, incluidos los humanos, y fue capaz de describir los distintos patrones eléctricos que aparecen en estado de salud o de enfermedad. Demostró no sólo las correspondencias entre determinadas patologías y las características eléctricas de los órganos relacionados con la enfermedad física, sino que ésta se precedió de cambios en el campo electromagnético del organismo. Los pulsos de estimulación magnética (PMS), o "marcapasos cerebrales", crean campos magnéticos que han sido eficaces para el tratamiento de trastornos tales como la enfermedad de Parkinson, la epilepsia o la depresión. La teoría que subyace detrás del uso de los campos de energía para influir en los procesos biológicos no es nada esotérico: una célula normal tiene un potencial eléctrico de aproximadamente 90 mV, una célula excitada tiene un potencial de aproximadamente 120 mV, y una célula en un estado de degeneración puede caer a 30 mV. Al estimular las células mediante los pulsos magnéticos del PMS las células pueden volver a un rango saludable.

Hay estudios que recogen la relación entre el electromagnetismo y la biología. En el interior de las células hay un campo magnético que se puede medir y éste está influido por los campos electromagnéticos que se pueden aplicar desde el exterior. Cuando se produce una lesión hay un cambio en los potenciales celulares que trascienden de las células individuales y que provocan diversas corrientes que actúan sobre el sistema para que el tejido crezca y se regenere. Este campo, según los estudios de Liboff (165), no sólo puede ser generado desde el interior sino que las corrientes externas aplicadas sobre un área de tejido también pueden desencadenar los procesos fisiológicos que estimulen el crecimiento o la muerte de los tejidos. Estos fenómenos pueden empezar a explicar los efectos terapéuticos que se producen después de que un terapeuta Reiki ponga su mano próxima a un tejido enfermo o lesionado, ya que genera un campo electromagnético que puede cuantificarse. Estos campos no sólo se han medido sino que aumentan de manera significativa, en comparación con las medidas de referencia, cuando el profesional se centra en el proceso de sanación (19).

Aparentemente hay varios campos trabajando de forma sinérgica para mantener los procesos biológicos fundamentales, entre ellos el biocampo que rodea al cuerpo, los campos locales que están situados en áreas específicas del mismo y las vías que regulan el flujo de energía. Resulta paradójico que estos campos se corresponden con los sistemas de energía descritos en las tradiciones de sanación de otras culturas; de esta manera los biocampos o campos biológicos se corresponden con el aura, los campos locales con los *chakras* y los canales de energía con los meridianos y estos campos se están empezando a medir.

El campo energético que rodea al cuerpo se ha podido medir usando magnetómetros sensibles como el dispositivo superconductor de interferencia cuántica (SQUID), es un campo intangible a la vista pero los científicos sugieren que funciona como un holograma, contiene y distribuye toda la información acerca de un organismo (166). El biocampo se compone de una onda electromagnética extremadamente débil pero que rodea y está presente en todos los seres vivos y que pueden ser sólo el componente mensurable de un campo más complejo que incluya además de las cuatro fuerzas físicas conocidas (gravedad, electromagnetismo y las fuerzas cuánticas fuertes y débiles) otra quinta fuerza que podría ser compatible con los *cuantum*. A pesar de que la carga

eléctrica del biocampo puede ser demasiado débil para afectar directamente a las estructuras celulares, Becker se encontró, en un descubrimiento sorprendente, que las corrientes pequeñas, del orden de una milmillonésima parte de un amperio, fueron más eficaces que las grandes corrientes en la generación de tejido estimulante. Rubik (166) cree que la velocidad y la eficiencia con la cual el biocampo, con sus propiedades electromagnéticas y holográficas, puede distribuir la información y puede ser el responsable de los efectos rápidos e integrales de los que informan los practicantes de la medicina de la energía.

Además del biocampo que rodea a todo el cuerpo, en áreas particulares del mismo se concentran campos de energía locales. Una investigación pionera en la década de 1970 llevada a cabo por Valerie Hunt (167), en la Universidad de Los Ángeles California en el Laboratorio de Campos Energéticos demostró que hay regiones específicas de la piel que producen oscilaciones eléctricas muy rápidas (hasta 1600 ciclos por segundo, en comparación con 0-100 ciclos por segundo en el cerebro, 225 en los músculos, y 250 en el corazón) y que estos lugares de energía locales se correspondían con las descripciones antiguas de los "Chakras". Los chakras son vórtices de energía biofísica en los que se focaliza en la práctica de yoga y que están presentes en una gran variedad de sistemas de sanación. En análisis del espectrograma y fotografía de interferencia Polycontrast se revelan distintos rangos de frecuencia o los colores asociados con los chakras específicos. Estos campos de energía al parecer, giran sobre sí mismos penetrando en áreas específicas del cuerpo e interactúan con el campo bioenergético.

A los Chakras se les han atribuido funciones fisiológicas, psicológicas y espirituales. A nivel fisiológico, los chakras envuelven con sus energías a los órganos situados en su proximidad, influyendo en la salud de los mismos. En plano psicológico parece que los chakras codifican las experiencias y cada uno tiene una función (supervivencia, creatividad, la identidad, el amor, la expresión, la percepción profunda, la trascendencia del ego), ejerciendo como una memoria paralela a la neuronal ejercida por los hemisferios cerebrales; esto puede explicar por qué algunas personas trasplantadas empiezan a mostrar características psicológicas de sus donantes. En cuanto a las funciones espirituales que se les atribuyen están en sintonía con construcciones metafísicas tales como "recuerdos ancestrales", "vidas pasadas" y "arquetipos" (164).

Un tercer sistema energético que parece regular el flujo de las energías específicas dentro del cuerpo se corresponde con los "caminos de la energía", los meridianos de la medicina tradicional china, y está descrito en varias tradiciones de sanación una variedad de tradiciones de curación de otros. El sistema de meridianos (se describen 14 meridianos principales, entendiéndose como los segmentos de un sistema energético único y continuo) no se corresponde con las estructuras conocidas de los sistemas circulatorio, linfático, o nervioso, ni tampoco son estables en su forma, tamaño o localización en la piel al igual que los puntos de acupuntura. Esto, sin embargo, es exactamente lo que cabría esperar si el sistema de meridianos funciona como un campo independiente del cuerpo físico en el que actúa. De hecho, las propiedades eléctricas de los puntos de acupuntura todavía pueden ser identificados después de la muerte o en una amputación de la extremidad donde la circulación de la sangre, el flujo linfático y la corriente nerviosa han cesado, lo que sugiere que existe un sistema de energía circulante completamente distinto que interacciona con las estructuras biomoleculares, pero que sobrevive durante algún tiempo antes de su disolución. Como Curtis y Hurtak (168) proponen, el sistema de meridianos puede ser un sistema de energía distinta que "funciona junto con el sistema circulatorio sanguíneo, linfático y nervioso", capaz de

leer, codificar y transmitir la información de una parte del cuerpo a otra y servir como "una plantilla de base para el cuerpo físico." Hay abundante evidencia acerca de cómo este sistema de energía afecta a los procesos biológicos y de cómo si se interrumpe el aporte de esta energía, la salud de los órganos afectados por los meridianos se ve afectada.

Einstein describió las energías sutiles como las energías conocidas por sus efectos, a pesar de que no tenemos los instrumentos para detectarlas directamente. El electromagnetismo estuvo en esa categoría hace tan solo 250 años. Sus efectos se pudieron observar, pero el electromagnetismo en sí mismo no podía medirse. Se han centrado muchos esfuerzos en demostrar que hay energías que a pesar de que no pueden mover la aguja en un medidor, sin embargo, parecen afectar a la salud y vitalidad. William Tiller y sus colegas en la Universidad de Stanford han desarrollado un dispositivo que parece demostrar la existencia de un campo de energía que no está dentro del espectro electromagnético. Este dispositivo también ha demostrado que este campo de energía sutil, responde a la intención humana (164).

La hipótesis de que el sistema energético del cuerpo y que incluye su biocampo, los campos locales, y las vías energéticas puede operar como un amplio espectro que puede incluir energía eléctrica, electromagnética y sutil en diferentes combinaciones tiene en este momento un aporte cada vez más importante de datos científicos (164).

Hay varios intentos de ver cómo actúa Reiki, uno de ellos es el llevado a cabo por Salansky (169) en el que estudia el efecto del Reiki sobre el EEG en los maestros mientras están realizando una sesión y comparando los resultados con los obtenidos del EEG de voluntarios sanos. Partiendo de los estudios de Wetzel (170) en los que se ven cambios significativos en la hemoglobina y hematocrito de practicantes de Reiki Nivel I frente a un grupo control tras un mes de la iniciación y de los de Zimmerman que usando un magnetómetro SQUID observó el campo pulsante biomagnético que emiten las manos de los practicantes de Reiki mientras trabajan; estos campos son cientos de veces superiores a los campos biomagnéticos convencionales; sus frecuencias son similares a las mostradas en el EEG durante una meditación profunda. En su estudio Salansky observó picos de resonancia significativos en los EEG de los Maestros en rangos de 0,2-0,3 Hz, muy superiores a los de los voluntarios sanos que lo hacen en el intervalo de 1-19,8 Hz lo que sugiere que las neuronas se sintonizan en esas frecuencias. Fue la primera vez que se han obtenido datos objetivos del espectro del EEG de Maestros Reiki simultáneos con voluntarios sanos durante una sesión.

Debido a que Reiki se originó en una cultura que no establece una distinción entre sanción y espiritualidad, los sistemas médicos tradicionales asiáticos reconocen que el cultivo de bienestar espiritual es esencial para la salud. El bienestar espiritual se cultiva principalmente a través de la práctica diaria como la meditación, canto, yoga, Qigong y el Tai Chi.

En Europa y América no existe la misma tradición secular de la práctica espiritual, que tiende a vincular estas prácticas a la religión. En los últimos años, las prácticas espirituales de Asia se han promovido como técnicas de reducción del estrés por parte de los que se ocupan de la industria de la salud. La capacidad de la meditación y Reiki para reducir el estrés está siendo cada vez más demostrado por la investigación. Sin embargo, eso no hace de estas prácticas espirituales técnicas de reducción del estrés, sino que éstas tienen como efecto secundario reducir el estrés.

Esta conceptualización es muy corta de miras ya que pierde de vista la meta y el valor profundo que tienen desde la práctica espiritual que es la transformación. A pesar de que pueden tener, al igual que cualquier práctica médica, resultados a corto plazo la descategorización puede conllevar confusión tanto en las decisiones clínicas como en la estrategia de la investigación (163).

Teniendo en cuenta que el Reiki ha sido ampliamente malinterpretado desde la muerte de Takata, no es de extrañar que la medicina académica tenga dificultad para categorizar su práctica. El Centro Nacional para Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) enumera Reiki como integrante de la medicina de la energía (143), pero el Reiki no es una técnica de medicina de la energía al uso. Reiki es una práctica de curación espiritual que puede ser usado como una intervención, aunque no es principalmente una intervención (171). Las otras técnicas útiles que figuran en la medicina de la energía del NCCAM se definen como manipulaciones sutiles que pretenden reorganizar la vibración del biocampo o aura (que supuestamente rodea y penetra el cuerpo físico, y se dice que contiene los cuerpos mental y emocional y el código para los procesos físicos), aunque la existencia del biocampo aún no ha sido confirmada por la ciencia (172).

Las técnicas de medicina energética de forma tradicional implican una fase diagnóstica seguida de un plan de tratamiento que usa diferentes técnicas para conseguir los fines terapéuticos. Los practicantes de estas medicinas están *haciendo algo*. Reiki, sin embargo, no implica el diagnóstico y la gran parte de la terapia consiste en *no hacer*. En lugar de aplicar esfuerzo en un tratamiento terapéutico, Reiki simplemente actúa al colocar las manos en el lugar y se produce el reequilibrio de la persona (163).

Aunque el ideal es hacer un tratamiento completo no es necesario hacerlo, sólo unos pocos minutos pueden ser beneficiosos.

La vibración Reiki se entiende como aquella que pasa a través del practicante de acuerdo a lo que el receptor necesita sin necesidad de que el terapeuta conduzca la energía donde sea necesaria. El flujo de la energía Reiki aumenta en la medida en el que el terapeuta practica cada vez más y además el hecho de que el flujo de energía es arrastrado desde el receptor permite una gran flexibilidad y facilidad en el procedimiento ya que no existe una técnica equivocada (155). Este mecanismo de auto regulación hace que no haya “sobredosis” ya que se detiene cuando se llega a la saturación. El terapeuta experimentado lo puede describir como el momento en el que baja el flujo de la energía y ese es el momento en el que se deben cambiar las manos de posición (155;159).

Los receptores a veces sienten en su cuerpo diversas sensaciones como vibración, olas, frío o calor, relajación; estas sensaciones pueden localizarse en puntos concretos que no tienen por qué coincidir con el lugar donde el terapeuta tiene colocadas sus manos, o bien producirse de forma generalizada. Suelen tener dificultad para expresar con palabras lo que han sentido durante una sesión de Reiki, a menudo usan las palabras “paz” o “calma”. Así mismo, las sensaciones durante el tratamiento pueden ser paradójicas tales como sensación de pesadez e ingravidez o de sentirse adherido a la camilla y flotando, y en ocasiones estas sensaciones se producen al mismo tiempo y, todo ello, desde una perspectiva de totalidad e inclusión en lugar de la habitual de diferenciación y separación. Los receptores pueden describir sus tratamientos de Reiki como dinámicos, con muchos cambios y variaciones que sugieren "un proceso de

equilibrio y la autorregulación", pero tan sutil que "pueden llegar a desafiar la medida" (173).

Desde esta premisa de la autorregulación el Reiki puede reequilibrar el biocampo y de esa manera fortalecer la capacidad del cuerpo para sanarse y aumentar la resistencia sistémica al estrés. Como se ha dicho con anterioridad la reducción del estrés es un "efecto secundario" del Reiki y por lo tanto la relajación inducida estimularía la autosanación y la capacidad del sistema nervioso autónomo para recuperar el tono muscular en reposo. Los defensores del Reiki apuntan que esto puede conducir a la mejora del funcionamiento del sistema inmune y el aumento en la producción de endorfinas (20;24;33;146;163;174-176).

5. REIKI EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Según Miles, hasta 2003 en EEUU, ya existían un buen número de Hospitales, Residencias de personas mayores, Centros de Salud, entre otros, que ofertaban Reiki en su cartera de servicios para los pacientes, para el personal o para ambos (146) tanto en forma de tratamiento como de enseñanza. En todos los programas se informaba de los beneficios de la misma que incluyen la reducción de la ansiedad, la disminución del consumo de fármacos analgésicos, aumento del grado de satisfacción en los pacientes quirúrgicos (177), la disminución de las complicaciones que aparecen en las personas mayores tales como la depresión, la soledad, el insomnio y el dolor aunque no estén institucionalizados (146). Los centros que acogían programas de Reiki eran de varios tipos: Medicina General, centros para enfermos VIH/SIDA, Centros oncológicos, Centros Quirúrgicos, Centros Geriátricos, Cuidados Paliativos y Programas comunitarios.

Las posibilidades debido a su bajo coste y su facilidad para la aplicación son muy grandes, ya que es posible combinar el autotratamiento con cuidados médicos, psicológicos o psiquiátricos adecuados para mejorar los problemas emocionales, de manejo de dolor y ansiedad. Es un tratamiento que se recomienda a los niños con problemas oncológicos y a sus familias, bien en forma de autotratamiento o de tratamiento proporcionado por otra persona; de la misma manera es adecuado su uso en Unidades de Cuidados Paliativos.

En este momento los centros donde se usa Reiki han aumentado tanto en EEUU como en Europa y tanto la literatura científica como la prensa hacen alusión constante a los centros asistenciales, tanto públicos como privados, que incluyen Reiki como terapia complementaria para el manejo del dolor en distintos procesos patológicos entre ellos el cáncer. Por citar algunos ejemplos:

- En EEUU, la Clínica Anderson (Houston) tiene terapeutas en plantilla; el Hartford Hospital (New England) tiene, además de terapeutas en plantilla, siete años de experiencia con estudios sobre el efecto de Reiki en sus pacientes. Y el Continuum Group trabaja en siete hospitales de New York donde se atiende a 15.000 pacientes.
- En Europa, los Hospitales ingleses, alemanes, italianos y suizos ofertan Reiki como parte de sus servicios, tanto a nivel público como privado. Algunos ejemplos son: The Princess Royal Hospital, Middlesex Hospital, Harplans Hospital, Middlesex Hospital en Reino Unido, que cuenta con terapeutas en

plantilla; el Hospital Estatal de Hamburgo en Alemania; clínicas privadas en Suiza (Mutuel, Supra, Swica).

- En España, el Reiki se utiliza en Hospitales públicos tanto de Madrid (12 de Octubre y Hospital Ramón y Cajal, Hospital Gregorio Marañón) como de Barcelona (Vall d'Hebron y Hospital de Mataró), Sevilla (Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío), Jerez (Centro Sanitario de Jerez); y en entidades como MAPFRE España, que tiene terapeutas en plantilla.

Las posibilidades que ofrece Reiki pueden ser útiles en todos los ámbitos del cuidado a enfermos y han demostrado efectividad en el control de síntomas debido a enfermedad oncológica tanto en adultos como en niños, en el tratamiento del dolor y el malestar provocado por diversas enfermedades clínicas como los dolores osteomusculares y en los cuidados paliativos (21;22;23;149;150;178).

Hay información acerca de su utilización tanto en asilos (179), urgencias (180;181), centros psiquiátricos (33;182), quirófanos y centros quirúrgicos (31;183;184), consultas de enfermería, pediatría (185-190), rehabilitación (191) obstetricia y ginecología, neonatos, enfermos con VIH/SIDA (24;192-194), en enfermos trasplantados (195) trastornos neurodegenerativos y muchos otros problemas de salud como los coronarios (196).

Según los resultados obtenidos en distintos estudios (17;18;21;22;24-29;197) se ha observado que Reiki acelera la curación, disminuye el dolor, alivia los síntomas físicos, disminuye el estrés y la ansiedad, puede ser útil para tratar el insomnio y la fatiga, facilita la expresión de emociones almacenadas, induce la relajación, etc. Aunque algunas revisiones también indican que no hay pruebas suficientes de que las terapias de toque promuevan la recuperación (30;31), por lo que recomiendan seguir investigando con estudios bien diseñados y con muestras suficientes.

En otros intentos de comprobar su efectividad se ha recurrido a estudios in vitro como el llevado a cabo por Rubick (21) en el que se compara el crecimiento de E. Coli en cultivos tras ser tratadas con Reiki frente a controles sólo sometidos a calor; en los resultados se aprecia un crecimiento significativo de las bacterias en las placas tratadas con Reiki especialmente si el terapeuta previamente había dado una sesión de 30 minutos a una persona; o el realizado por Jhaveri et col (151) para ver si las terapias de toque tienen influencia en la proliferación, diferenciación y mineralización de los osteoblastos en medio de cultivo tanto en células sanas como en células de osteosarcoma. Los resultados que obtuvo tras cuatro sesiones en dos semanas fueron que sobre las células sanas se incrementaba la mineralización y la proliferación mientras que en las derivadas de osteosarcoma disminuía su diferenciación de las sanas así como su proliferación. A la vista de estos datos el Reiki puede ayudar en la curación de heridas y en el control de algunos tipos de células cancerosas debido a su efecto sobre el crecimiento y la diferenciación celular.

Según recoge la revisión sistemática de So Pui Shan (27), las terapias de toque pueden tener un efecto moderado en el alivio del dolor, pero se necesitan más estudios sobre el Toque curativo y el Reiki dada la escasez de ECAs de calidad y los pequeños tamaños muestrales. No obstante, son muchos los estudios que han informado resultados positivos sobre la aplicación de terapias de toque (20;28;30;32;33) y rara vez han informado algún efecto secundario (19).

Existe un creciente interés entre las enfermeras para el uso de Reiki en el cuidado del paciente y como tratamiento de auto-cuidado, aunque es reconocido el escaso apoyo empírico de investigación y pruebas para justificar estas prácticas (32), tanto es así, que ha habido un incremento importante de las publicaciones, en el contexto de las Escuelas/Facultades/Departamentos de Enfermería de distintas Universidades de USA y Canadá en un intento de demostrar de forma empírica los efectos beneficios del Reiki (18;19;22;26;28;35-37).

En el estudio de Olson (22) se llevó a cabo un ensayo clínico de dos brazos (brazo A: opioides + descanso y brazo B: opioides + Reiki) para comparar el dolor, la calidad de vida y el uso de analgésicos, en una muestra de pacientes con dolor por cáncer ($n = 24$). Los participantes en el brazo B tuvieron un mejor control del dolor y mejoraron la calidad de vida en comparación con el brazo A, pero no hubo diferencias en el consumo de opiáceos.

Wardell (28) diseñó un estudio de medidas repetidas en sujetos sanos para conocer posibles correlaciones biológicas con la terapia de toque, tras la aplicación de 30 minutos de Reiki. Entre los resultados más destacados se observó una reducción significativa de la ansiedad ($t(22) = 2,45$; $p = 0,02$), comparando antes y después de las medidas; y una disminución significativa de la presión arterial sistólica (PAS), $F(2, 44) = 6,60$, $p < 0,01$.

La revisión de Winstead-Fry (19) demostró que hay muchos enfoques para la investigación sobre toque terapéutico, las muestras se describen de forma incompleta, y existe variabilidad en las prácticas de toque terapéutico. La revisión incluyó un meta-análisis sobre 13 estudios, con un promedio de tamaño del efecto de 0,39, que se describe como moderado.

Mansour (35) recomienda que los estudiosos interesados en la investigación de Reiki deberían incorporar a los diseños experimentales el grupo placebo para aumentar el valor empírico del efecto. Como ocurre en el estudio de Shore (33), que tras la finalización del tratamiento, hubo una reducción significativa en los síntomas de angustia psicológica en el grupo de tratamiento en comparación con el control y el placebo, manteniendo estas diferencias transcurrido un año.

Para las enfermeras Reiki puede ser de mucha ayuda tanto para proporcionar cuidados de confort disminuyendo la ansiedad de sus pacientes como para su propio bienestar personal (32;34;37;181;195;198-205) ya que disminuyen tanto la ansiedad como el dolor y la fatiga, mejora el bienestar y la capacidad de afrontamiento.

El estudio más relevante para plantear nuestra investigación ha sido la revisión sistemática publicada por So Pui Shan (27), por varias razones: 1. Los participantes expuestos al Reiki (116 participantes, 3 estudios) (22;206;207) tuvieron un promedio de 1,24 (IC del 95%: -2,06 a -0,42) menos de dolor. 2. En el subgrupo de profesionales más experimentados, es decir, Maestros Reiki, (116 participantes, 3 estudios) se observó que proporcionaron una mayor contribución que el grupo de profesionales menos experimentados (promedio de 0,47 unidades, IC del 95%: -0,73 a -0,22, menos de dolor), al tener en promedio 1,24 unidades de reducción de la intensidad del dolor (IC del 95%: -2,63 a 0,23). 3. El estudio de Dressen (206) fue uno de los tres estudios incluidos en el metaanálisis que investigaron al mismo tiempo los efectos del placebo de la terapia de toque y el control sin tratamiento, observándose que los participantes

expuestos al placebo de terapias de toque simuladas tuvieron en promedio 0,79 unidades menos de dolor que los que no recibieron ningún tratamiento, pero el efecto no fue significativo (IC del 95%: -2,23 a 0,66). 4. El número de sesiones de tratamiento varió de una sola sesión a diez sesiones, con una duración de 5 a 90 minutos por sesión. Los datos se analizaron en cuanto a la duración total del tratamiento (duración de una única sesión multiplicada por el número de sesiones de tratamiento). El resultado más favorable lo obtuvieron los 116 participantes expuestos durante más de tres horas a la terapia de toque con un promedio de 1,57 unidades menos de dolor (IC del 95%: -2,38 a -0,76). 5. Los resultados de los estudios incluidos en esta revisión indican que no hay efectos adversos. 6. Las escalas más utilizadas para medir el dolor y la fatiga ha sido la escala analógica visual o VAS.

La bibliografía recoge un estudio llevado a cabo por Assefi (208) para comprobar el efecto del Reiki sobre la FM en el que no parece que haya ninguna mejora en los síntomas de las mujeres.

Como profesionales de la salud y teniendo en cuenta que el pronóstico de la FM no es muy alentador, ya que a los 10 años persisten los síntomas, la duración media de los síntomas es de 15 años, el 55% empeoran de dolor, empeoran de la fatigabilidad el 48%, un 80% continúan con medicación y alrededor de un 66% refieren mejoría leve globalmente; nos parece relevante seguir investigando sobre la efectividad de Reiki en la mejora del dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria (40).

JUSTIFICACIÓN:

JUSTIFICACIÓN

Dado que el SFM se encuentra conceptualizado dentro de los cuadros que cursan con dolor crónico, es decir aquel dolor que se hace persistente y su duración sobrepasa los tres meses y conlleva grandes repercusiones económicas (2).

Se trata de un síndrome complejo de condición crónica y etiología desconocida, cuyo síntoma predominante es el dolor músculo- esquelético generalizado, benigno, de origen no articular que se diagnostica a través de la clasificación de unos criterios establecidos. La mayoría de los autores coinciden en señalar que la fisiopatología es multifactorial, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales cuyo fenómeno central lo constituiría una alteración en la modulación del dolor (7). Los estudios que han documentado la sintomatología del síndrome lo han caracterizado por dolor generalizado, dificultades de memoria, sueño no reparador, fatiga, parestesias, rigidez matutina de articulaciones, inflamación subjetiva, cefalea, síndrome de intestino irritable, mareos, ansiedad y depresión. Cuanto mayor es el número de síntomas presentes, es más probable que el síndrome se convierta en permanente y que busquen más servicios de salud. Tanto el dolor crónico generalizado como el trastorno del ánimo condicionan una importante pérdida de calidad de vida para el paciente y un menoscabo para todas sus actividades (trabajo, ocio, actividades de la vida diaria), que provocan consecuencias importantes en las relaciones sociales y familiares (8).

La prevalencia del SMF difiere según la población estudiada, pero se estima que es de un 2,4 % con una relación mujer/ hombre de 21/1, aunque puede afectar a la población infantil y juvenil, pero el mayor pico de prevalencia se encuentra entre los 40 y los 49 años, siendo infrecuente antes de los 40 años y por encima de los 80 años de edad (5).

Los estudios prospectivos indican que la enfermedad sigue un curso crónico con poca mejoría en los 5-7 años de seguimiento.

El impacto socioeconómico es importante debido a las visitas médicas, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y la aparición de patologías concomitantes (9;10). También se ha constatado que estos pacientes consultan diversas especialidades, usan terapias alternativas y su consumo económico se acrecienta debido a un mayor absentismo laboral y a la demanda de pensiones por discapacidad (11).

También se ha demostrado que el gasto de fármacos antiálgicos en Atención Primaria sobrepasa al de las demás patologías (12).

El tratamiento farmacológico habitual consiste en analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y antidepresivos, pero se ha demostrado que resulta ineficaz ya que el dolor se comporta de manera refractaria, el pronóstico no se modifica y los beneficios que se obtienen son muy discretos frente a los efectos secundarios de los fármacos (12).

En los últimos años se han añadido al tratamiento alternativas no farmacológicas como la terapia cognitivo-conceptual (13;14) el ejercicio físico aeróbico controlado (15) y, más recientemente, terapias complementarias y alternativas tales como tratamiento quiropráctico, terapia de relajación y suplementos dietéticos y herbales, entre otras (16;64).

El creciente interés por controlar el dolor mediante métodos no farmacológicos, ante la posibilidad de disminuir los efectos adversos y el coste, durante las últimas dos décadas ha aumentado la popularidad de las terapias de toque (17;18). Las terapias de toque se definen como las terapias complementarias basadas en la energía que incluyen el Tacto curativo (TC), el Tacto terapéutico (TT) y el Reiki.

Según los estudios publicados las terapias de toque, entre las que se encuentra Reiki, aceleran la curación, disminuyen el dolor, alivian los síntomas físicos, disminuyen el estrés y la ansiedad, pueden ser útiles para tratar el insomnio y la fatiga, facilitan la expresión de emociones almacenadas, inducen la relajación, etc (17;18;21;22;24-29) y rara vez han informado de ningún efecto secundario (19).

El Reiki es un antiguo método de tratamiento, con raíces tanto en la medicina china como en la curación cristiana, que se usa como tratamiento alternativo o como complemento al tratamiento de la medicina occidental (34). Existe un creciente interés entre las enfermeras por el uso de Reiki en el cuidado del paciente y como tratamiento de auto-cuidado, aunque es reconocido el escaso apoyo empírico de investigación y pruebas para justificar estas prácticas (32), tanto es así, que ha habido un incremento importante de las publicaciones en el contexto de las Escuelas/Facultades/Departamentos de Enfermería de distintas Universidades de USA y Canadá en un intento de demostrar de forma empírica los efectos beneficios del Reiki (18;19;22;26;28;35-37).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente explicado y tras estudiar la revisión sistemática publicada por So Pui Shan (27) nos planteamos tomarla como base para plantear nuestro estudio por varias razones:

1. Los participantes expuestos al Reiki (116 participantes, 3 estudios) (22;206;207) tuvieron un promedio de 1,24 (IC del 95%: -2,06 a -0,42) menos de dolor.
2. En el subgrupo de profesionales más experimentados, es decir, Maestros Reiki, (116 participantes, 3 estudios) se observó que proporcionaron una mayor contribución que el grupo de profesionales menos experimentados (promedio de 0,47 unidades, IC del 95%: -0,73 a -0,22, menos de dolor), al tener en promedio 1,24 unidades de reducción de la intensidad del dolor (IC del 95%: -2,63 a 0,23).
3. El estudio de Dressen (206) fue uno de los tres estudios incluidos en el metaanálisis que investigaron al mismo tiempo los efectos del placebo de la terapia de toque y el control sin tratamiento, observándose que los participantes expuestos al placebo de terapias de toque simuladas tuvieron en promedio 0,79 unidades menos de dolor que los que no recibieron ningún tratamiento, pero el efecto no fue significativo (IC del 95%: -2,23 a 0,66). El número de sesiones de tratamiento varió de una sola sesión a diez sesiones, con una duración de 5 a 90 minutos por sesión.
4. Los datos se analizaron en cuanto a la duración total del tratamiento (duración de una única sesión multiplicada por el número de sesiones de tratamiento). El resultado más favorable lo obtuvieron los 116 participantes expuestos durante más de tres horas a la terapia de toque con un promedio de 1,57 unidades menos de dolor (IC del 95%: -2,38 a -0,76).

5. Los resultados de los estudios incluidos en esta revisión indican que no hay efectos adversos.
6. Las escalas más utilizadas para medir el dolor y la fatiga ha sido la escala analógica visual o VAS.

Como profesionales de la salud y teniendo en cuenta que el pronóstico de la FM no es muy alentador, ya que a los 10 años persisten los síntomas, la duración media de los síntomas es de 15 años, el 55% empeoran de dolor, empeoran de la fatigabilidad el 48%, un 80% continúan con medicación y alrededor de un 66% refieren mejoría leve globalmente y además usan terapias complementarias de las que no informan a los profesionales que los atienden.

Nos parece relevante seguir investigando sobre la efectividad de Reiki en la mejora del dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria ya que es una terapia que tiene una alta aplicabilidad e incluso puede ser autoadministrada con un coste ínfimo y sin efectos secundarios.

DISEÑO:

DISEÑO

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la Terapia Reiki para mejorar el dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria en mujeres con fibromialgia.

Hipótesis:

- Las participantes del grupo Reiki tendrán 1,24 unidades menos de dolor que las de los grupos placebo y control, medido con una escala Vas de 0 (nada de dolor) a 10 (máximo dolor)
- Las participantes del grupo Reiki tendrán 1 unidad menos de fatiga que las de los grupos placebo y control medido con una escala VAS de 0 (nada de dolor) a 10 (máximo dolor).
- Las participantes del grupo Reiki experimentarán una mejora en la calidad de vida comparada con los grupos placebo y control, medido con el Cuestionario SF-36.
- Las participantes del grupo Reiki experimentarán una mejora en el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria comparada con los grupos placebo y control, medido con el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia o FIQ.

Diseño del estudio:

Se trata de un ensayo clínico controlado aleatorizado a tres grupos, con ocultación del reparto aleatorio, para evaluar la eficacia de la terapia Reiki en la mejora del dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad en las actividades de la vida diaria (AVD) en mujeres diagnosticadas de fibromialgia.

Sujetos, ámbito de estudio y tamaño muestral

La población de estudio son mujeres diagnosticadas de fibromialgia, según los criterios de diagnóstico para la FM de la American College of Rheumatology (ACR):

- Dolor en 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación (Anexo 1).
- Antecedentes de dolor difuso durante al menos tres meses. Entendiendo dolor difuso como el que se produce en los dos lados del cuerpo y por encima y por debajo de la cintura.

El ámbito de estudio es la Asociación de Fibromialgia de Madrid, con sede en la zona centro de la ciudad de Madrid. Dada la dificultad para localizar a las mujeres diagnosticadas de fibromialgia a través del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM), de Madrid, y de los centros de atención primaria del área, por no existir un registro de estas mujeres, ni un sistema de codificación que permita su localización, se optó por contactar con la Asociación de

Fibromialgia de Madrid. Actualmente, cuentan con 2500 socias (al corriente de pago de las cuotas), de las que tienen información de contacto. En la Asociación existe un gran interés por esta iniciativa, por lo que contamos con su colaboración y nos permitieron utilizar sus instalaciones para llevar a cabo el estudio.

Criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, estar diagnosticada de fibromialgia (según la ACR), que presenten un dolor igual o superior a 4 (según escala VAS) antes del inicio del estudio, que otorguen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: personas con trastornos cognitivos o mentales que les incapacite para participar en el estudio y cumplimentar los cuestionarios.

Criterio de finalización del estudio: si la participante deja de asistir a alguna de las sesiones, no cumplimenta alguno de los cuestionarios, o bien se retira voluntariamente del estudio.

Tamaño de la muestra: Con la hipótesis de que en la escala analógica visual haya una diferencia en favor del grupo de la terapia Reiki con respecto al grupo control y al grupo placebo de 1,24, con una desviación tipo de la medida de 2,085, para un valor alfa de 0,05 en una hipótesis de prueba bilateral y una potencia estadística del 80%, el número de casos por grupo es de 45. Si se prevé una tasa de abandonos del 10%, la muestra final queda en 50 pacientes por grupo, 150 pacientes en total.

Aleatorización:

Todos los pacientes que cumplen criterios de inclusión están aleatorizados a tres grupos: terapia Reiki, grupo placebo o grupo control, en función de una lista de aleatorización preparada por la Unidad de Epidemiología Clínica del HUPHM, antes de iniciar el estudio, usando un programa generador de números pseudo-aleatorios. El reparto se revela mediante sobres opacos, numerados, sellados y correlativos. La persona que realiza la primera entrevista es la única que puede abrir el sobre y que informa a la mujer de la persona que la va a atender.

Enmascaramiento:

Para disminuir posibles sesgos se llevó a cabo enmascaramiento de las participantes de los grupos intervención y placebo; además, se enmascararon a todas las participantes respecto a la persona que las entrevista y la que analiza los datos. Las mujeres en principio no saben a qué grupo pertenecen ya que sólo se les informa de la sala a la que van.

Procedimientos de captación y de estudio

La captación de las participantes se llevó a cabo a través de la Asociación de Fibromialgia de Madrid (AFIBROM), que nos facilitó el contacto telefónico con las posibles candidatas. Se les informó brevemente sobre el estudio y se les invitó a participar. Para ser incluidas en el estudio debían presentar informes médicos donde apareciera claramente el diagnóstico de fibromialgia, además de cumplir el resto de criterios de inclusión. Las mujeres que aceptaron participar fueron asignadas de forma aleatoria a los tres grupos de tratamiento, previa información sobre el estudio y una vez que hubieron firmado el consentimiento informado (Anexos 2 y 3).

En el momento de la inclusión, todas las participantes cumplimentaron los cuestionarios para tener una medida basal de dolor, fatiga, calidad de vida e impacto de la enfermedad sobre las AVD. Estas medidas de resultados se volvieron a recoger al mes de iniciado el estudio y a los 3 meses.

A las personas que no están en el grupo que recibe Reiki y en forma de compensación se les oferta recibir tres sesiones una vez finalizado el estudio

Grupo Reiki

La terapia es aplicada únicamente por la Maestra Reiki, en 4 sesiones semanales de 60 minutos de duración. La terapia se realizó en un espacio adecuado dentro de la sede de la Asociación de Fibromialgia de Madrid.

Para llevar a cabo la terapia Reiki se contó con una camilla portátil y un ambiente de tranquilidad y privacidad. En una sesión de Reiki, la receptora permanece vestida en todo momento, sólo se recomienda que acuda con ropa cómoda tipo chandal. Cuando se recibe a la paciente se le explica que debe despojarse de los zapatos para que la terapeuta pueda tener acceso a sus pies y se le pide que se tienda en la camilla en decúbito supino, si no hay impedimento para ello por las condiciones físicas de la participante. Hecho esto, la terapeuta empieza a poner sus manos sobre diferentes lugares del cuerpo de la persona (cabeza, tórax, abdomen, piernas, brazos y pies) de forma estandarizada sobre los 12 lugares tradicionales.

Cuando se ha terminado se le pide que se tienda en decúbito prono (si es posible) y se vuelven a colocar las manos en diferentes puntos de su espalda, piernas y pies (Anexo 4). Durante la sesión la persona no tiene que estar necesariamente en silencio, puede hablar si tiene necesidad de ello sin que se vea afectada la terapia. En algunas ocasiones, se pueden dar manifestaciones emocionales en las personas y en otras ocasiones puede haber un grado de profunda relajación. Si la persona lo desea, puede estar acompañada por alguien de su confianza con la única condición de que no interfiera en la conversación si es que se produce.

Grupo Placebo

La terapia fue aplicada únicamente por la enfermera que no tiene experiencia en terapias de toque, en 4 sesiones semanales de 60 minutos de duración, como sucede con el grupo Reiki. La terapia se realizó en un espacio adecuado dentro de la sede de la Asociación de Fibromialgia de Madrid.

Para llevar a cabo la terapia placebo, al igual que en el Reiki, se cuenta con una camilla portátil y un ambiente de tranquilidad y privacidad. Igualmente, la receptora permanece vestida en todo momento, sólo se recomienda que acuda con ropa cómoda (tipo chandal). Cuando se recibe a la paciente se le explica que debe despojarse de los zapatos para que la terapeuta pueda tener acceso a sus pies y se le pide que se tienda en la camilla. Hecho esto, la enfermera, sin experiencia en terapias de toque, simula que toca los mismos puntos corporales que la Maestra Reiki.

Para no interferir con los puntos energéticos, la enfermera recibió información y protocolizó su intervención previo entrenamiento de la Maestra Reiki. Para evitar la

intencionalidad se le pide a la enfermera encargada de simular la terapia que ocupe su mente en otra cosa.

Grupo control

Acudió al centro en el tres ocasiones; al inicio, al mes y a los tres meses para rellenar los cuestionarios, pero no se le aplicó ningún tipo de intervención.

La duración de cada sesión se decide que sea de una hora tras consultar diversos libros dedicados a la Terapia Reiki (154) y hablar con varios Maestros con más de tres años de experiencia, tocando de forma sistemática en los doce puntos tradicionales durante tres minutos en cada uno de ellos. Aunque una sesión de Reiki no es reglada en cuanto a la duración del tiempo en cada lugar sino que se hace de forma individualizada en función de las necesidades de las personas se decide la sistematización para evitar la variabilidad. En otros estudios que usan la terapia Reiki hay variabilidad en el tiempo de duración de las sesiones: Olson trata a los pacientes con cáncer avanzado con dos sesiones de 90 minutos (22), Dressen trata a pacientes con dolor crónico con 10 sesiones de 30 minutos de duración (206), o Tsang que estudia el efecto de la terapia Reiki sobre la fatiga en pacientes oncológicos (grado I- IV) tratados con quimioterapia en siete sesiones de unos 45 minutos de duración (207), hay estudios que tratan sujetos sanos con 30 minutos (28;173) hasta los 75 en una sola sesión o los 15 minutos en experimentos con cultivos celulares (21). Dada la cronicidad tanto del dolor como de la fatiga se decide que sea una sesión semanal durante cuatro semanas. Tras tres sesiones se pasan de nuevo los cuestionarios antes de dar la cuarta sesión que se usará como refuerzo. Para comprobar que el efecto se mantiene en el tiempo se pasa el cuestionario a los tres meses antes de dar una nueva sesión de “refuerzo” a las mujeres.

Variables

Variable de resultado principal: dolor. Otras variables de resultado: fatiga, calidad de vida relacionada con la salud, impacto de la enfermedad sobre las AVD. Otras variables: sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, trabajo que realizan, con quién conviven, ...), clínicas (tratamiento farmacológico y no farmacológico, tiempo desde el diagnóstico, enfermedades asociadas, etc), posibles efectos adversos del Reiki.

Instrumentos de Recogida de Datos

Las datos sociodemográficos se recogen en un documento elaborado para tal fin (Anexo 5).

Todos los instrumentos que se utilizan en el estudio se pasan en tres ocasiones: basal (al inicio del estudio), tras el periodo de intervención (4 sesiones) y a los 3 meses.

Para valorar el dolor se utilizó una escala visual analógica (EVA) con puntuaciones de 0 (nada de dolor) a 10 (máximo dolor). Para valorar la fatiga se utilizó una escala visual analógica (EVA) con puntuaciones de 0 (nada de fatiga) a 10 (máxima fatiga). (Anexo 6)

Para valorar el impacto de la enfermedad sobre las AVD se utilizó el cuestionario específico para Fibromialgia, el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) o Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (CIF) (60) (Anexo 7). El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia es un cuestionario validado que mide el impacto de la enfermedad en la vida de las personas que la padecen.

Este cuestionario se ha validado para la población española, y permite evaluar en todos los pacientes dos dimensiones de su capacidad funcional, la frecuencia de realización de actividades de la vida diaria (ítems 1 y 3) y la dificultad para realizar estas actividades (ítem 4).

En 1994, Burckhardt y col desarrollaron una herramienta específica para medir el impacto del SFM en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que lo presentan: el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). El FIQ evalúa el impacto del SFM en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en el que el SFM ha afectado esta actividad así como ítems subjetivos muy relacionados con el cuadro de SFM (dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez) y con el estado emocional (ansiedad y depresión). Sus ítems fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes, de los trabajos preexistentes acerca del SFM y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos. En el trabajo de Burckhardt y col se compararon las propiedades psicométricas del nuevo cuestionario respecto al AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales) y se concluyó que el FIQ era un instrumento válido tanto para la investigación como para la clínica.

Este cuestionario ha sido adaptado y validado a diferentes idiomas (sueco, alemán, turco, hebreo, francés, italiano y coreano). Se trata de un cuestionario validado para la población española, que permite evaluar en todos los pacientes dos dimensiones de su capacidad funcional, la frecuencia de realización de actividades de la vida diaria (ítems 1 y 3) y la dificultad para realizar estas actividades (ítem 4) (60). El FIQ10 es un cuestionario multidimensional diseñado para que el paciente se lo pueda autoadministrar. En la versión española pregunta por lo sucedido una semana antes de la evaluación. El valor del coeficiente de correlación intraclase del S-FIQ total fue de 0,81

Cuenta con unas instrucciones someras en las que Monterde S y col (209) explican cómo debe rellenarse. Mediante preguntas que hacen referencia a la semana anterior a la realización del test, valora los componentes del estado de salud que suelen estar más afectados en pacientes con SFM. Consta de 10 ítems. El primero es el único que contiene varios subítems (a-j), en número de 10, cada uno de ellos con un rango de 4 puntos (de 0, siempre, a 3, nunca) según una escala de Likert. Este ítem valora la capacidad funcional del paciente mediante preguntas acerca de actividades relacionadas con la vida diaria: comprar, conducir, hacer la colada, etc. El segundo y tercer ítems corresponden a escalas numéricas que hacen referencia a días de la semana: el segundo en una escala del 1 al 7, y el tercero del 1 al 5. El resto de los ítems se valora mediante escalas visuales analógicas (EVA) del 0 al 10.

Si alguna persona no puede realizar algunas de las acciones planteadas por algunos ítems o subítems, éstos pueden dejarse en blanco. Tal sería el caso del subítem «conducir un coche», si el sujeto no dispone del permiso correspondiente, o del ítem «perder días de trabajo», si el paciente no trabaja fuera de casa.

Para los 3 primeros ítems, cuya respuesta no se recoge en una escala del 0 al 10, son necesarias las siguientes recodificaciones:

- Para obtener la puntuación del primer ítem se suma el valor obtenido en cada uno de los 10 subítems, se divide por el número de ítems contestados y el resultado se multiplica por 3,33.

- El segundo ítem (1-7) debe ser recodificado y adaptado. Se invierten sus valores para que tenga el mismo sentido que el resto de los ítems y se multiplica por 1,43.
- El valor obtenido en el tercer ítem (1-5) debe multiplicarse por 2.

Para obtener la puntuación total, se suman las puntuaciones individuales debidamente recodificadas y adaptadas. Si alguna pregunta se ha dejado en blanco, se suman las puntuaciones obtenidas y se dividen por el número de preguntas contestadas.

La puntuación del FIQ total se halla entre 0-100 ya que cada uno de los ítems tiene una puntuación de 0-10 una vez adaptado. De esta forma, 0 representa la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado.

Según la bibliografía la población española con fibromialgia tiene una puntuación de 50 y puede llegar a 70 en personas muy afectadas (209).

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud se utilizará el cuestionario SF-36 (Anexo 8), que proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas con mayor potencial de uso en la evaluación de los resultados clínicos. Contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones, que se agregan en dos perfiles, uno físico y el otro mental. (Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal (Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual) (2), Salud General (6)). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

El cuestionario SF- 36 propociona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos. Es aplicable tanto a la población general como a pacientes por encima de los 14 años. La versión estandar generalmente evalúa las últimas cuatro semanas.

Cálculo de las puntuaciones

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental.

Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

Se recomienda que tanto la recodificación de ítems como la puntuación de las escalas se haga en un ordenador utilizando los algoritmos de puntuación documentados o el software disponible.

En su verión original es un cuestionario elaborado para la población de Estados Unidos en la década de los años noventa del siglo pasado, pero que se ha traducido y validado

para diferentes idiomas entre ellos el español. La traducción y validación en español se hizo en el seno del proyecto IQOLA con Jordi Alonso como investigador principal (210) con una fiabilidad (α de Cronbach) mayor de 0,7, con un rango entre 0,78 y 0,96 en todos los ítems, tanto para población entre los 55- 60 años (61) como para población adulta mayor de 60 años (211).

Todos los datos requeridos para el análisis de las variables se registraron en un Cuaderno de Recogida de Datos diseñado para este ensayo.

Método estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables para conocer las características generales de la población de estudio. Los datos se presentan utilizando frecuencias, estadísticos de tendencia central y de dispersión. Los datos cuantitativos se describen mediante la media, desviación típica y rango de la muestra. Se utilizó el test de Kolmogorov para contrastar la hipótesis de normalidad de las variables continuas. Para el análisis de datos de seguimiento en las escalas de dolor, CIF y SF36, se utilizó la t de Student para datos apareados presentando los resultados con la media de las diferencias y el intervalo de confianza del 95%. Para comparar los datos basales entre los grupos se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) seguido de la prueba de comparaciones múltiples HDS de Tukey. La representación de estos resultados y su evolución temporal se realizaron mediante gráficos de barras de error, donde están representados la media y el intervalo de confianza del 95%.

En las variables cualitativas de consumo de fármacos, ejercicio físico, yoga, fisioterapia existe un orden temporal o nivel de exposición frente a los tres tratamientos. La comparación estadística en estas tablas (2xN) se realizó con el test de Mantel- Haenzel o χ^2 de tendencia lineal. La presencia de patologías asociadas se estudió mediante la prueba χ^2 y χ^2 corregida por Yates.

Para todas las pruebas se aceptó un valor de significación inferior a 0,05 en contraste bilateral. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 14.0.

Limitaciones y Fortalezas Metodológicas del Estudio

La propuesta del Ensayo Controlado Aleatorizado, con ocultación del reparto aleatorio, a tres grupos, nos permite partir de un diseño sólido y se pretende, en todo momento, garantizar la validez interna del estudio y evitar posibles sesgos, que puedan mermar la calidad y el rigor metodológico del ensayo, se siguieron todas las recomendaciones del Grupo CONSORT dado el interés científico en contar con estudios de alta calidad, basadas en evidencias científicas, que faciliten la toma de decisiones en la práctica clínica.

Con el objetivo de incrementar la fiabilidad y la validez y de evitar el sesgo de información, los procedimientos del ensayo fueron evaluados mediante un pilotaje con una muestra de seis pacientes.

La estandarización del tratamiento en el grupo placebo se realizó con voluntarios no enfermos, que no participaron en el estudio.

Para intentar solventar la posible contaminación con intercambio de pareceres entre las mujeres participantes, dado que acuden de forma regular a la sede de AFIBROM para

otras actividades, no se les dice de entrada a que terapia han sido asignadas, excepto por razones obvias, a las que pertenecen al grupo control. La única información que reciben es la sala a la que tienen que entrar. Esto no garantiza que las participantes no intercambien información sobre las terapias y cómo se sienten pero no parece que pueda tener relevancia dado que el intercambio, de producirse, lo haría en todos los sentidos.

Aspectos éticos

El estudio se desarrolló de acuerdo con la declaración de Helsinki. El protocolo del estudio fué revisado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del HUPHM (Anexo 9). Antes de iniciar cualquier procedimiento se obtuvo el Consentimiento Informado (CI) de las participantes. Este CI es el estandar del HUPHM modificado para adaptarlo al estudio. Para compensar a las mujeres de los grupos control y placebo, si se demuestra la eficacia de Reiki, se les ofreció la posibilidad de recibir tres sesiones consecutivas de Reiki.

RESULTADOS:

RESULTADOS

Datos sociodemográficos: La muestra total obtenida ha sido de 123 mujeres. No se ha podido llegar a las 150 previstas en el estudio debido a que 15 de las personas contactadas no acudieron a la cita y posteriormente ha sido difícil encontrar más voluntarias por problemas de captación. Los grupos en los que se estratifica la muestra (Reiki, placebo y control) son homogéneos en cuanto a edad, número de hijos, nivel de estudios y situación laboral. La media de edad de la muestra es de 54,85 años [35,77] sin que haya diferencias significativas entre los grupos, con una mediana de 1 hijo [0, 5] y 7 años desde el diagnóstico [2,21].

De ellas el 61,8% están casadas o viven en pareja, al hacer la comparación entre los grupos podemos apreciar que en el grupo control hay menor porcentaje de casadas o con pareja que en los otros dos grupos (42,9% frente al 71,6%), con diferencias significativas ($p=0,004$).

Con respecto a la situación laboral, el 39% son trabajadoras activas, con baja laboral por causa de la fibromialgia el 4,9%, y con incapacidad total 16,3%, el 22% son amas de casa y el resto (17,9%) se reparten entre paradas (13%) y otras situaciones laborales (4,9%), siendo comparables todos los grupos.

Destaca que el 61,8% tienen personas dependientes a su cargo, esta situación se ve mayoritariamente en los grupos de Reiki (75,6%) y en el que recibe placebo (75%) lo que resulta coincidente con el hecho de que hay un mayor número de ellas que están casadas o conviven con una pareja en estos grupos.

Del total de la muestra, el 62,8% tienen un nivel de estudios medios (36%) y superiores (26,8%), el 38,2% o bien no tienen estudios (8,9%) o tienen estudios básicos (29,3%) sin que las diferencias entre los grupos sean significativas (Tablas 5 y 6).

	REIKI			PLACEBO			CONTROL		
	Media	DE	N	Media	DE	N	Media	DE	N
Edad	54,7	9,8	41	55	6,4	40	54,8	5,7	40
Nº Hijos	1,5	1,0	41	1,6	1,3	40	1,2	1,2	40
Años diagnóstico	9,0	5,7	41	8,6	3,8	40	8,2	4,7	40

DE: Desviación estándar; N: sujetos de la muestra

Tabla 5: Datos demográficos de la muestra

		Tipo terapia			Total
		Reiki (n=41)	Placebo (n=40)	Control (n=42)	
E civil	Soltera	17,1% (7)	17,5% (7)	31,0% (13)	22,0% (27)
	Casada/pareja	73,2% (30)	70% (28)	42,9% (18)	61,8% (76)
	Separada/divorciada	4,9% (2)	7,5% (3)	19,0% (8)	10,6% (13)
	Viuda	4,9% (2)	5% (2)	7,1% (3)	5,7% (7)
Situación laboral	Activa	46,3% (19)	47,5% (19)	23,8% (10)	39% (48)
	Ama de casa	22% (9)	17,5% (7)	26,2% (11)	22% (27)
	Baja laboral	9,8% (4)	2,5% (1)	2,4% (1)	4,9% (6)
	Incapacidad total	12,2% (5)	17,5% (7)	19,0% (8)	16,3% (20)
	Parada	4,9% (2)	5,0% (2)	28,6% (12)	13% (16)
	Otros	4,9% (2)	10,0% (4)	---	4,9% (6)
Nivel estudios	Sin estudios	4,9% (2)	5,0% (2)	16,7% (7)	8,9% (11)
	Básicos	36,6% (15)	25,0% (10)	26,2% (11)	29,3% (36)
	Medios	29,3% (12)	45,0% (18)	31,0% (13)	35,0% (43)
	Superiores	29,3% (12)	25,0% (10)	26,2% (11)	26,8% (33)
Personas convive	Sola	14,6% (6)	7,5% (3)	26,2% (11)	16,3% (20)
	Pareja	17,1% (7)	20,0% (8)	19,0% (8)	18,7% (23)
	Hijo/s	4,9% (2)	5,0% (2)	9,5% (4)	6,5% (8)
	Pareja e hijos	48,8% (20)	55,0% (22)	23,8% (10)	42,3% (52)
	Otra persona	17,1% (7)	17,5% (7)	31,0% (13)	22,0% (27)
Personas dependientes	Tienen	73,2% (30)	70,0% (28)	42,9% (18)	61,8% (76)
	No tienen	4,9% (2)	7,5% (3)	19,0% (8)	10,6% (13)

Tabla 6: Datos sociodemográficos de la muestra

Tratamiento farmacológico: Todas las pacientes consumen al menos un fármaco para el control del dolor, destacando el paracetamol (38,2%) y opiáceos (22,0%) con consumo diario, frente a los Aines (12,2%) (Tabla 7).

		GRUPO			Total
		Reiki	Placebo	Control	
Paracetamol	Nunca	26,3% (10)	13,5% (5)	17,6% (6)	19,3% (21)
	Ocasional	21,1% (8)	27% (10)	35,3% (12)	27,5% (30)
	Habitual	52,6% (20)	59,5% (22)	47,1% (16)	53,2% (58)
AINEs	Nunca	57,9% (22)	56,7% (17)	44,4% (12)	53,7% (51)
	Ocasional	21,1% (8)	20% (6)	22,2% (6)	21,1% (20)
	Habitual	21,1% (8)	23,3% (7)	33,3% (9)	25,3% (24)
Opiáceos	Nunca	64,1% (25)	64,3% (18)	65,4% (17)	64,5% (60)
	Ocasional	5,1% (2)	--- (0)	7,7% (2)	4,3% (4)
	Habitual	30,8% (12)	35,7% (10)	26,9% (7)	31,2% (29)

Tabla 7: Consumo de fármacos para el dolor

El 71,8% (71) toman ansiolíticos bien de forma ocasional (entendiendo como ocasional el consumo de estos fármacos una vez o de dos a tres veces en la semana) o habitual (diario) y de ellas el 29'1% (16) toman dos de manera habitual, combinados con antidepresivos ya que el 62,9% (61) son consumidoras de al menos uno tomando dos a diario el 30'2% (16) (Tablas 8 y 9).

		Grupo			Total
		Reiki	Placebo	Control	
Un ansiolítico	Nunca	33,3% (13)	30,3% (10)	18,5% (5)	28,3% (28)
	Ocasional	5,1% (2)	0% (0)	14,8% (4)	6,1% (6)
	Habitual	61,5% (24)	69,7% (23)	66,7% (18)	65,7% (65)
Dos ansiolíticos	Nunca	75% (24)	50,0% (9)	80,0% (4)	67,3% (37)
	Ocasional	3,1% (1)	5,6% (1)	0% (0)	3,6% (2)
	Habitual	21,9% (7)	44,4% (8)	20% (1)	29,1% (16)

Tabla 8: Consumo de ansiolíticos

		Grupo			
		Reiki	Placebo	Control	Total
Un antidepresivo	Nunca	45,0% (18)	25,0% (7)	31,0% (9)	35,1% (34)
	Ocasional	5,0% (2)	0% (0)	0% (0)	2,1% (2)
	Habitual	50,0% (20)	75,0% (21)	69,0% (20)	62,9% (61)
Dos antidepresivos	Nunca	71,9% (23)	83,3% (10)	44,4% (4)	69,8% (37)
	Habitual	28,1% (9)	16,7% (2)	55,6% (5)	30,2% (16)

Tabla 9: Consumo de antidepresivos

Los relajantes musculares también forman parte del tratamiento de estas mujeres aunque menos de la mitad, el 40,5% (34), los toman de manera habitual, algunas a diario (19,1%) y el resto de forma ocasional (Tabla 10).

		Grupo			
		Reiki	Placebo	Control	Total
Consumo relajantes musculares	Nunca	78,9% (30)	47,6% (10)	40,0% (10)	59,5% (50)
	Ocasional	7,9% (3)	38,1% (8)	28,0% (7)	21,4% (18)
	Habitual	13,2% (5)	14,3% (3)	32,0% (8)	19,1% (16)

Tabla 10: Consumo de relajantes musculares

Además de los fármacos para el control del dolor y de los síntomas depresivos y ansiosos toman entre uno (26,8%) y al menos cinco fármacos (7,3%) para el tratamiento de otras patologías concomitantes con la fibromialgia.

		Grupo			
		Reiki	Placebo	Control	Total
Consumo de otros fármacos	No	24,4% (10)	42,5% (17)	40,5% (17)	35,8% (44)
	Uno	36,6% (15)	25,0% (10)	19,0% (8)	26,8% (33)
	Dos	4,9% (2)	12,5% (5)	33,3% (14)	17,1% (21)
	Tres	7,3% (3)	2,5% (1)	4,8% (2)	4,9% (6)
	Cuatro	12,2% (5)	10,0% (4)	2,4% (1)	8,1% (10)
	Más de cuatro	14,6% (6)	7,5% (3)	0% (0)	7,3% (9)

Tabla 11: Consumo de otros fármacos

Terapias no farmacológicas Para el control de los síntomas de la fibromialgia como es el dolor y la rigidez las mujeres incluidas en el estudio usan otro tipo de terapias como es el ejercicio físico (50,4%) en frecuencia variable desde una vez por semana o todos los días, yoga (20,3%), fisioterapia (33,3%), masajes (38,2%) y otras terapias entre las que se encuentra el aquagym, diafreo, acupuntura y terapia sacrocraneal (el 22,0% acude a una terapia y el 5,7% hace dos terapias) (Tablas 12, 13 y 14).

		Grupo			Total (n=123)
		Reiki (n=41)	Placebo (n=40)	Control (n=42)	
Realizan ejercicio físico	No	43,9% (18)	57,5% (23)	47,6% (20)	49,6%(61)
	1 v/semana	14,6% (6)	10,0% (4)	11,9% (5)	12,2% (15)
	2-3 v semana	19,5% (8)	22,5% (9)	21,4% (9)	21,1% (26)
	Diario	22,0% (9)	10,0% (4)	19,0% (8)	17,1% (21)
Yoga	No	73,2% (30)	90,0% (36)	76,2% (32)	79,7% (98)
	1 v/semana	7,3% (3)	7,5% (3)	16,7% (7)	10,6% (13)
	2-3 v semana	14,6% (6)	2,5% (1)	4,8% (2)	7,3% (9)
	Diario	4,9% (2)	0,0% (0)	2,4% (1)	2,4% (3)

Tabla 12: Ejercicio físico y yoga

		Grupo			Total (n=123)
		Reiki (n=41)	Placebo (n=40)	Control (n=42)	
Fisioterapia	No	63,4% (26)	67,5% (27)	69,0% (29)	66,7% (82)
	Ocasional	2,4% (1)	2,5% (1)	23,8% (10)	9,8% (12)
	1 v/semana	31,7% (13)	22,5% (9)	2,4% (1)	18,7% (23)
	2-3 v semana	0,0% (0)	5,0% (2)	0,0% (0)	1,6% (2)
	Diario	2,4% (1)	2,5% (1)	4,8% (2)	3,3% (4)
Masajes	No	56,1% (23)	67,5% (27)	61,9% (26)	61,8% (76)
	Ocasional	22,0% (9)	7,5% (3)	9,5% (4)	13,0% (16)
	1 v/semana	17,1% (7)	15,0% (6)	28,6% (12)	20,3% (25)
	2-3 v semana	4,9% (2)	10,0% (4)	0,0% (0)	4,9% (6)

Tabla 13: Fisioterapia y masajes

		Grupo			Total (n=123)
		Reiki (n=41)	Placebo (n=40)	Control (n=42)	
Otras terapias	No	65,9% (27)	70,0% (28)	81,0% (34)	72,4% (89)
	Una	34,1% (14)	15,0% (6)	16,7% (7)	22,0% (27)
	Dos	0,0% (0)	15,0% (6)	2,4% (1)	5,7% (7)

Tabla 14: Otras terapias que realizan

Sólo el 24,2% de ellas recibe terapia psicológica, siendo un porcentaje muy bajo, sólo el 5,5%, las que la llevan a cabo de forma habitual, el resto sólo lo hace de forma ocasional. A la pregunta sólo contestaron 91 de las 123 mujeres (Tabla 15).

		Grupo			Total (n=91)
		Reiki (n=37)	Placebo (n=28)	Control (n=26)	
Terapia psicológica	Nunca	73,0% (27)	92,9% (26)	61,5% (16)	75,8% (69)
	Ocasional	24,3% (9)	0% (0)	30,8% (8)	18,7% (17)
	Habitual	2,7% (1)	7,1% (2)	7,7% (2)	5,5% (5)

Tabla 15: Uso terapia psicológica

Patologías asociadas. Las patologías asociadas de forma tradicional al SFM son osteoartritis, problemas uroginecológicos de diversos tipos, disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) y colon irritable. En nuestra muestra encontramos que el 77,7% de las mujeres tienen algún tipo de osteoartritis (artritis reumatoide, hernias discales, síndrome del túnel carpiano, entre otras), el 31,1% problemas uroginecológicos (incontinencia, cistitis bullosa, dismenorrea severa, menopausia precoz y cáncer ginecológico), disfunción de la ATM 59,5% y colon irritable el 53,7 %. Del total de las 123 mujeres que están en el estudio sólo el 16,3% no presentan ninguna otra patología concomitante, llegando hasta un 9,8% las que tienen, además del diagnóstico de SFM, el de más de cuatro patologías asociadas como ulcus gástrico, patología cardiovascular, hipotiroidismo, Síndrome de Fatiga Crónica, Síndrome de piernas inquietas y problemas oftalmológicos entre otros (Tablas 16 y 17) (Gráfico1).

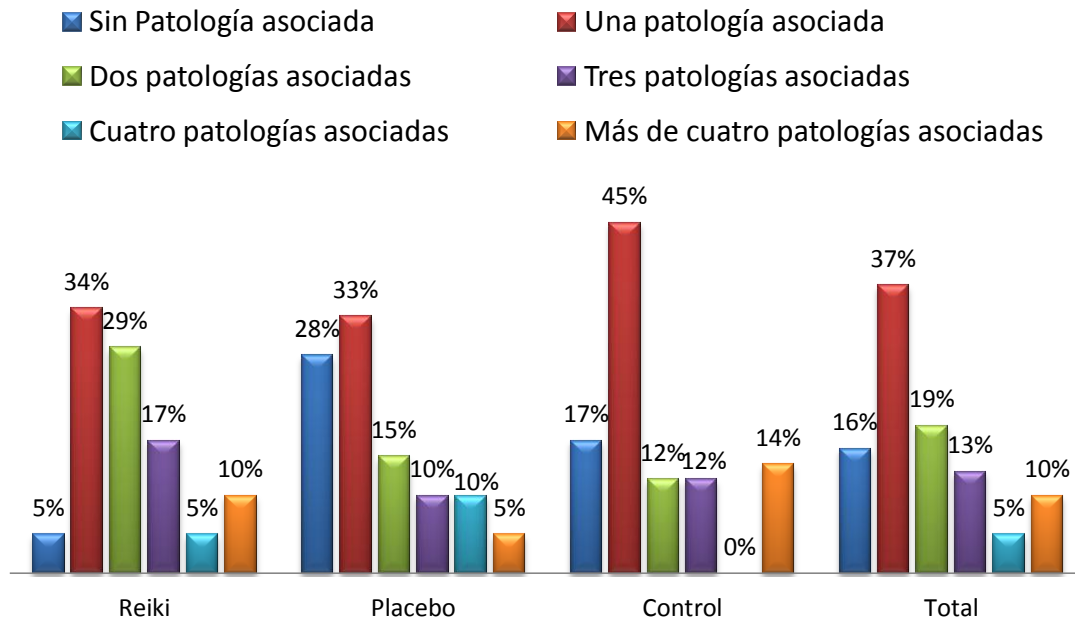
		Grupo			Total (n=123)
		Reiki (n=41)	Placebo (n=40)	Control (n=42)	
Diabetes	No	100% (41)	92,1% (35)	95,1% (39)	95,8% (115)
	Si	0,0% (0)	7,9% (3)	4,9% (2)	4,2% (5)
Osteoartritis	No	14,6% (6)	23,7% (9)	26,8% (11)	21,7% (26)
	Si	85,4% (35)	76,3% (29)	73,2% (30)	78,3% (94)
Problemas uroginecológicos	No	58,5% (24)	71,8% (28)	70,7% (29)	66,9% (81)
	Si	41,5% (17)	28,2% (11)	29,3% (12)	33,1% (40)
Disfunción ATM	No	46,3% (19)	48,7% (19)	26,8% (11)	40,5% (49)
	Si	53,7% (22)	51,3% (20)	73,2% (30)	59,5% (72)
Colon Irritable	No	65,9% (27)	56,4% (22)	17,1% (7)	46,3% (56)
	Si	34,1% (14)	43,6% (17)	82,9% (34)	53,7% (65)

Tabla 16: Problemas de salud asociados más frecuentes

		Grupo			Total (n=123)
		Reiki (n=41)	Placebo (n=42)	Control (n=40)	
Otras patologías	No	4,9% (2)	27,5% (11)	16,7% (7)	16,3% (20)
	Una	34,1% (14)	32,5% (13)	45,2% (19)	37,4% (46)
	Dos	29,3% (12)	15,0% (6)	11,9% (5)	18,7% (23)
	Tres	17,1% (7)	10,0% (4)	11,9% (5)	13,0% (16)
	Cuatro	4,9% (2)	10,0% (4)	0,0% (0)	4,9% (6)
	Más de cuatro	9,8% (4)	5,0% (2)	14,3% (6)	9,8% (12)

Tabla 17: Patologías concomitantes con el SFM

Gráfico 1



Tasa de abandono. La tasa de abandono del estudio es del 44,7 %, superior a la esperada pero es debida a que la viabilidad del estudio impedía que se citara a las mujeres otro día y como se ve todas tienen problemas de salud que les obliga a citas médicas a las que no debían faltar y no acuden a su cita pero siempre avisan y dicen el motivo (enfermedad, cita médica, problemas laborales, problemas familiares). No hay diferencias en la tasa de abandono entre grupos aunque es menor (38,1%) en el grupo de control debido a que estas mujeres sólo debían acudir en tres ocasiones, el día de inicio del estudio, al mes y a los tres meses (Tabla 18).

		Grupo			
		Reiki (n=41)	Placebo (n=40)	Control (n=42)	Total (n=123)
Salida del estudio	Abandono	48,8% (20)	47,5% (19)	38,1% (16)	44,7% (55)
	Final	51,2% (21)	52,5% (21)	61,9% (26)	55,3% (68)

Tabla 18: Salida del estudio

Resultados de dolor y fatiga. Las medias de dolor y de fatiga al inicio del estudio son de 6,20 y 6,20 [0,10] respectivamente en el grupo que recibe Reiki, 7,45 y 6,68 [0-10] en el grupo placebo y 6,81 y 6,10 [0-10] en el grupo control. Para comprobar que no hay diferencias intergrupos en la medida basal se realiza la prueba de ANOVA evidenciándose que no hay diferencias entre los grupos en cuanto a la variable fatiga, no así en la variable dolor. Para saber en qué grupos está la diferencia se hace una prueba de comparaciones múltiples en la que encontramos que hay diferencia en las medias de dolor entre el grupo que recibe Reiki y el que recibe placebo, pero no hay diferencias de ninguno de estos grupos con el control (Tabla 19).

		N	Media	DE	Mínimo	Máximo	p
EVA fatiga basal	Reiki	41	6,2	1,8	3	10	0,2
	Placebo	40	6,9	1,8	3	10	0,2
	Control	42	6,1	2,4	2	10	0,9
EVA dolor basal	Reiki	41	6,2*	2,3	1	10	0,008
	Placebo	40	7,4*	1,6	4	10	0,008
	Control	42	6,8	1,8	4	10	0,4

IC 95%; * Diferencias entre grupos

Tabla 19: Medidas basales de fatiga y dolor

En la segunda medida que se realiza al mes de iniciar el estudio (tras tres sesiones de Reiki o de placebo) los resultados son: en el grupo que recibe Reiki la media de dolor y fatiga son 6,19 y 5,44 [0-10], 6,31 y 5,79 [0-10] en el grupo que recibe terapia placebo y de 6,30 y 6,26 [0-10] en el grupo control.

Para analizar la efectividad del tratamiento se analiza la diferencia de las medias en cada grupo obteniéndose que en el grupo que recibe Reiki no hay diferencias ni en el grado de dolor ni en el de fatiga, pero no podemos rechazar la hipótesis de que el tratamiento con Reiki disminuye el dolor y la fatiga en las mujeres con SFM ya que el intervalo de confianza contiene el cero como valor (-0,546, 0,983) (-0,540, 1,540). En el grupo que recibe tratamiento con placebo se observa diferencia en ambos datos y en el grupo control se aprecia diferencia en el grado de dolor (0,001) pero no en la fatiga aunque por la misma razón que para el grupo que recibe Reiki no se puede descartar que no haya diferencia (-0,960, 1,182).

La tercera medida se lleva a cabo al tercer mes de haber recibido la terapia. Se comparan los resultados de la medida inicial y la obtenida a los tres meses mediante análisis de pruebas relacionadas obteniendo que en el grupo que recibe Reiki se manifiesta una diferencia de 1,35 en el grado de fatiga ($p= 0,036$) [0,095, 2,605] y de 1,45 en el grado de dolor ($p= 0,006$) [0,460, 2,440]; en el grupo que recibe terapia placebo se aprecia una disminución del dolor de 1,33 ($p < 0,05$) pero en el grado de fatiga no hay una disminución significativa. En el grupo control no hay diferencia en cuanto al dolor pero si un aumento en la fatiga (-0,38) (Tabla 20) (Gráficos 2 y 3).

Terapia		Diferencias relacionadas			
		Medias	Lim inferior	Lim superior	p
Reiki	EVA basal fatiga- EVA 1 mes fatiga	0,5	-0,5	1,5	0,3
	EVA basal dolor- EVA 1 mes dolor	0,2	-0,5	1,0	0,5
Placebo	EVA basal fatiga- EVA 1 mes fatiga*	0,9	0,5	1,3	0,001
	EVA basal dolor- EVA 1 mes dolor*	1,0	0,5	1,5	0,001
Control	EVA basal fatiga- EVA 1 mes fatiga	0,1	-0,9	1,1	0,8
	EVA basal dolor- EVA 1 mes dolor*	0,6	0,3	1,0	0,001
Reiki	EVA basal fatiga- EVA 3 mes fatiga*	1,3	0,1	2,6	0,036
	EVA basal dolor- EVA 3 mes dolor*	1,4	0,4	2,4	0,006
Placebo	EVA basal fatiga- EVA 3 mes fatiga	0,5	-0,3	1,4	0,2
	EVA basal dolor- EVA 3 mes dolor*	1,3	0,2	2,4	0,02
Control	EVA basal fatiga- EVA 3 mes fatiga	-0,4	-1,2	0,5	0,4
	EVA basal dolor- EVA 3 mes dolor	0,0	-0,9	0,9	1,0

IC 95%; * Diferencias entre medidas
 Tabla 20: Diferencias entre medida basal, al mes y tres meses

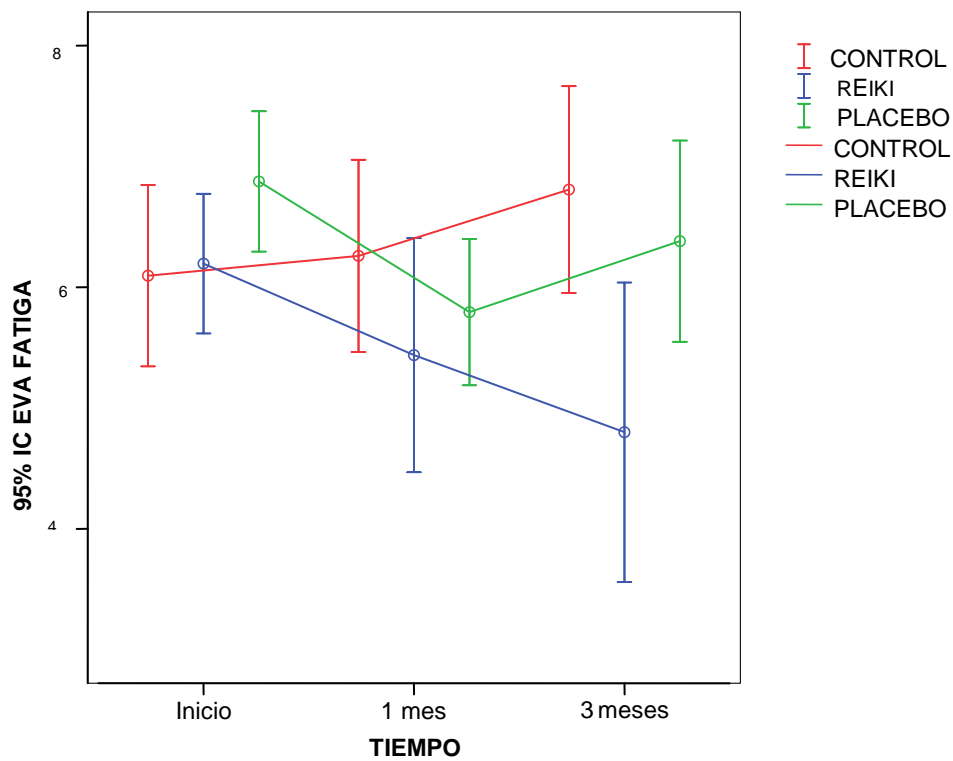


Gráfico 2

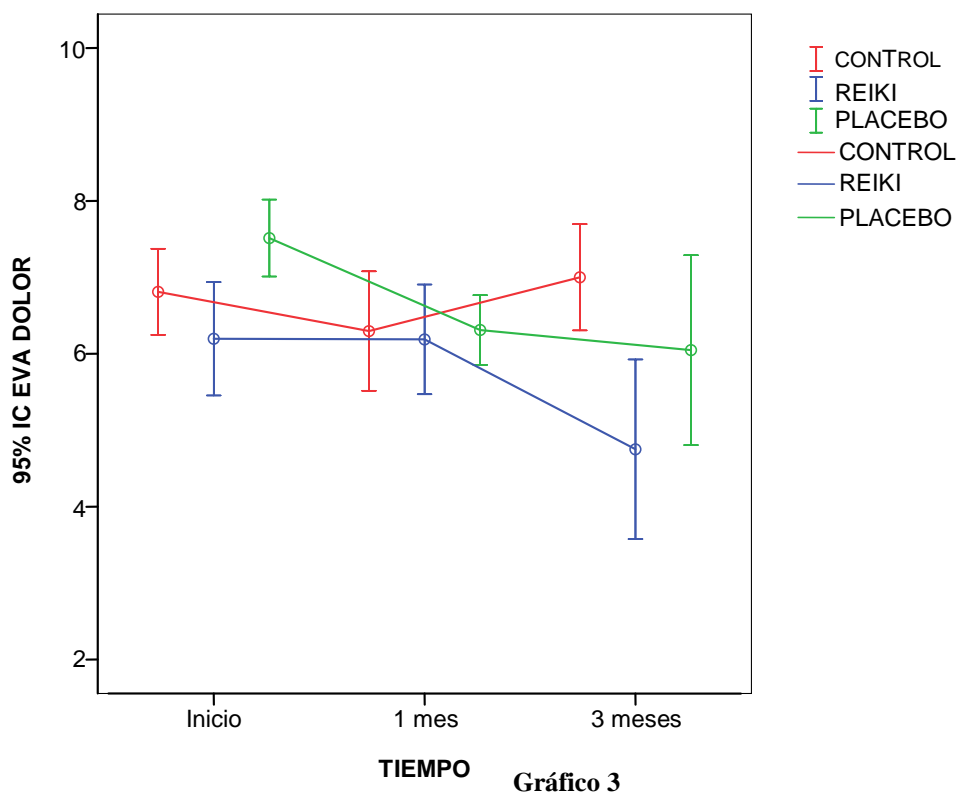


Gráfico 3

Resultados Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia. El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF) es un cuestionario validado que mide el impacto de la enfermedad en la vida de las personas que la padecen.

Los resultados en la primera evaluación son de una puntuación tras la corrección de los ítems de 59,05 de media (DE= 15,81) [21,68; 81,14] para el grupo control, 65,05 (DE= 18,62) [13,33; 90,65] para el grupo que recibe Reiki y de 64,04 (DE=13,39) [40,46; 91,48] para el grupo que recibe Placebo lo que nos indica que tienen una afectación moderada y no hay diferencias entre ellos.

En el segundo cuestionario la media de los resultados sobre 27 personas en el grupo control es de 58,12 (DE= 15,31), en el grupo que recibe Reiki para una muestra de 32 mujeres de 56,80 (DE= 23,63) y de 62,19 (DE= 18,12) para el grupo que recibe el tratamiento con placebo (29 personas). No hay diferencias entre los grupos pero se aprecia que en los grupos placebo y control las puntuaciones han disminuido lo que indica una disminución del impacto de la enfermedad en la vida de las mujeres.

A los tres meses (tercer cuestionario) las puntuaciones para el grupo control son de 62,19 (DE= 18,19) con una muestra de 25 mujeres; 41,44 (DE= 19,21) para el grupo que recibe Reiki (n=19) y 58,67 (DE= 18,17) (n=21) para el grupo que recibe placebo (Tabla 21).

	Medida basal			Medida 1 mes			Medida 3 meses		
	Reiki	Placebo	Control	Reiki	Placebo	Control	Reiki	Placebo	Control
N	41	40	42	32	29	27	19	21	25
Media	65,0	64,0	59,0	56,8	54,8	58,1	41,4	58,7	62,2
Mínimo	13,3	40,4	21,7	12,3	38,3	36,2	9,3	25,9	29,1
Máximo	94,1	91,5	81,1	90,6	75,5	80,5	78,8	82,0	88,8

IC 95%

Tabla 21: Medidas del Cuestionario de Impacto de la FM; medidas basales, al mes y tres meses

Al comparar los grupos se ve que en esta tercera medida si hay diferencias entre ellos. El grupo que recibe Reiki es diferente al que recibe placebo ($p=0,013$) y al control ($p=0,001$).

Al comparar los resultados entre la primera y la segunda medida en cada grupo vemos que en el grupo control no hay diferencia, no así en el grupo que recibe terapia placebo ($p < 0,05$) y en el que recibe terapia Reiki ($p=0,002$).

Al hacer la comparación entre la segunda y la tercera medida no se aprecian diferencias ni en el grupo control ni en el que recibe placebo, no así en el que recibe Reiki ($p=0,018$). También se comparan las medidas primera y tercera viéndose que en el único grupo donde hay cambios significativos es en el grupo Reiki ($p=0,001$).

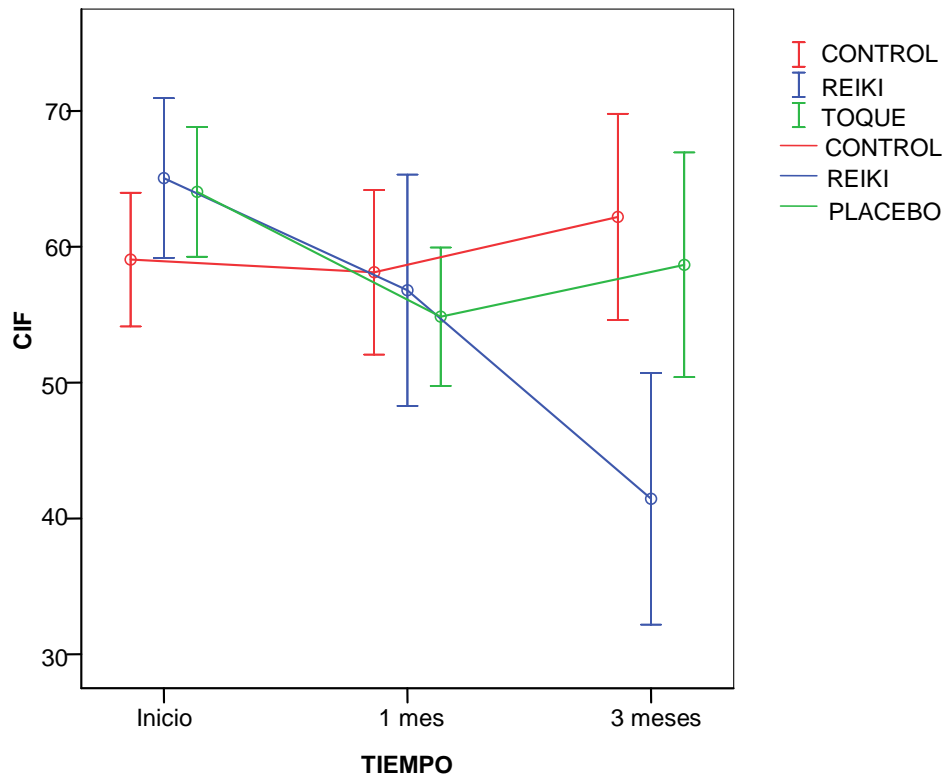
Por tanto podemos decir que en el grupo que recibe Reiki disminuye la puntuación del CIF lo que indica que mejora su calidad de vida y que además esta mejoría permanece en el tiempo, no así en el grupo que recibe placebo en el que si bien, mejora su puntuación en la segunda medida (al mes) esta mejora no se mantiene a los tres meses aunque no llega a los valores de los que partieron. En el grupo control no hay demasiada variación e incluso empeoran (Tabla 22) (Gráfico 4).

Terapia		Diferencias relacionadas			p
		Medias	Lim inferior	Lim superior	
Reiki	CIF basal- CIF 1 mes*	8,2	3,1	13,3	0,003
	CIF basal- CIF 3 meses*	23,7	13,6	33,9	0,001
Placebo	CIF basal- CIF 1 mes*	6,5	0,7	12,3	0,03
	CIF basal- CIF 3 meses	4,2	-2,7	11,2	0,21
Control	CIF basal- CIF 1 mes	1,5	-2,5	5,6	0,44
	CIF basal- CIF 3 meses	-3,8	-10,1	2,5	0,22

IC 95%; * Diferencias entre medidas

Tabla 22: Comparación de las medidas basal, al mes y a los tres meses

Gráfico 4



Calidad de vida. El cuestionario SF- 36 proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos. Es aplicable tanto a la población general como a pacientes por encima de los 14 años. En la versión estandar generalmente evalúa las últimas cuatro semanas (Tabla 23).

CONCEPTO	POBLACIÓN GENERAL(61)	POBLACION GENERAL >60 AÑOS (211)	PACIENTES CON SFM
Función Física	84,7 (± 24,0)	65,7 (± 29,8)	40,1 (± 21,7)
Rol Físico	83,2 (± 35,2)	73,3 (± 41,1)	34,1 (± 22,7)
Dolor corporal	79,0 (± 22,3)	68,4 (± 29,9)	28,4 (± 18,9)
Salud general	68,3 (± 22,3)	55,9 (± 21,5)	37,3 (± 17,4)
Vitalidad	66,9 (± 22,1)	60,5 (± 24,7)	24,8 (± 18,7)
Función social	90,1 (± 20,0)	79,2 (± 28,0)	46,3 (± 29,4)
Rol emocional	88,6 (± 30,1)	84,8 (± 32,8)	55,7 (± 29,3)
Salud mental	73,3 (± 20,1)	68,3 (± 22,3)	51,2 (± 21,9)

Datos expresados con media y desviación estándar

Tabla 23: Resumen de medias de los diferentes conceptos de salud el cuestionario SF- 36 en la población general española (61) y en la población general mayor de 60 años (211)

En el cuestionario base para la función física la media es de 40,1 [36,5, 43,6] valor por debajo de la media de la población española entre los 50- 55 años que es de 72,8 (DE= 24,6); el rol físico es de 34,1 [30,1, 38,2] sin que haya desarrollado para este ítem un valor de media española; el dolor corporal arroja una media de 28,4 [25,0, 31,8] mientras que la media de la población española es de 66,7 (DE=30,8); para la salud general la media de la población española es de 55,8 (DE= 22,0) mientras que las mujeres de nuestra muestra presentan una media de 37,3 [34,2, 40,4] y por último la vitalidad es de 24,8 [21,5, 28,1] por debajo de la media de la mujeres de su edad 58,8 (DE= 23,1). Para la función social la media de nuestra muestra es de 46,3 [41,1, 51,6], también por debajo de los valores medios de las mujeres de su edad (86,1 DE= 23,1). Los grupos son comparables en todos los ítems excepto en la salud general ($p= 0,020$). Se hace un análisis mediante la HSD de Turkey ,para saber entre los grupos que hay diferencia, en este caso en la salud general el grupo control tiene una mejor salud que el grupo que recibe Reiki ($p<0,05$).

Para el rol emocional los valores de nuestra población son de 55,7 de media [50,5, 60,9] sin que haya comparativa con la población de mujeres españolas de su edad. La salud mental es de 51,2 [47,3, 55,1] de media, también por debajo de la media general (65,1, DE= 21,9). No se aprecian diferencias entre los grupos. (Tabla 24)

GRUPO CONCEPTO (0-100)	Reiki (N= 41)				Placebo (N=40)				Control (N=42)			
	Media	DE	Min	Max	Media	DE	Min	Max	Media	DE	Min	Max
Función Física	43,9	19,6	10	75	36	17,7	5	70	40,2	21,7	10	100
Rol Físico	30,9	24,8	0	93,7	36,9	23	0	81,2	34,7	20,3	6,2	87,5
Dolor corporal	30,7	25,5	0	100	28,5	14,9	0,0	54,0	26,0	14,4	0,0	51,0
Salud general	31,9*	15,6	0	70	37,4	17,0	10,0	65,0	42,5*	18,1	10,0	75,0
Vitalidad	20,9	17,4	0	62,5	23,6	16,9	0,0	56,2	29,8	20,7	0,0	62,5
Función social	43,3	33,7	0	100	44,7	24,2	0,0	87,5	50,9	29,5	0,0	100
Rol emocional	57,9	25,6	0	100	54,0	36,1	0,0	100	55,2	26,0	8,33	100
Salud mental	49,1	20,2	20	90	52,6	24,7	15,0	95,0	51,8	21,1	15,0	90,0

* ($p < 0,05$); DE: desviación estándar; Max: puntuación máxima; Min: puntuación mínima; IC= 95%

Tabla 24: Medidas basales de la muestra en el SF- 36

En la segunda medida se aprecia diferencia en el ítem rol físico ($p=0,037$) entre el grupo control y el grupo que recibe Reiki (-14,57, $p= 0,033$). No hay diferencias ni a nivel mental ni emocional. (Tabla 25)

GRUPO CONCEPTO (0-100)	Reiki (N= 32)				Placebo (N=29)				Control (N=27)			
	Media	DE	Min	Max	Media	DE	Min	Max	Media	DE	Min	Max
Función Física	42,5	18,5	10,0	75,0	47,8	20,1	15,0	80,0	44,1	16,1	15,0	80
Rol Físico	45,9*	26,8	6,25	100	42,2	18,9	12,5	68,7	31,3*	17,9	6,25	56,2
Dolor corporal	35,7	17,4	10,0	74,0	37,5	14,7	10,0	51,0	29,3	15,8	0,0	51,0
Salud general	38,0	20,7	0,0	82,0	41,3	16,5	10,0	67,0	35,3	16,0	15,0	60,0
Vitalidad	37,5	27,6	6,25	100	34,5	17,0	6,2	68,7	32,3	23,3	0,0	81,2
Función social	56,3	28,9	0,0	100	60,3	24,3	25,0	100	51,4	30,7	12,5	100
Rol emocional	63,0	25,8	16,6	100	64,9	24,1	25,0	100	63,6	30,7	25,0	100
Salud mental	56,3	25,3	0,0	95,0	62,9	24,4	30,0	95,0	57,0	27,2	20,0	100

* (p <0,05); DE: desviación estándar; Max: puntuación máxima; Min: puntuación mínima; IC= 95%

Tabla 25: Puntuaciones del SF-36 en las pacientes con SFM por grupos en la segunda medida

En la tercera medida (a los tres meses de iniciarse el estudio) hay diferencias tanto en la función física (p<0,05), como en el rol físico (p=0,001) y la función social (p= 0,034). Estas diferencias se evidencian en el grupo que recibe Reiki frente al control (p=0,043) en la función física, en el rol físico tanto en el grupo que recibe Reiki (p=0,001) como en el grupo que recibe placebo (p= 0,009), sin que haya diferencias entre el grupo placebo y el que recibe Reiki. En la función social hay diferencia entre los grupos Reiki y control (p=0,048). A nivel mental y emocional si se aprecian diferencias entre los grupos con una significación importante, p= 0,002 a nivel de salud mental y p=0,001 a nivel emocional; al comparar los grupos observamos que la diferencia es del grupo que recibe Reiki con respecto a los grupos control (p=0,001) y placebo (p= 0,031) a nivel emocional y del grupo que recibe Reiki frente al placebo (p= 0,002) en cuanto a la esfera de salud mental (Tabla 26) (Gráficos 5 y 6).

CONCEPTO (0-100)	Reiki (N= 19)				Placebo (N=21)				Control (N=25)			
	Media	DE	Min	Max	Media	DE	Min	Max	Media	DE	Min	Max
Función Física	52,4*	14,8	20,0	80,0	40,6	25,3	15,0	90,0	36,8*	20,4	10,0	70,0
Rol Físico	56,6*	26,2	6,25	100	45,8*	20,6	6,25	75,0	28,0*	11,4	12,5	43,7
Dolor corporal	41,8	16,7	10,0	62,0	31,9	14,4	12,0	64,0	29,2	20,1	0,0	100
Salud general	44,7	23,5	15,0	75,0	41,8	17,7	15,0	82,0	38,4	15,3	20,0	60,0
Vitalidad	42,1	25,2	0,0	75,0	33,6	22,7	0,0	81,2	28,3	20,8	0,0	62,5
Función social	71,1*	24,0	37,5	100	52,4	24,2	25,0	100	52,0*	28,6	12,5	100
Rol emocional	82,5*	14,9	50,0	100	63,5*	21,5	25,0	100	52,7*	28,6	8,3	100
Salud mental	71,6*	12,1	50,0	90,0	51,9*	20,8	15,0	75,0	60,2	16,7	35,0	90,0

* (p <0,05); DE: desviación estándar; Max: puntuación máxima; Min: puntuación mínima; IC= 95%

Tabla 26: Puntuaciones del SF-36 en las pacientes con SFM por grupos en la tercera medida

Al hacer la comparación entre las medidas obtenidas entre los diferentes cuestionarios en cada grupo los resultados que se obtienen son que en el grupo que recibe terapia Reiki mejora en todas las esferas que mide el SF-36 bien al mes o a los tres meses o en ambas medidas y en casi todas ellas el aumento en la puntuación, si aparece, en la medida que se hace al mes se mantiene o incrementa a los tres meses (p< 0,05) excepto para el ítem de salud general en el que a pesar de mejorar en la segunda medida de manera significativa en la tercera medida aumenta su puntuación pero lo hace sin significación estadística (Tabla 27) (Gráficos 5 y 6).

En el grupo que recibe placebo si bien se aprecian diferencias al comparar los valores basales con los de la primera medida en algunas esferas, esa diferencia no se mantiene en la tercera medida en ninguna de ellas excepto en la vitalidad (Tabla 28) (Gráficos 5 y 6).

En el grupo Control empeoran tanto a nivel físico como mental y emocional (Tabla 29) (Gráficos 5 y 6).

Terapia		Diferencias relacionadas			p
		Medias	Lim inferior	Lim superior	
Reiki	Función Física basal- Función Física mes	1,7	-3,3	6,8	0,489
	Función Física basal- Función Física 3 meses*	-7,3	-14,1	-,5	0,036
	Rol Físico basal -Rol Físico mes*	-13,7	-21,4	-5,9	0,001
	Rol Físico basal-Rol Físico 3 meses*	-25,3	-38,6	-12,1	0,001
	Dolor corporal basal- Dolor Corporal mes	-5,1	-14,0	3,8	0,248
	Dolor corporal basal- Dolor Corporal 3 meses*	-11,4	-21,5	-1,2	0,030
	Salud general basal- Salud General mes*	-5,4	-9,9	-1,0	0,018
	Salud general basal- Salud General 3 meses	-7,3	-16,2	1,6	0,103
	Vitalidad basal- Vitalidad mes*	-14,2	-22,9	-5,4	0,002
	Vitalidad basal- Vitalidad 3 meses*	-19,3	-29,7	-8,9	0,001
	Función social basal- Función social mes	-8,6	-18,3	1,1	0,080
	Función social basal- Función social 3 meses*	-22,4	-36,9	-7,8	0,005
	Rol emocional basal- Rol emocional mes	-7,0	-15,2	1,2	0,090
	Rol emocional basal- Rol emocional 3 meses*	-20,6	-31,1	-10,1	0,001
	Salud mental basal- Salud Mental mes	-4,84	-9,70	,01	0,051
Salud mental basal- Salud Mental 3 meses*	-16,58	-22,37	-10,78	0,001	

*(p <0,05);IC 95%

Tabla 27: Diferencias de medias en el grupo que recibe Reiki

Terapia		Diferencias relacionadas			p
		Medias	Lim inferior	Lim superior	
Placebo	Función Física basal- Función Física mes*	-8,7	-13,7	-3,7	0,001
	Función Física basal- Función Física 3 meses	-4,6	-11,3	2,1	0,164
	Rol Físico basal -Rol Físico mes	3,2	-3,4	9,9	0,328
	Rol Físico basal-Rol Físico 3 meses	-0,9	-6,8	5,0	0,756
	Dolor corporal basal- Dolor Corporal mes*	-6,8	-10,6	-3,0	0,001
	Dolor corporal basal- Dolor Corporal 3 meses	-2,4	-6,8	2,0	0,264
	Salud general basal- Salud General mes*	-4,8	-9,3	-,3	0,038
	Salud general basal- Salud General 3 meses	-6,3	-13,6	1,0	0,086
	Vitalidad basal- Vitalidad mes*	-6,9	-12,3	-1,5	0,014
	Vitalidad basal- Vitalidad 3 meses*	-10,4	-18,1	-2,8	0,010
	Función social basal- Función social mes*	-9,1	-17,8	-,3	0,044
	Función social basal- Función social 3 meses	-5,4	-13,5	2,8	0,186
	Rol emocional basal- Rol emocional mes	0,6	-6,4	7,5	0,866
	Rol emocional basal- Rol emocional 3 meses	-5,6	-15,3	4,1	0,246
	Salud mental basal- Salud Mental mes	-5,17	-10,52	,17	0,057
	Salud mental basal- Salud Mental 3 meses	-3,57	-11,78	4,64	0,375

*(p <0,05);IC 95%

Tabla 28: Diferencias de medias en el grupo que recibe Placebo

Terapia		Diferencias relacionadas			p
		Medias	Lim inferior	Lim superior	
Control	Función Física basal- Función Física mes*	-11,1	-17,4	-4,8	0,001
	Función Física basal- Función Física 3 meses	-4,4	-10,7	1,9	0,161
	Rol Físico basal -Rol Físico mes	-0,8	-8,7	7,2	0,844
	Rol Físico basal-Rol Físico 3 meses	2,5	-4,7	9,7	0,479
	Dolor corporal basal- Dolor Corporal mes	-5,2	-11,4	0,9	0,094
	Dolor corporal basal- Dolor Corporal 3 meses	-5,7	-13,4	1,9	0,135
	Salud general basal- Salud General mes*	5,6	0,6	10,6	0,030
	Salud general basal- Salud General 3 meses	3,6	-1,8	9,0	0,183
	Vitalidad basal- Vitalidad mes	-3,5	-11,0	3,9	0,337
	Vitalidad basal- Vitalidad 3 meses	1,3	-5,4	7,9	0,700
	Función social basal- Función social mes	0,5	-11,7	12,6	0,938
	Función social basal- Función social 3 meses	-1,0	-8,9	6,9	0,795
	Rol emocional basal- Rol emocional mes	-9,3	-20,8	2,3	0,111
	Rol emocional basal- Rol emocional 3 meses	1,3	-7,3	10,0	0,753
	Salud mental basal- Salud Mental mes*	-7,96	-15,53	-,40	0,040
	Salud mental basal- Salud Mental 3 meses*	-10,00	-14,91	-5,09	0,001

*(p <0,05);IC 95%

Tabla 29: Diferencias de medias en el grupo Control

Gráfico 5

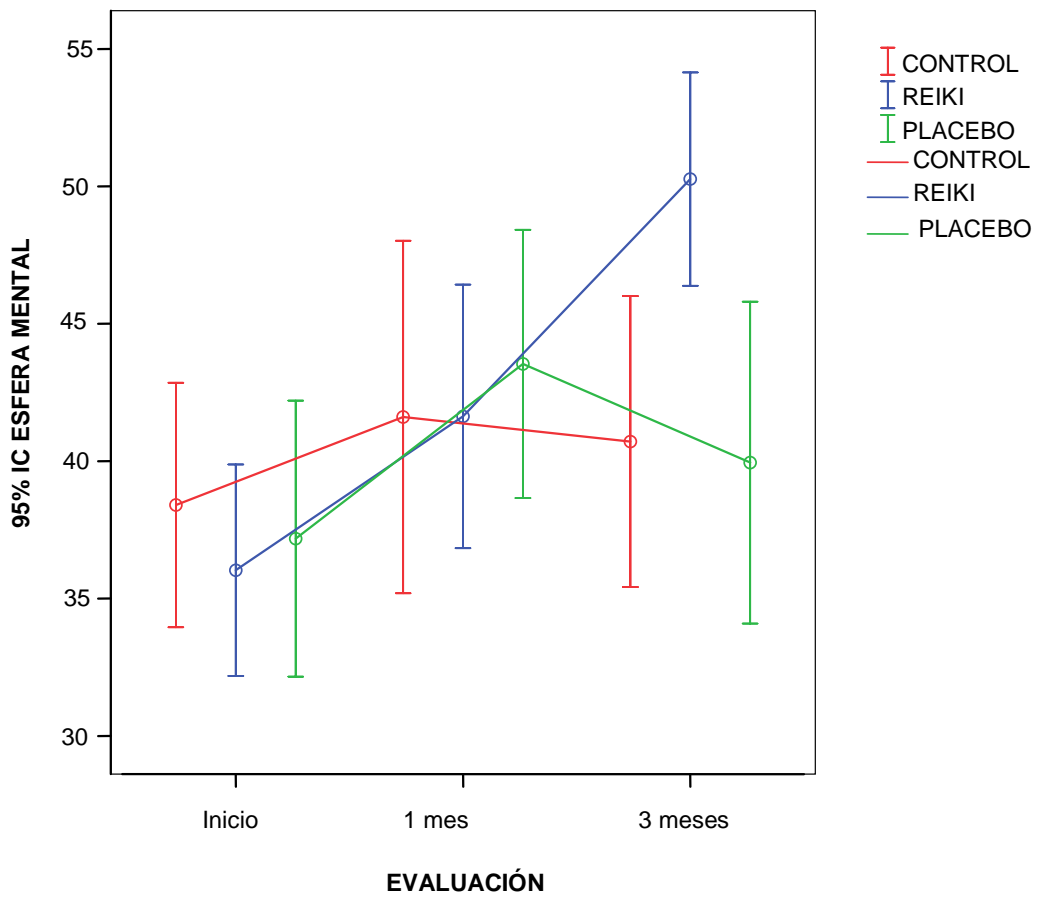
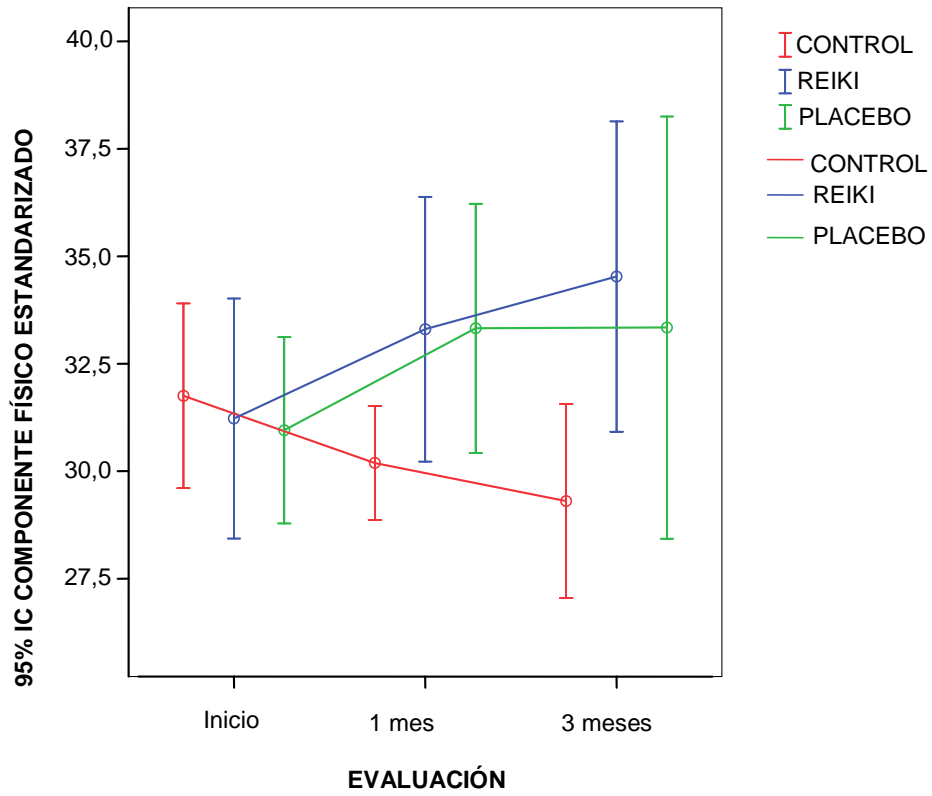


Gráfico 6

DISCUSIÓN:

DISCUSIÓN

Para empezar analizaremos los aspectos sociodemográficos de nuestra población. En nuestra muestra la media de edad es algo superior, 54,7 años [35,77], a los de la media de la población española publicados por Valverde (67) y extraídos del estudio EPISER y que coinciden con los resultados publicados por Mas (69) que establece la media de edad para las personas afectadas entre los 40 y los 50 años, nuestra muestra difiere en el nivel de estudios ya que en nuestra población más de la mitad de las mujeres tienen estudios medios o superiores en contraposición con los resultados publicados en 2008 por Mas (69) en que se asocia la fibromialgia (FM) con niveles socioculturales y educativos bajos, este hecho puede deberse también a que en el estudio de Mas hay una mayor incidencia en la población rural y en la nuestra toda la población es urbana. Estrapolando esta comparación fuera de nuestro país hemos encontrado un estudio que, aunque antiguo (es de 1999), describe la población con Síndrome de fibromialgia (SFM) en London, Ontario (Canada) (65) en el que la edad de las mujeres afectadas es algo más joven que en la nuestra (49,2 años de media) de las que el 47,5% están casadas y el 30,3% divorciadas y el 18,2% solteras, en nuestra muestra estos porcentajes cambian ya que hay un número mayor de mujeres casadas o que viven en pareja (61,8%), frente al 10,6% que están divorciadas, esto puede deberse a la diferencia social entre nuestras respectivas muestras (65), esto también se refleja en el nivel educativo ya que en la muestra de White más del 44% de las mujeres tienen estudios medios y superiores. De igual manera comparando la actividad laboral de nuestra población con la de los resultados de Mas los resultados son similares, el 39% de las mujeres tienen un trabajo remunerado frente al 32,7% , y sólo el 22% son amas de casa (32,7%), la proporción de desempleadas es superior en nuestra muestra (13% frente al 5,8%) aunque esta diferencia puede deberse a la situación económica actual de nuestro país frente a los años en los que se llevó a cabo el estudio EPISER (1998-1999), en cambio los porcentajes de personas con baja laboral es similar (4,9% versus 3,8%). El tiempo de evolución de la enfermedad en nuestra muestra es superior, en general, al que aportan Mañez y col (6) que es de 77,74 meses, o lo que es lo mismo 6,41 años, aunque ello puede deberse a que la media de edad de su muestra es más joven que en la nuestra (45,84 años frente a 54,7).

En ninguno de los estudios con los que hemos podido comparar nuestra muestra hemos encontrado datos de dependencia, tal vez porque la preocupación actual por la dependencia no está dentro de los parámetros de interés en los otros estudios; lo que si es llamativo es la relación que hemos encontrado entre el estado civil de las mujeres y las personas dependientes a su cargo, el 61,8% , la mayoría en los grupos Reiki (75,6%) y placebo (75%), datos que se correlacionan con el estado civil de las mismas ya que en el grupo control hay menor porcentaje de casadas o con pareja que en los otros dos grupos (42,9% frente al 71,6%).

La terapia analgésica en la fibromialgia es amplia y se divide en analgésicos puros tales como antiinflamatorios no esteroideos (AINE), paracetamol, opioides y otras terapias de apoyo como los antidepresivos y ansiolíticos (40). En algunos casos también se usan infiltraciones en tejidos blandos con esteroides y analgésicos especialmente en personas con dolor miofascial (101) con resultados alentadores.

En un estudio amplio con 1799 sujetos de los cuales 286 tienen el diagnóstico de SFM Wolfe y col (102) informan del uso frecuente del paracetamol (75%) frente al 27% de

las personas que prefieren otros AINEs para el control del dolor en la fibromialgia; estos datos concuerdan con los obtenidos en nuestra población ya que bien sea de manera ocasional o diariamente el 80% (88 pacientes) consumen paracetamol para el control de su dolor, no sucede lo mismo con el consumo de AINEs ya que en nuestra muestra su consumo se eleva hasta aproximadamente el 46% , y además en la mayoría de los casos combinan el tratamiento con ambos fármacos. Este porcentaje también es superior al de la media española que ya es elevado, el 20,6% de la población (IC del 95%, 15,8-25,4), es decir, unos seis millones de personas consumen AINEs al menos durante un mes al año para el control de molestias musculoesqueléticas (81); este consumo implica que para prevenir efectos adversos a nivel gastrointestinal (GI) el 60% de las personas que están en tratamiento con AINEs también tiene asociado algún fármaco para evitar molestias gástricas (omeprazol, ranitidina, antiácidos), dado que es un estudio realizado en la población española, los resultados son comparables a los de nuestro estudio (81). Aunque el consumo de AINEs en nuestra población es elevado, nuestros datos se acercan a los que informa Ballina (81) sobre un estudio en Finlandia en el que sobre una muestra de 17.000 finlandeses el 42% de las personas con una enfermedad reumática usaba analgésicos o AINE para el control del dolor (Klaukka y col,1982). Puede parecer que se comparan poblaciones muy diferentes y con una diferencia importante de años entre los estudios, pero desafortunadamente estos estudios no son muy abundantes.

El uso de antidepresivos, aún en ausencia de depresión diagnosticada, también es frecuente (40), si bien a tenor de los resultados de la revisión realizada por Arnold (106) los resultados no son demasiado satisfactorios, ya que aunque si bien mejora la calidad del sueño de las pacientes no se aprecian cambios positivos ni en la sensibilidad al dolor ni en la rigidez musculo esquelética. En nuestra muestra un elevado número de mujeres toman un antidepresivo y de ellas la mitad toman dos de forma concomitante como parte de su tratamiento habitual, no podemos saber su grado de efectividad ya que no entraba dentro de los objetivos de nuestro estudio.

Todas ellas se quejan de dolor y fatiga, así como de todas o algunas de las patologías que suelen acompañar a la Fibromialgia como es la osteoartritis en cualquiera de sus manifestaciones (artritis reumatoide, hernias discales, síndrome del túnel carpiano), alteraciones de la articulación temporomandibular, problemas urológicos (cistitis intersticial, síndrome uretral femenino, fibromas, vaginismo), y síndrome de intestino irritable (SII), entre otras (48).

La osteoartritis (artritis reumatoide, hernias discales, síndrome del túnel carpiano) la encontramos en un 78,3% con cifras muy similares en los tres grupos, aunque en nuestro estudio no hemos realizado el análisis de las mujeres que padecen estos síntomas de forma parcial, de forma global se pueden asemejar a los datos aportados por Silver y col (48) que informa que el 15% de las mujeres diagnosticadas de SFM además padecen algún tipo artritis reumatoide, o alguna otra patología de origen autoinmune como es el Síndrome de Sjögren (15%) o lupus eritematoso sistémico (22%).

Otros problemas asociados de forma generalizada son los uroginecológicos (vejiga bullosa, vejiga irritable, diversos grados de incontinencia, fibromas uterinos, mujeres histerectomizadas) aunque sólo el 33,1% (n=40) presentan estos problemas. Según alguno de los estudios publicados esta asociación es alta, Paira (49) en un estudio sobre 212 mujeres encuentra que el 18% de las mismas presenta criterios de síndrome uretral femenino, entendiéndolo éste como la presencia de múltiples síntomas urinarios bajos sin etiología específica y difícil de distinguir de la cistitis intersticial (212).

Las alteraciones de la ATM (bruxismo) están presentes en 72 de nuestras mujeres, casi el 60% de las mismas, este porcentaje no se corresponde con el obtenido por Wolfe (50), que informa de que el 35.4% en una muestra de 1.026 mujeres afectadas de fibromialgia dentro de un estudio más amplio tienen este problema, y tampoco con los resultados que aporta la revisión de Consalter y col (51) en la que se ve una gran asociación entre las personas que tienen SFM y disfunción mandibular, esta asociación oscila entre el 75% del estudio publicado en 1996 por Plesh, Wolfe y Lane y el 90% en el estudio de Pennacchio publicado en 1998. Estas diferencias pueden estar justificadas en base a que según las conclusiones a las que llega Consalter (51) hay muchas pacientes que tienen disfunción de la ATM y no lo saben ya que el dolor y la fatiga al masticar así como otros síntomas como son los dolores intensos de cabeza y cara que se dan en el 25% de los pacientes con trastorno temporomandibular, se pueden confundir con frecuencia con el dolor y la fatiga propios de la FM (52) y es necesaria una exploración minuciosa por parte del odontólogo para su diagnóstico preciso.

Otra patología descrita como concomitante es el colon irritable o Síndrome de Intestino Irritable (SSI) (53) que en nuestro estudio lo padecen 65 mujeres (53,7%) lo que está dentro de los rangos de los que informa Villanueva y col (40) que oscilan entre el 30-60% así como de diversos estudios citados por Sperber y col (Triadafilopoulos 1991, Sivri A en 1996) (54) que va entre el 30- 70% , en su estudio el 32,4% de los pacientes con SSI cumplen con los criterios del ACR (53) para del diagnóstico de SFM y el 32 % de las pacientes con diagnóstico de SFM cumplen los criterios de Roma II para el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (SII). Otros datos de los que Sperber informa es que las pacientes que padecen ambos trastornos tienen una mayor severidad en los síntomas de SSI, más psicopatología, menor calidad de vida y menor capacidad de afrontamiento que aquellas que sólo tiene uno de los trastornos. Nuestro estudio aunque con intereses diferentes se puede comparar ya que está realizado sólo en población femenina. La diferencia que encontramos en los grupos, se ha debido posiblemente al azar ya que a la hora de hacer la distribución de la muestra no se ha tenido en cuenta la asociación entre el SFM y el de SII, destacando que 34 de las 65 mujeres que presentan ambas patologías pertenecen al grupo control.

Aunque las patologías asociadas con más frecuencia al SFM son las anteriormente analizadas, autores como Chamizo (56) han buscado asociaciones con otras patologías como son enfermedades cardiovasculares, cáncer ginecológico o de mama en las mujeres, así como infecciones virales crónicas como el VIH y VHC. Algunas de nuestras mujeres presentan problemas cardiovasculares o de HTA y cáncer de mama o de ovario entre otras, aunque no se ha realizado el análisis de los porcentajes debido a la gran variabilidad de otras patologías que presentan. No hemos podido encontrar estudios en los que se recojan el número de patologías concomitantes que tienen diagnosticadas aunque los autores en todos los estudios hablan de la alta comorbilidad que presentan estas mujeres (4;40;48-56). Los datos que hemos obtenido en este sentido son abrumadores confirmando esta alta comorbilidad ya que casi el 10% de nuestra población presenta más de cuatro patologías diagnosticadas entre las que se encuentran algunas de las más comúnmente asociadas y otras como cáncer, HTA, hipercolesterolemia, asma o problemas oculares (57). Esto hace que su calidad de vida empeore aún más y que los gastos farmacéuticos se disparen.

Tanto para el control de los síntomas ansiosos de la FM como para otras patologías concomitantes como la vejiga irritable, el dolor pélvico crónico o el SII se suelen usar terapias psicológicas que mejoran la percepción de dolor en los enfermos con FM (48),

especialmente si se asocia la terapia cognitiva con el ejercicio físico (123). La justificación para la inclusión en el tratamiento de terapias psicológicas, especialmente terapias cognitivo- conductuales (TCC) no es el control de los trastornos anímicos provocados por la comorbilidad sino más bien para intentar gestionar los numerosos factores no psiquiátricos como son los sociales y psicológicos que intervienen en la percepción del dolor y su mantenimiento (123); según este autor, las habilidades que parecen ser útiles en el tratamiento de los factores psicosociales de la FM son la educación, las habilidades de afrontamiento del dolor, la programación de actividades placenteras, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas, higiene del sueño, cambios en el comportamiento, y prevención de las recaídas, si bien concluye tras analizar diecisiete estudios que, los beneficios obtenidos son modestos con las TCC solas pero si se ofrecen en combinación con terapia farmacológica y ejercicio los pacientes pueden obtener mejoras importantes. Según Bosch y col (98) la educación sanitaria en pacientes con FM modifica su percepción de la calidad de vida, mejorando con ello el dolor, también sugiere que el mejor conocimiento de la enfermedad disminuye la dependencia de los servicios sanitarios. Realmente el número de personas que usan la terapia psicológica en nuestro estudio no es demasiado elevado tal vez debido a que si bien en AFIBROM se les ofrece, no lo usan posiblemente por varios motivos: porque todavía en España se asocia la atención psicológica como tratamiento de problemas psiquiátricos y no como ayuda para mejorar el afrontamiento ante determinadas situaciones, porque hasta el momento no es un tratamiento cubierto por el sistema público de salud y les resulta gravoso para su economía y porque desplazarse hasta la sede, en ocasiones, no les resulta fácil.

Diversos autores coinciden en la recomendación de que recibir sesiones de fisioterapia, realizar ejercicio físico o recibir masajes para el control de los síntomas de dolor, fatiga, ansiedad y problemas relacionados con el sueño (48;100;119-121) mejora no sólo la percepción del dolor sino también la movilidad de las mujeres ya que previene el anquilosamiento que aún empeora más su cuadro de dolor. Los ejercicios que se recomiendan son caminar, hidroterapia, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de la musculatura que además aumentan su resistencia a la fatiga. Además Le Marshall (121) también reconoce el beneficio claro que obtienen las mujeres que practican Tai-chi, yoga y Qijong, aunque estos dos últimos con menor evidencia (100). En nuestra población la actividad que las mujeres practican con mayor frecuencia es el ejercicio físico (caminar, aquagym, pilates o tai-chi), aunque casi la mitad reconoce que tiene una vida sedentaria; y sólo un pequeño número hace yoga, 12 de 125 mujeres. Aunque está demostrado el beneficio de realizar alguna actividad física el motivo por el cual la mayoría tiene una vida sedentaria puede ser en algunos casos debido a la falta de información, la falta de motivación o la falta de recursos ya que excepto caminar, el resto de las actividades se desarrollan en gimnasios o centros privados sin subvención, y aunque dentro de AFIBROM se ofertan actividades tales como pilates o tai-chi a un precio muy asequible, no acuden debido a varias posibles razones como pueden ser el tener que desplazarse hasta la sede en transporte público o porque su estado físico o anímico se lo impide.

En el tratamiento de la Fibromialgia también se han usado terapias complementarias tales como cambios en la dieta y nutricionales, acupuntura, electroacupuntura, hidroterapia y magnetoterapia entre otras con beneficios a priori para las pacientes aunque según la revisión de Sueiro y col (141) se necesitarían más estudios para poder justificar su uso y además la mejoría según apunta Sueiro podría estar relacionada con el

efecto placebo (213;214); esto puede haber llevado a Terhorst y col (142) a realizar tres años más tarde una nueva revisión en la que concluye que tras revisar sesenta estudios publicados en las cuatro categorías que reconoce el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (EEUU): productos naturales (vitaminas, minerales, alimentos probióticos y suplementos alimenticios), terapias cuerpo- mente (meditación, visualización guiada e hipnosis), manipulación (quiropaxis y masaje), y otras (terapias de movimiento, terapias energéticas, homeopatía) concluye que tanto la balnearoterapia, las terapias cuerpo- mente y la acupuntura si muestran evidencia de eficacia para el control del dolor en la FM, el resto de las terapias, si bien parece que tienen efectos positivos en el control del dolor no se puede asegurar ya que los estudios son escasos o con muestras insuficientes y deben ser estudiadas con más profundidad.

No obstante, el uso de terapias complementarias es muy frecuente tanto en España como en Europa, así como en Estados Unidos y Canadá. Según los estudios de Eisenberg y Druss (133;134) en los años 90 del pasado siglo alrededor del 40% de la población adulta de los EEUU usaba terapias complementarias y la mayoría no se lo comunicaba a su médico. Con posterioridad se han publicado estudios en relación con el uso de estas terapias entre la población adulta, algunos sobre población general (138;139) y otros en pacientes con diferentes tipos de artritis entre las que encuentran pacientes con SFM (140), en este estudio el 90,2% de los pacientes atendidos en Atención Primaria con problemas reumáticos usan terapias complementarias y el 69,2% usan más de una; en otro estudio realizado específicamente en enfermos con SFM (16), en general las terapias más utilizadas son dietas y tratamientos nutricionales, fitoterapia, masajes, yoga, y terapias espirituales. Según el estudio de Wall (16), al menos el 50% de los pacientes de larga evolución, es decir los que están diagnosticados al menos cinco años atrás, siguen un tratamiento con terapias complementarias (suplementos vitamínicos, dietas, masajes, o incluso terapias espirituales) llegando a dejar el tratamiento alopático. De ellos casi las tres cuartas partes hablan con un profesional de la salud acerca de otros tratamientos lo que indica una cierta apertura frente a lo que se había publicado en estudios anteriores en que sólo la mitad de los encuestados hablaban con su médico de esta posibilidad (138).

La realidad en Italia es bien diferente ya que algunas terapias complementarias como la acupuntura, fitoterapia, homeopatía y las terapias manuales están incluidas en los servicios de salud italianos. En algunas regiones como por ejemplo La Toscana, según Barbadoro y col (136) un 14% de la población italiana usó alguna terapia complementaria entre 2002- 2005, aunque por debajo del uso que se hace en otros países europeos como Inglaterra, el 26%, o Alemania en el que el uso llega hasta el 42,3% con un alto grado de satisfacción. En el sistema sanitario belga el Ministerio de Salud reconoce la homeopatía, la acupuntura, la osteopatía y la quiropaxis como tratamientos reembolsables para el ciudadano al igual que los tratamientos alopáticos, el único requisito es que el profesional esté registrado.

En España, Álvarez Hernández y col (131) en su estudio de 2006 sobre 800 pacientes de los que el 6,5% estaban diagnosticados de SFM reconocen el uso de terapias complementarias en un rango que oscila entre el 60 y el 85,6%, especialmente en aquellos enfermos que tienen un tiempo de diagnóstico superior a los 5 años; pero sólo un tercio de los pacientes informan a su médico que están usando estas terapias. Las más usadas en este estudio son los complementos vitamínicos, Sábila (Aloe Vera), masajes, acupuntura, quiropaxis, y sólo el 1% terapia Reiki.

Muy pocas de nuestras mujeres reconoce de forma explícita recurrir a las terapias complementarias para aliviar sus problemas de salud, las que lo reconocen usan terapia sacrocraneal y acupuntura; casi la mitad de ellas recibe masajes de forma habitual, aunque las mujeres no los identifican como una forma de terapia complementaria.

En los estudios europeos (136) y americano (16) así como en la revisión publicada por Kikuchi (137) la población que usa más terapias no convencionales corresponden a mujeres, con alto nivel educativo y descontentas con su medicación habitual. Según el documento de la OMS en relación con las estrategias a seguir en relación con el uso de las terapias complementarias (132) el uso cada vez mayor de estas terapias en los países desarrollados se debe a la preocupación de la población por los efectos adversos de los fármacos químicos, el cuestionamiento a los enfoques y suposiciones de la medicina alopática, así como el mayor acceso del público a la información sanitaria. En nuestro caso las mujeres tal vez no reconocen el uso de estas terapias debido a que de forma tradicional en nuestro país se han confundido las terapias complementarias con formas de brujería, chamanismo y han estado asociadas a niveles culturales bajos (131), a esta confusión ha contribuido en gran manera la falta de regulación que existe tanto de los estudios como de la praxis. Este problema no es exclusivo de España, sino que se da en muchos países de nuestro entorno, si bien en el año 1994 del siglo XX Peter Fisher y Adam Ward (145) hicieron un estudio para saber cuál era la situación de las terapias complementarias en Europa y cómo estaban reguladas, la situación sigue aún sin resolverse en la mayoría de los países a pesar de la recomendación de la 56 Asamblea de la OMS en el año 2003 que invita tanto a la regulación de la práctica como de los estudios (144).

Un aspecto que a priori puede parecer inquietante es la tasa de abandono tan alta que se ha producido en el estudio, estaba calculada en un 10% y hemos obtenido casi el 45% en las diferentes fases. Esto puede deberse a varios factores, por un lado la viabilidad del estudio impedía que se citara a las mujeres otro día diferente y como se ve a tenor de los resultados todas ellas tienen problemas de salud que les obliga a citas médicas a las que no pueden faltar; muchas se han perdido por este motivo pues la mayoría avisaba de su falta a la cita y daban el motivo (enfermedad propia, cita médica, problemas laborales, problemas familiares). Esta hipótesis se puede ver reforzada por el hecho de que en el grupo donde menos abandonos se han producido es el control y ello se puede deber a que en este grupo las mujeres sólo debían acudir al centro en tres ocasiones, al inicio, al mes y a los tres meses, aunque el informe del motivo de abandono coincide con el de los otros grupos y además hay que sumarle el olvido. Uno de los motivos de queja de muchas de las mujeres con SFM es la dificultad en la memoria así como disminución del procesamiento de la información, dificultad para realizar múltiples tareas si hay distractores, falta de concentración y disminución en la claridad de pensamiento; a este fenómeno algunos autores le denominan fibroniebla o disfunción cognitiva (8) . Por otro lado, también es más frecuente el motivo enfermedad propia en el grupo de Reiki, ello puede ser debido a que en algunos casos y debido a la terapia como describen algunos autores (154;215) puede provocar que tras una mejoría inicial importante, es posible que en las siguientes sesiones empeore lo que lleva a abandonar el tratamiento, sin que ello signifique que no sea efectivo, a este fenómeno los autores le llaman “crisis de sanación”. Nosotros, en un intento de contaminar lo menos posible los resultados, no hicimos ninguna observación previa en este sentido a las mujeres asignadas a los grupos de intervención. A la vista de estos resultados nos surge la duda

de si la información ha sido adecuada y si de haberseles informado de esta posibilidad la tasa de abandono hubiese sido menor.

Sólo tenemos conocimiento de un estudio realizado sobre mujeres con SFM tratadas con Reiki en el área metropolitana de Washington (EEUU), en 2008 por Assefi y col (208); con el objetivo de determinar si el Reiki resulta beneficioso como coadyuvante del tratamiento convencional en pacientes con SFM en el que concluyen que es poco probable que los adultos con fibromialgia puedan beneficiarse con tratamiento de Reiki, aunque sugieren que se hagan estudios más amplios.

Según diferentes autores la terapia Reiki así como otras terapias energéticas son eficaces tanto para el dolor como para proporcionar bienestar tanto físico como psicológico a las personas que las utilizan (22;24;33;146;163;174), sin provocar efectos adversos mantenidos.

Las muestras entre nuestros estudios son comparables en cuanto a datos demográficos, aunque en el estudio de Assefi la población es más joven y no es exclusivamente de mujeres. En cuanto al grado de dolor y fatiga iniciales ambas poblaciones son similares tanto en nuestros tres grupos como en los cuatro en los que divide la muestra.

Nuestra población está por debajo de la media de calidad de vida para las personas de su rango etario medido mediante el cuestionario SF-36 (61;211;216), pero por encima de los valores que da Assefi de su población aunque no sabemos si estos valores están muy por debajo de la población americana de su misma edad ya que no menciona cuales son los valores de referencia.

Nosotros además usamos el cuestionario de impacto de la fibromialgia (CIF) para saber la repercusión que tiene la enfermedad en la vida de estas mujeres pero no podemos comparar nuestro resultado con este estudio debido a que estos autores no han llevado a cabo esta medida, lo que si podemos concluir en base a nuestros resultados es que en nuestra población las mujeres tienen un impacto medio de la enfermedad (62,6) pues la referencia va de 0 a 100 donde 0 es ningún impacto y 100 altamente invalidante (209). Según Monterde la población española con fibromialgia tiene una puntuación de 50 y puede llegar hasta 70 en personas muy afectadas (209).

En el estudio de Assefi no hay grupo control para comparar si alguna de las actuaciones que se llevan a cabo sobre las mujeres tiene algún efecto, realiza intervenciones con Reiki directo y a distancia y lo compara con otros dos grupos en los que simula la terapia tanto de forma directa como a distancia; es decir tiene dos grupos placebo. Así mismo las sesiones que se dan no son iguales ni en frecuencia ni en tiempo, mientras que ellos dan dos sesiones semanales de 30 minutos con un total de 8 semanas (16 sesiones en total), en nuestro estudio se da una sesión semanal de una hora de duración durante cuatro semanas consecutivas tras la cual se hace una segunda medida que se repite a los tres meses de forma previa a dar una quinta sesión de una hora; ambos estudios coinciden en que la persona que realiza la intervención tiene el grado de Maestría en Reiki.

Tras comparar los resultados Assefi (208) concluye que aunque hay diferencias en los valores de dolor y fatiga así como en los aspectos físicos y mental medidos con el SF-36 de calidad de vida estas diferencias no son significativas ni en el grupo que recibe Reiki real ni en el que lo recibe simulado o a distancia en ambos casos, esto discrepa

totalmente con nuestros resultados ya que aunque en la primera medida la reducción del dolor y la fatiga son incluso superiores en el grupo que recibe terapia simulada, esta reducción no se mantiene en el tiempo, lo que se podría atribuir al efecto placebo descrito por la bibliografía (214), en el grupo que recibe esta terapia mientras que en el grupo que recibe Reiki, esta diferencia sigue disminuyendo en la tercera medida haciéndose significativa.

El mismo resultado se repite tanto en el grado de dolor como de fatiga medidos con las escalas analógicas, es más, en el grupo que recibe terapia simulada hay una disminución significativa del dolor y de la fatiga tras las primeras sesiones pero este descenso no se mantiene en el tiempo. En el grupo que recibe terapia Reiki, a pesar de que no hay diferencia entre la primera y la segunda medida si hay una reducción importante al cabo de los tres meses, es decir el efecto de Reiki se prolonga en el tiempo.

En cuanto al impacto de la enfermedad en las mujeres, como cabía esperar dados los resultados de disminución de dolor y fatiga sí como la mejora en la calidad de vida en todas las dimensiones, disminuye también de forma significativa en la medida que se hace tres meses después de terminar la terapia con Reiki, esta diferencia ya se apunta en la segunda medida en la que hay disminución tanto en el grupo que recibe Reiki como en el que recibe terapia placebo con respecto a la primera medida, si bien en el grupo placebo esta diferencia no se mantiene a los tres meses aunque tampoco vuelven a los valores de los que partieron.

CONCLUSIONES:

CONCLUSIONES

A tenor de los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos decir que:

1. La población analizada tiene unas características sociodemográficas comparables con los estudios publicados en España, Europa y América en todos los aspectos.
2. La Terapia Reiki es efectiva en la disminución del dolor y la fatiga física de las mujeres con Síndrome de Fibromialgia sin que haya efectos adversos atribuibles a la misma.
3. Resulta eficaz para mejorar la calidad de vida de estas mujeres.
4. Disminuye el impacto de la enfermedad sobre las AVD de la población estudiada.
5. Tiene un efecto mantenido en el tiempo, no atribuible al efecto placebo.
6. Sus resultados mejoran aún sin recibir terapia.
7. La Terapia Reiki puede ser un posible tratamiento coadyuvante para el SFM ya que se trata de un método sencillo y barato de aplicar tanto por el personal de enfermería como por las propias mujeres de forma autoadministrada.
8. Es necesario seguir con la investigación para corroborar los resultados del presente estudio y ver si el efecto se mantiene por más tiempo. Sería aconsejable continuar con el mismo para ver los efectos a largo plazo e introducir otras variables que en el momento de diseñar éste descartamos como es la reducción de la medicación o la disminución de los síntomas de las patologías concomitantes.

ANEXOS:

ANEXO 1. Distribución de los puntos gatillo en la FM. Tomado de Villanueva y col (40)

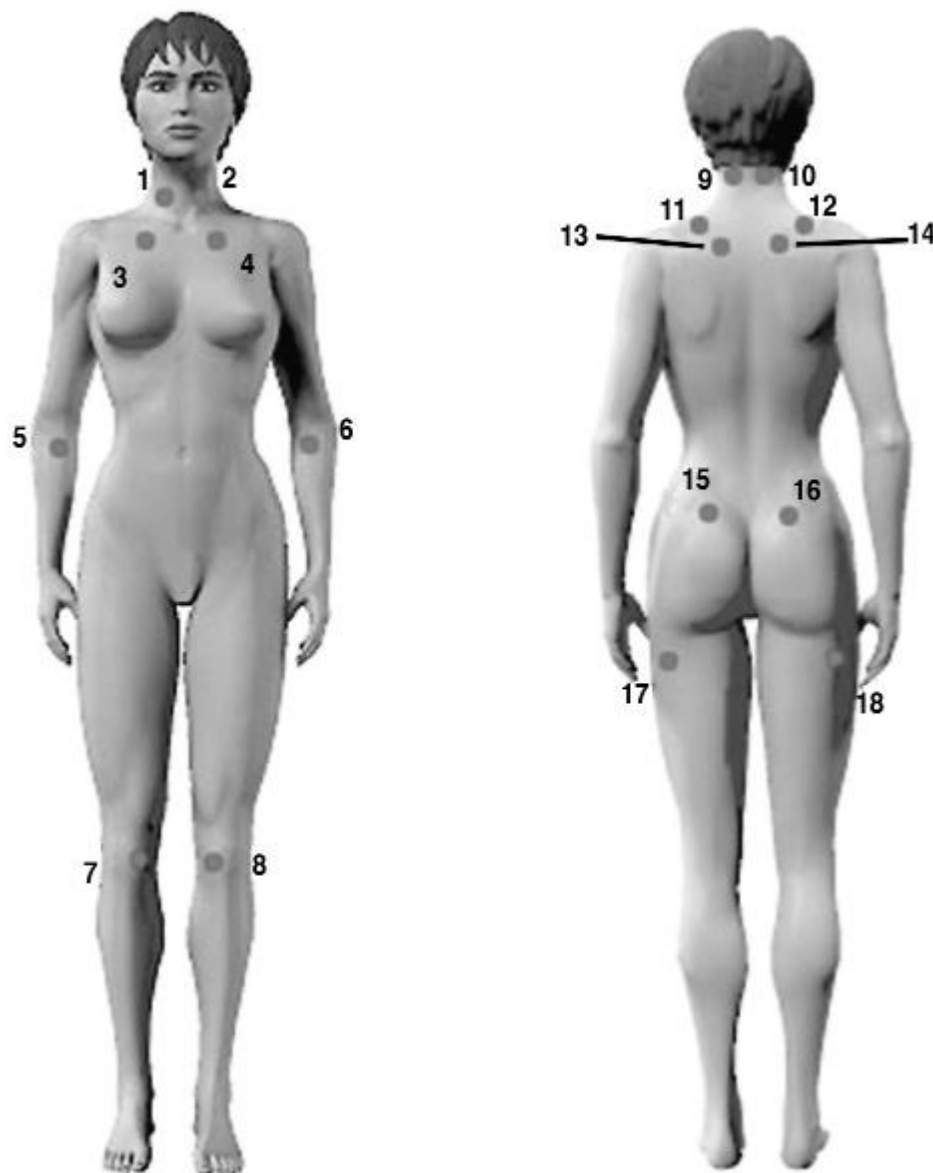


Fig. 1—Distribución de los puntos gatillo en la fibromialgia.

- 1-2 Cervical bajo: bilateral, en la parte anterior de los espacios intertransversos C4-C5, C5-C6.
- 3-4 Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión condroesternal.
- 5-6 Epicóndilo lateral: bilateral a 2 cm distal del epicóndilo.
- 7-8 Rodilla: bilateral en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular.
- 9-10 Occipucio: bilateral en la inserción del músculo suboccipital.
- 11-12 Trapecio: bilateral, en el punto medio del borde superior.
- 13-14 Supraespinoso: bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial.
- 15-16 Glúteo: bilateral cuadrante superior externo de la nalga en la parte abultada del músculo.
- 17-18 Trocánter mayor: bilateral, posterior a la prominencia trocantérea.

TÍTULO DEL ESTUDIO: Eficacia de la terapia Reiki en la mejora del dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria en mujeres con fibromialgia.

PROMOTOR: Profesora de la EUE Puerta de Hierro. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Lourdes Casillas Santana. Enfermera Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería Puerta de Hierro. Teléfono: 911917538. e- mail: lcasillas.hpth@salud.madrid.org

CENTRO: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

DIRECCIÓN POSTAL: Lourdes Casillas Santana; Coordinadora Enfermería Médico- Quirúrgica

Escuela Universitaria de Enfermería Puerta de Hierro; Calle Joaquín Rodrigo 2, 28222 Majadahonda (Madrid)

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Debido a la complejidad clínica de las personas que padecen fibromialgia, así como la dificultad para combatir el dolor y mejorar la calidad de vida, el tratamiento convencional con fármacos se puede beneficiar de la ayuda de terapias complementarias como es el Reiki y que ha probado su eficacia en el control de otros dolores de carácter crónico.

Reiki es un antiguo método de tratamiento que se usa como tratamiento alternativo o como complemento al tratamiento de la medicina occidental. Se trata de un sistema muy sencillo en el que el terapeuta transmite energía a través de sus manos, colocándolas en diferentes lugares del cuerpo. Cuando la energía fluye libremente se equilibra el cuerpo y éste es capaz de aliviar sus dolores.

Con respecto a la terapia Reiki es importante que usted conozca que:

- No es una religión, por lo tanto no importan las creencias religiosas de la persona
- El paciente no necesita creer en Reiki. Ni siquiera necesita saber el nombre de lo que está recibiendo. Reiki actúa con independencia de las opiniones o puntos de vista de la persona que lo recibe.
- No interfiere con ningún tipo de medicamento, e incluso, en ocasiones, puede reducir los efectos secundarios del mismo.
- No tiene contraindicaciones.

Por este motivo, el propósito de este estudio es evaluar la eficacia de la terapia Reiki para mejorar el dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria en mujeres con fibromialgia.

Para conseguir los objetivos un equipo de investigadores formado por enfermeras y un médico, expertos en las áreas de estudio, nos hemos planteado desarrollar este trabajo a lo largo de los próximos 2 años.

Las candidatas para participar en el estudio son todas las mujeres afectadas de fibromialgia integradas en la Asociación Madrileña de Fibromialgia (AFIBROM).

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio en el que usted de forma aleatoria podrá ser asignado a uno de los tres grupos necesarios para llevar a cabo el estudio: al grupo que recibirá terapia Reiki, al grupo que recibirá terapia de toque o al grupo control. A todas las mujeres que firmen el consentimiento informado y decidan participar en el estudio se les pasará un cuestionario sobre calidad de vida, conocido con el nombre de Cuestionario de Salud SF-36 tres veces en total: antes de iniciar la terapia, tras las cuatro sesiones de reiki o de terapia de toque y a los 3 meses después de la terapia, estos últimos antes de recibir una sesión de refuerzo. Las personas que resulten asignadas al grupo control responderán los cuestionarios con los mismos intervalos siguiendo con su terapia habitual exclusivamente.

Tanto el grupo control como el grupo que recibe terapia de toque, una vez finalizado el estudio, recibirán terapia Reiki.

El Cuestionario de Salud SF-36 proporciona información sobre el estado de salud del individuo en dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional. Tiene 36 preguntas, es fácil de responder y se puede cumplimentar sólo o con ayuda.

Así mismo se les pasará un cuestionario específico para valorar el impacto de la enfermedad sobre las Actividades de la Vida Diaria. Para ello, se utilizará el cuestionario específico para Fibromialgia FIQ o Cuestionario de Impacto de Fibromialgia. Se trata de un cuestionario validado para la población española, que permite evaluar en todos los pacientes dos dimensiones de su capacidad funcional, la frecuencia de realización de actividades de la vida diaria y la dificultad para realizar estas actividades.

También se pasará una escala analógica de dolor y de fatiga.

Tanto la aplicación de las terapias como la cumplimentación de los cuestionarios se llevarán a cabo en la sede de AFIBROM de Madrid o de Leganés. La terapia dura aproximadamente una hora.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

El interés de este estudio es conocer si la Terapia Reiki puede ayudar de manera significativa a las mujeres con fibromialgia en el control del dolor, de la fatiga y mejorar con ello su calidad de vida, y servir, por tanto, como terapia complementaria al tratamiento convencional.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo los investigadores del mismo podrán relacionar dichos datos con usted.

ANEXO 3.-

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Eficacia de la terapia Reiki en la mejora del dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria en mujeres con fibromialgia..

PROMOTOR: Profesora de la EUE Puerta de Hierro. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Lourdes Casillas Santana. Enfermera Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería Puerta de Hierro. Teléfono: 911917538

CENTRO: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Yo (nombre y apellidos)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con:
(nombre del investigador/colaborador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.

Por consiguiente:

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma del investigador/colaborador:

Nombre:

Fecha:

Nombre:

Fecha:

POSTURAS DE LAS MANOS EN REIKI I

Para sanar a otra persona

Parte frontal - La sanadora de pie o sentada a espaldas de la persona que recibe el tratamiento



1. Manos formando copa suavemente aplicadas sobre los ojos.



2. Sobre las mejillas, los meñiques ligeramente aplicados sobre las orejas.

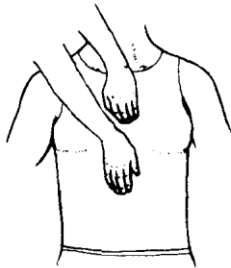


3. Las manos bajo la cabeza previamente alzada por la sanadora.

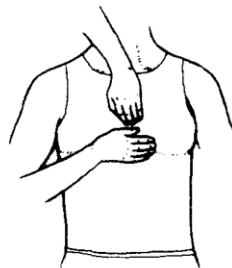


4. Las manos muy ligeramente apoyadas entre las clavículas, un poco por debajo de la garganta.

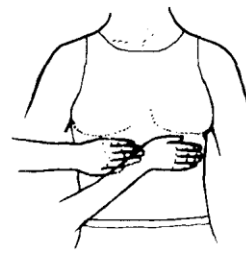
Parte frontal - Terapeuta al lado de la persona que recibe tratamiento



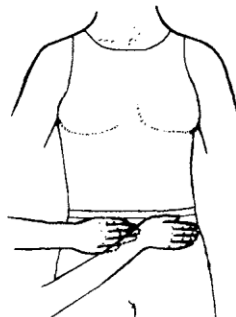
5. Entre las mamas - postura opcional. Debe usarse previo permiso evitando invadir la intimidad física.



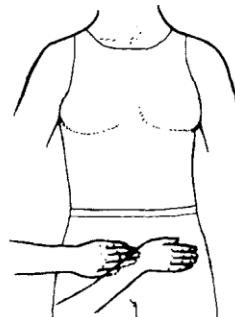
5a. Variante de la quinta postura.



6. Debajo de las mamas, sobre la parte inferior de la caja torácica.

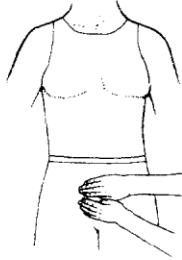


7. Bajo la cintura.



8. En la región pélvica, un poco por encima del hueso del pubis.

Parte frontal - Terapeuta al costado de la persona que recibe tratamiento



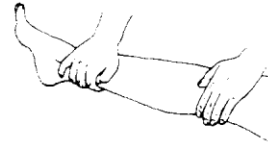
9. Ambas manos en el bajo vientre, sobre el hueso del pubis.



10. Parte anterior de ambas rodillas.



11. Parte anterior de ambos tobillos.



11 a. Rodilla y tobillo del mismo lado; luego se repetirá en la otra pierna; postura a escoger (combina 10 y 11).

Parte frontal - Terapeuta a los pies y frente a la persona que recibe tratamiento



12. Plantas de ambos pies.



12a.-12b. Variante de la postura 12, primero un pie y luego el otro.

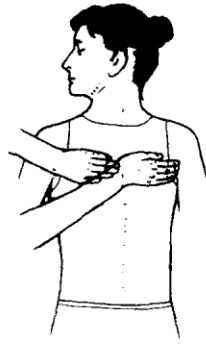


Parte frontal - Terapeuta de nuevo a la cabeza de la persona que recibe tratamiento

13. Postura opcional para la cabeza: Una mano sobre el chakra corona, la otra sobre el surco occipital, tras volver la cara a un lado la receptora.



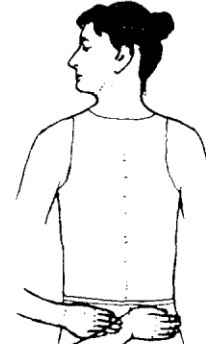
14. Parte baja de la nuca (terapeuta al lado de la receptora).



15. Sobre los omóplatos.

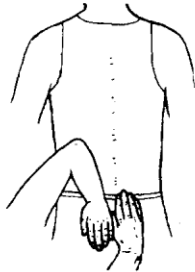


16. En la parte media de la espalda.

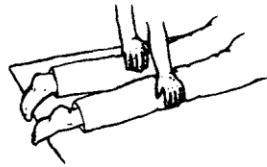


17. Parte inferior de la espalda, debajo de la cintura y por encima del sacro.

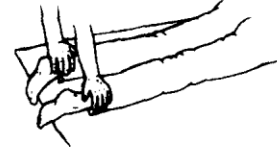
REIKI I - POSTURAS PARA SANAR A OTROS
Parte dorsal



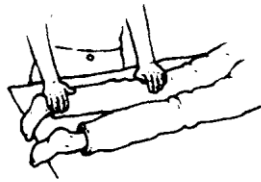
18. Sobre el coxis, postura opcional.



19. Parte posterior de ambas rodillas.



20. Parte posterior de ambos tobillos.



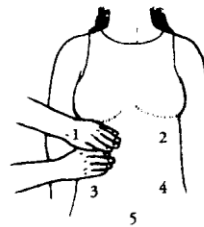
20a. Rodilla y tobillo del mismo lado por detrás, primero una pierna y luego la otra.



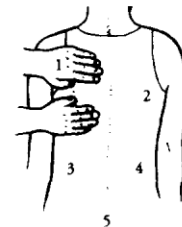
21. Plantas de ambos pies.

Posibles variantes de postura de las manos

Estas alternativas son aplicables para la imposición sobre el torso y la espalda, manos en paralelo la una al lado de la otra, en vez de colocarlas en línea (sustituir en las posturas 6, 7, 8 y 9 para la parte frontal y 15, 16, 17 y 18 para la espalda).



Frontal



Dorsal

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FECHA NACIMIENTO...../...../.....

Estado civil:

- (1) Soltero
 (2) Casado/ Vive en pareja
 (3) Separado/ Divorciado
 (4) Viudo

Nº Hijos:

Situación laboral:

- (1) Trabajador activo (Especificar puesto de trabajo _____)
 (2) Ama de casa
 (3) Estudiante
 (4) Parado
 (5) Baja laboral
 (6) Incapacidad temporal
 (7) Incapacidad total
 (8) Otros.....

Nivel de formación:

- (1) Sin Estudios
 (2) No finalizó los estudios básicos
 (3) Estudios básicos
 (4) Estudios medios
 (5) Estudios superiores

Lugar de residencia: Municipio.....

- (1) Madrid zona urbana (3) Madrid zona rural

¿Quién convive con usted?

- (1) Pareja/Cónyuge
 (2) Hijo/hija
 (3) Otro: _____

Personas dependientes a su cargo

- (1) Pareja/Cónyuge
 (2) Hijo/s
 (3) Nietos
 (4) Otros.....

DATOS CLÍNICOS

Confirmación del diagnóstico Sí No

Si es sí Por Etiqueta diagnóstica

 Por Criterios clínicos

Fecha diagnóstico:

Tratamiento farmacológico

Analgésicos

Paracetamol (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

AINES (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Opiáceos (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Ansiolíticos

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Antidepresivos

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Relajantes musculares

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Otros

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Otras terapias

Ejercicio físico (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Yoga (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Fisioterapia (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

T Psicológica (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Masajes

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Otras

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

..... (1) diario (2) 2-3 v/sem (3) 1v/sem (4) Ocasional (5) Nunca

Antecedentes generales

Fuma: (1) SI / (0) NO Nº cigarrillos/día _____

Bebe Alcohol: (1) SI / (0) NO Frecuencia de consumo:

Diabetes: (1) SI / (0) NO Insulinodependiente: (1) SI / (0) NO

Problemas osteoarticulares: (1) SI / (0) NO

Problemas ginecológicos: (1) SI / (0) NO

Disfunción mandibular: (1) SI / (0) NO

Colon irritable (1) SI/ (0) NO

Otras patologías: _____

NÚMERO DE ALEATORIZACIÓN __ __ __

PRIMERA EVALUACIÓN FECHA...../...../.....

- SF-36
- CUESTIONARIO FIQ
- DOLOR
- FATIGA

Comentarios:

SEGUNDA EVALUACIÓN (MES) FECHA...../...../.....

- SF-36
- CUESTIONARIO FIQ
- DOLOR
- FATIGA

Comentarios:

TERCERA EVALUACIÓN (TERCER MES) FECHA...../...../.....

- SF-36
- CUESTIONARIO FIQ
- DOLOR
- FATIGA

Comentarios:

CAUSA DE FINALIZACIÓN PREMATURA DEL ESTUDIO

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------|-------------------|
| 1. NO CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICO | <input type="checkbox"/> | FECHA |/...../..... |
| 2. ABANDONO | <input type="checkbox"/> | FECHA |/...../..... |
| 3. ENFERMEDAD | <input type="checkbox"/> | FECHA |/...../..... |
| 4. OTROS | <input type="checkbox"/> | FECHA |/...../..... |

ANEXO 6.-

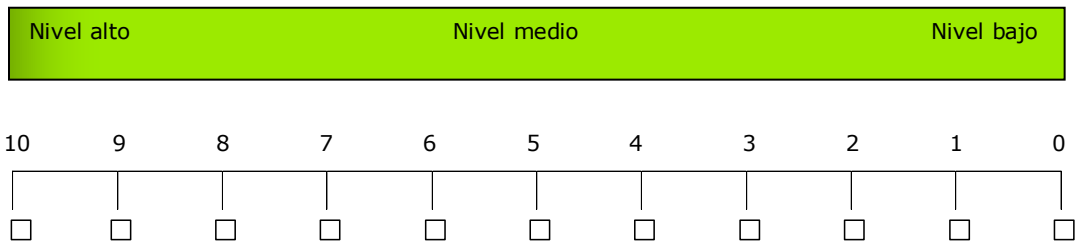
NÚMERO DE ALEATORIZACIÓN _____

FECHA...../...../.....

Por favor responda a las escalas con el grado de fatiga y dolor que tiene HOY, gracias

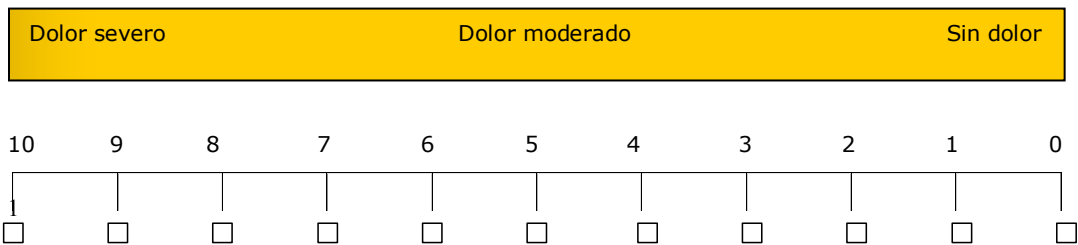
Escala analógica visual de fatiga

Escala numérica tipo EVA (Escala Visual Analógica) de 0-10 que podemos clasificar, como: nivel de fatiga bajo (1-3), medio (4-6) o alto (7-10).



Escala analógica visual de dolor

Escala numérica tipo EVA (Escala Visual Analógica) de 0-10 que podemos clasificar, donde 0 es ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable



COMENTARIOS:

ANEXO 7.-

NÚMERO DE ALEATORIZACIÓN _____

FECHA/...../.....

ANEXO. Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF)

Rodee con un círculo el número que mejor describa cómo se encontró durante la última semana. Si no tiene costumbre de realizar alguna actividad, tache la pregunta.

1. ¿Ha sido usted capaz de...

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a. ¿Hacer la compra?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. ¿Hacer la colada con lavadora?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. ¿Preparar la comida?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. ¿Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. ¿Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. ¿Hacer las camas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. ¿Caminar varias manzanas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. ¿Visitar a amigos o parientes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. ¿Subir escaleras?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. ¿Utilizar transporte público?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo habitual, incluido el doméstico, por causa de la fibromialgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

Redondee con un círculo el número que mejor indique cómo se sintió en general durante la última semana:

4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto el dolor y otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada/o?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Cómo se ha notado de rígida/o o agarrotada/o?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿Cómo se ha notado de nerviosa/o, tensa/o o angustiada/o?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Cómo se ha sentido de deprimida/o o triste?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Datos para el estudio			
Día:	Mes:	Año: (20...)	Número identificador:
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Julio	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Agosto	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Septiembre	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Octubre	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Noviembre	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Diciembre	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 31		6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

Versión española de SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000
adaptada por J. Alonso y cols 2003.

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
c/Doctor Aiguader, 80 E-08003 Barcelona
Tel. (+34) 93 225 75 53, Fax (+34) 93 221 40 02
www.imim.es



Este instrumento ha superado los estándares de calidad del **Medical Outcome Trust** y de la Red Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (**Red IRYSS**).
El cuestionario y su material de soporte están disponibles en BiblioPRO, la biblioteca virtual de la Red IRYSS (www.redirvss.net).



Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹ Excelente	<input type="checkbox"/> ² Muy buena	<input type="checkbox"/> ³ Buena	<input type="checkbox"/> ⁴ Regular	<input type="checkbox"/> ⁵ Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ¹	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ²	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ³	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁴	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁵
--	---	--	--	---



3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Cogeer o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



11549035

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas



11549035



SF-36 v2.0
6 / 7





11549035

OBTENCIÓN AUTOMÁTICA DE LAS PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO

Este cuestionario ha sido diseñado con un software de captura automática de las respuestas (TeleForm®), que hace posible obtener rápidamente y sin errores una base de datos con las puntuaciones mediante lectura por escáner.

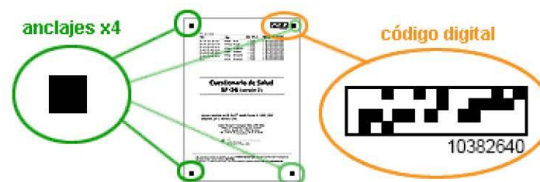
Si desea utilizar este servicio de Obtención de las puntuaciones y entrada de datos póngase en contacto con :

BiblioPRO@imim.es

MUY IMPORTANTE

Si desea utilizar este servicio **no debe realizar modificaciones** del cuestionario (la impresión debe ser clara y absolutamente fiel al documento PDF descargado).

El **código digital** y los **puntos de anclaje** (los cuatro cuadrados negros de las esquinas) deben de estar **bien definidos** para poder escanear satisfactoriamente el cuestionario. Tenga mucho cuidado con los dos cuadrados inferiores, si quedaran recortados por un error de impresión no se podría capturar la información.



Para obtener más información sobre este servicio y sus tarifas consulte la sección de "Puntuaciones" de la página principal de BiblioPRO en www.rediryss.net

*Esta página **NO** es necesaria para el estudio ni para la captura de datos.
Aconsejamos no incluir ésta hoja en los cuestionarios del estudio.*

ANEXO 9.-

D^ª. LOURDES CABRERA GARCÍA, SECRETARIA DEL COMITÉ ETICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA DE MADRID

CERTIFICA

Que dicho Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

“EFICACIA DE LA TERAPIA REIKI EN LA MEJORA DEL DOLOR, LA FATIGA, LA CALIDAD DE VIDA Y EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA”

del que es Investigadora Principal D^ª. Lourdes Casillas Santana, considerando que su planteamiento es correcto desde el punto de vista metodológico y ético. Acta n^º 247 de fecha 28/09/09

En Madrid, a 28 de septiembre de 2009




Fdo.: Dra. Cabrera García
Secretaria C.E.I.C.

BIBLIOGRAFÍA:

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Serie Salud para todos. Ginebra: OMS; 1978.
- (2) Robles E, Iranzo J, Ortuño P, Miralles S. Clasificación y evaluación del dolor en Atención Primaria. En: Miralles F, editor. Guía práctica de tratamiento del dolor en Atención Primaria. Madrid: Jarpyo Editores; 1995. p. 26-39.
- (3) Wolfe F, Smythe HA, Yunus M, Bennett R, Bombardier C, Goldenberg D, y col. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990 Feb;33(2):160-72.
- (4) Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Mental* 2003;4:2-7.
- (5) Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sanudo I. Consensus report on the diagnosis and treatment of fibromyalgia in Catalonia (Barc) 2002. *Med Clin* 2002;118:745-9.
- (6) Mañez A, Fenollosa P. Sleep quality, pain and depression in fibromyalgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:491-500.
- (7) Russell I. Advances in fibromyalgia: possible role for central neurochemicals. *Am J Med Sci* 1998;315(6):377-84.
- (8) Williams DA, Schilling S. Advances in the assessment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2009 May;35(2):339-57.
- (9) Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis* 1997;56(4):268-71.
- (10) Bombardier C, Buchwald D. Chronic Fatigue, Chronic Fatigue Syndrome, and Fibromyalgia: Disability and Health-Care Use. *Medical Care* 1996;34(9).
- (11) García Martínez F, Herrera Silva J, Aguilar Luque J. Tratamiento del dolor crónico en Atención Primaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:453-9.
- (12) Barkhuizen A. Rational and targeted pharmacologic treatment of fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 2002 May;28(2):261-90.
- (13) Williams DA, Cary MA, Groner KH, Chaplin W, Glazer LJ, Rodríguez AM, y col. Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *J Rheumatol* 2002 Jun;29(6):1280-6.
- (14) Moiola B, Merayo LA. Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2005;12:476-84.
- (15) Górriz F, Garrido Landivar E, Andueza A, Martínez M. La terapia cognitivo conductual en la fibromialgia. *Huarte de San Juan* 2002;8(9):119-28.
- (16) Wall GC, Krypel LL, Miller MJ, Rees DM. A pilot study of complementary and alternative medicine use in patients with fibromyalgia syndrome. *Pharmacy Practice (Internet)* 2007;5:185-90.
- (17) Chu DA. Tai Chi, Qi Gong and Reiki. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2004;15(4):773-81.
- (18) Engebretson J, Wardell DW. Energy-Based Modalities. *Nurs Clin North Am* 2007;42(2):243-59.

- (19) Winstead-Fry P, Kijek J. An integrative review and meta-analysis of therapeutic touch research. *Altern Ther Health Med* 1999 Nov;5(6):58-67.
- (20) Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract* 2008 Jun;62(6):947-54.
- (21) Rubik B, Brooks AJ, Schwartz GE. In vitro effect of Reiki treatment on bacterial cultures: Role of experimental context and practitioner well-being. *J Altern Complement Med* 2006 Jan;12(1):7-13.
- (22) Olson K, Hanson J, Michaud M. A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2003 Nov;26(5):990-7.
- (23) Hurwitz W. Energy medicine. En: Micozzi MS es, editor. *Fundamentals of complementary and alternative medicine*. 2ª ed. New York: Churchill Livingstone: 2001. p. 238-56.
- (24) Miles P. Preliminary report on the use of Reiki HIV-related pain and anxiety. *Altern Ther Health Med* 2003 Mar;9(2):36.
- (25) DiNucci EM. Energy healing: a complementary treatment for orthopaedic and other conditions. *Orthop Nurs* 2005 Jul;24(4):259-69.
- (26) Jackson E, Kelley M, McNeil P, Meyer E, Schlegel L, Eaton M. Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer? *Clin J Oncol Nurs* 2008 Feb;12(1):113-20.
- (27) So PS, Jiang Y, Qin Y. Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD006535.
- (28) Wardell DW, Engebretson J. Biological correlates of Reiki Touch^(sm) healing. *J Adv Nurs* 2001 Feb;33(4):439-45.
- (29) Meehan TC. Therapeutic touch as a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* 1998;28(1):117-25.
- (30) Wardell DW, Weymouth KF. Review of studies of healing touch. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(2):147-54.
- (31) O'Mathuna D, Ashford R. Toque terapéutico para la curación de las heridas agudas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus 2008 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (32) Vitale A. An integrative review of Reiki touch therapy research. *Holist Nurs Pract* 2007 Jul;21(4):167-79.
- (33) Shore AG. Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. *Altern Ther Health Med* 2004 May;10(3):42-8.
- (34) Nield-Anderson L, Ameling A. The empowering nature of Reiki as a complementary therapy. *Holist Nurs Pract* 2000 Abr;14(3):21-9.
- (35) Mansour AA, Beuche M, Laing G, Leis A, Nurse J. A study to test the effectiveness of placebo Reiki standardization procedures developed for a planned Reiki efficacy study. *J Altern Complement Med* 1999 Abr;5(2):153-64.
- (36) Pocotte SL, Salvador D. Reiki as a rehabilitative nursing intervention for pain management: a case study. *Rehabil Nurs* 2008 Nov;33(6):231-2.
- (37) Gallob R. Reiki: a supportive therapy in nursing practice and self-care for nurses. *J N Y State Nurses Assoc* 2003;34(1):9-13.

- (38) Inanici F, Yunus M. History of fibromyalgia: Past to present. *Current Pain and Headache Reports* 2004 Oct 1;8(5):369-78.
- (39) Gowers W. Lumbago: its lessons and analogues. *Br Med J* 1904;1(117):121.
- (40) Villanueva V, Valía J, Cerdá G, Monsalve V, Bayona M, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:430-43.
- (41) Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bull Rheum Dis* 1977;28:928-31.
- (42) Smythe H. Tender points: evolution of concepts of the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Am J Med* 1986 Sep 29;81(3A):2-6.
- (43) Wolfe F, Smythe H, Yunus M, Bennett R, Bombardier C, Goldenberg D, y col. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Reum* 1990;33:160-72.
- (44) Quintner J. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet* 1992 Oct 31;340(8827):1103.
- (45) WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. Geneve; 1992. Report No.: ICD-10.
- (46) Bennett RM, Burekhardt C, Clark S, y col. Group treatment of fibromyalgia: a 6 months outpatient program. *J Rheumatol* 1996;23:521-8.
- (47) Okifuji A, Turk DC, Sinclair JD, Starz TW, Marcus DA. A standardized manual tender point survey. I. Development and determination of a threshold point for the identification of positive tender points in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1997 Feb;24(2):377-83.
- (48) Silver D, Wallace D. The management of fibromyalgia- associated syndromes. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:405-17.
- (49) Paira SO. Fibromyalgia associated with female urethral syndrome. *Clin Rheumatology* 1994;13(1):88-9.
- (50) Wolfe F, Katz RS, Michaud K. Jaw pain: its prevalence and meaning in patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis, and fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 2005 Dic 1;32(12):2421-8.
- (51) Consalter E, Sanches M, Guimaraes S. Correlação entre disfunção temporomandibular e fibromialgia. *Rev Dor* 2010;11(3):237-41.
- (52) Quirós Alvarez O, Rodríguez L, Lezama E, y col. Fibromialgia y Ortodoncia: Actitud del Ortodoncista ante la enfermedad invisible. *Acta odontol venez* 2002;40(2):144-51.
- (53) Wolfe F. The prevalence and characteristics of fibromyalgia syndrome in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.
- (54) Sperber AD, Akiva S, Leshno M, Halpern Z, Buskila D. Validation of New Symptom-Based Fibromyalgia Criteria for Irritable Bowel Syndrome Co-morbidity Studies. *J Neurogastroenterol Motil* 2011 Ene;17(1):67-72.
- (55) Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, y col. Psychiatric Disorders in Patients With Fibromyalgia: A Multicenter Investigation. *Psychosomatics* 1999 Ene;40(1):57-63.
- (56) Chamizo Carmona E. ¿Existe asociación entre la fibromialgia, el aumento de la comorbilidad por enfermedad neoplásica, cardiovascular e infecciones, y el de la mortalidad? *Reumatol Clin* 2005;1(4):200-10.

- (57) Buskila D, Neumann L, Odes LR, Schleifer E, Depsames R, Abu-Shakra M. The prevalence of musculoskeletal pain and fibromyalgia in patients hospitalized on internal medicine wards. *Semin Arthritis Rheum* 2001 Jun;30(6):411-7.
- (58) Wolfe F. Fibromyalgia: on criteria and classification. En: Pillemer S, editor. *The fibromyalgia syndrome: current research and future directions in epidemiology, pathogenesis, and treatment*. Nueva York: Haworth Medical Press; 1994. p. 23-9.
- (59) Wolfe F. Pain extent and diagnosis: development and validation of the regional pain scale in 12,799 patients with rheumatic disease. *J Rheumatol* 2003 Feb 1;30(2):369-78.
- (60) Esteve Vives J, Riivera Redondo J, Salvat Salvat MI, de Gracia Blanco M, Alegre de Miquel C. Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatol Clin* 2007;3:21-4.
- (61) Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente de Hoz L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin* 1998;111(11):410-6.
- (62) Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, y col. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis & Rheumatism* 2010;62(5):600-10.
- (63) Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg D, Häuser W, Katz RS, y col. Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011 Jun 1;38(6):1113-22.
- (64) Alegre de Miquel C, García Campayo J, Tomás M, Gómez Argüelles J, Blanco Tarrío E, Gobbo Montoya M, y col. Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(2):108-21.
- (65) White K, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: The prevalence of Fibromyalgia Syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999;26(7):1570-6.
- (66) Lindell L, Bergman S, Petersson I, Jacobson L, Herrström P. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care* 2000 Ene 1;18(3):149-53.
- (67) Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:157.
- (68) Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, Spaeth M, y col. Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2010 Jun;39(6):448-53.
- (69) Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol* 2008 Jul;26(4):519-26.
- (70) Mulero Mendoza J. Fibromialgia. *Medicine* 1997;7:2682-7.
- (71) Tosal Herrero B. El cuerpo como excusa: El diagnóstico de la fibromialgia en una consulta de reumatología. *Index de Enfermería* 2008;17:12-6.
- (72) Valls Llobet C. Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. *Anuario de Psicología* 2008 [En línea][Fecha de acceso: 23 de Marzo de 2012]. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=97017401007>
- (73) Straube S, Moore RA, Paine J, Derry S, Phillips CJ, Hallier E, y col. Interference with work in fibromyalgia: effect of treatment with pregabalin and relation to pain response. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:125.

- (74) Tornero J, Vidal J. Impacto social y económico de las enfermedades reumáticas: la discapacidad laboral. *Rev Esp Reumatol* 1999;26:347-66.
- (75) Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Rejas-Gutierrez J. Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety disorder in primary care settings. *Aten Primaria* 2009 Feb;41(2):77-84.
- (76) White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: direct health care costs of fibromyalgia syndrome in London, Canada. *J Rheumatol* 1999 Abr;26(4):885-9.
- (77) Olfson M, Gameroff MJ. Generalized anxiety disorder, somatic pain and health care costs. *General Hospital Psychiatry* 2007 Jul;29(4):310-6.
- (78) Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett R, Caro X, Goldenberg D, y col. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997 Sep;40(9):1560-70.
- (79) Kersh BC, Bradley LA, Alarcón GS, Alberts KR, Sotolongo A, Martin MY, y col. Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism* 2001;45(4):362-71.
- (80) Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA* 2003 Nov;290(18):2443-54.
- (81) Ballina J, Carmona L, Laffon A, y col. Impacto del consumo de AINE en la población general española. Resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol* 2002;29(7):337-42.
- (82) Castilla Plaza A, López Sanz J, Barrero Valverde J. La fibromialgia y sus implicaciones personales y sociales en la Comunidad de Madrid. Madrid: El defensor del paciente. Consejería de Sanidad y Consumo; 2007.
- (83) Boonen A, van den Heuvel R, van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, van der Heijde D, y col. Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2005 Mar;64(3):396-402.
- (84) White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis & Rheumatism* 1999;42(1):76-83.
- (85) Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett R, Caro X, Goldenberg D, y col. Work and disability status of persons with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 1997 Jun;24(6):1171-8.
- (86) Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:48-53.
- (87) Rivera J. Controversias en el diagnóstico de Fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2004;31(9):501-6.
- (88) Martínez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevasco G. Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. *Disabil Rehabil* 2001 Ene 20;23(2):64-8.
- (89) Martínez JE. The question of quality of life in fibromyalgia patients. *J Psychosom Res* 2004 Nov;57(5):501-2.
- (90) Horne JA, Shackell BS. Alpha-like EEG activity in non-REM sleep and the fibromyalgia (fibrositis) syndrome. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 1991 Oct;79(4):271-6.

- (91) Restrepo Medrano JC, Ronda Pérez E, Vives Cases C, Gil González D. ¿Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia?: what do we know about risk factors? *Rev Salud Pública* 2009;11:662-74.
- (92) Buskila D, Gladman DD, Langevitz P, Urowitz S, Smythe HA. Fibromyalgia in human immunodeficiency virus infection. *J Rheumatol* 1990 Sep;17(9):1202-6.
- (93) Abeles A, Pillinger M, Solitar B, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med* 2007;146(10):726-34.
- (94) Jain AK, Carruthers BM, van de Sande MI, Barron SR, Donaldson CCS, Dunne JV, y col. Fibromyalgia Syndrome: Canadian Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols- A Consensus Document. *J Musculoskeletal Pain* 2003 Ene 1;11(4):3-107.
- (95) Gelman S, Lera S, Caballero F, López M. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol* 2002;29.(7):323-9.
- (96) Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis & Rheumatism* 2009;61(2):216-24.
- (97) Machetti M. El cuerpo extraño (Retrato de una fibromialgia). Madrid: Éride Ediciones; 2009.
- (98) Bosch RE, Saenz MN, Valls EM, Vinolas VS. Study of quality of life of patients with fibromyalgia: impact of a health education programme. *Aten Primaria* 2002 Jun 15;30(1):16-21.
- (99) Williams DA. The role of non-pharmacologic approaches in the management of fibromyalgia. *CNS Spectr* 2009 Dic;14(12 Suppl 16):10-2.
- (100) Le Marshall K, Littlejohn G. Management strategies for fibromyalgia. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews* 2011 Jul 13;3(1):47-51.
- (101) Affaitati G, Costantini R, Fabrizio A, Lapenna D, Tafuri E, Giamberardino MA. Effects of treatment of peripheral pain generators in fibromyalgia patients. *European Journal of Pain* 2011 Ene;15(1):61-9.
- (102) Wolfe F, Zhao S, Lane N. Preference for nonsteroidal antiinflammatory drugs over acetaminophen by rheumatic disease patients. *Arthritis & Rheumatism* 2000 Feb;43(2):378-85.
- (103) Russell IJ, Kamin M, Bennett RM, Schnitzer TJ, Green JA, Katz WA. Efficacy of Tramadol in Treatment of Pain in Fibromyalgia. *J Clin Rheumatol* 2000 Oct;6(5):250-7.
- (104) Bennett RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *The American Journal of Medicine* 2003 May;114(7):537-45.
- (105) Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H. A randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986 Nov;29(11):1371-7.
- (106) Arnold LM, Keck PE, Jr., Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000 Mar;41(2):104-13.
- (107) O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of Fibromyalgia with Antidepressants. *Journal of General Internal Medicine* 2000;15(9):659-66.
- (108) Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. Treatment of Fibromyalgia Syndrome With Antidepressants. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2009 Ene 14;301(2):198-209.

- (109) Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB, Lalonde JK, Sandhu HS, Keck PE Jr., y col. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum* 2007 Abr;56(4):1336-44.
- (110) Alonso A, Franco M. Medida de la calidad de vida mediante las láminas Coop-Wonca en una muestra de pacientes con fibromialgia tratadas con pregabalina. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;1:10.-17.
- (111) Acín MP, Escartín R. Gabapentina en el tratamiento de la fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2005;12:211-6.
- (112) Miranda J, Guerra C, Letelier C, Contador R, Jaque J. Opioides y Gabapentoides en el Tratamiento de la Fibromialgia. *Revista El Dolor* 2008 Jul;49(17):11-4.
- (113) Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: Relationship to pain and depression. *Arthritis & Rheumatism* 2008;59(7):961-7.
- (114) Okifuji A, Hare BD. Do sleep disorders contribute to pain sensitivity? *Curr Rheumatol Rep* 2011 Dic;13(6):528-34.
- (115) Smythe HA. Studies of sleep in fibromyalgia; techniques, clinical significance, and future directions. *Br J Rheumatol* 1995 Oct;34(10):897-9.
- (116) Sateia M, Nowell P. Insomnia (seminar). *Lancet* 2004;364(1959):1973.
- (117) Moldofsky H, Lue FA, Mously C, Roth-Schechter B, Reynolds WJ. The effect of zolpidem in patients with fibromyalgia: a dose ranging, double blind, placebo controlled, modified crossover study. *The Journal of Rheumatology* 1996 Mar;23(3):529-33.
- (118) Jensen KB, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, y col. Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis Rheum* 2010 Nov;62(11):3488-95.
- (119) Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2004;11:45-51.
- (120) Ortega E, García J, Bote M, Martín-Cordero M, Escalante Y, Saavedra J, y col. Exercise in fibromyalgia and related inflammatory disorders: known effects and unknown chances. *Exerc Immunol Rev* 2009;15:42-65.
- (121) Wang C, Schmid CH, Rones R, Alish R, Yinh J, Goldenberg D, y col. A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. *N Engl J Med* 2010 Ago 19;363(8):743-54.
- (122) Busch A, Barber K, Overend T, Peloso P, Schachter C. Ejercicio para el tratamiento del síndrome de fibromialgia (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. URL disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (123) Williams DA. Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2003 Ago;17(4):649-65.
- (124) Williams DA. Utility of cognitive behavioral therapy as a treatment for insomnia in patients with fibromyalgia. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006 Abr;2(4):190-1.
- (125) Miró E, Lupiañez J, Martínez MP, Sánchez AI, Díaz-Piedra C, Guzmán MA, y col. Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: A pilot, randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology* 2011 Jul 1;16(5):770-82.

- (126) Osma J, Crespo E, Ferrando E, Sala M, García Palacios A. Programa cognitivo-comportamental para el tratamiento de la fibromialgia: Datos preliminares. *Interpsiquis*; 2008.
- (127) Nicasio PM, Schuman C, Cordova A, Weisman C. Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997;24(10):2008-13.
- (128) Santiago Rojano GP, León Vilches I, Periañez Cordero MR. Efectividad de las intervenciones de la Enfermera de Salud Mental en mujeres con Fibromialgia para un mejor afrontamiento a las actividades de la vida diaria. *Biblioteca Lascasas* 2011;7(3).
- (129) Thieme K, Flor H, Turk DC. Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Res Ther* 2006;8(4):R121.
- (130) Thieme K, Hauser W, Batra A, Bernardy K, Felde E, Gesmann M, y col. Psychotherapy in patients with fibromyalgia syndrome. *Schmerz* 2008 Jun;22(3):295-302.
- (131) Álvarez Hernández E, Casasola Vargas J, Lino Pérez L, Burgos Vargas R, Vázquez Mellado J. Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. *Análisis de 800 casos. Reumatol Clin* 2006;2(4):183-9.
- (132) Zhang X. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005. Ginebra: WHO Headquarters in Geneva; 2002.
- (133) Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional Medicine in the United States -- Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *New England Journal of Medicine* 1993 Ene 28;328(4):246-52.
- (134) Druss BG, Rosenheck RA. Association Between Use of Unconventional Therapies and Conventional Medical Services. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 1999 Ago 18;282(7):651-6.
- (135) Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, y col. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 1998 Nov 11;280(18):1569-75.
- (136) Barbadoro P, Chiatti C, D' Errico MM, Minelli A, Pennacchietti L, Ponzio E, y col. Complementary and Alternative Medicine (CAM) among adults in Italy: Use and related satisfaction. *European Journal of Integrative Medicine* 2011 Dic;3(4):e325-e332.
- (137) Kikuchi M, Matsuura K, Matsumoto Y, Inagaki T, Ueda R. Bibliographical investigation of complementary alternative medicines for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Geriatrics & Gerontology International* 2009;9(1):29-40.
- (138) Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Seminars in Integrative Medicine* 2004;2(2):54-71.
- (139) Nahin R, Dahlhamer J, Stussman B. Health need and the use of alternative medicine among adults who do not use conventional medicine. *BMC Health Services Research* 2010;10(1):220.
- (140) Herman C, Allen P, Hunt W, Prasad A, Brady T. Use of Complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. *Prev Chronic Dis [serial online]* 2004 Oct [En línea] [Fecha de acceso: 29 de enero de 2012];URL disponible en: http://www.cdc.gov/pccd/issues/2004/oct/03_0036.htm
- (141) Sueiro Blanco F, Estévez Schwarz I, Ayán C, Cancela J, Martín V. Potential Benefits of Non-Pharmacological Therapies in Fibromyalgia. *Open Rheumatol J* 2008;2:1-6.
- (142) Terhorst L, Schneider MJ, Kim KH, Goozdich LM, Stillely CS. Complementary and Alternative Medicine in the Treatment of Pain in Fibromyalgia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2011 Sep;34(7):483-96.

- (143) NCCAM. The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States. NCCAM 2008 [En línea][Fecha de acceso: 28 de Marzo de 2012];URL disponible en : http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey_fs1.htm
- (144) OMS. Medicina Tradicional, informe de la Secretaría. Ginebra; 2003. Report No.: 56 Asamblea Mundial de la Salud A56/18.
- (145) Peter F, Adam W. Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe. *BMJ* 1994 Jul 9;309.
- (146) Miles P, True G. Reiki-review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Altern Ther Health Med* 2003 Mar;9(2):62-72.
- (147) Jain S, Mills PJ. Biofield therapies: helpful or full of hype? A best evidence synthesis. *Int J Behav Med* 2010 Mar;17(1):1-16.
- (148) Guillaumet i Olives M, Fargues i García I, Subirana i Casacuberta M, Bros i Serra M. Teoría del cuidado humano. Un café con Watson. *Metas de Enfermería* 2005 Mar;8(2):28-32.
- (149) Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. *Integr Cancer Ther* 2007 Mar;6(1):25-35.
- (150) Weze C, Leathard HL, Stevens G. Evaluation of Healing by Gentle Touch for the Treatment of Musculoskeletal Disorders. *Am J Public Health* 2004 Ene 1;94(1):50-2.
- (151) Jhaveri A, Walsh SJ, Wang Y, McCarthy M, Gronowicz G. Therapeutic touch affects DNA synthesis and mineralization of human osteoblasts in culture. *J Orthop Res* 2008;26(11):1541-6.
- (152) Capasso L. 5300 years ago, the Ice Man used natural laxatives and antibiotics. *The Lancet* 1998 Dec 5;352(9143):1864.
- (153) McKenzie E. El Reiki en Oriente. En: *La Biblia del Reiki*. Madrid: Gaia Ediciones; 2009. p. 16-33.
- (154) Stein D. La historia del Reiki. En: *Reiki Esencial*. Barcelona: Robin Book; 2004. p. 23-34.
- (155) Haberly H. Reiki: la historia de Takata. Libro electrónico 2012 [En línea][Fecha de acceso: 27 de Marzo de 2012];URL disponible en: <http://www.reiki-terapias.com/HaberlyHReikiLaHistoriadeTakata.pdf>
- (156) The Usui Reiki. The Usui Reiki. The Usui Reiki 2012 [En línea][Fecha de acceso: 1 de Abril de 2012];URL disponible en: <http://www.usuireiki-ogm.com/>
- (157) Gonzalez A, Lardry JM. Le Reiki: formations et pratiques actuelles. *Kinésithérapie, la Revue* 2011 Abr;11(112):46-50.
- (158) McKenzie E. El Reiki en la actualidad. En: *La Biblia del Reiki*. Madrid: Gaia Ediciones; 2009. p. 44-51.
- (159) Stein D. La sesión terapéutica Reiki. En: *Reiki Esencial*. Barcelona: Robin Book; 2004. p. 55-89.
- (160) Stein D. Qué es el Reiki. En: *Reiki Esencial*. Barcelona: Robin Book; 2004. p. 35-54.
- (161) The Reiki Alliance. The Reiki Alliance. Página de The Reiki Alliance 2012 [En línea][Fecha de acceso: 2 de Abril de 2012];URL disponible en: <http://www.reikialliance.com/>
- (162) Federación Española de Reiki. Federación Española de Reiki. Página Federación Española de Reiki 2012 [En línea][Fecha de acceso: 1 de Abril de 2012]; URL disponible en: <http://www.federeiki.es/index.htm>

- (163) Miles P. Reiki for mind, body, and spirit support of cancer patients. *Adv Mind Body Med* 2007;22(2):20-6.
- (164) Feinstein D, Eden D. Six pillars of Energy Medicine: Clinical strengths of a complementary paradigm. *Altern Ther Health Med* 2008;14(1):44-54.
- (165) Liboff AR. Toward an electromagnetic paradigm for biology and medicine. *J Altern Complement Med* 2004 Feb;10(1):41-7.
- (166) Rubik B. The biofield hypothesis: its biophysical basis and role in medicine. *J Altern Complement Med* 2002 Dec;8(6):703-17.
- (167) Hunt V. Electronic evidence of auras, chakras in UCLA study. *Brain/Mind Bulletin* 1978;3(9):1-2.
- (168) Curtis BD, Hurtak J. Consciousness and Quantum Information Processing: Uncovering the Foundation for a Medicine of Light . *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2004 Feb;10(1):27-39.
- (169) Salansky N, Salansky N. Human resonance EEG phenomena induced by low energy photons (<2 eV) and Reiki attunement. *Brain Behav Immun* 2006;20(3, Supplement 1):60.
- (170) Wetzel WS. Reiki Healing: A Physiologic Perspective. *Journal of Holistic Nursing* 1989;7(1):47-54.
- (171) Schiller S. Reiki: a starting point for integrative medicine. *Altern Ther Health Med* 2003;9(2):20-1.
- (172) NCCAM. Energy Medicine Background. NCCAM 2006 2011 [En línea][Fecha de acceso: 28 de Marzo de 2012]; URL disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/energymed.htm>.
- (173) Engebretson J, Wardell DW. Experience of a Reiki session. *Altern Ther Health Med* 2002 Mar;8(2):48-53.
- (174) vanderVaart S, Gijsen V, de Wildt S, Koren G. A Systematic Review of the Therapeutic Effects of Reiki. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2009;15(11):1157-69.
- (175) Friedman RSC, Burg MM, Miles P, Lee F, Lampert R. Effects of Reiki on Autonomic Activity Early After Acute Coronary Syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2010;56(12):995-6.
- (176) Richeson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults. *Res Gerontol Nurs* 2010 Jul;3(3):187-99.
- (177) Wirth DP, Brenlan DR, Levine RJ, Rodriguez CM. The effect of complementary healing therapy on postoperative pain after surgical removal of impacted third molar teeth. *Complement Ther Med* 1993;1(3):133-8.
- (178) Rindfleisch JA. Biofield Therapies: Energy Medicine and Primary Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2010;37(1):165-79.
- (179) Bullock M. Reiki: A complementary therapy for life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 1997 Jan;14(1):31-3.
- (180) Gulla J, Singer AJ. Use of alternative therapies among emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine* 2000 Mar;35(3):226-8.
- (181) Harvey-Walker S. Can complementary and alternative therapies play a role in the emergency department? *Australian Emergency Nursing Journal* 1998;1(5):29-32.

- (182) Robinson J, Biley F, Dolk H. Toque terapéutico para los trastornos de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. URL disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (183) Alandydy P, Alandydy K. Using Reiki To Support Surgical Patients. *Journal of Nursing Care Quality* 1999;13(4).
- (184) Purnell MJ. Commentary on "Breast Biopsy and Distress: Feasibility of Testing a Reiki Intervention". *Journal of Holistic Nursing* 2007 Dec 1;25(4):249-51.
- (185) Landier W, Tse AM. Use of Complementary and Alternative Medical Interventions for the Management of Procedure-Related Pain, Anxiety, and Distress in Pediatric Oncology: An Integrative Review. *J Pediatr Nurs* In Press, Corrected Proof.
- (186) McCarty RL, Weber WJ, Loots B, Breuner CC, Vander SA, Manhart L, y col. Complementary and alternative medicine use and quality of life in pediatric diabetes. *J Altern Complement Med* 2010 Feb;16(2):165-73.
- (187) Post-White J. Complementary and Alternative Medicine in Pediatric Oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2006;23(5):244-53.
- (188) Post-White J, Fitzgerald M, Hageness S, Sencer SF. Complementary and Alternative Medicine Use in Children With Cancer and General and Specialty Pediatrics. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2009 Jan;26(1):7-15.
- (189) Rheingans JI. A Systematic Review of Nonpharmacologic Adjunctive Therapies for Symptom Management in Children With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2007 Mar;24(2):81-94.
- (190) Shakeel M, Little SA, Bruce J, Ah-See KW. Use of complementary and alternative medicine in pediatric otolaryngology patients attending a tertiary hospital in the UK. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71(11):1725-30.
- (191) Ko GD, Berbrayer D. Complementary and alternative medicine: Canadian physiatrists' attitudes and behavior. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000 May;81(5):662-7.
- (192) Mehl-Madrona L, Renfrew NM, Mainguy B. Qualitative Assessment of the Impact of Implementing Reiki Training in a Supported Residence for People Older Than 50 Years with HIV/AIDS. *Perm J* 2011;15(3):43-50.
- (193) Kirksey KM, Goodroad BK, Kempainen JK, Holzemer WL, Bunch EH, Corless IB, y col. Complementary Therapy Use in Persons with HIV/AIDS. *Journal of Holistic Nursing* 2002;20(3):264-78.
- (194) Hines ME. Commentary on "Biopsychosocial Benefits of Spirituality in Adults Aging With HIV: Implications for Nursing Practice and Research": New Challenges for Providing Spiritual Care in Aging Patients With HIV. *Journal of Holistic Nursing* 2008;26(2):126-7.
- (195) Rexilius SJ, Mundt C, Erickson MM, Agrawal S. Therapeutic effects of massage therapy and handling touch on caregivers of patients undergoing autologous hematopoietic stem cell transplant. *Oncol Nurs Forum* 2002 Apr;29(3):E35-E44.
- (196) MacIntyre B, Hamilton J, Fricke T, Ma W, Mehle S, Michel M. The efficacy of healing touch in coronary artery bypass surgery recovery: a randomized clinical trial. *Altern Ther Health Med* 2008 Jul;14(4):24-32.
- (197) Mackay N, Hansen S, McFarlane O. Autonomic nervous system changes during Reiki treatment: a preliminary study. *J Altern Complement Med* 2004 Dec;10(6):1077-81.

- (198) Bossi LM, Ott MJ, DeCristofaro S. Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* 2008 Jun;12(3):489-94.
- (199) Cuneo CL, Cooper MRC, Drew CS, Naoum-Heffernan C, Sherman T, Walz K, y col. The Effect of Reiki on Work-Related Stress of the Registered Nurse. *J Holist Nurs* 2010 Ago [En línea][Fecha de acceso: 11 de Marzo de 2012];URL disponible en: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/0898010110377294v1>
- (200) Hentz F, Mulliez A, Belgacem B, Noirfalise C, Barrier H, Gorrard J, y col. Assessment strategies of the impact of healing touch in nursing care. *Rech Soins Infirm* 2009 Jun;(97):85-91.
- (201) Kenosian CV. Wound Healing With Noncontact Therapeutic Touch Used as an Adjunct Therapy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 1995;22(2):95-9.
- (202) Kociszewski C. A Phenomenological Pilot Study of the Nurses' Experience Providing Spiritual Care. *Journal of Holistic Nursing* 2003;21(2):131-48.
- (203) Raisler J. Alternative healing in nurse-midwifery practice. *J Nurse* 1999;44(3):310-9.
- (204) Risberg T, Kolstad A, Bremnes Y, Holte H, Wist EA, Mella O, y col. Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies: a national multicentre study of oncology professionals in Norway. *European Journal of Cancer* 2004 Mar;40(4):529-35.
- (205) Wardell DW. Spirituality of Healing Touch Participants. *Journal of Holistic Nursing* 2001;19(1):71-86.
- (206) Dressen L, Singg S. Effects of Reiki on pain and selected affective and personality variables of chronically ill Patients. *Subtle Energies & Energy Medicine* 1998;9:51.-82.
- (207) Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot Crossover Trial of Reiki Versus Rest for Treating Cancer-Related Fatigue. *Integrative Cancer Therapies* 2007;6(1):25-35.
- (208) Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* 2008 Nov;14(9):1115-22.
- (209) Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández- Ballart J. Validacion de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol* 2004;31(9):507-13.
- (210) Vilagut G, Ferrer M. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19(2):135-50.
- (211) Lopez-Garcia J, Banegas R, Graciani Perez-Regadera A, Gutierrez-Fisac J, Alonso J, Rodriguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin* 2003;120(15):568-73.
- (212) Ochoa Rodriguez C. Síndrome uretral. En: de los Ríos Osorio J, editor. *Cirugía Urológica*. 1 ed. Medellín Colombia: Universidad de Antioquia; 2005. p. 264-72.
- (213) Smith SY. It's All in Your Head: Placebo, Nocebo, and the Mind-Body Connection. *Complementary Health Practice Review* 2001;7(1):73-4.
- (214) Williamson EM, Rankin-Box D. Complementary therapies, the placebo effect and the pharmacist. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2009 Aug;15(3):172-9.
- (215) McKenzie E. Patrones de curación. *La Biblia del Reiki*. Madrid: Gaia Ediciones; 2009. p. 242-7.
- (216) Vilagut G, Valderas J, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin* 2008;130(19):726-35.