

**Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara
Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
“Dr. Raúl Dorticós Torrado”**



Maestría de Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud

Título: Utilidad de la acupuntura para el alivio del dolor en la fibromialgia de tronco y miembros superiores.

Maestrante: Dra. Mercedes Yamila García Diego
Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral

Tutor: Dr. Omar Morejón Barroso

Asesor: MsC. Dra. Mercedes V. Diego Cobelo

Tesis para optar por el Grado de Master en Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud

**Curso 2008 - 2009
“Año del 50 Aniversario de la Revolución”**

Indice

Resumen	4
Introducción	5
Diseño metodológico	16
Metodología de la técnica (tratamiento acupuntural) a aplicar.....	18
Métodos aplicados	26
Consideraciones éticas.....	27
Marco Teórico.....	30
Evolución de la Medicina Natural y Tradicional	30
Evolución de la Técnica Acupuntural	39
Técnicas acupunturales. Microsistema auricular	44
Fibromialgia	58
Resultados.....	75
Caracterización de los pacientes objeto/sujeto de estudio al inicio del tratamiento.	75
Caracterización de los pacientes objeto/sujeto de estudio al final del tratamiento.	80
Discusión de los Resultados.....	85
Conclusiones	87
Recomendaciones	90
Referencias bibliográficas	91
Bibliografía.....	95
Anexos.....	105

Resumen

En el desarrollo progresivo de la Medicina como ciencia, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, se han incorporado conocimientos y prácticas que, por sus resultados, demuestran el alto valor que tienen en el perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Entre las tendencias de la Medicina Contemporánea se destaca, con un vigor creciente en los últimos años, la incorporación de la Medicina Tradicional y Natural a la práctica profesional, no como un método alternativo motivado por causas de índole económica, como vía para dar solución a los problemas de desabastecimiento, sino como una verdadera disciplina científica que es necesario estudiar perfeccionar y desarrollar permanentemente, por sus demostradas ventajas éticas y científicas

En la presente investigación se aplica un tratamiento combinando del microsistema acupuntural auricular y otros puntos acupunturales del cuerpo humano para accionar sobre la fibromialgia que padecen los pacientes del Area III del municipio de Cienfuegos obteniéndose un efecto positivo de mejora en 76 de los 83 pacientes remitidos por la consulta de Ortopedia y Tarumatología de dicha área hacia la consulta de Medicina Natural y Tradicional.

En el desarrollo del presente estudio se analizan las variables edad, sexo, ocupación, magnitud del dolor (test de EVA), alivio del dolor (PARM modificado) e interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria (test de Oswestry modificado) antes del tratamiento y al finalizar este, además representan las relaciones existentes entre estas variables en ambos momentos.

Se utilizan como métodos de investigación empíricos la observación abierta y la documental por medio de la técnica de análisis de contenidos, así como cuestionarios; como métodos teóricos se emplean histórico-lógico, analítico-sintético, inductivo-deductivo, generalización y enfoque de sistema.

Se emplea la herramienta Excel de Microsoft Office en su opción de Informe de Tablas y Gráficos Dinámicos para la conformación de una base de datos obtenidos apartir de los cuestionarios aplicados y el análisis estadístico de los datos contenidos en la base antes mencionada se lleva a cabo mediante el programa SPSS versión 15.0 para Windows.

Introducción

La concepción orientalista de la Medicina como ciencia ha evolucionado durante milenios y sus resultados, en cuanto a promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud del hombre, son muy notorios. No cabe la menor duda del valor científico de ésta forma de practicar la Medicina y son muchos los hechos que así lo prueban. De otra parte, la concepción occidentalista de la Medicina como ciencia, ha constituido un baluarte de extraordinario valor dentro de la Medicina Cubana. En su esencia se han formado y actuado los trabajadores de la Salud, que han alcanzado los relevantes éxitos que en materia de salud nuestra Revolución puede hoy mostrar al mundo. ⁽¹⁾

En el desarrollo progresivo de la Medicina como ciencia, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, se han incorporado conocimientos y prácticas que, por sus resultados, demuestran el alto valor que tienen en el perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud. Un solo ejemplo bastaría para demostrar esta afirmación: El de la Medicina Familiar. ⁽¹⁾

Entre las tendencias de la Medicina Contemporánea también se destaca, con un vigor creciente en los últimos años, el de la incorporación de la Medicina Tradicional y Natural a la práctica profesional, no como un método alternativo motivado por causas de índole económica, como vía para dar solución a los problemas de desabastecimiento, sino como una verdadera disciplina científica que es necesario estudiar perfeccionar y desarrollar permanentemente, por sus demostradas ventajas éticas y científicas, aún cuando se logren superar las desigualdades entre los pueblos pobres y los altamente desarrollados, que como productores monopolizan la industria farmacéutica mundial. ⁽¹⁾

El conocimiento y aplicación de los procedimientos y técnicas de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, curación y rehabilitación que comprende la Medicina Tradicional y Natural en busca de más vida y sobre todo de mas calidad de vida, tiene una gran importancia para los pueblos subdesarrollados, por cuanto es posible generalizar el uso de medicamentos y otros recursos de fácil adquisición, de poco costo, y al alcance de todos, independientemente del grado de desarrollo alcanzado en la producción industrial de medicamentos en cada pueblo. ⁽¹⁾

Con la generalización del estudio y la puesta en práctica de los métodos y técnicas de la Medicina Tradicional y Natural se ponen en manos de nuestros trabajadores de la salud nuevos y probados recursos terapéuticos, que van a enriquecer su arsenal de recursos terapéuticos y multiplicar su capacidad resolutive. Más tarde, con la experiencia del trabajo diario, vendrá el estudio teórico obligado de los mismos y con ello la aplicación creciente de novedosos tratamientos y métodos de trabajo, que redundarán en un más alto nivel de salud para nuestro pueblo determinada por una mayor y más profunda integralidad de los trabajadores de la salud, quienes serán capaces de manejar, integralmente, ambas concepciones de la ciencia médica. Esto les posibilitará desenvolverse y resolver los problemas de salud en cualquier situación que se les presente. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud declara que la Medicina Tradicional es la suma de todos los conocimientos trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito, de una

generación a otra. Es una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral.⁽¹⁾

El factor indispensable en el tratamiento naturista es la participación activa del individuo enfermo, una tarea nada fácil ya que supone un esfuerzo personal al cual no se está habitualmente acostumbrado. Este arte de tratar corresponde a las necesidades naturales del hombre, pues aporta ante todo una ayuda sencilla, con remedios simples y naturales, fomenta su colaboración activa y su comprensión, transmite los principios curativos a la mano del paciente a través de la propia experiencia y práctica y lo hace con ello compañero del plan de curación.

El terapeuta aprende a leer el significado oculto de los síntomas; su reto es hacer que el paciente vea en su enfermedad un desafío, no una amenaza. El reto del paciente es sentir que la salud es también una cuestión de actitud, de lucha por la vida, de aprendizaje de la lección que aporta el sufrimiento.

La Medicina Natural y Tradicional no intenta desplazar a la medicina oficial sino de enriquecer el conocimiento terapéutico del médico práctico, con un método efectivo e inofensivo, e impulsarle al mismo tiempo todo el contenido humanístico de la vieja y actual dialéctica china, como es bien conocido la medicina cubana se propone crear a un profesional de la salud integral y con la incorporación de esta disciplina, integrando el hombre a su entorno, a la naturaleza, logrando así cambios en su modo de vida y estilos de vida.

La utilización integrada de los sistemas tradicionales de medicina como parte de los Programas de Atención Primaria de Salud a partir de la promoción realizada por la Organización Mundial de la Salud que ya en 1977 pidió a los Estados Miembros que utilizaran sus sistemas tradicionales de medicina, en 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata, en la salud pública se registra la importancia de los profesionales de la Medicina Tradicional y Natural y de los medicamentos y prácticas que eran empleados, considerándola como fuente de recursos utilizables en la obtención de la meta de Salud para Todos en el año 2000.

La gran realidad de la integración de la Medicina Natural y Tradicional en el Sistema de Salud cubano, basada en sus principios, tiene en cuenta elementos fundamentales ético-filosóficos y jurídicos, la atención de la salud un derecho del pueblo y una responsabilidad del Estado, versa en la Constitución de la República de Cuba, además la integralidad en los servicios potencializa la relación médico-paciente en su propia comunidad de conjunto con la aplicación de técnicas humanas de promoción y prevención de la salud, resolviendo problemas de difícil manejo y enfatizando en que son menos costosas tratando el asunto desde el punto de vista económico.

En Enero del 2002, en el acuerdo 4282 del Consejo de Ministros, quedó aprobado la institucionalización de la Medicina Tradicional Natural, con la intención de adquirir una mayor cultura en el empleo y aplicación de estas técnicas.

Estos son los momentos por los cuales transita la Medicina Tradicional y Natural desde la década del 60, en que se comienza a propagar la acupuntura en nuestro medio de manera individual y aislada, se comienzan a dar los primeros pasos y a fines de los años 80 se

establece el primer plan de desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural por el MINSAP.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud declara: "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".⁽¹⁾

De lo anterior se deriva a primera importancia y vigencia del presente trabajo.

En Cuba la Directiva 26/95 y el desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural como estrategia principal del MINSAP, con la aprobación del Programa Nacional de Medicina Natural y Tradicional vigente desde septiembre de 1999, establece como objetivo el uso de la medicina natural y tradicional en las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación que se realicen a nivel de todo el Sistema Nacional de Salud, para el perfeccionamiento de dicho Sistema así como la integración de ésta al conjunto de las acciones planteadas para el desarrollo armónico del mismo y como parte de una tarea estratégica para la nación en la que tienen una amplia participación los Ministerios de la Agricultura, Ciencia Tecnología y Medio Ambiente, Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación, así como otros Organismos de la Administración Central del Estado y Organizaciones Políticas y de Masas⁽¹⁾ apoyan la importancia para el país y organizaciones del desarrollo de esta investigación y su presente necesario.

Por otra parte, como se sabe, los niveles de actuación de la Medicina Tradicional y Natural definidos en nuestro país son:⁽¹⁾

- Prevención Primaria: Medidas de promoción de salud y prevención de enfermedades,⁽¹⁾
- Prevención Secundaria: Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y eficaz,⁽¹⁾
- Prevención Terciaria: La rehabilitación temprana,⁽¹⁾

Al analizar cada uno de estos se aprecia en todos, tal y como se verá más adelante, la presencia del método acupuntural para el tratamiento de elección en diferentes patologías o la obligada presencia de estos métodos en los distintos niveles de actuación de esta Medicina reforzando lo fundamental de la elección del tema tratado.

Como niveles de atención el Programa Nacional de Medicina Natural y Tradicional establece:

- Nivel Primario: en los Consultorios Médicos de la Comunidad, con la aplicación solamente de la acupuntura, digitopuntura, moxibustión y el uso de productos naturales que incluye a los consultorios del Plan Turquino, con la auriculoterapia y los masajes terapéuticos y a los consultorios principales dentro de cada Consejo Popular, en los que se aplican un número mayor de técnicas⁽¹⁾
- Nivel Secundario: se ubica en el Departamento de Medicina Natural y Tradicional dentro del Policlínico⁽¹⁾
- Nivel Terciario: lo constituye el Centro Provincial para el Desarrollo Integral de la Medicina Natural, contando estos últimos con un mayor número de técnicas que en el nivel primario en general.⁽¹⁾

Nótese que en el año 2004 con los Programas de la Revolución dentro del sector de la salud se crean los Servicios de Rehabilitación Integral en todos los Policlínicos y la Medicina Natural y Tradicional es una de las especialidades que forma parte de este proceso de integración a la medicina convencional.

Relacionado a la posibilidad material y económica real de estos centros en la aplicación y necesaria evaluación del efecto de estas terapias lo constituye la posibilidad de la sustitución de medicamentos y técnicas referidos al reemplazo de medicamentos genéricos, como alternativa eficaz y eficiente desde el punto de vista curativo y económico respectivamente, corroborando el peso positivo de la temática tratada.

Se conoce además que entre las orientaciones previstas en el Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural se encuentran:

- Poner en funcionamiento del Sistema de Referencias y Contrareferencias entre los distintos niveles de atención en Medicina Tradicional y Natural. Contrareferencia es la notificación, en forma concreta, pero clara y definida, expedida por los niveles superiores de atención, y que incluye los resultados obtenidos con los procedimientos terapéuticos empleados en el paciente, que había sido remitido a ese nivel de atención, desde los niveles inferiores.⁽¹⁾
- Aplicar el modelo de Historia Clínica de Medicina Tradicional y Natural. Este modelo persigue un diagnóstico más certero y la instauración de un tratamiento más relacionado con la etiopatogenia de la disfunción presente en el paciente.⁽¹⁾
- Establecer el tratamiento integrado en todas aquellas afecciones médicas que lo permitan.⁽¹⁾

Además las actividades a desarrollar para cumplir los objetivos planteados en el campo de las investigaciones y presentes en el Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural:

- Investigaciones que, a través de ensayos clínicos, demuestren la eficacia de los procedimientos de la Medicina Tradicional y Natural.⁽¹⁾
- Investigaciones que nos permitan definir mejor el Modelo Cubano de Medicina Integrativa y medir el impacto que representa el empleo de esta medicina tanto en lo económico como en la mejoría de los indicadores de salud en los territorios.⁽¹⁾

Todo lo cual justifica y aumenta aún más la importancia a la investigación que se propone a partir de la utilización de la Medicina Natural y Tradicional.

Ahora bien ante la interrogante: ¿Por qué la fibromialgia como síndrome elegido para ser tratado mediante Medicina Natural y Tradicional en la presente investigación?

Se conoce que la fibromialgia se encuentra en la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) en 1993, en el epígrafe M79.0 Reumatismo, inespecificazo de la Organización Mundial de la Salud, categoría "generalizada" del grupo grande de síndromes de tejidos blandos, implicando que un proceso sistémico implica de manera global el sistema musculoesquelético. Cada vez hay más evidencias procedentes de investigaciones que demuestran anomalías fisiológicas y

bioquímicas que identifican a la fibromialgia como un trastorno patofisiológico clínico diferenciado de etiología poco precisa. ⁽⁷⁾

Lo anterior coincide con el término acuñado por Hench en 1976⁽²⁾ donde dentro de las manifestaciones dolorosas no traumáticas, la fibromialgia, se encuadra entre los trastornos reumáticos que originan dolor musculoesquelético generalizado y que no son ni articulares (artrosis, artritis, lumbalgias), ni localizados (gota, fibrotendinitis, epicondilitis). Se trata, pues, de una enfermedad caracterizada por dolor músculo-esquelético crónico constante, ardoroso o sordo, rigidez o dolorimiento de causa incierta en los músculos de todo el cuerpo en al menos 11 de 18 zonas llamadas “puntos dolorosos” específicos de fibromialgia durante al menos 3 meses, al que se suma una abigarrada sintomatología descrita por los pacientes asociados con alteraciones del sueño causadas por presencia de la onda alfa (de vigilia) en fase IV del sueño no REM, del 70 % a 80 % de los pacientes, fatiga o cansancio en ocasiones muy intenso, más de 90 % de las personas que padecen fibromialgia, y otras de índole psicológica ^(2, 3, 4, 5).

Dentro de los factores etiopatogénicos que se invocan se mencionan diversas alteraciones a nivel muscular y neuroendocrino asociados con alteraciones psicológicas, que facilitan la comprensión de la enfermedad, la cual se inicia generalmente después de eventos infecciosos, traumas físicos o emocionales o situaciones que recuerdan una mala adaptación a contextos estresantes ^(2, 3, 4, 5).

La fibromialgia es un término escuchado frecuentemente en las consultas de los médicos de familia, de los reumatólogos, de los rehabilitadores y de los fisioterapeutas, pero también en las de los traumatólogos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, internistas, anestesistas y, huelga decir, en la de los naturistas, homeópatas, acupuntores, osteópatas y otros profesionales de las terapias alternativas. De igual modo, es un término que ha irrumpido con vigor tanto en la literatura científica médica del último decenio como en los medios de comunicación de masas y puede considerarse ya un término globalizado, presente y estudiado en múltiples países y comunidades alrededor del planeta.

La presencia de hallazgos radiológicos, analíticos y anatomopatológicos que resultan poco esclarecedores en el diagnóstico de la fibromialgia y su implicación en la esfera afectiva, hacen de ella una entidad compleja en cuanto a su clasificación, por ejemplo, dentro de los denominados síndromes somáticos funcionales ya que estos, en ocasiones, se superponen a los trastornos somatomorfos.

Sin embargo, aun teniendo estas características universalizadas, el término no significa lo mismo para todos los miembros de la comunidad científica y, lógicamente, también difiere considerablemente del significado que tiene para las múltiples personas que lo padecen. En lo único en lo que existe consenso es en que se trata de un síndrome en el que la persona que lo padece informa de dolor musculoesquelético crónico y generalizado a ambos hemicuerpos, difundido a las zonas superiores e inferiores, de más de tres meses de evolución y que se ha extendido a partir de su localización en áreas más limitadas y pequeñas. Estos pacientes expresan quejas de otros síntomas o trastornos que acompañan al dolor, como son la fatiga continua, la debilidad y pérdida de fuerza muscular y la rigidez articular, sobre todo matutina. Al levantarse, por la mañana, necesitan una o dos horas de “calentamiento” para activarse y ponerse en marcha. La calidad de su sueño

es mala, no reparadora, y tienen la sensación de inflamación de las articulaciones (Yunus y cols, 1991) ^(6, 7, 8). Es también frecuente la coocurrencia de dolores de cabeza, parestesias en las extremidades, fenómeno de Raynaud, síndrome de colon irritable, síndrome premenstrual y síndrome uretral femenino (Rotés, 1994; Bennett y cols, 1991; Goldenberg, 1999) ^(9, 10, 11).

Habitualmente el síndrome se acompaña de síntomas de depresión, estrés y ansiedad y de dificultades en las funciones cognitivas, como la memoria y la atención (Friedberg y Jason, 2001) ⁽¹²⁾. Se le ha relacionado frecuentemente con el síndrome de fatiga crónica, pues el 70 % de las personas que padecen fibromialgia cumplen también criterios para este síndrome (Norregaard y cols, 1993) ⁽¹³⁾.

Los pacientes con fibromialgia pagan con dolor cualquier esfuerzo que antes realizaban sin dificultades y viven la evolución y curso del trastorno como algo limitante e invalidante. En muchos casos, su calidad de vida está significativamente disminuida (Burckhardt y cols, 1993) ⁽¹⁴⁾.

Según Wolfe y cols, 1990 ⁽¹⁵⁾ la prevalencia de los síntomas nucleares y asociados a la fibromialgia se manifiesta de la siguiente manera:

Síntomas nucleares asociados a la fibromialgia	Porcentaje
Dolor extenso	97
Fatiga	78
Rigidez articular matutina	76
Parestesias	67
Dolor de cabeza	54
Ansiedad	44
Colon irritable	35

Nótese el porcentaje alcanzado por el dolor intenso.

En lo que a epidemiología se refiere en los EE.UU., Canadá y Europa, se ha estimado que el 20 % de la población sufre de dolor crónico. Se calcula que en los EE.UU. viven de 3 a 6 millones de personas con fibromialgia, en España afecta entre el 2 % y el 4 % de la población de la población adulta con una mayor afectación del sexo femenino. Es por ello un problema frecuente en la práctica clínica, que genera unos altos índices de utilización de los servicios médicos (Saunders, 2004) ⁽¹⁶⁾ y que entre el 10 % y el 12 % sufre de dolor crónico generalizado y extenso (Goldenberg, 1999; Buskila y cols, 2001) ^(11, 17).

En Alemania se calcula que la fibromialgia tiene una prevalencia en la población general que oscila entre el 0,66 % y 3,9 % ^(18, 20). La prevalencia es mayor en mujeres que en varones (3,4 % versus 0,5 %) ⁽¹⁸⁾ y tiende a incrementarse con la edad ⁽¹⁹⁾. En los servicios de atención médica la prevalencia de fibromialgia se calcula que oscila entre el 2 % y 22 % del total de pacientes que acuden a consulta por dolor musculoesquelético crónico ^(18, 19). En el Perú, un estudio poblacional en un barrio urbano-marginal de Lima, señala una prevalencia del 10 % ⁽²¹⁾ y en Piura, una ciudad al norte del Perú, se reporta una prevalencia del 6 % en pacientes que acuden a consulta ambulatoria ⁽²²⁾. En un estudio poblacional en España (Estudio EPISER, 1998), diseñado para valorar la prevalencia

poblacional de osteoartritis, fibromialgia y artritis reumatoide, se encontró una prevalencia de fibromialgia en el 2,4 % de la población ⁽²³⁾.

La prevalencia estimada para la fibromialgia en la población general se sitúa entre el 2,0 % y el 3,7 %, en el 3,4-5,7 % de las mujeres y en el 0,5-1,7 % de los varones, en una relación de 8-20 mujeres con fibromialgia por cada varón con el trastorno (Rotés, 1994; Bennett y cols, 1991; Nye, 1998) ^(9, 10, 24). Esta prevalencia varía con la edad, pasando del 1 % de la población comprendida entre los 18 y los 29 años al 7 % de las personas entre 60 y 79 años. ⁽⁷⁾

Es el segundo o tercer diagnóstico más común en las consultas de reumatología, asignado al 4-20 % de los pacientes visitados en reumatología, al 2-4 % de los visitados en atención primaria y al 7,5 % de los pacientes visitados en los hospitales (Calabozo, 1998; Buskila y cols, 2001; White y Thompson, 2003) ^(17, 25, 26). El 35 % ha visitado a una media de cuatro médicos antes de ir al reumatólogo. La mitad de los casos de fibromialgia padece otra enfermedad reumatológica como la artrosis o la artritis reumatoide. La padecen el 10-40 % de los enfermos de lupus eritematoso sistémico y el 10-30 % de los enfermos de artritis reumatoide. En la población española se ha estimado su presencia en 800 000 personas, el 2,3 % de los mayores de veinte años, en una relación de 21 mujeres por cada varón (Estudio EPISER, 1998). La duración media del cuadro antes de ser correctamente diagnosticado es de once años. ⁽⁷⁾

El inicio del cuadro se da entre los 25 y los 45 años. Otros factores que aumentan el riesgo de padecer fibromialgia son, además de la edad mediana y ser mujer, la historia de escolarización breve y la renta familiar baja. ⁽⁷⁾

Respecto al curso y pronóstico tiende a considerarse que la fibromialgia tiene un curso crónico. Se ha estimado que los pacientes con fibromialgia acuden una media de diez veces al año a la consulta del médico y usan una media de tres fármacos diarios para el control del dolor. Las dos terceras partes de pacientes de fibromialgia trabajan y una cuarta parte ha recibido algún tipo de ayuda de la administración por incapacidad laboral (Goldenberg, 1999) ⁽¹¹⁾.

Se estimó el coste medio anual de un paciente con fibromialgia en los EEUU en 2 274 USD, un coste similar al de la osteoartritis (Wolfe y cols, 1997) ⁽²⁷⁾. En Canadá se supone que este síndrome provoca un gasto médico público anual de 350 millones de dólares y un gasto de las aseguradoras privadas de 200 millones (White y Thompson, 2003) ⁽²⁶⁾.

Sin embargo, los artículos publicados sobre la evolución y pronóstico de la fibromialgia no confirman esta cronificación en todos los casos. El estudio longitudinal más largo publicado hizo un seguimiento de sujetos con fibromialgia durante 14 años después del diagnóstico (Kennedy y Felson, 1996) ⁽²⁸⁾. El 55 % refirió seguir padeciendo dolor de moderado a grave, fatiga y alteraciones del sueño; por contra, el 66 % se sentía mejor que en el momento del diagnóstico. En un estudio australiano, el 47 % de los casos de una muestra comunitaria no cumplieron los criterios de clasificación de la American College of Rheumatology dos años después del diagnóstico de fibromialgia (Granges y cols, 1994, Fitzcharles y cols, 2003) ^(29, 30) siguieron, a lo largo de una media de 40 meses, una cohorte de 70 sujetos con fibromialgia. En 33 pacientes, prácticamente la mitad de la muestra, los síntomas habían remitido total o casi totalmente; 28 de ellos dejaron de

cumplir los criterios de clasificación de la fibromialgia definidos por la American College of Rheumatology. En el estudio no se tuvo en cuenta si estas personas habían recibido tratamiento ni qué tipo de terapia habían seguido. En otro estudio más reciente, White y cols, 2002,⁽³¹⁾ mostraron que el 54 % de una muestra comunitaria de sujetos con diagnóstico previo de fibromialgia se hallaban reclamando la invalidez total en la línea-base. En cambio, en otra muestra de sujetos con dolor extenso crónico que recibió el diagnóstico durante el estudio se demostró que, tres años después, la intensidad de los síntomas había disminuido de forma significativa y su nivel de satisfacción con la salud había aumentado aunque presentaran más limitaciones funcionales que al principio. Estos datos son interpretados por los autores de forma que asignar la etiqueta de fibromialgia no produce efectos adversos en el curso del síndrome. En el mismo sentido, Burckhardt y cols, 1991,⁽¹⁰⁾ no hallaron correlaciones significativas entre el grado de impacto o afectación de la fibromialgia y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, por lo que concluyen que no hay empeoramiento del cuadro después de varios años.

Por el contrario, Forseth y cols, 1999,⁽³²⁾ observaron que la cuarta parte de las personas que padecían dolor local, no extenso, en la evaluación de línea-base de una muestra extraída de la comunidad, cumplió criterios para el diagnóstico de fibromialgia cinco años después.

Wigers, 1996,⁽³³⁾ realizó un seguimiento de cuatro años y medio y en este tiempo se constató que se había doblado la proporción de casos que estaban recibiendo algún tipo de pensión, parcial o total, del 27 % al 63 %. La proporción de pacientes que seguía trabajando pasó de un 43 % a un 38 % al final del seguimiento.

Estos trabajos permiten elaborar la hipótesis de que una parte importante de las personas con dolor focalizado crónico evoluciona a largo plazo hacia el síndrome fibromiálgico, que la proporción de pacientes con el diagnóstico que trabajan, sigue haciéndolo años después aunque estén ocupados menos horas y reciban una pensión compensatoria, que una tercera parte sigue trabajando a tiempo completo y sin ayudas económicas de ningún tipo, que otra parte importante –entre un tercio y la mitad ven reducidos el dolor y los síntomas asociados y mejorada su calidad de vida y que en otra parte importante el cuadro remite tanto que dejan de cumplir criterios diagnósticos de fibromialgia.

Sin duda, el curso del síndrome no es igual para todos: en unos casos produce mayor invalidez y en otros casos los síntomas remiten. Sería necesario poder analizar los factores que predicen un mejor o peor pronóstico.

Las personas que padecen fibromialgia pueden experimentar también algunos de los síntomas siguientes:

- Cambios en el estado de ánimo y en sus pensamientos.
- Depresión o ansiedad
- Dificultad para concentrarse
- Problemas del intestino o de la vejiga
- Dolor de cabeza, incluyendo migraña
- Tensión premenstrual
- Sensación de hinchazón

- Adormecimiento u hormigueo, o intolerancia al frío

En cuanto a las consideraciones laborales la situación de incapacidad temporal en la que se encuentran muchos pacientes afectados de fibromialgia puede tener importantes consecuencias sobre la persona, entre las que se incluyen:

- Incremento de la conciencia del dolor producido por la inactividad
- Sensación de aislamiento
- Pérdida de la propia autoestima
- Problemas económicos por disminución del salario, inseguridad en el empleo, etc.
- Temor con respecto a la vuelta al trabajo, que se incrementa conforme aumenta el tiempo de incapacidad temporal
- Problemas familiares

Por todo ello no se considera recomendable esta situación laboral y en los casos en que ésta se produzca es de corta duración y claramente establecida de antemano.

En Cuba la fibromialgia también constituye una afección frecuente en la práctica médica diaria de las consultas de reumatología, esta entidad tiene en su cuadro clínico múltiples síntomas cuya simple referencia pueden confundirse con los síntomas de la Polineuropatía Periférica⁽³⁴⁾.

En nuestro medio esta entidad también afecta con mayor frecuencia al sexo femenino en una relación a 10 a 1, entre los 40 y 60 años de edad del 1% y el 2 % de la población cumple los criterios para ser diagnosticados con esta enfermedad, aunque se han descrito casos de tipo secundario en la población pediátrica y la tercera edad⁽³⁴⁾.

En el estudio conjunto llevado a cabo por el Hospital María Auxiliadora, el Departamento de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres y el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) de la Habana por los doctores Dr. Luis Vidal Neira (Médico Jefe del Servicio de Reumatología, Docente del Departamento de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres) y el Dr. Gil Reyes Llerena (Especialista de primer grado en Medicina Interna, Segundo grado en Reumatología, Doctor en Ciencias Médicas y Profesor e Investigador Titular del Instituto superior de ciencias medicas de Cuba) se refiere en nuestra población de pacientes con fibromialgia se encuentra una media de 14,5 puntos dolorosos y los puntos más frecuentes encontrados fueron: ambos epicóndilos laterales, ambos ligamentos colaterales mediales de las rodillas y ambos trapecios; y a su vez fueron los mismos lugares donde el paciente refería dolor mas intenso a la palpación⁽³⁵⁾.

Ejemplo de la preocupación que en Cuba existe en la atención a la fibromialgia lo constituye el grupo integrado de pacientes en el Hospital “Julio Díaz Trigo” en La Habana.

A pesar de su reconocimiento por parte de la Organización Mundial de la Salud, la fibromialgia sigue siendo una entidad nosológica controvertida, lo que genera diferentes puntos de vista acerca de cómo, cuando y donde diagnosticar y tratar esta patología.

Hasta el día de hoy aún su etiología se mantiene aun desconocida, no existiendo hasta el momento un medicamento específico que logre aliviar la multisintomatología que presenta este tipo de paciente siendo no curable y por lo tanto un padecimiento crónico. El paciente se sentirá mejor durante algunos días y luego se sentirá mucho peor. Solamente con la atención médica y el apoyo adecuados, podrá llevar una vida activa y productiva.

A partir de los comentarios realizados a lo largo de esta introducción así como la literatura consultada sobre el tema conducen a plantear el siguiente problema científico:

¿Será útil el tratamiento acupuntural para el alivio del dolor en la fibromialgia de tronco y miembros superiores en los pacientes del Area de Salud No.III del municipio de Cienfuegos?

De ahí que la hipótesis de trabajo que se plantea en esta investigación es la siguiente: el tratamiento acupuntural es útil para el alivio del dolor en la fibromialgia de tronco y miembros superiores en los pacientes del Area de Salud No. III del municipio de Cienfuegos.

El objeto de estudio se suscribe al proceso terapéutico acupuntural aplicado a los pacientes del Area de Salud No. III del municipio de Cienfuegos en el período comprendido entre el 3^{er} trimestre del año 2008 al 1^{er} trimestre del año 2009 siendo el campo de acción la aplicación del tratamiento acupuntural en la fibromialgia de tronco y miembros superiores en los pacientes del Area de Salud No. III, Policlínico “Octavio de la Concepción y la Pedraja” del municipio de Cienfuegos.

Por lo anterior se defiende la idea de que aplicando el tratamiento acupuntural se alivia el dolor en la fibromialgia de tronco y miembros superiores.

Desde esta posición, el objetivo para alcanzar el fin de la investigación es:

- Evaluar la utilidad del tratamiento acupuntural para el alivio del dolor de la fibromialgia de tronco y miembros superiores, en los pacientes del Area de Salud No. III del Municipio de Cienfuegos.

Como tareas científicas se definen:

- Analizar los fundamentos teóricos y prácticos de la evolución histórica de la técnica acupuntural en el tratamiento de la fibromialgia de tronco y miembros superiores en el ámbito internacional, nacional y local.
- Caracterizar los pacientes del estudio teniendo en cuenta las variables:
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Magnitud del dolor
 - Alivio del dolor
 - Interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria

- Determinar la magnitud del dolor de los pacientes del estudio antes y después del tratamiento.
- Determinar el alivio del dolor de los pacientes del estudio después del tratamiento.
- Determinar la interferencia del dolor para realizar las actividades de la vida diaria de los pacientes al inicio y al final del tratamiento.

Diseño metodológico

Tipo de estudio: Cuasi experimental, prospectivo y longitudinal ^(36, 37, 38).

Población o Universo: la totalidad de pacientes con diagnóstico de fibromialgia (83) que acudieron a la Consulta de Medicina Natural y Tradicional del Area de Salud No. III del municipio de Cienfuegos, remitidos de la Consulta de Ortopedia y Traumatología de esa área.

Muestra: se toman los 83 pacientes que cumplen los criterios de inclusión y que aceptan participar en el estudio mediante la firma de la Carta de Consentimiento Informado (ver **Anexo A.** Carta de Consentimiento Informado), por ende se realiza un muestreo al 100 % de la población.

Para el análisis de los datos se tienen en cuenta los 83 pacientes ya que los mismos concluyen la investigación.

Tiempo y lugar: 3^{er} trimestre del año 2008 al 1^{er} trimestre del año 2009. Consulta de Medicina Natural y Tradicional del Area de Salud No. III del municipio de Cienfuegos, provincia de Cienfuegos, Cuba.

Criterios de inclusión

- Pacientes que cumplan los criterios de fibromialgia, diagnosticados por el Especialista en Ortopedia y Traumatología de la Consulta de Ortopedia y Traumatología del Policlínico Area III de Cienfuegos y que estuvieron de acuerdo en formar parte de este estudio.
- Pacientes con diagnóstico de fibromialgia donde la sintomatología que prime para este estudio sea de tronco y miembros superiores.
- Pacientes que tengan un dolor basal de cuatro o más puntos en la Escala Analógica Visual (EVA) y que interfiera en las actividades de la vida diaria
- Pacientes entre 30 y 60 años de edad.
- Voluntariedad del paciente para participar en la investigación, previo consentimiento informado.
- Capacidad mental y/o física del paciente para responder a la entrevista.

Criterios de exclusión

- Pacientes a los que se les haya introducido un nuevo tratamiento farmacológico o físico en el último mes.
- Pacientes que padezcan de otras enfermedades que puedan cursar con dolor a nivel de tronco y miembros superiores.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes fatigados y/o en ayunas
- Pacientes con cáncer y/u otras enfermedades malignas
- Pacientes con obstrucciones mecánicas
- Pacientes con enfermedades infecto-contagiosas
- Pacientes drogadictos

- Pacientes con enfermedades hemorrágicas
- Pacientes graves y/o en casos serios de anemia
- Pacientes con sudación profusa
- Pacientes en estado de embriaguez
- Pacientes muy ancianos
- Pacientes muy débiles y/o agonizantes
- En caso de presentar excoriaciones, inflamaciones u otras lesiones en el cuerpo.
- Pacientes que presenten trastornos de la conducta.
- Todo paciente que se niegue a participar
- Todo paciente que abandone la investigación
- Incapacidad mental y/o física del paciente para responder a la entrevista.

Criterios de salida

- Pacientes con enfermedades intercurrentes que obliguen a suspender el tratamiento.
- Pacientes que no continúen asistiendo a las sesiones.
- Pacientes que empeoren sus manifestaciones clínicas y requieran otras alternativas terapéuticas.
- Pacientes que se trasladen del área por diferentes causas y no puedan continuar asistiendo a las sesiones en la sala.
- Pacientes que se descompensen de su enfermedad crónica no transmisible durante el tratamiento.
- Pacientes que ingieran, paralelo al tratamiento, medicamentos de elección para la patología que se está tratando acupuntualmente, las otras que padece u otra de repentina o eventual aparición que también interactúen con el tratamiento acupuntural y tergiversen su real efecto.
- Pacientes que fallezcan.
- Pacientes a los que se les haya introducido un nuevo tratamiento farmacológico o físico.
- Pacientes comiencen a padecer de otras enfermedades que puedan cursar con dolor a nivel de tronco y miembros superiores.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes fatigados y/o en ayunas
- Pacientes con cáncer y/u otras enfermedades malignas
- Pacientes con obstrucciones mecánicas
- Pacientes con enfermedades infecto-contagiosas
- Pacientes drogadictos
- Pacientes con enfermedades hemorrágicas
- Pacientes graves y/o en casos serios de anemia
- Pacientes con sudación profusa
- Pacientes en estado de embriaguez
- Pacientes muy ancianos
- Pacientes muy débiles y/o agonizantes
- En caso de presentar excoriaciones, inflamaciones u otras lesiones en el cuerpo.
- Todo paciente que abandone la investigación

Los pacientes fueron asignados al estudio previa remisión a la Consulta de Medicina Natural y Tradicional de la Consulta de Ortopedia y Traumatología y a partir del cumplimiento de los criterios de inclusión previa coordinación con el Especialista de dicha Consulta en el área.

En la primera consulta con cada paciente, luego de la información pertinente sobre la investigación y la firma de la Carta de Consentimiento Informado, se lleva a cabo la obtención de datos generales y la evaluación inicial del paciente mediante un cuestionario elaborado por la investigadora en el cual se incluyen además datos relacionados con las variables objeto de estudio (ver **Anexo B. Cuestionario Inicial**).

En ese momento se comienza con la primera sesión de acupuntura en los puntos determinados por la Especialista hasta completar un total de 10 sesiones diarias, de lunes a viernes, todo esto tomando en cuenta las características de cada paciente vistas en la entrevista previa.

Al terminar la décima sesión de acupuntura se evalúa al paciente, mediante cuestionario, estableciendo si el tratamiento le fue útil o no (ver **Anexo C. Cuestionario Final**).

Metodología de la técnica (tratamiento acupuntural) a aplicar

Como diseño del tratamiento se aplica una terapia acupuntural combinada que consiste en la utilización de los puntos meridianos, como teoría fundamental del tratamiento acupuntural, y el uso del microsistema auricular para lograr el alivio de los principales síntomas del paciente.

*Como metodología se parte del conocimiento de estos 3 preceptos presentados en el epígrafe **Técnicas acupunturales. Microsistema auricular**:*

1. Selección de puntos
2. Prueba de los puntos auriculares
3. Procedimiento

No obstante a lo anterior se debe tener en cuenta además:

Preparación para aplicar acupuntura ^(53, 54)

La aplicación de la acupuntura requiere una preparación previa, que incluye la posición del paciente y la prevención de accidentes.

Al llegar el paciente por primera vez a la consulta se le explica a él y a los familiares el tratamiento.

Esperar no menos de 5 minutos con el paciente acostado antes de iniciar el tratamiento.

En el primer tratamiento se le colocan de 1 a 2 agujas como máximo en los puntos Shen Men Auricular ó Sin Mun (No.28) ya que constituye un punto ansiolítico y ayuda a mejorar los trastornos del sueño además se le aplica el IG 4 bilateral (Intestino Grueso 4 bilateral)

ya que es un punto analgésico por excelencia. En las próximas sesiones se le completa el tratamiento indicado.

Si el paciente llega sudoroso, agotado por el viaje o por la espera se aguarda hasta que se encuentra normal.

Posición del paciente ^(53, 54)

El enfermo debe estar en una posición correcta para evitar graves reacciones, que pueden ir desde la lipotimia hasta el shock.

Es razonable, colocar al paciente en una posición conveniente para insertar las agujas en los puntos de acupuntura y que este se sienta cómodo durante el tiempo de aplicación.

La posición aplicada en la investigación es acostado con la cabeza más baja para evitar la anemia cerebral, para pinchar la espalda debe adoptar de cúbito prono y para los costados el de cúbito lateral.

Como se emplean varios puntos acupunturales en el estudio el paciente se sienta cómodamente y reclinado hacia atrás.

Prevención de accidentes ^(53, 54)

Junto a los puntos anteriores la calificación de los terapeutas es importante para la prevención de accidentes durante el tratamiento con acupuntura de ahí que el tratamiento del paciente es indicado y aplicado por la investigadora la cual tiene una experiencia de más de 11 años como diplomada en Medicina Natural y Tradicional en la Atención Primaria de Salud y en el momento de la investigación culmina la Maestría de Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud.

Una enfermera diplomada en Medicina Natural y Tradicional y que en el momento de la investigación también termina la Maestría de Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud es la otra persona capacitada para la aplicación del tratamiento acupuntural al paciente.

Es necesario extremar las precauciones de asepsia y antisepsia.

Es importante tener en cuenta la zona que se selecciona para la punción ya que se deben tener en cuenta las precauciones siguientes:

- Zonas vascularizadas o con várices
- Tener en cuenta los tendones y ramas nerviosas
- No puncionar áreas con lesiones cutáneas, quemaduras, etc.

Caso importante en este punto lo constituye la conducta a seguir cuando ocurra un desmayo, en ese caso se retiran inmediatamente las agujas.

Si el paciente se encuentra en postura de sentado se coloca en una cama o camilla con la cabeza más baja.

Se le debe aplicar una aguja o presionar con el dedo índice los puntos:

- REN (Ren Zonhg): VG 6 (Vaso Gobernador 6) ó REN 26 (Ren Zonhg 26)
- IG 4 (Intestino Grueso 4) ó HEGU (Hombro)
- Pc 9 (Pericardio 9)

Estimulándolos unas 10 veces.

Después de recuperado se le debe dar a beber una bebida caliente.

No debe movilizarse hasta comprobar que los signos vitales se encuentren dentro de los parámetros, verificando que está totalmente restablecido.

Frecuencia de las sesiones

Se realizan 10 sesiones diarias de lunes a viernes, con descanso sábado y domingo.

Evaluación del paciente

Se evalúa al paciente al comienzo y a los 15 días, final, de tratamiento aplicando los métodos y criterios descritos en el epígrafe **Recolección y manejo de los datos**.

Método de regulación de la intensidad del estímulo ^(53, 54)

Se emplea el método de sedación (Sa Bop) o dispersión.

Dicho método se utiliza en el tratamiento de las enfermedades por exceso.

Se debe tomar en cuenta insertar la aguja cuando se inspira y retirarla cuando se expira.

Cuando se retira la aguja no se presiona ni se frota el punto.

Técnica de inserción para el Microsistema Auricular ^(53, 54)

Se controla y verifica el estado de las agujas, desechando las deterioradas (dobladas, oxidadas, con poros, etc.)

La punción se realiza luego de una asepsia y antisepsia de la zona del punto escogido, previa esterilización de la aguja en autoclave.

Se utiliza el método de inserción de la aguja con ayuda de la presión de los dedos pulgar y el índice de la mano derecha manipulándose el mango de la aguja con el dedo pulgar y el índice de la mano derecha.

Cuando el paciente esté prestando atención a la presión ejercida con la mano izquierda, se inserta rápidamente la aguja en la piel donde se ha localizado el punto.

La puntura se hace de forma oblicua en ángulo de 30° a 45°, subcutáneo (sin afectar cartílago), en dispersión.

Cuando se logra la acción analgésica se deja la aguja entre 20 a 25 minutos. Luego se retiran las agujas sin ocluir el agujero u orificio con algodón ni frotar dejando abierto el canal.

Agujas ^(53, 54)

Las agujas utilizadas son tipo Jo, filiformes, de acero inoxidable, flexibles, finas, de 32 x 1/2 pulgadas fabricado en Suzhou Medical Appliance Factory, Huatuo, China.

Puntos de acupuntura a utilizar en el Microsistema Auricular ^(53, 54)

Ver **Tabla No.8.** Puntos, Denominación, Localización, Puntura e Indicaciones a utilizar en el Microsistema Auricular

Tabla No.8. Puntos, Denominación, Localización, Puntura e Indicaciones a utilizar en el Microsistema Auricular ^(54, 55)

Punto	Denominación	Localización	Indicaciones
11	Pal Cub (Codo)	En el centro entre los puntos Son Mok (10) y O Ke (12)	Dolores alrededor del codo Trastornos funcionales
12	O Ke (Partes blandas del hombro)	Gotera del Hélix, a nivel del surco superior del Trago	Dolores en los hombros Trastornos funcionales Inflamación escapular
22	Vértex cervicales	El borde interno de la línea curva que forma el Antihélix corresponde a la columna vertebral. Esta línea se divide en tres partes por dos líneas horizontales paralelas. Una se traza a nivel del borde inferior del Antihélix y la otra a nivel de la incisura Antihélix-Antitrigo. El tercio inferior corresponde a las vértebras cervicales, el tercio medio a las dorsales y el tercio superior a la región lumbosacra	Dolor del cuello
25	Cuello	Ligeramente por encima de la unión del antehélice y el antitrigo	Cervicalgia Rigidez de nuca Parapleja
28	Shen Men Auricular ó Sin Mun	En el 1/3 lateral de la fosa triangular. en el punto donde se bifurca el antehélice	Ansiolítico Trastornos del sueño

Técnica de inserción para otros puntos de acupuntura utilizados en la investigación ^(53, 54)

Se controla y verifica el estado de las agujas, desechando las deterioradas (dobladas, oxidadas, con poros, etc.)

La punción se realiza luego de una asepsia y antisepsia de la zona del punto escogido, previa esterilización de la aguja en autoclave.

Se utiliza el método de inserción de la aguja con apoyo de los dedos de la mano izquierda manipulando la punta de la aguja entre los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, dejando 0.2 o 0.3 cun de la punta expuesta. La aguja se fija de forma segura en el punto seleccionado previamente, se manipula el mango de la aguja con los dedos índice y pulgar de la mano derecha y se inserta la aguja hasta la profundidad deseada haciéndola rotar.

La puntura se hace de forma oblicua en ángulo de 30° a 45°, en dispersión.

Cuando se logra la acción analgésica se deja la aguja entre 20 a 25 minutos. Luego se retiran las agujas sin ocluir el agujero u orificio con algodón ni frotar dejando abierto el canal.

Agujas ^(53, 54)

Las agujas utilizadas son tipo Jo, filiformes, de acero inoxidable, flexibles, finas, de 32 x 1/2 pulgadas fabricadas en Suzhou Medical Appliance Factory, Huatuo, China.

Otros Puntos de Acupuntura a utilizar ^(53, 54)

Ver **Tabla No.9.** Puntos, Denominación, Localización, Puntura e Indicaciones de otros Puntos de Acupuntura a utilizar

Tabla No.9. Puntos, Denominación, Localización, Puntura e Indicaciones de otros Puntos de Acupuntura a utilizar^(54, 55)

Punto	Denominación	Localización	Puntura	Indicaciones
VB 20	Vesícula Biliar 20	En la depresión entre el mastoides y el origen del trapecio y el esternocleidomastoideo	1.0 cun con la aguja dirigida al borde del ojo opuesto, no debe ser insertado muy profundo	Dolores occipitales Rigidez del cuello Espondilosis cervical
VB 21	Vesícula Biliar 21	A la mitad entre VG 14 (Vaso Gobernador 14) y el IG 15 (Intestino Grueso 15)	1.0 cun perpendicular	Dolores en la región del hombro Rigidez del cuello Espondilosis cervical
IG 4 bilateral	Intestino Grueso 4 bilateral	Entre el primero y segundo metacarpiano en su borde radial	0.5 a 1.0 cun	Analgésico por excelencia Homeostático
IG 11 bilateral	Intestino Grueso 11 bilateral	Con el codo semiflexionado en el pliegue del lado externo se encuentra en la mitad entre el final del pie y el epicóndilo del húmero	1.0 a 1.5 cun perpendicular	Trastornos de los codos Parálisis del brazo Mejor punto homeostático del cuerpo
IG 15 bilateral	Intestino Grueso 15 bilateral	Depresión lateral del acromio	0.5 a 1.0 cun perpendicular	Molestias del hombro y de los tejidos que los rodean como la periartritis del hombro Parálisis del brazo

Recolección y manejo de los datos

En la primera consulta se obtienen los datos primarios de cada paciente mediante un cuestionario por parte de la investigadora:

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Tiempo de diagnóstico de la patología actual
- Otras patologías que padece

En ese momento se realiza la caracterización de la patología y su evaluación inicial por la investigadora en la Consulta de Medicina Natural y Tradicional tomando en cuenta:

- Magnitud del dolor
- Interferencia del dolor para realizar las actividades de la vida diaria

Ver **Anexo B**. Cuestionario Inicial.

Se utilizan para la recolección de la información, tanto al inicio como al final de las sesiones, fuentes primarias y secundarias ^(36, 37, 38) tales como:

- Observación abierta ^(36, 37, 38)
- Cuestionario ^(36, 37, 38)
- Análisis de documentos ^(36, 37, 38)
- Examen físico general
- Examen de los puntos gatillo (tender points), a saber:
 - Occipucio: bilateral, en los puntos de inserción de los músculos suboccipitales
 - Cervical inferior: bilateral, en los aspectos anteriores de los espacios intertransversales entre las vértebras C5-C7
 - Trapecios: bilateral, en el punto medio del borde superior
 - Supraespinosos: bilateral, en los puntos de origen, supraescapular cerca del borde medio
 - Segunda costilla: bilateral, en las segundas articulaciones costocondrales, un poco lateral a las articulaciones en las superficies superiores
 - Epicóndilo lateral: bilateral, 2 cm. distal a los epicóndilos
- Escala Analógica Visual (EVA)
- Escala de Alivio del Dolor modificada (PARM, Pain Relief Modificada)
- Test de Oswestry modificado ^(39, 40)

Al terminar la décima sesión de acupuntura se evalúa al paciente estableciendo si el tratamiento le fue útil o no tomando en cuenta:

- Magnitud del dolor
- Alivio del dolor

- Interferencia del dolor para realizar las actividades de la vida diaria

Ver **Anexo C.** Cuestionario Final.

Cabe señalar que durante las sesiones intermedias de acupuntura la Especialista se mantiene al tanto de las posibles reacciones colaterales que pudieran aparecer en los pacientes incluidos en el estudio.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Indicadores	Medición
Edad	Cuantitativa Continua Independiente	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Valores numéricos desde 30 hasta 60	Media y desviación estándar
Sexo	Cualitativa Nominal Independiente	Características genóticas de las personas	Masculino Femenino	Número
Ocupación	Cualitativa Nominal Independiente	Tipos de ocupación o cargo	Tipos de ocupación o cargo	Número
Magnitud del dolor	Cualitativa Ordinal Dependiente	Intensidad del dolor referido por el paciente	Ninguno= 0 Mínimo= 1-2 Leve= 3-4 Moderada= 5-6 Intenso= 7-8 Agudísimo= 9 Insoportable=10	Números y porcentajes Media y desviación estándar
Alivio del dolor	Cualitativa Ordinal Dependiente	Modificación del dolor referido por el paciente	Nada Un poco Mucho Ya no me duele	Números y porcentajes Media y desviación estándar
Interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria	Cualitativa Ordinal Dependiente	Dificultades para realizar las actividades diarias	Actividades de la vida cotidiana (Lavarse, vestirse, etc) Levantar objetos Dormir Actividades sociales (Fiestas, deportes, etc.)	Números y porcentajes Media y desviación estándar

El análisis del dolor se realiza en diferentes etapas al inicio y al finalizar el tratamiento:

- Etapa I: Determinación de la magnitud del dolor. Para esto se utilizó la Escala Analógica Visual (EVA)

- Etapa II (solamente al final del tratamiento): Se cuantificó el alivio del dolor, mediante la escala cualitativa PARM (Pain Relief Modificada), en la cual el paciente responderá a la pregunta ¿cuánto ha mejorado su dolor?
- Etapa III: Se midió la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria, mediante el Test de Oswestry modificado ^(39, 40).

Para la presente investigación se toman los siguientes ítems del Test de Oswestry ^(39, 40):

- Actividades de la vida cotidiana (Lavarse, vestirse, etc)
- Levantar objetos
- Dormir
- Actividades sociales (Fiestas, deportes, etc.)

Estadística

Con la información obtenida en el estudio se confecciona una base de datos utilizando la herramienta Excel de Microsoft Office en su opción de Informe de Tablas y Gráficos Dinámicos.

Por su parte el análisis estadístico de los datos contenidos en la base antes mencionada se lleva a cabo mediante el programa SPSS versión 15.0 para Windows.

Como el tamaño de la población a estudiar es realmente conocido y finito, a pesar de que la varianza de esta es desconocida y además aunque X no fuera una distribución Normal, si la muestra (n) es lo suficientemente grande, como es el caso, según el Teorema Central del Límite y el Teorema de Lindenberg-Levy la variable X se aproxima a una distribución Normal ^(38, 41).

No obstante se realiza la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov corroborándose el criterio de la normalidad de los datos con un 95 % de confiabilidad.

Se aplica la estadística descriptiva para el análisis descriptivo de datos empleando medidas de tendencia central tales como frecuencia, porcentajes, moda y mediana.

Se aplica la estadística inferencial para establecer relaciones entre las variables objeto de estudio y se mide el coeficiente de correlación entre estas mediante el análisis de correlación, observando el valor de los coeficientes Kendall para las variables discretas y Pearson para las variables continuas antes y después del tratamiento.

Se consideran significativos los valores de $p < 0.05$ %.

Los resultados se muestran en tablas, expresados mediante números y por cientos, así como en medias y desviación estándar, cuando fuese necesario.

Métodos aplicados

Del Nivel Teórico

Histórico-Lógico: Permite la búsqueda de la evolución y práctica de la Medicina Natural y Tradicional así como la técnica acupuntural, comportamiento de su desarrollo, los sucesos que antecedieron al problema científico tratado, comportamiento de su desarrollo, significado y su contingencia en los efectos actuales.

Analítico-Sintético: Utilizado durante el transcurso de la consulta bibliográfica, la documentación básica técnica y en la diligencia de otros procedimientos del conocimiento científico.

Inductivo-Deductivo: La aplicación de este método proporciona la disquisición de los datos empíricos; así como revelar regularidades importantes y relacionar situaciones entre los distintos componentes de la investigación.

Generalización: Aplicado sobre la base de las muestras estudiadas, permitió evaluar las particularidades individuales de pacientes.

Enfoque de Sistema: Se utiliza en varios momentos de la investigación, para otorgarle la cientificidad a cada uno de estos, relacionando el contexto y los objetivos y finalidad consolidar la calidad del proceso, valorando la mejor forma de aplicar las técnicas con todo el rigor científico.

Del Nivel Empírico

Observación abierta: permite una impresión o diagnóstico inicial sobre el estado actual del paciente a simple vista.

Cuestionario: permite, mediante las preguntas ya elaboradas, conocer las respuestas precisas para responder al problema de la investigación.

Análisis de Documentos: Mediante su aplicación se facilita el estudio de documentos, historias clínicas, reglamentaciones, manuales, folletos y guías prácticas, identificando carencias de preparación en el tema objeto de investigación. Fue utilizado para penetrar en el estudio y análisis del contenido de la investigación.

Consideraciones éticas

Esta es una investigación que se desarrolla con seres humanos, por ello es necesario tener en cuenta los principios de la ética médica: autonomía, beneficencia, confidencialidad, justicia, veracidad, futeleza y consentimiento informado; este último constituye uno de los principios más importantes en este tipo de estudio ya que los pacientes deben estar de acuerdo en ser utilizados como objeto/sujeto para la investigación, mediante su acción voluntaria, libre del control de otros, y manifestando por escrito su consentimiento para colaborar con el investigador.

Se elabora una carta donde se recogen los datos personales del paciente y su conformidad así como la libertad para abandonar el estudio cuando lo estime conveniente, ver **Anexo A**. Carta de Consentimiento Informado.

No se utiliza el nombre, iniciales ni el número de historia clínica de los pacientes en la exposición de los resultados.

En todo momento se mantiene el secreto profesional, principio de confidencialidad, para los juicios, opiniones, criterios y resultados de entrevistas que se exponen durante la investigación, especial atención se le brinda al método de triangulación y en el enfoque sistémico se tiene en cuenta sus relaciones internas y externas con la ética requerida para estos casos.

Aportes de la investigación

Mantener la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades cumpliendo con los preceptos de la Organización Mundial de la Salud.

Utilización de una técnica de la Medicina Natural y Tradicional poco agresiva para la salud del paciente y económica, además, que surge como una alternativa de curación ante un tratamiento con la medicina convencional no satisfactorio en la evolución del paciente y sustentada en las características y necesidades identificadas en estos.

Necesidad de comprobar un problema científicamente aún en discusión.

Posibilidad de responder al problema de la investigación de una manera científicamente argumentada.

Integración de la Medicina Tradicional y Natural al conjunto de las acciones planteadas para el desarrollo armónico del Sistema Nacional de Salud como parte de una tarea estratégica para la nación en la que tienen una amplia participación los Ministerios de la Agricultura, Ciencia Tecnología y Medio Ambiente, Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación, así como otros Organismos de la Administración Central del Estado y Organizaciones Políticas y de Masas.

Sustitución de medicamentos y técnicas referidos al reemplazo de medicamentos genéricos.

Cumplimiento de la Directiva 26/95 del MINFAR.

Desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural como estrategia principal del MINSAP para el perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Cumplimiento con el Programa Nacional de la Medicina Tradicional y Natural ya que:

- Contribuye al funcionamiento del Sistema de Referencias y Contrareferencias entre los distintos niveles de atención en Medicina Tradicional y Natural.
- Aplica el modelo de Historia Clínica de Medicina Tradicional y Natural.
- Establece el tratamiento integrado en todas aquellas afecciones médicas que lo permitan.

Cumple además con los Programas de la Revolución para con la salud del pueblo cubano así como la búsqueda de alternativas para la mejora continua de esta.

Marco Teórico

Evolución de la Medicina Natural y Tradicional

Según la OMS la Medicina Natural y Bioenergética es la especialidad que incluye métodos de promoción de salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. En las condiciones concretas actuales, del siglo XXI, en que por la mayoría se considera que la medicina debe tener un fin preventivo-curativo, la OMS en su estudio sistemático de las diferentes técnicas de medicina tradicional y bioenergética, ha considerado aprobar en el ámbito mundial los siguientes sistemas terapéuticos tradicionales: Medicina tradicional china, Unani Ayurveda, Siddha, Astrología Médica, Homeopatía, Herbalismo, Teoría humoral o terapia latinoamericana, Medicina tradicional africana, Naturopatía. ⁽⁴⁴⁾

La Medicina Tradicional y Natural forma parte importante del acervo cultural de la humanidad. Ella se ha desarrollado en cada país y región del mundo con características propias, en franca dependencia de los recursos disponibles en ellos, tomando como base además la idiosincrasia de sus habitantes. Es, por tanto, el resultado de una evolución lenta, pero avalada por la experiencia práctica. ⁽¹⁾

La Medicina China tradicional está basada fundamentalmente en la filosofía taoísta y en sus principios cosmológicos, pero además está fuertemente marcada por tres figuras legendarias, tres emperadores místicos: Fuxi autor de Yi Ling (Libro de las mutaciones), considerado el libro chino más antiguo. Shennong padre de la agricultura y de la fitoterapia a él se atribuye el primer Bencao (o Tratado de las Materias Medicinales). Huang Di, el "Emperador Amarillo", autor de la obra más representativa de la Medicina Tradicional China: las Nei Jing o Neijing Suwen. ⁽⁴²⁾

Las Nei Jing (o Cuestiones básicas de Medicina Interna, o Clásico de la Tradición esotérica del Emperador Amarillo) es una recopilación de escritos médicos, sin un autor único definido, fechada alrededor del año 2600 aC y que será referenciado y revisado durante los cuatro milenios siguientes. ⁽⁴²⁾

En épocas contemporáneas a los griegos hipocráticos aparecen textos médicos dentro del Zuo Zhuan (de principios del siglo V aC). Durante esta época, los médicos (Yin) constituyen por primera vez una corporación independiente de los sacerdotes y de los magos. El primer personaje histórico citado es Bian Que (430?-350? aC), que es tal vez un nombre genérico que designa diferentes personajes; a él se atribuye la técnica de Mo Fa (de tomar el pulso), y la autoría del Nan Jing. ⁽⁴²⁾

Dinastía de Han (206 aC-220 d. C.), se empieza a prestar mayor atención a los venenos, los remedios vegetales y minerales, la dietética, técnicas respiratorias, cultura física, sexología y sustancias que proporcionan inmortalidad (generalmente sustancias tóxicas para las que se requería un entrenamiento progresivo de inmunización). ⁽⁴²⁾

Chun Yuyi (215-167 aC) a partir de sus experiencias y de sus observaciones (anamnesis, examen clínico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, patogenia, discusión de los síntomas y justificación del tratamiento) se han reconocido diferentes patologías, como cirrosis

hepática, estrangulada, lumbago traumático, absceso peritoneal, gota, parálisis progresiva, hemoptisis y muchas otras.⁽⁴²⁾

Zhang Zhongjing (158-166) el "inventor de la sintomatología y de la terapéutica china". Se le considera el Hipócrates chino. Fue el primero en diferenciar claramente los síntomas Yin de los síntomas Yang. En sus obras, como Shang Han Lun (o Tratado del Frío Nocivo o Tratado de las Fiebres) analiza diferentes tipos de fiebres, distingue entre enfermedades agudas y crónicas, y busca la causa de muchas de ellas.⁽⁴²⁾

Hua Tuo (110-207) Fue el cirujano por excelencia de la época. A él se le atribuye la narcosis (Ma Jue Fa) y el arte de las aberturas abdominales (Kai Fu Shu). Las crónicas de la época relatan sus operaciones más famosas realizadas bajo anestesia general (laparotomía, trasplante o injertos de órganos, etc.). También a él se le atribuyen la sutura, los ungüentos contra las inflamaciones, los tratamientos contra la ascariasis (lombrices intestinales), etc. Así mismo preconizó la balneoterapia y la hidroterapia. Y en el terreno de la obstetricia, supo diagnosticar la muerte intrauterina de un gemelo a partir de las hemorragias consecutivas al nacimiento del primero, ayudándose de la acupuntura para aliviar a la madre parturienta. Finalmente, también fue el inventor de unos ejercicios de gimnasia que mejoraban la circulación y la digestión, llamados Wu Qin Xi (o Juego de los cinco animales -tigre, ciervo, oso, mono y grulla-).⁽⁴²⁾

Huang Fumi (215-282) Autor de Zhen Jiu Yi Jing, un clásico sobre acupuntura y primera obra de "vulgarización" de la medicina china.⁽⁴²⁾

Wang Shu He (210-280) Autor de Mai Jing (Tratado del pulso), traducido al tibetano, al árabe y al persa durante la Edad Media. Sus posteriores traducciones en latín y lenguas vulgares occidentales hicieron de ésta una obra muy influyente en los pulsólogos de los siglos XVII y XVIII.⁽⁴²⁾

Es igualmente durante la dinastía Han cuando comienza el gran periodo del taoísmo, que se extiende del siglo II aC hasta el siglo VII d. C. La alquimia y las investigaciones en materia de farmacopea y de medicina fueron para muchos maestros taoístas parte fundamental de sus actividades. Uno de los taoístas más conocidos de este periodo fue Ge Hong fue autor de Bao Pu Zi Nei Pian (un tratado de alquimia, dietética y magia), Jin Gui Yao Fang (o Medicaciones del cofre de oro, un tratado de medicina), y de Zhou Hou Pei Ji Fang (o Prescripciones de urgencia, otro tratado sobre medicina más centrado en la toma del pulso). En los libros de Ge Hong aparecen numerosos consejos de medicina preventiva para evitar enfermedades y prolongar la vida. Dos son los métodos de longevidad desarrollados por Hong: el Dao Yin, prácticas respiratorias para renovar el Qi, y el Fu Qi, un incremento de sangre a través de alimentos y fármacos. Además, desarrolla una fórmula de inmortalidad a base de oro, mercurio, jade, azufre y cinabrio. En cuanto a tratamientos fitoterapéuticos, son muchos los ejemplos descritos: ruibarbo y gardenia contra la ictericia epidémica; canela, regaliz y almendra de albaricoque contra el asma; beleño contra las demencias; aplicaciones de calor en el vientre contra las gastroenteritis, etc.⁽⁴²⁾

Otro personaje importante fue Tao Hongjing, autor de una revisión de una obra de referencia farmacéutica anterior. En los Comentarios sobre el Tratado de Materias Medicinales (sobre el año 500 d. C.), Hongjing ideó un tipo de clasificación de los

fármacos según su categoría natural (plantas, insectos, etc.), en lugar del sistema de clasificación de tres niveles original; clasificó los remedios según los síntomas tratados.⁽⁴²⁾

Durante las dinastías Sui (581-618) y Tang (618-907), China se reunifica. Es éste un periodo de apogeo de la medicina tradicional china. En el año 624 fue creado el Gran Servicio Médico, en el que se supervisaba los estudios de medicina y se organizaba la investigación. De esta época hay descripciones muy precisas de numerosas enfermedades: lepra, viruela, sarampión, sarna, disentería, cólera, enfermedades carenciales (beriberi, raquitismo, etc.), enfermedades venéreas, tuberculosis, adenopatía cervical, diabetes, tumores, etc.⁽⁴²⁾

La terapéutica quirúrgica ya conocía la cirugía de cataratas; se practicaba el tratamiento ortopédico de las fracturas; se trataba la caries por obstrucción y uso de amalgama mercurial, etc. Uno de los médicos más remarcables de este periodo fue Sun Simiao (581-682).⁽⁴²⁾

Durante la dinastía Song (960-1270) tienen lugar numerosos progresos técnicos (como la imprenta, la brújula, la pólvora de cañón) y científicos (matemática, biología, etc.). Es una época de grandes sabios polivalentes, como Chen Kua (1031-1095), que fue arquitecto, agrónomo, médico, historiógrafo y embajador.⁽⁴²⁾

Qian Yi (1035-1117) fue un importantísimo pediatra chino, especialista en enfermedades infecciosas como la varicela, el sarampión, la escarlatina y la viruela.⁽⁴²⁾

La medicina legal hace su primera aparición con el Xi Yuan Ji Lu (Recopilación para lavar las injusticias), de Song Ci (1188-1249), coincidiendo con una renovación de la anatomía (aunque hay indicios de una disección un poco antes, en 1106).⁽⁴²⁾

La farmacia se ve enriquecida con numerosos y exóticos medicamentos, a base de mandrágora, mirra, opio, etc. Wang Wei Yi (alrededor del año 1026), médico y escultor, redacta un compendio de acupuntura y crea unas figurillas de bronce de gran utilidad para simular los puntos de acupuntura.⁽⁴²⁾

De la época justo anterior a la dinastía Ming, cabe remarcar a dos grandes sabios del conocimiento médico: Hu Zheng Qi Huei (o Hu Sihui), dietista imperial que ejerció entre 1314 y 1330. Describió las enfermedades carenciales y su tratamiento mediante una dieta racional. Autor de Yinshanzhengyiao (Breves en alimentación), que contiene 94 platos, 35 sopas y 29 recetas más contra el envejecimiento. Hua Shou (o Bowen), conocido por sus observaciones de las manchas blanco-azuladas que aparecen sobre la mucosa bucal que caracterizan los pródromos del sarampión. Aunque sin duda se le conoce sobre todo por sus comentarios de los clásicos, en especial del Nan Jing (texto que quedó conformado definitivamente en el año 1361, gracias a Hua Cheu).⁽⁴²⁾

Mapa de puntos de aplicación de acupuntura. Dinastía Ming. Durante la dinastía Ming (1368-1644) aumentan las influencias de otras latitudes, tanto fuera de China, como Zheng He que llega hasta África occidental (1450-1453), como en sentido inverso, como los jesuitas que llegan a la China (y con ellos la medicina occidental, aunque inicialmente quedó restringida al emperador). En esta época se traducen numerosos textos de anatomía y de la circulación sanguínea al chino.

Una de las grandes obras de esta época es Gran Tratado de Materia Médica, de Li Shizhen (1518-1593), que trata además de la patología y la terapéutica, la historia natural, la tecnología química e industrial, la geografía, la historia, la dietética, la cocina, la cosmología, la filosofía y la filología. Fue una obra traducida a las principales lenguas asiáticas y occidentales. En ella se hace referencia por primera vez a la sífilis, enfermedad aparecida en China entre 1505-1506, a la vez que los médicos occidentales, indios y árabes lo hacían en sus respectivas latitudes. ⁽⁴²⁾

El gran acupuntor Yang Jizou edita en este periodo los 10 capítulos de Zhen Jiu Da Cheng, una enciclopedia de acupuntura; de los clásicos médicos chinos; de técnica, clínica y terapéutica; de diagnóstico pediátrico y de tratamiento infantil mediante masaje, entre otros. ⁽⁴²⁾

Hoy, la medicina china aun estando lógicamente influida por la medicina occidental y sus grandes avances técnicos (y por las sucesivas filosofías a lo largo de la historia), continúa plenamente vigente en cada vez más países del mundo, con China obviamente como principal exponente. ⁽⁴²⁾

Medicina Tradicional y Natural especialidad de perfil amplio, con enfoque integrador y holístico de los problemas de salud, que emplea métodos de promoción de salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes propios de la Medicina Tradicional Asiática, como son la acupuntura y sus múltiples variantes; la moxibustión, el masaje y los ejercicios tradicionales, la aplicación de los ejercicios de relajación e hipnosis y el empleo de otros procedimientos, la medicina física y rehabilitación, incluye la homeopatía, Terapia Floral, termalismo, aguas minero medicinales, fangoterapia, ozono, campos magnéticos y otras fuentes de energía natural. ⁽¹⁾

En el devenir histórico, la práctica de la Medicina tomó dos derroteros distintos. Mientras que en el mundo oriental ella mantuvo su más rancio sabor práctico, en el mundo, occidental y sobre todo en este siglo, alcanzó la síntesis de sustancias medicamentosas, lo que unido al desarrollo industrial y de los medios de diagnóstico dio lugar a una carrera competitiva que inundó el mercado con todo tipo de medicamentos, más o menos útiles, sin tener en cuenta el mayor o menor daño secundario que ellos podían determinar. ⁽¹⁾

En los últimos tiempos en los países de América Latina y de otros continentes ha surgido una corriente dentro de las Ciencias Médicas como es la de usar elementos naturales y biológicos de probada utilidad, validados éstos por investigaciones y reconocidos por la efectividad reportada en los pacientes.

En Cuba hay antecedentes verbales de la práctica de la medicina tradicional china en la ciudad de Cárdenas en la provincia de Matanzas, donde trabajó el doctor Cham Bom Bian, cuyos éxitos fueron notables en el decenio antes de finalizar el siglo XIX sobre todo en lo que se refiere a la prescripción de plantas medicinales. De su proceder surgió precisamente la famosa frase: "a este no lo salva ni el médico chino", con la cual ponderaba la alta calificación del médico asiático.

En el año 1991 el Comandante en Jefe orientó iniciar en el país un Programa que tomara como experiencia el retorno al empleo de la Medicina Tradicional y Natural que tiene lugar, cada vez con más fuerza, en los países más industrializados. ⁽¹⁾

En 1991, el Ministerio de Salud Pública en coordinación con las Fuerzas Armadas Revolucionarias, la Academia de Ciencias de Cuba y otros organismos elaboró y puso en práctica un plan directriz para extender masivamente y en corto plazo la medicina verde en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. En este año también se creó el Grupo Nacional de Termalismo que con carácter multidisciplinario incluyó profesionales médicos, ingenieros, geógrafos, arquitectos y licenciados en distintas especialidades, quienes representaban a más de 50 organismos y dependencias relacionadas con el termalismo. Por la proyección del trabajo realizado se propuso la creación del Centro Nacional de Desarrollo de Termalismo.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba colocó las bases principales de acción para la consecución de mejorar los niveles de salud de la población cubana hasta el año 2000. En este plan de propósitos que trazó desde 1992 se plantea también, entre las directrices generales, la necesidad del establecimiento de un programa para la introducción acelerada en el país de los principales elementos de la medicina alternativa, en particular, el uso de las plantas medicinales, la acupuntura, así como de los recursos naturales, aguas mineromedicinales y fangos.

Se creó el Grupo de Homeopatía "Juan Antiga" que ha reunido a profesionales de la salud con el propósito de introducir esta terapia en el Sistema Nacional de Salud. En 1993 se desarrolló la docencia sobre Medicina Tradicional y Natural en el pregrado (Medicina, Estomatología, Licenciatura en Enfermería) en el Instituto Superior de Ciencias Médicas Victoria de Girón y la Facultad de Medicina del Hospital Docente Clínico Quirúrgico de 10 de Octubre

A partir de 1994 se han desarrollado los talleres nacionales para la capacitación y el adiestramiento del personal de salud; así como el diseño del plan y programa de estudio de la especialidad de Medicina Tradicional y Natural. También se propuso la constitución de la Sociedad de Medicina Bioenergética y Naturalista y se confeccionaron los Estatutos.

El análisis de los resultados obtenidos, principalmente por las FAR, en la aplicación y desarrollo de aquel Programa, permitió sentar las bases para una nueva Directiva Nacional (26/95), del propio Ministro de las FAR y definir una estrategia generalizadora para éste tipo de Medicina, que incluye ahora no solo al Sistema Nacional de Salud, sino además a cuantos Organismos y Organizaciones se relacionan con ella. ⁽¹⁾

Su implementación práctica, el desarrollo inicial alcanzado, su control y evaluación sistemática, van logrando comprometer a todos los trabajadores de la salud en la necesidad de llevar éstos recursos terapéuticos hasta el último rincón del país; rompiendo barreras de desconocimiento; despertando el interés por el estudio y la investigación en su campo a una masa enorme de científicos, cuyos resultados ya se ponen en práctica como parte del arsenal de recursos terapéuticos que dominan los profesionales de cualquier rama de la Medicina. ⁽¹⁾

Como resultado del desarrollo alcanzado en el campo de la Medicina Tradicional y Natural en todo el mundo, a las viejas formas de tratamiento, se van ahora integrando técnicas tradicionales y modernas.⁽¹⁾ Todo ello determina la necesidad en nuestro país de mantener una evaluación constante del efecto terapéutico de estos tratamientos según las condiciones del macro y microentorno en los cuales se desarrollan.

La Medicina Tradicional y Natural es una especialidad médica reconocida por el MINSAP, en función de las necesidades identificadas por los Servicios de Salud. La misma no constituye un método terapéutico alternativo o complementario, dirigido a solucionar problemas de índole económica. Es una disciplina de las Ciencias Médicas que es necesario estudiar, profundizar y mantener permanentemente en el país, aún cuando se resuelvan los actuales problemas de desabastecimientos.⁽¹⁾

En Cuba, los 40 años de Gobierno Revolucionario han permitido crear suficientes bases científicas y técnicas para facilitar la incorporación de las técnicas, métodos y procedimientos de ésta disciplina, en todos los niveles de atención médica; sobre todo en la Atención Primaria de Salud, dado el desarrollo y consolidación alcanzados por la Medicina Familiar.⁽¹⁾

El proceso de incorporación y desarrollo de las técnicas, métodos y procedimientos de la Medicina Tradicional y Natural en el Sistema Nacional de Salud se realiza a partir del conocimiento o validación científica de cada uno de ellos.⁽¹⁾

La adecuada implementación del Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural exige el estudio de la morbilidad de las afecciones médicas o disfunciones más frecuentes, como base para la definición de los requerimientos mínimos sobre las patologías que deberán ser atendidas, en cada uno de los niveles de atención, con estos métodos y procedimientos.⁽¹⁾

Otra importancia de la aplicación de este tipo de Medicina lo constituye la sustitución de medicamentos y técnicas referidos al reemplazo de medicamentos genéricos, por productos naturales terapéuticamente equivalentes y otros procedimientos de la Medicina Tradicional y Natural. Esto implica la elaboración y materialización de un Plan que permita renunciar parcial y progresivamente a la importación o producción (por la IMEFA) de determinados medicamentos. Para ello es necesario un proceso lógico en la capacitación de los recursos humanos, en el desarrollo de las investigaciones científicas y en la aplicación práctica de sus resultados, así como en la evaluación de la eficacia de los tratamientos soportados sobre esta Medicina.⁽¹⁾

Ejemplo de lo anterior se tiene en la provincia de Cienfuegos, a poca distancia de La Sierrita, en el Municipio de Cumanayagua Provincia de Cienfuegos rumbo a la subida hacia el lomerío, está la Finca Agrobiológica y Agroecológica de Plantas Medicinales, de una caballería de extensión, que ya pronto cumplirá 20 años de fundada.

Siempre habrá algo nuevo que decir sobre Enrique Otero, un montuno de aventurada existencia. Mas, en los últimos años, la fama le ha sobrevenido por los incuestionables aportes a la Medicina Natural y Tradicional, cuyo mayor reconocimiento está en haber ganado el título honorífico de primer Científico Popular de Cuba.

Sus palabras textuales lo definen todo: "Eso fue allá por marzo de 1986". Parte de una sugerencia del Comandante en Jefe Fidel Castro, y a propuesta de la dirección del Partido en la provincia. Me pidieron escoger el mejor lugar para fomentar la siembra de plantas medicinales, y entre todos los lugares visitados en la serranía acordamos que fuera este, por las características de ser tierras fértiles ubicadas entre la montaña y el llano y con posibilidades para el riego por gravedad, recuerda quien a la sazón ya tenía un vivero con algunas especies de esas variedades botánicas. A la disposición por cumplir con aquella tarea se unió el conocimiento que tenía sobre la materia, gracias a la tradición heredada de su abuela, y a su vocación autodidacta. Comenzamos, precisa, con unas 18 especies y hoy son más de 320, de las cuales hay plantaciones fijas en media caballería y en el área restante son variedades temporales, de acuerdo con la época del año y las necesidades".

La medicina integrativa parte de considerar que el desarrollo humano se hace sostenible en la medida que sea posible desarrollar un sistema de salud basado en un estilo de vida sano, en armonía con la naturaleza, con pleno respeto al entorno y con el empleo de medios al alcance de todos.

Ana Julia García Milián ha trabajado como experiencia médica en el un uso racional de los medicamentos, como campaña de comunicación social. Esta campaña persigue proporcionar a la población los conocimientos necesarios que le permitan hacer un uso sano de los medicamentos mediante actitudes de información, comunicación y educación, que a su vez le propicien aptitudes y conductas favorables para transitar desde el cumplimiento e identificación, hasta el conocimiento e internalización de la idea o práctica. La campaña tiene un alcance nacional y permanente en tiempo. ⁽⁴³⁾

Ella hace mención que los hábitos de consumo de medicamentos; prescripción de medicamentos; automedicación; educación en salud; estrategias nacionales, la medicina comunitaria hay que estudiarla como un todo y que no debemos descuidar y tener en cuenta los derechos y responsabilidades de la comunidad referente al cuidado de su salud que han sido enunciados claramente en muchas reuniones internacionales. Por ejemplo, la declaración de Alma Atá, 1978, afirma: "La población tiene el derecho y la obligación de participar individual y colectivamente en la planificación y ejecución de sus cuidados sanitarios" y se refiere a estudiar y apoyar la medicina tradicional del mundo. La carta de Ottawa reconoce a la "comunidad como la voz esencial en materias referidas a su salud", y llama a una reorientación de los servicios de salud hacia la promoción sanitaria; también, a compartir el poder con "otros sectores, otras disciplinas y más importante con la misma población. (44)

Todos estos estudios se encaminan a perfeccionar las actividades de mercadeo dirigidas a prescriptores, dispensadores y consumidores, pues todo ello puede contribuir al uso irracional, que aunque en nuestro país esto no es un fenómeno desarrollado, sí está influido por las donaciones recibidas en los últimos años. Por otra parte, la falta de lectura crítica por parte de los prescriptores de las publicaciones engañosas, y la globalización de Internet dentro de la red de salud, también contribuyen al uso irracional de medicamentos, pues se desarrollan campañas orientadas al cambio de medicamentos, alegaciones falsas y promoción comercial disfrazada de pruebas clínicas. ^(45, 46)

En el año 2004 con los Programas de la Revolución dentro del sector de la salud se crean los Servicios de Rehabilitación Integral en todos los Policlínicos y la Medicina Natural y

Tradicional es una de las especialidades que forma parte de este proceso de integración a la medicina convencional.

Aparecen otros recursos terapéuticos como: la magnetoterapia, láserterapia, fisioterapia, ejercicios, dieta, relajación e hipnosis, medicina tradicional china: acupuntura y variantes afines: digitopresión, moxibustión, microsistemas acupunturales, masajes terapéuticos tradicionales, ejercicios tradicionales chinos, productos naturales: fitoterapia, apiterapia, homeopatía, terapia floral, hidroterapia, aguas minero-medicinales, peloides, ozonoterapia, aceites esenciales, otros sistemas médicos.

A partir de la organización de los servicios de Medicina Tradicional y Natural, por niveles asistenciales e instituciones médicas, se exigen los siguientes requerimientos mínimos: ⁽¹⁾

Atención Primaria:⁽¹⁾

1. Consultorio Médico de la Familia: Representa el primer nivel de atención y emplea las siguientes técnicas o terapias: ⁽¹⁾

- Acupuntura
- Digitopuntura
- Moxibustión
- Productos naturales

En los consultorios ubicados en áreas comprendidas en el Plan Turquino-Manatí, todos los Médicos de Familias dominan y aplican además la auriculopuntura y los masajes terapéuticos. ⁽¹⁾

2. Policlínicos: Representan el segundo nivel de atención en Medicina Tradicional y Natural y cuentan con un Servicio de la especialidad en el que se emplean las siguientes técnicas o terapias: ⁽¹⁾

- Las que se realizan en los consultorios
- Auriculopuntura
- Electroacupuntura
- Técnicas de relajación
- Hipnosis
- Homeopatía y Terapia Floral
- Medicina Física y Rehabilitación, tanto asiática como convencional
- Analgesia acupuntural estomatológica
- Otras terapias naturales en estomatología
- Acupuntura Analgésica en Cuerpo de Guardia las 24 horas
- Peloidoterapia.
- Magnetismo y electromagnetismo

3. Clínicas Estomatológicas: Emplean las siguientes técnicas o terapias: ⁽¹⁾

- Productos Naturales
- Digitopuntura

- Acupuntura
- Analgesia acupuntural
- Sugestión e Hipnosis (ésta última donde haya posibilidades)
- Homeopatía

Atención Secundaria:⁽¹⁾

1. Centro Integral para el Desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural en las Montañas: Este Centro puede ubicarse dentro o fuera de instituciones de salud ya existentes (policlínico u hospital), en dependencia de las condiciones de cada territorio. Emplea las siguientes técnicas o terapias:⁽¹⁾

- Todas las de los niveles anteriores
- Magnetoterapia
- Ventosas
- Medicina Física y Factores de Riesgo
- Analgesia Acupuntural Quirúrgica, si se hace Cirugía
- Tai-Chi-Chuan y Terapia Yoga
- Analgesia Acupuntural en Cuerpo de Guardia, por 24 horas.
- Consulta de especialidades médicas con tratamientos integrados

2. Centro Municipal para el Desarrollo Integral de la Especialidad: Este Centro puede ubicarse dentro o fuera de instituciones de salud ya existentes (policlínicos y hospital municipal), en dependencia de las condiciones de cada territorio. Emplea las siguientes técnicas o terapias:⁽¹⁾

- Todas las de los niveles anteriores
- Farmacopuntura
- Implantación de Catgut
- Bloqueos analgésicos y terapéuticos
- Clínica del tabaquismo y del alcoholismo
- Otras terapias, según posibilidades

Atención Terciaria:⁽¹⁾

1. Centro Provincial para el Desarrollo Integral de la Medicina Tradicional y Natural: Este Centro puede ubicarse en inmueble independiente, en los Hospitales Clínico Quirúrgicos Provinciales o en los Centros de Educación Médica. Los servicios de MTN de los Hospitales Clínico-Quirúrgicos, Ginecobstéricos y Pediátricos Provinciales, así como las Clínicas Estomatológicas Provinciales, se subordinan, metodológicamente, al Centro Provincial para el Desarrollo de la Especialidad.⁽¹⁾

El Centro Provincial emplea como mínimo las técnicas o terapias siguientes:⁽¹⁾

- Todas las de los niveles anteriores
- Analgesia Acupuntural Quirúrgica
- Ozonoterapia

- Laserpuntura
- Fisiatría general y especializada
- Homeopatía, con laboratorio de producción
- Local y camas para urgencias, por 24 horas
- Consultas de las especialidades médicas, que permitan realizar tratamientos integrados por especialidades (Ginecobstetricia, Pediatría, Ortopedia y otras)
- Atención amplia a factores de riesgo
- Otras terapias de la especialidad, según sus posibilidades

La Dra. Fe Bosch Valdés refiere que existen suficientes razones para desarrollar la medicina tradicional y natural, por la integralidad binomio salud-enfermedad, la relación médico paciente, el enriquecimiento de los recursos terapéuticos, la disminución de respuestas adversas y un menor costo en su empleo para lograr así su generalización armónica en todo el país.

Evolución de la Técnica Acupuntural

Como se conoce la acupuntura (del latín Acus: Aguja y Pungue: Puntura: Punción) es un elemento importante de la medicina tradicional china desde hace más de 3000 años A.C., en el Valle del Huang-Ho o Río Amarillo, que desde el Monte Kunlun desemboca en el Océano Pacífico recorriendo 5 000 Kms. El Emperador Hoang-Ti ordenaba en esos tiempos abandonar todos los tratamientos médicos de la época y reemplazarlos por las agujas de acupuntura a fin de equilibrar la sangre y la energía, para devolver la salud al enfermo. De todas las dinastías chinas se destacaron la Chou (1122 A.C.-221 A.C.), en la cual aparece el Nei-King, libro madre de la acupuntura, que contiene todo el conocimiento de ella. Otra importante dinastía fué la Sung (960-1280) ya en nuestra era; en este periodo el Emperador Wei-The, en el año 1027, hizo construir el llamado "hombre de bronce" o Ton-Je, un muñeco del tamaño natural de un hombre, hueco y con todos los puntos de acupuntura perforados y tapados con cera negra. El muñeco era revestido con seda y se lo llenaba de agua. Se utilizaba para tomar exámen, ya que el maestro pedía al alumno que colocara la aguja en el punto -por ejemplo Fei-lu- y la puntura debía tener tal precisión que al retirar la aguja brotara el agua, solo así aprobaba el examen. ^(47, 48)

Las dos últimas dinastías fueron la Ming (1368-1643), en la que aparecen enciclopedias de acupuntura de 14 tomos y se establecen las leyes de la Moxibustión, y finalmente la Ching (1644-1911) con la invasión manchú y en la cual se prohíbe en 1822 en China el estudio y la práctica de la acupuntura durante 133 años, hasta que Mao-Tse-Tung en 1955 coloca las dos medicinas, la occidental y la oriental, en un pie de igualdad según el siguiente slogan: "La Medicina Occidental es muy buena, la Oriental también lo es, pero ambas juntas son mucho mejor". Así como en Occidente la Filosofía y la Medicina tuvieron una relación muy directa, diluyéndose más tarde con el desarrollo de la Medicina científica, en Oriente no ocurrió así, la Medicina china está tremendamente impregnada de conceptos filosóficos. ^(47, 48)

En el siglo VI se introdujo en los países vecinos, donde se aceptó con facilidad, y a comienzos del siglo XVI ya había llegado a Europa. Durante los dos últimos decenios, la acupuntura se ha difundido en todo el mundo, lo cual ha estimulado el perfeccionamiento

de esta terapia, en particular mediante estudios realizados a partir de perspectivas médicas y metodologías de investigación modernas.⁽⁴⁹⁾

La más lejana mención que se conoce escrita de la acupuntura está fechada en el año 580 A.C. Se trata de "El libro de las Primaveras y los Otoños", historia de la china del siglo VIII al siglo V A.C.^(47, 50)

Esta técnica consiste en la estimulación mediante la punción de determinados puntos o áreas del cuerpo con el propósito de regular la homeostasis interna. Tiene su sustento teórico en la medicina tradicional china. Muchos de sus mecanismos de acción se han comprobado a través del método científico.^(47, 48, 50)

Su cobertura y eficacia terapéutica es amplia y su empatía con la medicina moderna es considerable. Sus ventajas y pocas desventajas hacen de la acupuntura un procedimiento que se está valorando para ser incorporado al Sistema Nacional de Salud de nuestro país.^(47, 48, 50)

La acupuntura moderna integra a un conjunto de técnicas como: la acupuntura corporal, los microsistemas: el pabellón auricular, la mano, la cara el pie, etc. (auriculoacupuntura, craneoacupuntura, quiroacupuntura).^(48, 50)

Muchos elementos de la medicina tradicional son beneficiosos y la OMS anima y respalda a los países a fin de que identifiquen remedios y prácticas inocuos y eficaces para su utilización en los servicios de salud públicos y privados. La Organización ha hecho especial hincapié en la necesidad de apoyar la investigación sobre la acupuntura y su aplicación adecuada, y en 1991 la 44ª Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a que introdujeran medidas para su reglamentación y control (Resolución WHA44.34).⁽⁴⁹⁾

La utilización de la acupuntura en la atención médica moderna supone sacarla de su contexto tradicional y aplicarla como técnica terapéutica para un número limitado de afecciones (alrededor de 150) en las cuales tiene una eficacia demostrada, sin necesidad de conciliar las teorías en las cuales se basan la medicina moderna y la tradicional.⁽⁴⁹⁾

En los últimos decenios, diversos países han perfeccionado los aspectos teóricos y prácticos de la acupuntura, sobre todo los que han aplicado las perspectivas y las metodologías de investigación médicas occidentales modernas a los estudios de esta terapia tradicional. Los resultados de estos estudios se deben incluir en la capacitación. Sin embargo, dado que no se ha establecido aún un nuevo sistema teórico, se sigue considerando todavía la teoría de la medicina china tradicional como la base del programa de estudio esencial.⁽⁴⁹⁾

A pesar de lo anterior la popularidad de estos tratamientos es tal que la prevalencia de su empleo en Estados Unidos es del 42 % y en el Reino Unido de un 20 %, de éstas un número considerable son empleadas como de primera línea o como adyuvantes de los métodos terapéuticos formales para el tratamiento del dolor y otras indicaciones.^(47, 48, 50)

La enfermedad aparece cuando esa energía se desequilibra por múltiples razones. La energía circula a través de vasos llamados meridianos que recorren todo el cuerpo. Para

poder equilibrarla y curar al enfermo, el médico acupuntor debe implantar en los llamados "puntos chinos" y, con una precisión absoluta, unas finas agujas metálicas delgadas como cabellos y totalmente indoloras. Estas agujas serán individuales para cada paciente o bien descartables. Las indicaciones más comunes de la acupuntura son: trastornos otorrinolaringológicos: sinusitis aguda, rinitis aguda (resfrío común), asma bronquial, bronquitis aguda y crónica, laringitis, otitis. ^(49, 51)

Trastornos gastrointestinales: gastritis aguda y crónica, úlcera gastroduodenal, colitis aguda y crónica, diarrea, constipación, hemorroides. ^(49, 51)

Trastornos neurológicos y osteomusculares: dolor de cabeza, neuralgia del trigémino, neuralgia intercostal, parálisis facial (etapa inicial entre 3 y 6 meses), insomnio, cérico braquialgias, periartritis de hombro, osteoartritis, artrosis de rodilla, codo de tenista (epicondilitis), dolor lumbar y ciático, estados depresivos, stress. ^(49, 51)

En el dolor, sea cual fuere su origen, es de un valor sorprendente por su gran eficacia y el ahorro de medicación analgésica, a veces tan agresiva y de efectos colaterales no deseados. Detrás del simple hecho de colocar las agujas, se esconde un formidable método científico que el médico acupuntor debe conocer a fondo para producir la curación, del modo más simple y duradero en los pacientes. ^(49, 51)

El control del dolor por medio de la acupuntura debería formar parte del entrenamiento de todo estudiante de acupuntura y el público, a la larga, estaría de acuerdo en asumir, como hace, que los acupuntores tienen gran eficacia en el tratamiento del dolor y diversas disfunciones. ^(49, 51)

En México los antecedentes de la enseñanza y práctica de la acupuntura datan de los años 60, período en el cual fue introducida por médicos orientales provenientes de Estados Unidos. Al igual que en otros países de occidente, la acupuntura se recibió con gran escepticismo, no obstante, los resultados satisfactorios en los pacientes influyeron en la confianza y credibilidad actual. ^(49, 51)

En Estados Unidos de Norteamérica la Acupuntura no interesó hasta 1972, coincidiendo con la visita de Nixon (Presidente de Estados Unidos de Norteamérica) a China, donde un periodista que viajaba con él, publicó relatos de intervenciones quirúrgicas realizadas con Acupuntura, como anestesia. La situación actual de la Acupuntura en los diferentes países, varía según el Sistema Sanitario vigente en cada uno de ellos. ^(49, 51)

La American Medical Association considera la acupuntura como una terapia adecuada y colateral para el control del dolor. El tratamiento de dolores crónicos y recurrentes se ha analizado en la literatura médica como uno de los cuidados sanitarios más urgentes y costosos. ^(49, 51)

En 1979 la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce oficialmente a la Acupuntura como medio Terapéutico para la curación de 43 enfermedades y recomienda el tratamiento acupuntural en la curación del resfriado, amigdalitis aguda, jaqueca, neuralgia del trigémino, ciática, lumbagos, tics, la gastritis aguda y crónica, el estreñimiento, la odontología, dolores agudos y crónicos de origen reumático, cefaleas,....., así hasta 43 enfermedades. La acupuntura no es aplicable en: Enfermedades que sean

quirúrgicas (excepto como analgésico o anestésico), neoplasias, infecciones específicas y endocrinopatías. ^(49, 51)

En nuestro país no es hasta la década del 60 que se comienza a propagar la acupuntura en nuestro medio pero se practica de manera individual y aislada hasta fines de los años 80 que es cuando se establece el primer plan de desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural por el MINSAP. ⁽¹⁾

En 1990 se inició por parte de la Secretaría de Salud de México el proceso de "Diagnóstico Situacional de la Medicina Tradicional y Paralelas en la Atención de la Salud en México" entre ellas la Acupuntura, con el objetivo de analizar los procesos que permitieran su incorporación al Sistema Nacional de Salud para coadyuvar a los Sistemas Médicos Institucionales en la cobertura de la prestación de los servicios de salud y así alcanzar las metas de: "Derecho a la Salud de los Mexicanos" y de "Salud para todos en el año 2000" propuesto en el ámbito mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS). ^(49, 51)

El primer paso fue la constitución en 1991 de la Asociación Mexicana de Asociaciones y Sociedades de Acupuntura (AMASA), como un organismo que integra a las agrupaciones de acupunturistas del país y establece el enlace oficial con la Secretaría de Salud. AMASA integra actualmente a 33 asociaciones y más de tres mil acupunturistas, distribuidos en 10 zonas regionales en que fue dividido el país, para favorecer las coordinación y facilitar las diversas tareas que deben llevarse a cabo. Según estadísticas, se proporcionan un promedio anual aproximado de más de seis millones de consultas (considerando 2000 consultas al año por cada acupunturista, en doscientos días hábiles), siendo un 95 % de los servicios prestados a nivel de consulta externa y un 5 % en centros hospitalarios. ^(49, 51)

En la Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación la definió como un acto médico en 2001 y la reconoció como una especialidad de la medicina del dolor por Decreto No.29.733, que establece que la Acupuntura es una práctica o procedimiento que debe ser considerada como un Acto Médico y como tal debe ser efectuada sólo por profesionales habilitados según la Ley 17.132, esto quiere decir que puede ser ejercida únicamente por médicos. ⁽⁵²⁾

En la actualidad, China bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública, está realizando contactos amistosos e intercambios académicos con otros países del mundo, combinando las experiencias de la práctica docente obtenidas con terapeutas extranjeros. ^(49, 51)

La aplicación de la Acupuntura es compatible con cualquier tipo de tratamiento que esté realizando el paciente, pudiendo recibirlos simultáneamente y beneficiarse de las peculiaridades de cada uno. Lo útil es complementarlos utilizando de cada uno lo más eficaz. Para ello se necesita una gran colaboración entre los profesionales de la medicina que permita conocer a cada cual las limitaciones de su método y los alcances y ventajas del otro. ^(49, 51)

La Acupuntura no tiene efectos colaterales, en su aplicación no se utiliza ninguna droga ó medicamento evitándose así dichos efectos o las dependencias asociadas con medicamentos. ^(49, 51)

La Acupuntura funciona en el caso de enfermedades crónicas, control del dolor y del stress.^(49, 51)

Si bien la acupuntura comienza a conocerse mundialmente desde del siglo XVI a través de los Jesuitas, recién en el siglo pasado es que adquiere mayor difusión, cuando en 1927, regresa de China George Soulié de Morant, cónsul francés en Pekín, y funda en París la Sociedad Internacional de Acupuntura. Por medio de los médicos que trabajaron con él, esta técnica milenaria se difunde en el mundo occidental.⁽⁵²⁾

En cuanto a la acupuntura en Cuba, en 1915 apareció en un periódico una cita de un coronel del Ejército Libertador, en la que se comentaba haber observado durante la Guerra de Liberación, cómo algunos combatientes chinos mejoraban sus dolencias con palitos que pinchaban sobre determinadas zonas de la piel.

En las décadas de 1940 y 1950 los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, doctores Domingo Ramos Delgado y Juan B. Kourí Esmeja, organizaron una Escuela Libre de Medicina en la que se impartían conferencias sobre Medicina Tradicional. El doctor Juan Tomás Roig Mesa (Doctor en Farmacia y en Ciencias Naturales) realizó una investigación de gran importancia sobre las propiedades curativas de las plantas cubanas, y publicó el resultado de sus investigaciones en su extraordinaria obra en dos tomos Las plantas medicinales cubanas. Dos viejos profesores de Botánica de la Universidad de La Habana, los doctores Felipe García Cañizares y Manuel Mencía García, ambos médicos, impartieron conferencias y cursos libres sobre plantas medicinales cubanas en 1930 y 1950.

En 1970, el profesor Francisco Pérez Carballás estableció la primera consulta de Acupuntura en el Policlínico Asclepio de La Habana, que ágilmente demostró la favorable respuesta de los pacientes, por la ausencia de complicaciones y la economía de recursos de este método. Las derivaciones obtenidas estimularon su difusión y desde 1974 hasta 1984 se brindaron más de 30 cursos introductorios de acupuntura en todo el país, con la participación de médicos procedentes de provincias y municipios, con lo que el conocimiento de esta técnica se expandió rápido.

A partir de los años 80, el Sistema Nacional de Salud de Cuba desarrolló una política tendiente a ampliar los conocimientos y la utilización de la medicina tradicional en estrecha colaboración con las FAR, el MININT, la Academia de Ciencias de Cuba y otros organismos.

Se enviaron médicos cubanos a China, Viet Nam, Corea, antigua URSS, Sri Lanka y otros países, para impartir cursos a profesionales de la salud. Toda esta labor permitió que se realizaran actividades científicas de acupuntura y se creara la Sección de Acupuntura de la Sociedad Cubana de Anestesiología. Se inició un Programa de Promoción de Clínicas del Dolor por el país, las cuales han tenido una gran connotación en el desarrollo de la acupuntura. En éstas se incorporó la práctica de la medicina tradicional y natural mediante un equipo multidisciplinario, la docencia del alumno de pregrado y posgrado, así como la investigación clínica en estas materias.

Entre los años 1985 y 1990 ocurrieron algunos acontecimientos importantes como la celebración de la Primera Jornada Provincial de Acupuntura en el Hospital Psiquiátrico de La Habana; la creación de la Sociedad Cubana de Hipnosis y de las Comisiones Nacional y Provincial de Acupuntura de La Habana. Se tutoraron trabajos científicos estudiantiles y trabajos de residencia. Se celebró el 18 Congreso Mundial de Medicina Natural con la participación de más de 900 delegados (extranjeros y cubanos) y 200 trabajos cubanos presentados.

En 1992, se reestructuró la Comisión Nacional de Acupuntura y el Ministerio de Salud Pública elaboró un Programa de Formación de Facilitadores Nacionales en Acupuntura para extenderla masivamente (profesionales de la salud procedentes de todas las provincias) y la reproducción posterior de estos conocimientos en todo el país (1992-1994). Fueron impartidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico de 10 de Octubre.

Técnicas acupunturales. Microsistema auricular

La Auriculopuntura es la aplicación de la reflexología en el pabellón auricular, tratado con el método de Acupuntura descritos por muchos autores con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos. Estos puntos son sensibles a la presión y pueden ser medidos eléctricamente.⁽⁵²⁾

La Auriculoterapia, como toda la Medicina Tradicional China está basada en las leyes principales energéticas de la doctrina médica china, ligadas a la Teoría de los Cinco Elementos y las relaciones que se establece entre ellos.⁽⁵²⁾

Se ha comprobado que en las orejas están representados una gran cantidad de órganos somáticos y viscerales en forma de zonas reflejas las cuales se tornan muy sensibles ante las afectaciones de dichos órganos. Estas áreas y la presencia de otros puntos conforman el llamado microsistema auricular.⁽⁵²⁾

Esta es una terapia que sirve tanto de diagnóstico, como de tratamiento. Puede combinarse con otras terapias y con ella podemos tratar tanto síntomas aislados como enfermedades. Por otra parte es una alternativa fácil de utilizar y no requiere grandes recursos. La auriculoterapia va dirigida directamente al órgano, región o función enferma del individuo. La activación de los puntos actúa de forma directa sobre estos elementos, corrigiendo el desequilibrio funcional de los órganos, causa inmediata de los síntomas y causa de la enfermedad.^(53, 54)

Podemos considerar que la oreja es un microsistema donde se encuentra representado todo el cuerpo humano y sus funciones por lo que al ser estimulada una parte de la oreja, tendrá un efecto en la parte del organismo relacionada con dicha zona.^(53, 54)

En la oreja convergen todos los canales energía del cuerpo, por lo que cuando hay un disturbio energético en estos canales se refleja en las orejas.^(53, 54)

La auriculoterapia comienza su historia en la antigua China cuando Hoang Ti Nei Kug comenzó a describirla en el Tratado de Medicina del Emperador Amarillo, haciendo su relación a través de los meridianos entre los años 1698 y 2598 A.C.^(53, 54)

Desde hace 400 años antes de Cristo (A.C.) los libros de medicina China consideraban que la oreja no era un simple órgano, sino que tenía relación con todo el sistema del organismo humano. Específicamente 475 años A.C. se dice que los 6 meridianos Yang están directamente conectados con la aurícula y los 6 Yin en forma indirecta. Estos antiguos puntos se hallaban dispersos en la oreja sin una verdadera organización somatotópica. En el libro Brocado de Seda ya se habla de los canales auriculares. Desde el siglo IV (A.C.) se menciona a la oreja como un órgano estrechamente relacionado con los 12 meridianos de la acupuntura y con los órganos internos. ^(53, 54)

En Egipto, Grecia y Roma (400 años A.C.) los antiguos médicos como Hipócrates y Galeno recomendaban el uso de anillos y otras formas de estimulación para varios problemas, particularmente para los desórdenes sexuales y menstruales. ^(53, 54)

En Persia (200 años A.C.) después de la caída de Roma, curaban la ciática por medio de cauterizaciones en la oreja. ^(53, 54)

En la Edad Media (año 1500) la Compañía Holandesa del Este de la India, mientras realizaba comercios con China, llevaron la acupuntura de regreso a Europa, incluyendo el uso de la Auriculopuntura. ^(53, 54)

En 1637, un médico portugués, Zacutus Lusitanus, habla de la utilidad de las cauterizaciones auriculares en el tratamiento de la ciática. ^(53, 54)

En el Renacimiento (año 1700) esporádicos reportes en Europa discutían el uso de la cauterización en el pabellón auricular para el alivio de la ciática. ^(53, 54)

Valsalva, en 1717, en su obra "De Aure Humana Tractus" localiza las regiones de la oreja para la cauterización de la misma enfermedad. ^(53, 54)

En los siglos II y III se emplearon zonas auriculares para el tratamiento de la muerte súbita y en los siglos VI y VII para ictericia y la fiebre. ^(53, 54)

La obra más antigua de medicina del mundo, conocida como el Nei-King, no hace referencia a la auriculoterapia, sin embargo explica la confluencia de los meridianos corporales de energía en la oreja. Aunque no hay datos fidedignos acerca de la época en que se utilizaron por primera vez los puntos de la oreja para la terapia, se conoce que Hipócrates trató pacientes con impotencia realizando sangrías en su cara dorsomedial. En los siglos II y III se emplearon zonas auriculares para el tratamiento de la muerte súbita y en los siglos VI y VII para la ictericia y la fiebre. No fue hasta la década del 50 (1951) en que el neurólogo francés Dr. Paul Nogier propiciara el florecimiento de la auriculoterapia después de un profundo estudio, en que logró relacionar diferentes partes del cuerpo con zonas auriculares y realizó numerosas experiencias clínicas para confeccionar la primera cartografía de las zonas y puntos de la oreja, donde el organismo aparece representado en posición fetal; la cabeza hacia abajo situada en el lóbulo, las vísceras en la concha, los miembros y la columna vertebral en el hélix y canal del hélix. Esta cartografía sirvió de guía a los acupuntores de diferentes países, incluyendo a los médicos tradicionales de China, Vietnam, Corea, Japón entre otros. En la década del 60 fueron de gran importancia los aportes realizados en este campo por Vietnam y China, siendo los vietnamitas los primeros los primeros en usar los puntos auriculares para el tratamiento de diferentes

enfermedades, por otro lado los chinos se destacaron en la utilización de la auriculoterapia como parte de los esquemas de la Analgesia Acupuntural en diferentes intervenciones quirúrgicas. En 1962 en China se publicó una recopilación de varios trabajos acerca del método de acupuntura en los puntos de la oreja y en 1972 salió a la luz el primer libro chino de auriculoterapia. ⁽⁵²⁾

Ya en la China contemporánea (año 1960), un equipo de médicos del ejército en Nanking verificó la exactitud del mapa de Nogier. ⁽⁵³⁾

En Estados Unidos (año 1980), un estudio a doble ciego en la Universidad de California, verificó estadísticamente la exactitud del Auriculodiagnóstico, relacionando áreas específicas de elevado dolor, con un incremento en la actividad eléctrica en la oreja: áreas del cuerpo con alguna disfunción podían ser correctamente identificadas en la aurícula. ⁽⁵³⁾

Por la oreja podemos realizar diagnósticos presuntivos que luego confirmaremos con la clínica con los signos y síntomas que presenta nuestro paciente y con la historia biopatográfica del mismo, sin perder jamás la idea de que el ser humano que recurre a nosotros no es solamente una oreja, sino que debemos tener en cuenta todo lo que nos relata, no únicamente en el aspecto clínico, sino y muy especialmente todo lo que lo afecta en el plano espiritual, psíquico y en sus diversos cuerpos: mental, astral, etérico y físico. ^(52, 53)

Cada individuo presenta características propias en sus orejas en cuanto a la forma, anchura, longitud, posición con respecto a la cabeza, inclinación del eje longitudinal, forma y tamaño del trago y del antitrago y grado de desarrollo del tubérculo auricular. ^(53, 54)

Como parte del aparato de la audición, las orejas cumplen la función de captar, concentrar y dirigir las ondas sonoras al meato acústico externo, sin embargo la presencia de enfermedades y anomalías en su desarrollo no implica una alteración esencial de la audición. Por estas razones muchos se han atrevido a plantear que las orejas solo tienen un significado estético, al no conocer que en ellas están representadas una gran cantidad de órganos somáticos y viscerales en forma de zonas reflejas las cuales se tornan muy sensibles ante las afectaciones de dichos órganos. Estas áreas y la presencia de otros puntos conforman el llamado microsistema auricular. ^(53, 54)

Según el "Tratado clásico de Medicina Interna" del Emperador Chino "La oreja es el lugar donde se reúnen todos los canales. La medicina tradicional China, considera que en todo el cuerpo humano, circula y se distribuye la energía por los Ching-lo, la cual proviene de la respiración y de la sangre y por medio de esos Chin-lo la oreja se conecta con los diferentes órganos del cuerpo. La relación entre los órganos, los canales y los puntos están claramente descritos en varios de los textos clásicos antiguos. La auriculoterapia tiene una larga historia de más de 2000 años desde 1966 ha sido ampliamente usada en la República Popular de China, con fines terapéuticos y analgésicos. Hay muchas instituciones en el mundo occidental, particularmente en Francia y Alemania, donde únicamente se usa auriculoterapia. ^(53, 54)

La auriculoterapia se combina con la acupuntura del cuerpo, y con la inserción de agujas en la cabeza cuando, algunos autores plantean utilizarla como segunda opción en caso de

no obtener buenos resultados con la acupuntura corporal o macropuntura, pero se ha obtenido muy buenos resultados con su utilización de primera intención. ^(53, 54)

La oreja contiene una representación de todo el cuerpo, especialmente por el hecho de que un gran número de colaterales de los nervios que inervan al cuerpo también alimentan a la oreja. La oreja externa es considerada por los acupunturistas en la actualidad, como la plantilla básica para juzgar al resto de las estructuras del cuerpo. ^(53, 54)

El pabellón del oído, llamado vulgarmente oreja, es una dilatación laminar, situada en las partes laterales de la cabeza: su altura es por término medio de 60 a 65 mm y su ancho de 20 a 35 mm. Libre en sus dos tercios posteriores el pabellón está sólidamente unido a la cabeza por su tercio anterior. ^(53, 54)

Anatomía

El pabellón del oído, llamado vulgarmente oreja, es una dilatación laminar, situada en las partes laterales de la cabeza: su altura es por término medio de 60 a 65 mm y su ancho de 20 a 35 mm. Libre en sus dos tercios posteriores el pabellón está sólidamente unido a la cabeza por su tercio anterior. ^(53, 54)

Conformación externa:

Tiene forma de óvalo, cuyo eje mayor, es casi vertical y cuya extremidad más ancha está situada hacia arriba. Se considera en ella una cara externa, otra interna y una circunferencia. ^(53, 54)

Cara externa (superficie Yang)

Ofrece gran número de prominencias y depresiones, que le dan un aspecto sumamente singular y característico. ^(53, 54)

Concha: Con cavidad profunda, se continúa con el conducto auditivo externo. ^(53, 54)

Eminencias dispuestas en torno de la concha

Redondeando completamente la concha y limitándola se ven 4 eminencias:

Hélix: es el borde del pabellón Nace en la cavidad de la concha por un extremo más adelgazado, raíz del hélix, la cual divide esta cavidad en 2 partes una superior más estrecha y de forma ovalada (Concha Cymba) y otra inferior mucho más grande (Concha Cava). ^(53, 54)

Partiendo de la concha, el hélix, contornea en semicírculo la parte superior de la oreja para descender de nuevo hasta la parte posterior inferior de la concha, en donde termina por una extremidad más o menos afilada, a la que se le da el nombre de cola de hélix. ^(53, 54)

Antihélix: llena el espacio entre el hélix y la concha, este relieve tiene su origen delante y un poco por encima de la cola del hélix, continúa verticalmente hacia arriba, dilatándose y dividiéndose luego en 2 ramificaciones. Las 2 ramas del antihélix terminan ambas en el

canal del hélix. El espacio angular formado por su bifurcación recíproca se deprime, formando una fosa más o menos profunda llamada fosa triangular del pabellón o fosa del antihélix. La depresión que está entre el hélix y el antihélix se llama escafa o gotera del hélix. ^(53, 54)

Trago: es una eminencia laminosa de forma triangular situada en la parte anterior de la concha, un poco por debajo del hélix. ^(53, 54)

Antitrago: se sitúa en frente del trago, es un pliegue ovoideo o periforme. ^(53, 54)

Se observan 2 muescas: la muesca superior es la depresión entre la cruz del hélix y el borde superior del trago y la muesca media es la depresión entre el trago y el antitrago. ^(53, 54)

Lóbulo de la oreja: forma la quinta parte inferior, es una formación blanda y flácida, es un repliegue de piel sin interposición de la lámina cartilaginosa. ^(53, 54)

Cara interna (superficie Yin)

Mira hacia el interior y un tanto hacia atrás. Es como la cara externa, desigual en grado sumo. ^(53, 54)

Estas desigualdades son exactamente las mismas que las de la cara externa, pero inmensamente configuradas. ^(53, 54)

Circunferencia: la circunferencia del pabellón sirve de límite respectivo a las caras externas e internas del mismo. ^(53, 54)

Constitución de la oreja

Presenta una lámina delgada y elástica de cartílago que ocupa toda la extensión del pabellón con excepción del lóbulo. Posee músculos y ligamentos que unen el pabellón a las regiones vecinas y sus partes entre sí. ^(53, 54)

Está recubierta por piel delgada que es lisa, y suave, que descansa en tejido celular subcutáneo que es relativamente laxo en la cara interna y más compacto en la cara externa. ^(53, 54)

Vascularización

El riego sanguíneo proviene de las arterias temporal superficial y auricular posterior. ^(53, 54)

Los linfáticos forman en la superficie del pabellón una rica red que cubre con sus mallas finas y apretadas a la cara externa e interna. ^(53, 54)

Inervación

La inervación sensitiva del pabellón auricular proviene del nervio aurículo temporal y de las ramas mastoides y auricular del plexo cervical. Las fibras del vago llegan a la oreja por

medio del nervio facial y se cree que este último contribuye a la inervación del conducto auditivo externo. Aunque la piel de la oreja no contiene terminaciones nerviosas organizadas, en ella se pueden percibir sensaciones del tacto, dolor, frío y calor. ^(53, 54)

Zonas topográficas y puntos de la oreja

La distribución de los puntos auriculares en la superficie yang es semejante a un feto dentro de la matriz, en posición invertida con la cabeza hacia abajo: ^(53, 54)

- Lóbulo de la oreja: zona de la cara (se divide en 9 zonas numerándose de delante hacia atrás y de arriba hacia abajo).
- Tragus: áreas nasal y faríngea.
- Antitragus: Región cabeza.
- Antihélix: corresponde al tronco y miembros inferior.
- Cruz superior e inferior del antihélix: área de las asentaderas.
- Cruz del hélix: representa al músculo diafragmático por lo tanto los órganos internos del tórax están en la región inferior de la cruz del hélix y los órganos abdominales en la parte superior de la cruz en la concha.
- Concha Cava y Cyma: Organos internos.
- Escafa: Miembro Superior.

Los puntos auriculares son distribuidos como sigue: ^(53, 54)

- El lóbulo de la oreja corresponde a la región facial
- El antitrago corresponde a la región de la cabeza
- El hélix corresponde al diafragma
- El antihélix corresponde a la columna vertebral
- El supra antihélix corresponde a las extremidades inferiores
- El infra antihélix corresponde a la región glútea
- La fosa deltoidea corresponde a los genitales
- La escafa corresponde a las extremidades superiores
- El tragus corresponde a la cavidad nasal, garganta, glándula adrenal
- La icisura supra trágica corresponde a parte externa de la oreja
- La icisura intertrágica corresponde a las glándulas endocrinas
- La cavidad de la concha corresponde a la región del tórax
- La región que rodea al pilar del hélix corresponde al tracto digestivo
- La parte posterior de la oreja corresponde a la región de la espalda incluyendo las partes superiores e inferiores del dorso y el surco para descender la presión sanguínea

En estos momentos se conocen alrededor de 200 puntos biológicamente activos en la cual, con los cuales se pueden tratar numerosas enfermedades. ^(53, 54)

Entre ellas hay de 70 a 90 puntos de mayor importancia. ^(53, 54)

Procedimientos para la auriculoterapia

Reglas para la selección de puntos

1. Selección de puntos según localización de la enfermedad, aurículo puntura correspondiente a las áreas enfermas, son seleccionadas para el tratamiento. ^(53, 54)

Ejemplo: Punto estómago para gastralgia, punto de hombro para el dolor del hombro.

2. Selección del punto de acuerdo a la teoría tradicional china: De acuerdo a la teoría de los órganos Yang-Fu, meridianos y colaterales correspondientes a los auriculopuntos son seleccionados para el tratamiento. ^(53, 54)

Ejemplo: Punto pulmón puede seleccionarse para enfermedades de la piel, porque el pulmón domina la piel y el pelo.

Punto de intestino delgado para arritmia ya que el corazón se relaciona internamente y externamente con el intestino delgado.

3. Selección de puntos de acuerdo a experiencias clínicas. ^(53, 54)

Ejemplo: punto hélix 2,4 y 6 para el dolor e inflamación del tórax.

Prueba de los puntos auriculares

Para un tratamiento efectivo, antes es necesario determinar los puntos. Para localizar el punto de mayor reacción sensitiva los métodos de prueba son los siguientes: ^(53, 54)

1. Localizar el sitio de mayor sensibilidad para funcionar, se presiona el área auricular seleccionada con la punta o la cabeza de una aguja hasta que el paciente sienta el dolor agudo. Este se considera el punto de reacción para la terapia. El médico debe asegurarse de que la presión aplicada en cada momento durante la presión sea la misma, al igual que su duración.
2. Método electroexplorativo. Determinar los puntos de máxima conducción de corriente eléctrica usando un electroexplorador de puntos de acupuntura. El punto es determinado cuando el indicador del amperímetro del explorador alcanza el máximo
3. Método de impresión directa. Ocasionalmente los pacientes pueden presentar cambios morfológicos o de coloración en la oreja o puntos de reacción tales como... escoriaciones, pequeños puntor rojos o negros, besículas, etc. y estos puntos pueden ser referidos de punzado.

Procedimiento ^(53, 54)

1. Limpiar muy bien la oreja antes de puncionar.
2. Nunca penetra el cartílago.
3. Utilizar agujas muy cortas, que previamente se hayan esterilizado.
4. No puncionar la superficie interna (Yin) y la externa (yang), al mismo tiempo y en la misma oreja, y en la misma sesión del tratamiento.
5. En la práctica de la auriculopuntura china se emplean agujas de acero de una sola espiral o filiforme. En la Escuela Francesa de acupuntura usan agujas de acero,

oro o plata. El orden de colocación de las agujas varía en la escuela china, mientras que en la francesa se pone con cuidado en el orden tanto de inserción como de extracción de las agujas. Las agujas se pueden insertar perpendicular u oblicua. Cuando se hace perpendicular las agujas deben colgar de la piel y no penetrar en el cartílago.

6. Las agujas después de insertadas se dejan durante 20 o 30 minutos. Si se necesita estimulación se utiliza la electropuntura. La estimulación manual no se utiliza en algunas clínicas ya que pueden dañar el cartílago.
7. El tratamiento se lleva a cabo diariamente o cada 3er. día por un período de 7 a 10 días, cuando no son agujas permanentes. En el caso de agujas permanentes estas se pueden dejar hasta 30 días cuando se usan semillas se pueden dejar por 7 días.
8. Además del tratamiento clásico con las agujas es posible inyectar diferentes drogas en los puntos tratar con maxibustión.
9. En caso de desordenes psicósomáticos se ha demostrado que debe ser usada en pacientes que sean derechos la oreja izquierda y la inversa en los zurdos.

Localización y uso de los puntos más importantes de la oreja (L: Localización, I: Indicaciones)^(53, 54)

1. Diafragma. L- En la raíz del hélix. I- Ictericia, hipo, enfermedades del sistema digestivo, dermatitis.
2. Recto. L- En el extremo del hélix, cerca del surco superior del trago. I- Estreñimiento, tenesmo, hemorroides externas.
3. Uretra. L- En el centro del hélix, a nivel del borde inferior del antihélix. I- Anuria, enuresis y dolor en el uréter.
4. Órganos genitales. L- En el centro del hélix, a nivel del borde superior de la raíz inferior del antehélix. I- Inflamación de los órganos genitales externos, dermatosis del pene, impotencia.
5. Hemorroides. L- En el hélix, a nivel del borde inferior de la raíz superior del antihélix. I- Hemorroides internas, hemorroides externas (tiene significado en el diagnóstico de hemorroides).
6. Vértex del pabellón de la oreja. L- En el vértex de la oreja, cuando se dobla esta hacia el trago. I- Fiebre, hipertensión y conjuntivitis aguda.
7. Hígado. L- Región central de la tuberosidad del hélix. I- Hepatitis crónica, hepatitis epidémica (desempeña la función de bajar la enzima TOP), diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del hígado.
8. Hélix. L- Se divide en cinco partes, desde el borde inferior de la tuberosidad del hélix hasta el borde inferior del centro del lóbulo de la oreja. I- Fiebre, amigdalitis, hipertensión.
9. Dedos de la mano. L- En la gotera del hélix, por encima de la tuberosidad del hélix. I- Dolores en los dedos de las manos, trastorno funcional.
10. Muñeca. L- En la gotera del hélix, por encima de la tuberosidad del hélix. I- Dolores en la muñeca, trastorno funcional.
11. Codo. L- En el centro entre los puntos (10) y (12). I- Dolores alrededor del codo, trastorno funcional.
12. Partes blandas del hombro. L- En la gotera del hélix, a nivel del surco superior del trago. I- Dolores en los hombros, trastorno funcional, inflamación escapular.
13. Hombro-Clavícula. L- En la gotera del hélix, a nivel de la fosa intertrago. I- Dolor alrededor de la clavícula, inflamación articular de la escápula.

14. Dedos del pie. L- En el ángulo posterosuperior de la raíz superior del antihélix. I- Dolores en los dedos del pie, trastorno funcional.
15. Maléolo. L- En el ángulo anterosuperior de la raíz superior del antihélix. I- Dolor en la región del aléolo.
16. Torso. L- Entre los puntos (17) y (15). I- Distorsión de la articulación del dorso del pie, dolor en dorso del pie.
17. Rodilla. L- En el borde posterior de la raíz superior del antihélix, a nivel del borde superior de la raíz inferior del antihélix. I- Dolor en la rodilla, trastorno funcional.
18. Cadera - muslo. L- En la mitad posterior del borde superior de la raíz inferior del antihélix. I- Dolor en la región de cadera y el muslo.
19. Glúteos. L- Un tercio de la cara externa de la raíz inferior del antihélix. I- Dolor en la región glútea.
20. Nervio ciático. L- En el centro entre los puntos (21) y (19). I- Glúteos.
21. Nervio simpático. L- En la unión de la raíz inferior del antihélix y el borde interno del hélix. I- Dolores en cualquier víscera, palpitación, sudoración, desequilibrio, sistema neurovegetativo, analgesia por acupuntura.
22. Vértebra cervical. L- El borde interno de la línea curva que forma el antihélix corresponde a la columna vertebral. Esta línea se divide en tres partes por dos líneas horizontales paralelas. Una se traza a nivel del borde inferior del antihélix y la otra a nivel de la incisura antihélix-antitrigo. El tercio inferior corresponde a las vértebras cervicales, el tercio medio a las dorsales y el tercio superior a la región lumbosacra. I- Dolor del cuello.
23. Vértebra dorsal. L- (La misma del punto 22). I- Dolor alrededor de la vértebra torácica, dolor en el seno, síntomas de insuficiencia de leche.
24. Región lumbosacra. L- (La misma del punto 22). I- Dolor alrededor de la cintura y el sacro, dolor en el vientre, peritonitis.
25. Cuello. L- En la unión del antihélix y el antitrigo, cerca de la gotera del hélix. I- Inflamación del tiroides, tortícolis.
26. Tórax. L- En el antihélix, a nivel del surco superior del trago. I- Síntomas de plenitud en el pecho, dolor en el pecho, neuralgia intercostal.
27. Abdomen. L- En el antihélix a nivel del borde inferior de la raíz inferior del antihélix. I- Dolor abdominal, dismenorrea.
28. Shenmen de oreja. L- En el punto donde se bifurcan las raíces superior e inferior del antihélix. I- Diversos dolores trastornos en el sueño, síntomas de trastornos nerviosos. Los trastornos en el sueño y el vértigo se tratan punturando hacia arriba y el dolor se calma punturando en dirección interna.
29. Útero. L- En la fosa triangular, en la mitad inferior del borde del hélix. I- Impotencia, leucorrea, menstruación irregular, dismenorrea.
30. Hipotensor. L- En la fosa triangular, sobre el borde inferior de la raíz superior del antihélix, en su cruce con el borde interno del hélix. I- Hipertensión.
31. Oreja. L- En el borde de la parte interna del hélix, a nivel del punto del recto (2). I- Enfermedades de las orejas.
32. Nariz externa. L- Centro del lado interno del trago. I- Obstrucción nasal, todas las enfermedades de la nariz.
33. Glándula suprarrenal. L- En el tubérculo inferior del borde del trago. I- Hipotensión shock, asma, inflamación, pulso ausente, alivio dolor.
34. Faringe y laringe. L- La mitad superior de la parte interna del trago. I- Laringitis, faringitis, amigdalitis.
35. Nariz interna. L- En la parte media inferior del trago. I- Rinitis, sinusitis maxilar.

36. Punto asma. L- En el tubérculo superior del borde del trago. I- Asma, bronquitis, parotiditis, dermatosis.
37. Punto del cerebro. L- En el centro entre el punto (36) y la incisura antihélix-antitrago. I- Enuresis, oligofrenia, relaja mente.
38. Tronco cerebral. L- Lugar correspondiente a la incisura antihélix-antitrago. I- Anquilosis de la nuca, apoplejía, cefalea, vértigos.
39. Occipucio. L- En el ángulo posterosuperior de la parte externa lateral del antitrago. I- Cefalea, vértigo, neurastenia, trastornos en el sueño.
40. Te Yang. L- En el centro, entre los puntos (39) y (41). I- Migrañas, sedación y analgesia.
41. Frente. L- En el ángulo anteroinferior de la parte externa lateral del antitrago. I- Cefalea, mareo, insomnio.
42. SubcórteX. L- En la parte interior del antitrago. I- Trastornos en el sueño, soñar mucho, tinnitus, insomnio, inflamaciones, dolores.
43. Boca. L- Junto a la pared interior del antitrago. I- Estomatitis, parálisis facial.
44. Esófago. L- En las dos terceras partes anteriores de la parte inferior de la raíz del hélix. I- Disfagia, esofagitis.
45. Orificio del cardias. L- En el tercio posterior de la parte inferior de la raíz del hélix. I- Vómitos, náuseas, insomnio, gastritis.
46. Estómago. L- En el tercio posterior de la parte superior de la raíz del hélix. I- Gastritis, vómito.
47. Duodeno. L- En el tercio posterior de la parte superior de la raíz del hélix por encima del punto (46). I- Úlcera del duodeno, piloroespasmo.
48. Intestino delgado. L- En el tercio medio de la parte superior de la raíz del hélix. I- Indigestión, palpación.
49. Apéndice. L- Entre los puntos (50) y (48). I- Apendicitis, diarrea.
50. Intestino grueso. L- En el tercio anterior de la parte superior de la raíz del hélix. I- Diarrea, estreñimiento.
51. Hígado. L- Posterior a los puntos (46) y (47). I- Enfermedades de los ojos, neuralgia intercostal, hipertensión, vértigo, dolor en el vientre, hepatitis.
52. Páncreas y vesícula biliar. L- Entre los puntos (51) y (53). Páncreas está representada en la oreja izquierda y vesícula biliar en la derecha. I- Pancreatitis, dispepsia, enfermedades de las vías biliares.
53. Riñón. L- Entre los puntos (52) y (54) en el borde inferior de la raíz inferior del antihélix. I- Dolor en la cintura, sordera, espermatorea, nefritis, impotencia.
54. Uréter. L- Entre los puntos (53) y (55). I- Enfermedades del uréter.
55. Vejiga. L- Entre los puntos (50) y (54) en el borde interno e inferior de la raíz a la raíz inferior del antihélix. Directamente por encima del punto (50). I- Cistitis, enuresis, dolor en la cintura, ciática.
56. Próstata. L- En el ángulo superior interno de la concha superior formada por el cruce del borde inferior de la raíz inferior del antihélix y el hélix. I- Prostatitis.
57. Corazón. L- En el centro de la concha inferior. I- Trastornos del sueño, palpación, histeria, neurastenia, sudor frío, inflamación de la lengua, estomatitis, anemia.
58. Pulmón. L- En la parte superior e inferior del punto (57). I- Pulmonía, bronquitis, edema, dermatitis, laringitis, faringitis, ronquera, utilizado como punto de anestesia.
59. Bazo. L- Debajo del punto (51) junto al borde del antihélix. I- Indigestión, gastritis, úlcera en el estómago y el duodeno, distensión abdominal, anemia, enfermedades hemorrágicas, diarreas.

60. Triplefunción (sanjiao). L- En la parte superior de la incisura intertrago, en la concha inferior. I- Estreñimiento, dolores en la parte externa de la mano y el brazo, disuria, edemas, prurito.
61. Endocrino. L- En el fondo de la incisura intertrago por debajo del punto (60). I- Impotencia, dermatitis, enfermedades de la sangre, gastritis, varias enfermedades que se producen por el trastorno funcional endocrino, síntomas de menopausia.
62. Ojo I. L- Bajo el surco inferior del trago, por delante, en el borde. I- Glaucoma, atrofia óptica, enfermedades de la vista, mejora la visión corta de los ancianos.
63. Hipotensión. L- Debajo de la incisura intertrago, formando un triángulo con los puntos (62) y (64). I- Hipotensión (se puede subir hasta 30 mm/Hg).
64. Ojo II. L- Bajo el surco inferior del trago, en el borde, por detrás. I- Enfermedades externas del ojo, trastornos en la visión.
65. Cara. L- Se encuentra al dividir el lóbulo de la oreja en nueve partes, desde la tercera hasta la quinta partes. I- Parálisis facial, forúnculos, neuralgia del trigémino.
66. Lengua. L- En el centro de la segunda zona. I- Inflamación de la lengua.
67. Mandíbula superior, Mandíbula inferior. L- Mandíbula superior esta en la parte superior del lado interno de la segunda zona, Mandíbula inferior en la parte inferior del lado externo de la segunda zona. I- Odontología, inflamación de la encía, estomatitis.
68. Ojo. L- En la quinta zona, en su centro. I- Conjuntivitis aguda, enfermedades externas de los ojos.
69. Oído externo. L- En la sexta zona, en su centro. I- Tinnitus, otitis media, enfermedades de los órganos genitales, enfermedades de Meniere.
70. Amígdalas. L- En la octava zona, en su centro. I- Amigdalitis aguda.
71. Dientes. L- Angulo inferior del lado externo de la primera zona. I- Dolor en los dientes, punto anestésico para la extracción de dientes.
72. Dientes. L- En el centro de la cuarta zona. I- Dolor en los dientes, punto anestésico para la extracción de dientes.
73. Surco hipotensor. L- Surco formado en el dorso de la oreja. I- Hipertensión, dermatosis.
74. Urticaria o punto alérgico. L- Punto medio entre dedos y muñeca. I- Expulsión de aire y mejorar la picazón.
75. Tráquea. L- En el área del pulmón entre boca y corazón. I- Tos, asma.
76. Punto neurastenia. L- En la cuarta sección del lóbulo. I- Neurastenia, ansiedad.
77. Punto hambre I. L- Entre el punto adrenal y el área nasal externa. I- Combatir la obesidad.
78. Punto dingchuan. L- Se sitúa en la cima del antitrago. I- Para aliviar el asma.
79. Tubérculo de Darwin. L- Situado en la eminencia del hélix. I- Representa a los órganos Zang Fu. Se emplea en trastornos de los órganos internos tonificando o como punto hemeostático.
80. Punto hambre II. L- Entre el área bucal y la línea inferior de la cruz del hélix. I- Tratamiento obesidad.
81. Punto ascitis. L- Entre el polo superior del riñón y el área del intestino delgado. I- Edema, ascitis.

Ver **Anexo D**. Puntos de la oreja.

Precauciones ^(53, 54)

1. No usar en embarazadas que tengan historia de abortos.
2. Puntos auriculares que no deben usarse en embarazadas: sistema endocrino y genitourinario.
3. Los pacientes ancianos y débiles; deben descansar antes y después de aplicarle agujas en las aurículas.
4. Si tiene mareos repentinos, náuseas falta de aire, desmayo u otros síntomas aparecen durante el tratamiento, el paciente debe manejarse de la misma manera que cuando se aplica acupuntura corporal.
5. Durante las visitas iniciales el paciente debe mantenerse reclinado.
6. Está contraindicado poner agujas si está inflamada la oreja.

Terapéutica

Enfermedades digestivas ^(53, 54)

- Gastritis (aguda y crónica) - Intestino Delgado, Estómago, Simpático, Shenmen, Bazo, Pulmón, Hígado.
- Úlcera duodenal o Gástrica - Duodeno, simpático, Shenmen, cerebro, bazo, sanjiao, estómago, hígado.
- Espasmos diafragma - Diafragma, Shenmen, subcórtez.
- Digestión lenta - Intestino delgado, estómago, Páncreas, Vesícula biliar, intestino Grueso, Shenmen, Triplefunción.
- Náuseas y vómitos - Simpático, Bazo, Estómago, Occipucio, Subcórtez.
- Constipación - Intestino Grueso, Recto, Subcórtez, Simpático, triplecalentador.
- Fisura Anal - Recto, Shenmen, Intestino Grueso.
- Prolapso rectal - Recto, intestino grueso, subcórtez.
- Hemorroides - Recto, Intestino Grueso, hemorroides, Subcórtez, Suprarrenal, Simpático.
- Distensión abdominal postoperatoria - Intestino grueso y delgado, estómago, bazo.
- Hipo - Diafragma.
- Vómitos - Estómago, Hígado, Bazo, Shenmen.
- Odontología - Mandíbula superior y mandíbula inferior, ansiolítico, diente (71, 72).

Enfermedades Respiratorias ^(53, 54)

- Bronquitis - Tráquea, Shenmen, Suprarrenal, Simpático, Occipucio, Pulmón.
- Neumonía - Pulmón, Tórax, Suprarrenales, Endocrinas, Riñón, Shenmen, Subcórtez.
- Asma - Simpático, Shenmen, Suprarrenales, Pulmón, Tráquea, Endocrino, Punto Asma, Riñón, Intestino grueso, Punto Ding Chuan.
- Tos - Shenmen, Pulmón, Suprarrenal, Tráquea, Simpático.
- Ronquera - Pulmón, Cuello, Tráquea, Corazón, Intestino grueso, Riñón.
- Resfriado común - Nariz Externa, Glándula Suprarrenal, Pulmón.

Enfermedades Cardiovasculares ^(53, 54)

- Hipertensión - Punto hipotensor, Simpático, Shenmen, Corazón, Sangrar para bajar la tensión, Suprarrenal frente, Hígado, Riñón, Hipotensor (30).
- Hipotensión - Punto de Hipotensión (63), Simpático, Corazón, Suprarrenal.
- Trastornos circulatorios - Buscar los puntos correspondientes a las zonas afectadas y agregar endocrina y suprarrenales.
- Taquicardia paroxística - Corazón, Shenmen, Simpático.
- Angina de Pecho - Corazón, nervio simpático, endocrino, glándula suprarrenal, Riñón, SubcórteX.
- Arritmias - Corazón, Simpático, intestino Delgado, SubcórteX.

Enfermedades Genitourinarias ^(53, 54)

- Enuresis - Riñón, Vejiga, Hígado, Cerebro, Uretra, Simpático, Punto ansiolítico.
- Impotencia - Útero, Órganos Genitales, Próstata, Suprarrenales, Riñón.
- Eyaculación rápida - Útero, Órganos Genitales, Endocrina, Shenmen, Suprarrenales.
- Orquitis - Órganos Genitales, Endocrina, Suprarrenal, Shenmen.
- Prostatitis - Órganos Genitales, Endocrino, Shenmen, Suprarrenal, Occipucio.
- Cistitis - Vejiga, Riñón, Simpático, Shenmen, Occipucio, Suprarrenal.
- Litiasis uretral - Uréter, Simpático, Shenmen, Riñón, Cerebro.

Afecciones Ginecológicas ^(53, 54)

- Leucorrea - Útero, endocrinos, Shenmen.
- Endometritis - Útero, endocrinas, suprarrenales.
- Metrorragias - útero, hipófisis, endocrinas, suprarrenal.
- Prolapso Genital - Útero, subcórteX.
- Cervicitis - Útero, endocrinos.
- Anexitis - Simpático, endocrinos, Shenmen, Suprarrenal.
- Dolores uterinos postpartum - Útero, Puntos Simpático, Shenmen, SubcórteX.
- Dismenorrea - Útero, Endocrino, Hígado, Shenmen, Abdomen, Simpático.

Osteomioarticular y SNC ^(53, 54)

- Tortícolis - Vértebra cervical, cuello, shenmen, riñón, frente.
- Hombro - Hombro, clavícula, partes blandas hombros, hígado, bazo, shenmen, suprarrenal, cerebro.
- Neuralgia del trigémino - cara, maxilar superior e inferior, shenmen, occipucio, oreja, etc.
- Parálisis facial - cara, occipucio, ojo 1, ojo 2, maxilar superior e inferior.
- Ciatalgia - Ciática, shenmen, occipucio, suprarrenal, vértebras lumbosacras.
- Trastornos del equilibrio - cerebro, occipucio, vértebras cervicales, riñón, shenmen, troncocerebral.
- Luxación - puntos de la zona correspondientes más suprarrenal, subcortex, endocrinas.
- Esguince agudo - Shenmen, cerebro, y puntos sensibles correspondientes al esguince.

- Neuritis facial - ojo, hígado, cara, bazo, frente, shenmen.
- Dislocación grave o golpes - puntos auriculares correspondientes al área afectada, subcortical, shenmen.
- Columna cervical - columna cervical, shenmen, suprarrenal.
- Columna dorsal - columna dorsal, shenmen, tórax.
- Rodilla - Rodilla, shenmen, subcortex.
- Poliartritis - articulaciones afectadas, shenmen, suprarrenales, subcortex.
- Cefaleas - Te Yang, shenmen, riñón, subcortex, frente, corazón, hígado, hélix 6, ojo 1 y 2, simpático.
- Insomnio, pesadilla - shenmen, corazón, riñón, occipucio, frente, subcortex, punto ansiolítico.
- Neurastenia - corazón, riñón, shenmen, cerebro, estómago, hígado, punto ansiolítico, subcortex.
- Histerias - corazón, riñón, shenmen, cerebro, subcortex, estómago, occipucio, hígado.
- Alucinaciones - riñón, hígado, ojo, occipucio.
- Afonía histérica - hipófisis, occipucio, corazón, shenmen, riñón, subcortex.
- Sordera - oído interno, riñón.
- Migraña - shenmen, simpático, frente, ojo 1 y ojo 2.

Varios ^(53, 54)

- Dolor causado por cáncer o tumor: cerebro, corazón, hígado, shenmen, vértex pabellón oreja, nervio simpático.
- Prurito piel - shenmen, pulmón, cerebro urticaria, hígado, bazo, corazón, páncreas, vesícula biliar, diafragma.
- Verruga plana - shenmen, pulmón, cerebro, intestino grueso, occipucio.
- Herpes Zoster - puntos correspondientes a las zonas afectadas, glándula suprarrenal.
- Orzuelo - ojo 1 y ojo 2, hígado.
- Afecciones de la piel - región afectada, pulmón, shenmen.
- Obesidad - hambre I y II, estómago, páncreas, shenmen, ansiolítico.
- Intoxicación alimentaria - estómago, pulmón, hígado, riñón, suprarrenales.

Ventajas de la auriculoterapia ^(53, 54)

1. Pueden curarse enfermedades crónicas diferentes:

A través de su práctica se ve como pueden curarse enfermedades como metrorragia, síndrome de Meniere, Dermatitis, Rinitis alérgica, impotencia sexual, etc.

2. Los resultados son rápidos:

Por ejemplo, calma los dolores con rapidez, de torsiones, dislocaciones, úlceras generalmente pasadas varias horas a 24 horas después de la inserción de las agujas puede, controlar la inflamación sino pus, por ejemplo en sabañones, herpes simples o impétigo, bronquitis, conjuntivitis.

Calma, rápido, el prurito, dermatitis alérgica, baja la fiebre con rapidez.

3. Es de manejo simple:

No necesita ninguna instalación, ni clínica, puede usarse en cualquier consultorio de la ciudad o campo.

4. Se puede aprender con facilidad:

Los puntos están concentrados en la oreja y muchos puntos se denominan con el mismo nombre del órgano sobre el que actúan.

5. Economía:

Para este tratamiento sólo se necesitan agujas, alcohol, algodón y puede no utilizarse agujas, y sustituirse por semillas o pequeños imanes que se ponen en los puntos con esparadrapo por período de una semana.

6. Pocos efectos secundarios

7. Es valiosa para el diagnóstico:

Los puntos auriculares son puntos específicos de la oreja que cuando se produce una alteración en los órganos internos u otras partes del cuerpo, aparecen reacciones de un lugar correspondiente en la oreja con aumento de la sensibilidad, disminución de la resistencia cutánea, cambios morfológicos y decoloración. Por tanto esos lugares referidos como puntos sensibles nos permite hacer diagnósticos de las diferentes enfermedades.

8. Como medida preventiva:

Para tratar enfermedades como influenza paperas, etc. con el tratamiento por la oreja mejora el apetito, el sueño, la resistencia a las enfermedades y a los resfríos.

9. Anestesia acupuntural:

Se cumple en la extirpación de amígdalas, muelas, dislocación operación de oftalmología, con buenos resultados.

Fibromialgia

El término *fibromialgia* es utilizado de forma unitaria desde principios de la década de los noventa del siglo XX. Previamente el cuadro había sido denominado de diferentes modos (Rotés, 1994; Nye, 1998; Tevar y cols, 1998).⁽⁷⁾

Se reconoce la existencia de este cuadro desde hace más de 150 años. Los autores alemanes lo denominaban *reumatismo muscular*. También se denominaban *mialgias* los cuadros de dolor muscular en los que no se objetivaba lesión alguna. A principios del siglo XX, en 1904, William Gowers acuñó el término de *fibrositis* para referirse a la fibromialgia

como un cuadro de dolor de los tejidos blandos de tipo inflamatorio, vocablo utilizado por la mayoría de autores. Otros, como Boland en 1947, se refirieron al síndrome como *reumatismo psicogénico* y destacaron su naturaleza de expresión de trastornos neuróticos.

En 1974, Philip Hench creó el término *fibromialgia* uniendo los términos *fibrositis* y *mialgias*, que fue recogido a partir de entonces por Wolfe, Smythe y Yunus para desarrollar un método que cuantificara y discriminara el trastorno. En 1992, en el II Congreso Mundial de Dolor Miofascial y Fibromialgia, celebrado en Copenhague, la American College of Rheumatology asumió y estableció los criterios diagnósticos para la fibromialgia que luego fueron incorporados al International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) en 1993, en el epígrafe 'M79.0 Reumatismo, inespecificado' (Kurtze y cols, 1998; Tevar y cols, 1998).⁽⁷⁾

Criterios diagnósticos

La fibromialgia se caracteriza por la ausencia de causas orgánicas claras. No hay pruebas de laboratorio que permitan el diagnóstico específico de este trastorno, sino que su clasificación se realiza por eliminación. En 1990 se publicó el estudio multicéntrico liderado por Wolfe, Smythe, Yunus y cols, a partir del cual se fijó un método objetivo que discriminara la fibromialgia de otros síndromes de dolor crónico regional o generalizado de tipo reumático. Este método se basa en la cuantificación de la intensidad de la respuesta de dolor en diferentes puntos localizados en el cuerpo, denominados puntos sensibles al dolor, que coinciden con puntos de inserción del músculo, prominencias óseas, otras zonas de tejido blando y nódulos de algunos cuerpos musculares.⁽⁷⁾

Se han identificado 18 puntos sensibles o 9 pares de puntos simétricos bilaterales a lo largo de todo el cuerpo y tanto en la cara ventral como en la posterior Ver **Anexo E. Puntos Sensibles Típicos de la Fibromialgia.** National Fibromyalgia Partnership, Inc.⁽⁷⁾

Estos puntos deben resultar dolorosos cuando el evaluador concentra una presión digital sobre ellos de alrededor de cuatro kilos de fuerza. La reacción debe ser de dolor y no simplemente de una mayor sensibilidad. Se han establecido también dos pares de puntos de control que sirven para detectar los falsos positivos.⁽⁷⁾

Los criterios de clasificación establecidos por la American College of Rheumatology (1990)⁽⁵⁾ fueron:

- Historia de dolor generalizado presente durante al menos 3 meses.
- Localización por palpación digital de once o más de los dieciocho puntos dolorosos o sensibles a la palpación digital (tender points), específicos de fibromialgia.

Además de estos dos criterios, se aportan otros dos a estudiar, pero que el American College of Rheumatology no encontró tan sensibles y específicos como los dos anteriores:

- Cansancio, en ocasiones muy intenso.
- Alteraciones del sueño: este síntoma se ha asociado positivamente a la gravedad del dolor e impotencia funcional, ansiedad y depresión.

A falta de anormalidades patofisiológicas específicas se han criticado mucho los criterios de clasificación anteriores (Rotés, 1994; Wolfe, 2003). Sin embargo, los criterios acordados para otros trastornos como la migraña, la neuralgia del trigémino, la cefalea tensional, el síndrome de colon irritable, el síndrome de fatiga crónica o la depresión, también han sido determinados sobre el consenso entre clínicos experimentados (Nielson y Harth, 2004; White, 2004). Por ejemplo, los criterios propuestos por la American Association of Arthritis para el diagnóstico de la artritis reumatoide tenían una sensibilidad del 94 % y una especificidad del 89 %, cifras no muy alejadas de las estimadas para la fibromialgia (Tevar y cols, 1998).⁽⁷⁾

Estos criterios fueron probados en una muestra de 293 sujetos con fibromialgia y 265 controles con trastorno de dolor crónico regional o trastorno reumático y mostraron una sensibilidad del 88 % y una especificidad del 81 %.⁽⁷⁾

Las personas que padecen fibromialgia pueden experimentar también algunos de los síntomas siguientes:⁽⁵⁾

- Cambios en el estado de ánimo y en sus pensamientos.
- Depresión o ansiedad
- Dificultad para concentrarse
- Problemas del intestino o de la vejiga
- Dolor de cabeza, incluyendo migraña
- Tensión premenstrual
- Sensación de hinchazón
- Adormecimiento u hormigueo, o intolerancia al frío
- Fatiga

Etiopatogenia

Hallazgos biológicos

Por el momento, no se han hallado alteraciones biológicas específicas que expliquen el cuadro o el desarrollo de la fibromialgia. Este hecho ha fomentado la investigación sobre sus causas pero también ha producido un intento de negación de la existencia del síndrome como una entidad nosológica diferenciada. Si bien históricamente se pensó que la fibromialgia era el resultado de múltiples microtraumas en los tejidos musculares (Nye, 1998), actualmente se considera que es un trastorno de la función y no una consecuencia de posibles lesiones estructurales.⁽⁷⁾

Entre los diferentes hallazgos biológicos publicados, existe evidencia de la alteración de algunos neurotransmisores (Rollman, 1993; Malt y cols, 2002). Se han observado niveles disminuidos de serotonina y de sus precursores en el líquido céfalo-raquídeo (Yunus y cols, 1992), además de bajos niveles de noradrenalina y un aumento de sustancia P (Russell y cols, 1992; Væroy y cols, 1992). Hay acuerdo en cuanto a la elevada concentración de sustancia P y otros péptidos antinociceptivos, sin embargo el acuerdo disminuye en relación a si los niveles de serotonina son deficitarios en la totalidad de los sujetos con fibromialgia (Okifuji y cols, 2000). Este patrón alterado en los sistemas de

neurotransmisores centrales explica el fenómeno de la hiperalgesia o excesiva sensibilidad y amplificación de las señales de dolor. ⁽⁷⁾

Otro foco de investigación se ha reunido en torno a la función neuroendocrina. Se han evidenciado disminución de la liberación de cortisol o hipocortisolismo en respuesta al estrés y a la activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (van West y Maes, 2001), alteraciones del equilibrio entre los sistemas nerviosos autónomos simpático y parasimpático -como una disminución de la tensión arterial sistólica en respuesta a la buspirona (Malt y cols, 2002), la reducción de la temperatura en espalda y aumento en manos (Qiao y cols, 1991) o la alteración funcional del nervio autonómico en respuesta a estrés ortostático (Martinez-Lavin y cols, 1997)- y disminución de la liberación de hormona de crecimiento o somatotropina (Bennett y cols, 1992). ⁽⁷⁾

Se ha observado mayor presencia de anticuerpos antinucleares y anticuerpos serotoninérgicos pero no hay evidencia clara que apoye la hipótesis de un trastorno de la función autoinmune ni la de una infección vírica (McCain y Tilbe, 1989). ⁽⁷⁾

La neuroimagen funcional ha aportado datos a favor de la hipoperfusión sanguínea de córtex, tálamo y núcleo caudado (Mountz y cols, 1995) pero también a favor de un aumento de la actividad de la corteza prefrontal, motora y cingulado anterior en respuesta a estímulos no dolorosos en los pacientes con fibromialgia (Cook y cols, 2004). Probablemente, los hallazgos más específicos sean los relativos a la mala calidad del sueño y la ausencia de sueño reparador, explicados por la aparición anormal de ondas electroencefalográficas alfa en el sueño lento o de predominio de ondas delta (Moldofsky, 1993; Roizenblatt y Moldofsky, 2001), observadas asimismo en trastornos por estrés postraumático. Estas alteraciones no son compartidas por otros trastornos como el insomnio, la distimia u otros trastornos neuróticos, donde las características de la alteración funcional del sueño son distintas. Las irrupciones de ondas alfa simultáneamente a la actividad NREM de fase IV no son suficientes para inducir despertares en la persona pero se considera que deterioran más la calidad restauradora del sueño que la privación de sueño de ondas lentas o que la privación total. ⁽⁷⁾

Estos hallazgos y la falta de otros descubrimientos más esclarecedores han permitido desarrollar diferentes hipótesis etiológicas de la fibromialgia, entre las cuales destacan las siguientes: ⁽⁷⁾

1. Hipótesis de la alteración del SNC en los procesos de regulación del dolor
2. Hipótesis de la somatización y la depresión enmascarada
3. Hipótesis de la alteración de la personalidad
4. Hipótesis del beneficio secundario de tipo económico

Hipótesis de la alteración del SNC en los procesos de regulación del dolor

Esta hipótesis postula que pequeñas sensaciones dolorosas difusas son capaces de activar la transmisión de estímulos de dolor mientras el sistema de control de los estímulos nociceptivos está hipoactivado. La persistencia de sensaciones difusas y leves produciría una acumulación mantenida en el tiempo de estimulación dolorosa, cada vez mayor, a la par que no se activarían las interneuronas espinales encargadas de su inhibición. Este hecho aumentaría la sensibilidad al dolor al reducir el umbral de respuesta a los estímulos

y reforzaría una reacción de hipervigilancia de la persona hacia este tipo de información (Mason y cols, 1997; Wall, 1993; Rollman, 1993; Staud y cols, 2001).⁽⁷⁾

Se considera que este error en el sistema central de transmisión y regulación del dolor es un factor de predisposición o vulnerabilidad, que no explica el desencadenamiento del síndrome fibromiálgico.⁽⁷⁾

Hipótesis de la somatización y la depresión enmascarada

A partir de los hallazgos de laboratorio que muestran una presencia reducida de serotonina en suero y de la detección de alteraciones del sueño y síntomas depresivos en muchos pacientes con fibromialgia explorados en las consultas clínicas, empezó a cobrar forma la hipótesis de que la fibromialgia no era más que un cuadro de somatización del malestar emocional y de sintomatología ansioso-depresiva.⁽⁷⁾

Para llegar a esta conclusión, se comparó a personas afectas de fibromialgia con personas afectas de otros trastornos de dolor crónico generalizado de tipo reumatológico y curso crónico, como la artritis reumatoide (AR).⁽⁷⁾

Varios estudios afirman que la fibromialgia tiene como característica nuclear la presencia de malestar emocional en una proporción significativamente mayor que la AR. En este sentido, la presencia de historia previa o actual de diagnóstico de depresión fue superior entre los sujetos con fibromialgia que entre los sujetos con AR en los estudios de Hudson y cols, 1985, y Payne y cols, 1982. Sin embargo, otros trabajos no hallaron diferencias significativas en relación a la prevalencia de historia de depresión mayor entre ambos trastornos (Okifuji y cols, 2000; Kirmayer y cols, 1988; Ahles y cols, 1991; Netter y Hennig, 1998). Goldenberg, 1999, recogió en su revisión que la historia clínica de síntomas depresivos se situaba en el 50-70% de los casos con fibromialgia pero que la categoría psiquiátrica de depresión mayor sólo se había conseguido diagnosticar en el 18-36% de los casos.⁽⁷⁾

Friedberg y Jason, 2001, consideraron que fibromialgia y depresión mayor no son manifestaciones del mismo trastorno pues después de realizar ejercicio físico las personas con fibromialgia no mejoran y las personas con depresión sí y porque los depresivos pierden el interés por las actividades habituales y, en cambio, las personas con fibromialgia no han dejado de motivarse para la realización de las tareas habituales.⁽⁷⁾

La hipótesis se amplió para considerar otros trastornos emocionales como procesos que explicarían la fibromialgia. Walker y cols, 1997, en un estudio retrospectivo, hallaron que el 90% de los sujetos con fibromialgia presentaba o había presentado algún tipo de trastorno psiquiátrico en contraste con el 49% de prevalencia de estos diagnósticos entre los sujetos con AR y concluyó que los trastornos psiquiátricos no eran secundarios a la fibromialgia sino parte principal de su instauración y desarrollo. A partir de otro estudio prospectivo de seguimiento de 3 004 pacientes procedentes de la atención primaria, McBeth y cols, 2001, observaron que la presencia de abundantes síntomas de somatización predijo el inicio de cuadros de dolor crónico generalizado y que, por tanto, la fibromialgia era un estadio más del proceso de somatización. Ahles y cols, 1991, encontraron mayor prevalencia de trastorno de somatización en una muestra de fibromialgia que en las muestras de AR o de sujetos control, aunque la diferencia no fue significativa, pero también porcentajes

similares de ausencia de historia de diagnóstico psiquiátrico en los tres grupos, de tal forma que no se confirmó la hipótesis de la depresión o malestar enmascarados. En el mismo sentido, Kirmayer y cols, 1988, observaron mayor presencia de síntomas de somatización en la fibromialgia que en la AR, pero no hallaron diferencias en relación a la prevalencia del diagnóstico de trastorno de somatización. ⁽⁷⁾

En otros intentos, se ha analizado la presencia de alteraciones psicopatológicas más que la presencia actual o pasada de diagnóstico psiquiátrico. El Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota de Hathaway y McKinley, MMPI, ha sido utilizado ampliamente en el estudio del dolor crónico con el objetivo de evidenciar la mayor presencia de síntomas psicopatológicos entre los afectados de fibromialgia. Payne y cols, 1982, y Wolfe y cols, 1984, hallaron que los sujetos con fibromialgia mostraban perfiles de MMPI de mayor alteración psicológica que los sujetos con AR, consistentes en un aumento de la puntuación media en las escalas de Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática y Psicastenia, lo que se traduce en hiperreactividad al entorno, preocupación por la salud, presencia de síntomas somáticos abundantes, desesperanza, irritabilidad, sentimientos de injusticia, inseguridad, rumiaciones y ansiedad. Sin embargo, no consiguieron confirmar la relación entre los síntomas psicopatológicos y los síntomas característicos de la fibromialgia, a saber, el número de puntos de dolor, la fatiga o las alteraciones del sueño. Ellersten y cols, 1993, concluyeron, a partir de estos resultados, que las características centrales de la fibromialgia eran independientes del estado psicológico aunque la intensidad autopercibida del dolor sí que estuviera influida por factores psicológicos. ⁽⁷⁾

En un intento de análisis más minucioso, algunos estudios que evaluaron la presencia de malestar mediante el MMPI clasificaron los perfiles obtenidos en tres categorías: perfil normal (ninguna escala sobrepasa la puntuación típica de 70), perfil de dolor crónico (una o más escalas de la tríada neurótica, Hipocondriasis, Depresión o Histeria, elevadas por encima de la puntuación típica de 70) o perfil de alteración psicológica (cuatro escalas o más elevadas por encima de la puntuación típica de 70). Ahles y cols, 1984, 1991, hallaron que si bien las puntuaciones medias en el MMPI eran más elevadas en la fibromialgia que en la AR y en los sujetos controles, este resultado se debía a la presencia de un subgrupo, equivalente a un tercio de la muestra, que padecía más dificultades emocionales y no a que la mayoría de los sujetos con fibromialgia puntuaran más alto que los sujetos del resto de muestras de trastorno reumatológico o de población general. A su modo de ver, existían pues dos tipos de pacientes con fibromialgia: un subgrupo con fibromialgia y trastorno psiquiátrico mostraba mayor psicopatología, más síntomas de depresión y más síntomas somáticos, y otro subgrupo con fibromialgia sin trastorno psiquiátrico, que no difería de los pacientes con AR ni de los controles ni en prevalencia de diagnóstico ni tampoco en cantidad de síntomas. Yunus, Ahles y cols, 1991, llegaron a idénticos resultados y el grupo de Bennett, Burckhardt y Clark, 1996, detallaron que la mitad de la muestra con fibromialgia mostraba el perfil típico de dolor crónico y que sólo una tercera parte aproximadamente extrajo perfil de alteración psicológica. ⁽⁷⁾

Se han utilizado otros instrumentos de medida de la personalidad y las conclusiones han sido similares. Con el Inventario de personalidad NEO-PI de Costa y McCrae sólo un subgrupo aparecía como emocionalmente alterado (Wade y cols, 1992). Clark y cols, 1985, compararon una muestra de pacientes con fibromialgia y otra de controles equivalentes en edad, sexo y etnia extraídos de la consulta médica y sin trastorno de

dolor; no se encontraron diferencias significativas ni en sintomatología depresiva, medida con el Inventario de Depresión de Beck BDI, ni en ansiedad, medida con el Inventario de Spielberger para la Ansiedad Estado y Rasgo STAI, ni en presencia de síntomas psicopatológicos, medida con el Inventario de 90 Síntomas Revisado SCL-90-R de Derogatis.⁽⁷⁾

Los estudios aquí revisados no aportan evidencia clara a favor de la hipótesis de que las alteraciones psiquiátricas o psicológicas jueguen un papel fundamental en el inicio y desarrollo de la fibromialgia y esto puede ocurrir por varias razones de tipo metodológico: el uso de muestras pequeñas, el uso de diseños transversales y/o retrospectivos en detrimento de los longitudinales y/o prospectivos y la extracción de muestras clínicas, que se fundamenta sobre la creencia de que éstas son representativas de la población con fibromialgia de la comunidad.⁽⁷⁾

El grupo de investigación de Aaron y cols, 1996, 2001, analizó este supuesto y buscó la prevalencia de malestar psicológico y de diagnóstico psiquiátrico en muestras de pacientes atendidos en hospitales y servicios especializados, de pacientes que no hubieran consultado a los servicios de salud y de sujetos sanos. La presencia de historia de diagnóstico psiquiátrico fue más elevada entre los sujetos con fibromialgia que consultaban en atención terciaria que entre los que no solicitaban visita médica o los sanos. La experiencia de malestar también era mayor entre los que acudían al médico, aunque este aspecto estuvo muy correlacionado con los niveles de dolor y fatiga. Por otro lado, la percepción del dolor, los niveles cerebrospinales de sustancia P y la neuroimagen de flujo sanguíneo de tálamo y núcleo caudado fue similar entre los sujetos con fibromialgia que consultaban y los que no (Bradley y cols, 1996). En resumen, si bien los hallazgos biológicos eran similares para uno y otro subgrupo, aquel que consumía recursos sanitarios presentó mayor prevalencia de patología psiquiátrica. La conducta de búsqueda de ayuda médica para el síndrome fibromiálgico correlacionó más con la presencia de trastorno psiquiátrico que con las características nucleares de la fibromialgia.⁽⁷⁾

Estos resultados conducen a la conclusión de que la mayoría de las muestras analizadas son clínicas, más representativas de la población de fibromialgia con alteraciones emocionales que de la población general comunitaria de fibromialgia.⁽⁷⁾

Por la existencia de evidencia hasta la fecha tanto a favor como en contra, la hipótesis de que la fibromialgia sea una forma de manifestación de disfunciones psíquicas no se confirma y hace agua.⁽⁷⁾

AR=Artritis reumatoide, DM=Depresión mayor, TS=Trastorno por somatización

Hipótesis de la alteración de la personalidad

Esta hipótesis intenta establecer cuáles son las causas de la hipersensibilidad al dolor como factor de predisposición al desarrollo de la fibromialgia.⁽⁷⁾

Tradicionalmente se consideró que las personas con fibromialgia tenían una personalidad consistente en rasgos obsesivos, perfeccionistas, de sobreactivación conductual, exigentes, con elevada motivación por las actividades, eficaces y con necesidad de

atención y aprobación, en resumen, una personalidad sobreimplicada y neurótica (Rotés, 1994; Malt y cols, 2002). Netter y Hennig, 1998, no consiguieron hallar diferencias en cuanto a síntomas ansiosos y depresivos entre pacientes con fibromialgia y sujetos sanos, ambos con elevadas puntuaciones en neuroticismo. Spanjer, 1994, no encontró tampoco diferencias entre fibromialgia y sanos en relación a la motivación por el logro, rasgo generalmente asociado al primer grupo. Malt y cols, 2002, no obstante, sí que reflejaron mayor malestar general, mayor neuroticismo y menores sentimientos de autocontrol y eficacia entre los sujetos con fibromialgia que entre los sujetos sanos. No observaron, en contra de lo estipulado por Keefe y cols, 2001, en su revisión de la investigación que relaciona los constructos de dolor crónico y emoción, que las personas con fibromialgia tuvieran mayores puntuaciones en alexitimia o dificultad para la detección e identificación de las reacciones emocionales que los sujetos sanos.⁽⁷⁾

En un estudio retrospectivo, Van Houdenhove y cols, 2001, evaluaron el grado de consenso entre familiares y pacientes y sí evidenciaron la presencia premórbida del rasgo “propensión a la acción” en los afectados por fibromialgia. Observaron que esta característica de vulnerabilidad se observaba más frecuentemente en los sujetos que habían sufrido algún tipo de victimización durante la infancia, como abusos, negligencia u otros acontecimientos traumáticos. Interpretaron este hallazgo en el sentido de que estos sucesos influían en el desarrollo de una personalidad más neurótica y depresiva y que este estilo de comportamiento o propensión tendría la función de reforzar la autoestima.⁽⁷⁾

Las experiencias negativas durante la infancia y la adolescencia han sido también consideradas y analizadas por otros grupos de estudio. A partir de una muestra extraída de la comunidad, McBeth y cols, 1999, encontraron correlaciones positivas entre el número de puntos de dolor y de síntomas somáticos y el número de acontecimientos familiares negativos vividos durante la infancia, como la enfermedad grave u hospitalización de algún familiar cercano, la separación de los padres, la sobreprotección materna o los abusos o negligencia maternos. Anderberg y cols, 2000, en el mismo sentido, hallaron que una mayor proporción de sujetos con fibromialgia, en contraste con la proporción de sujetos sanos, había sufrido acontecimientos adversos en la infancia y adolescencia considerados como muy negativos por los propios evaluados. La premisa subyacente a esta hipótesis es que la mayor experiencia de sucesos negativos en las etapas tempranas del aprendizaje psicosocial aumenta el riesgo de afianzar una personalidad ansiosa e hipersensible que, a su vez, propicia el desarrollo de un umbral más bajo de tolerancia al dolor.⁽⁷⁾

Davis y cols, 2001, observaron que los sujetos con fibromialgia tenían una red social más deficitaria y más potenciadora de conflictos que los sujetos con osteoartritis. Sin embargo, un experimento de laboratorio les permitió comprobar que las mujeres con fibromialgia que respondían con un aumento del dolor a las situaciones de estrés psicosocial eran aquellas que tenían mayor tendencia a experimentar afecto negativo; en cambio, las mujeres con fibromialgia que tenían una tendencia al afecto negativo normal o bajo, no se diferenciaban en cuanto a las respuestas de dolor en situaciones de tensión interpersonal de las mujeres que padecían osteoartritis. De nuevo, aparecen dos subgrupos diferenciados en sus respuestas dentro de la población fibromiálgica, aquellos con o sin trastorno psiquiátrico o malestar emocional asociado.⁽⁷⁾

La falta de estudios longitudinales y prospectivos no permite conocer qué es la causa de qué, si los acontecimientos negativos producen afecto negativo y personalidad ansiosa o si las mujeres con fibromialgia y rasgos neuróticos de personalidad interpretan y procesan de más negativa y atemorizante los acontecimientos de su entorno, ya sea presente o pasado (Winfield, 2001; Keefe y cols, 2001).⁽⁷⁾

Hipótesis del beneficio secundario de tipo económico

Varios autores han insistido en la necesidad de anular la fibromialgia como categoría nosológica, por considerar que tiene escasa validez discriminante y que está sobrediagnosticada (Wolfe, 2003; Erlich, 2003). Según su punto de vista, la fibromialgia es un cuadro más frecuente en las sociedades que tienen buenos sistemas de pensiones y protección de los ciudadanos, en las que es más probable conseguir que sea reconocida la invalidez laboral por enfermedad y la ayuda económica institucional. Sugieren, pues, que estos sistemas generosos de pensiones refuerzan la conducta de enfermedad y, por tanto, la perpetuación del síndrome.⁽⁷⁾

Sin embargo, otros autores consideran que esta premisa está poco o nada fundamentada (Wallace, 2004; Nielson y Harth, 2004; White, 2004). Es más, sostienen que quienes la sustentan han falseado incluso los resultados publicados. No existen nuevos estudios epidemiológicos que demuestren que la prevalencia del diagnóstico de la fibromialgia haya aumentado.⁽⁷⁾

Además de reivindicar la importancia de las alteraciones neurofisiológicas y neuroendocrinas constatadas, los defensores de la existencia de la fibromialgia como entidad diferenciada argumentan que muchos otros trastornos adolecen de la falta de evidencias biológicas que los avalen y, sin embargo, son reconocidos gracias al consenso entre clínicos y a la instauración de criterios diagnósticos descriptivos, poco específicos y basados en buena parte en síntomas subjetivos, como es el caso de la migraña, la neuralgia del trigémino, la espondilitis o incluso el lupus eritematoso y la artritis reumatoide (White, 2004).⁽⁷⁾

En el seguimiento de una cohorte de pacientes con fibromialgia durante cuatro años y medio, Wigers, 1996, observó que el curso de los que habían conseguido la invalidez total o absoluta seguía empeorando posteriormente más el de que los sujetos que sólo recibieron una invalidez parcial o que no recibieron ninguna pensión por incapacidad. White y cols, 2002, siguieron prospectivamente una muestra de pacientes comunitarios con dolor extenso crónico y analizaron el efecto que el diagnóstico de fibromialgia produjo en el curso. Observaron que el hecho de recibir este diagnóstico no empeoraba la satisfacción por la salud ni aumentaba la incapacidad funcional en los dos tercios de la muestra, sino más bien lo que ocurría era lo contrario. Autores del mismo equipo, White y Thompson, 2003, pusieron a prueba en un estudio piloto la hipótesis de que la fibromialgia fuera simplemente una forma de buscar pensiones compensatorias estudiando la prevalencia entre la comunidad religiosa norteamericana de los Amish, caracterizada por el aislamiento casi total de los medios de comunicación de masas y por la prohibición a sus congregantes de solicitar ayudas a las instituciones públicas. Sorprendentemente, la prevalencia estimada entre los Amish fue mayor incluso que la de otras comunidades no Amish, tanto rurales como urbanas. En esta misma dirección, se ha evidenciado que la prevalencia de la fibromialgia es ligeramente mayor en países como Pakistán, Polonia o

Suráfrica (Farooqi y Gibson, 1998; European League Against Rheumatism, 1994; Lyddell y Meyers, 1992), con escasos fondos públicos de pensiones, que en países con mayor disponibilidad de ayudas como los países nórdicos (Prescott y cols, 1993; Makela y Heliovaara, 1991).⁽⁷⁾

Modelo etiopatogénico de la Fibromialgia

Como conclusión, si bien no existe evidencia clara que explique la etiología del síndrome fibromiálgico, sí hay datos suficientes que confirman la presencia de alteraciones en el mecanismo de transmisión y control de los estímulos dolorosos por parte del sistema nervioso central, además de la presencia de alteraciones específicas en la estructura del sueño, consistentes en la intrusión de ondas alfa en el sueño de predominio de ondas delta y que producen efectos muy nocivos sobre la calidad restauradora del sueño profundo. La evidencia recogida a partir del estudio de los aspectos psicológicos ha permitido distinguir dos grupos de personas afectas de fibromialgia, aquellas con trastorno psiquiátrico comórbido, que en porcentaje elevado son quienes realizan consultas clínicas frecuentes y que tienen un peor pronóstico, y aquellas sin alteraciones emocionales comórbidas, generalmente no atendidas en las consultas médicas y que desarrollan a largo plazo una mejor adaptación y un menor grado de incapacitación.⁽⁷⁾

Modelo etiopatogénico de la Fibromialgia⁽⁷⁾

- Vulnerabilidad biológica a Desencadenantes ambientales
- Fallo en Sistema Nervioso Central
- Déficit serotonina
- Aumento sustancia P
- Hipocortisolismo
- Alteración perfusión sanguínea cortical y subcortical
- Hiperalgnesia Alteraciones sueño
- Sin alteraciones emocionales Con alteraciones emocionales
- Adaptación: remisión parcial Desadaptación: búsqueda de ayuda
- Fatiga

Tratamiento

A la fibromialgia, por las características ya comentadas y por su curso largo, se le asigna un tipo de tratamiento que no es curativo sino que pretende ser preventivo de unos síntomas y paliativo de otros. Dado que se trata de un trastorno con tan variada sintomatología y con una considerable comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y físicos han sido probados tratamientos de muy diversa naturaleza.⁽⁷⁾

Terapias farmacológicas

Por la necesidad de combatir dos tipos de síntomas principales, por un lado el dolor y por otro lado la mala calidad del sueño, se ha manejado habitualmente la combinación de fármacos (Calabozo, 1998).⁽⁷⁾

La amitriptilina es el fármaco que mayor apoyo empírico ha mostrado. A dosis bajas, consigue una clara mejoría de la calidad del sueño y una moderada reducción del dolor (Goldenberg y cols, 1986), aunque su efecto es limitado en el tiempo y no se mantiene a medio plazo, momento en el cual no es superior al efecto del placebo (Carette y cols, 1994).⁽⁷⁾

La combinación con fluoxetina ha mejorado el curso en algún trabajo (Wolfe y cols, 1994; Goldenberg y cols, 1996), sobre todo si existen síntomas depresivos asociados, y ha demostrado ser más efectiva que el efecto de ambos fármacos por separado, aunque en la mayoría de los ensayos ni los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ISRS, ni el citalopram han sido útiles en el alivio de los síntomas (Norregaard y cols, 1995).⁽⁷⁾

De los miorrelajantes, sólo la ciclobenzaprina ha conseguido mejorías clínicas significativas, pero a los seis meses de tratamiento el placebo ha alcanzado las mismas cotas (Bennett y cols, 1988; Carette y cols, 1994). No existe evidencia que avale la eficacia del bromazepam y otros ansiolíticos o hipnóticos (Quijada-Carrera y cols, 1996). La combinación de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) naproxeno o ibuprofeno con alprazolam produce una moderada reducción del dolor (Russell y cols, 1991; Yunus y cols, 1989). El paracetamol también consigue una mejoría moderada en los síntomas. Otros AINEs, los corticosteroides, el magnesio, la fototerapia o las infiltraciones de hidrocóloruro de lidocaína no han resultado efectivas (Scudds y cols, 1995).⁽⁷⁾

Se ha analizado también la técnica denominada *spray & stretch* (Bennett y cols, 1996; Gelman y cols, 2002) o aplicación de un nebulizador de cloreto con efectos analgésicos añadido al masaje local posterior de las zonas sensibles pero en combinación con otras técnicas y dentro de programas multidisciplinarios, por lo que no conocemos su efecto aislado sobre el dolor.⁽⁷⁾

En los ensayos clínicos, la eficacia que algunas sustancias han demostrado ha sido siempre a corto plazo, pero su efecto se pierde a partir de pocos meses. Sin embargo, en la práctica clínica (Gelman y cols, 2002; Hadhazy y cols, 2000), se observa cómo hay pacientes que responden de manera individual a los diferentes fármacos y cómo la mayoría de los pacientes consume habitualmente analgésicos y antiinflamatorios para el alivio temporal de los síntomas de dolor, por lo que finalmente en las consultas médicas se instaura un patrón de manejo farmacológico muy individualizado y variable en el tiempo en función de la evolución de los síntomas.⁽⁷⁾

Terapias naturales o alternativas

Al no existir tratamientos farmacológicos suficientemente eficaces, la población afectada de fibromialgia es propensa a las terapias conocidas como alternativas (Wahner-Roedler y cols, 2005; Junyent y cols, 2005). Se ha comprobado, a partir de diseños preexperimentales y con pocas garantías metodológicas, la eficacia moderada de terapias de meditación, acupuntura o hipnoterapia sobre la fatiga, el sueño y la valoración subjetiva global o satisfacción general (Ebell y Beck, 2001; Calabozo, 1998; Haanen y cols, 1991). Goldenberg y cols, 1994, en estudio controlado no aleatorizado, consiguieron mejorar el bienestar general, el dolor, el sueño y la fatiga gracias a programas de meditación y relajación.⁽⁷⁾

Las técnicas de relajación no han sido específicamente estudiadas en ensayos clínicos controlados y aleatorizados, aunque sí como condición control. ⁽⁷⁾

Algunos trabajos confirman la eficacia moderada a corto plazo de estas técnicas (Keel y cols, 1998; Martin y cols, 1996; Calabozo, 1998; Goldenberg, 1999; Hadhazy y cols, 2000). ⁽⁷⁾

Sin embargo, Thieme y cols, 2003, mostraron evidencia en contra de la combinación de relajación y programas de termoterapia, a partir de la cual los sujetos empeoraron en la intensidad del dolor, el malestar emocional y la interferencia producida por el trastorno en las actividades habituales. ⁽⁷⁾

Algunas revisiones publicadas incluyen el masaje y la crioterapia o terapia de aplicación de hielo sobre los tejidos doloridos como terapias útiles en la reducción de los síntomas dolorosos (Offenbacher y Stucki, 2000). No existen ensayos clínicos más rigurosos que avalen la eficacia de este tipo de terapias alternativas. ⁽⁷⁾

Biofeedback

Otro grupo de terapias físicas giran en torno al *biofeedback* (BFB). Este tipo de tratamiento consiste en un entrenamiento en el control de determinadas funciones fisiológicas, muy asociadas a las respuestas de estrés y de tensión, mediante el conocimiento inmediato de estas funciones que tiene la persona a través de aparatos de monitorización. Las funciones más estudiadas han sido la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión muscular y la actividad electrodermal. Aplicado al terreno de la fibromialgia, el BFB dota al paciente de capacidad de control y prevención del dolor (Hadhazy y cols, 2000; Offenbacher y Stucki, 2000). ⁽⁷⁾

Un estudio de Ferracioli y cols, 1987, fue el precursor del uso de esta técnica terapéutica para la fibromialgia. Se entrenó a 15 pacientes en BFB electromiográfico. El 56% de la muestra consiguió beneficios clínicamente significativos sobre las alteraciones del sueño y la capacidad funcional. Los pacientes con alteraciones emocionales obtuvieron unos resultados menores. Un intento de ensayo controlado ciego reveló mejorías claras entre los que recibieron el entrenamiento activo en BFB respecto a los que recibieron el entrenamiento falso o placebo, aunque las muestras fueron muy pequeñas, compuestas por seis sujetos cada una. ⁽⁷⁾

Sin embargo, un estudio aleatorizado y controlado con 119 sujetos puso a prueba el entrenamiento en relajación mediante BFB, entre otras modalidades de tratamiento (Buckelew y cols, 1998) y no ofreció mayores beneficios sobre la intensidad del dolor, la calidad del sueño, la capacidad funcional, la autoeficacia o los síntomas depresivos que la modalidad de educación sobre el trastorno o el placebo. Si esta técnica se aplicaba complementariamente a los programas de educación y entrenamiento físico entonces se conseguían los mejores resultados, aunque modestos, que se mantenían hasta dos años después del fin del tratamiento. ⁽⁷⁾

Drexler y cols, 2002, entrenaron en BFB electromiográfico a dos grupos, uno con perfil de alteración psicológica en MMPI y otro con perfil normal en MMPI y observaron que si bien

en ambos grupos mejoraron los síntomas, el dolor y la calidad de vida, sólo el grupo estable emocionalmente mantenía a medio plazo la reducción en número de puntos de dolor y el aumento de la vitalidad. Van Santen y su equipo, 2002, en cambio, no consiguieron mejorar mediante el BFB los resultados observados gracias al tratamiento médico habitual.⁽⁷⁾

Otro tipo de BFB que se ha mostrado efectivo ha sido el denominado estimulación dirigida por electroencefalografía (*EEG-driven stimulation*) o la modificación de las ondas electroencefalográficas a través de la estimulación por frecuencia lumínica (Mueller y cols, 2001). El método de entrenamiento necesitaba del registro de las ondas electroencefalográficas y su transformación a una frecuencia lumínica intermitente de color verde a través de unas gafas especiales. Los objetivos terapéuticos que el sujeto debía perseguir eran reducir la amplitud de las bandas de onda delta, theta y alfa al nivel de la actividad beta e incrementar la respuesta eléctrica en aquellos puntos donde se había detectado un exceso de actividad de onda lenta en respuesta a la estimulación lumínica.⁽⁷⁾

Mejoraron la sintomatología psicopatológica, la calidad del sueño, el dolor y el uso de fármacos, a través de un diseño sin grupo control y que dedicó a los pacientes una media de tratamiento de 52 horas.⁽⁷⁾

Son necesarios más estudios controlados y aleatorizados que pongan a prueba la eficacia del BFB en los síntomas de la fibromialgia. Por los estudios publicados hasta la fecha, con escasa validez metodológica, el BFB se muestra eficaz si se compara con lista de espera o si se hacen comparaciones dentro de cada grupo entre la línea base y el final del tratamiento. Sin embargo, comparado con otras modalidades terapéuticas, como los formatos educativo-informativos o el tratamiento médico habitual, ofrece los mismos beneficios.⁽⁷⁾

Programas de actividad física

Las modalidades de terapia física que más claramente han demostrado ser reductoras del dolor y de las alteraciones del sueño y restablecedoras de la calidad de vida, además de convertirse en el factor que mejor predice el buen curso del trastorno, son las terapias de actividad física como el acondicionamiento físico, la tonificación y estiramiento muscular y la flexibilidad articular, practicadas de forma regular (Goldenberg, 1999, 2004; Hadhazy y cols, 2000; Mannerkorpi, 2005; Sim y Adams, 2002). Su objetivo terapéutico es la reducción de las repercusiones del trastorno, como son el dolor, la fatiga, la pérdida de la forma física, las alteraciones del sueño, la debilidad muscular, la incapacidad funcional o física, la pérdida de energía y la limitación de las actividades sociales.⁽⁷⁾

McCain y cols, 1988, fueron de los primeros en demostrar la superioridad del entrenamiento cardiovascular sobre los simples ejercicios de flexibilidad articular en un grupo de 42 sujetos que recibieron 60 sesiones de entrenamiento durante cinco meses.⁽⁷⁾

Consiguieron mejorar la forma física, aumentar el umbral de sensibilidad al dolor y reducir el número de puntos fibromiálgicos. Gowans y cols, 1999, combinaron el entrenamiento físico con la educación en la fibromialgia y compararon los resultados con otro grupo en lista de espera que no recibió este tratamiento. A corto plazo, mejoraron tanto la

resistencia cardiovascular como el bienestar, la fatiga y la autoeficacia. A medio plazo se perdieron algunos de los cambios conseguidos. También a corto plazo, Martin y cols, 1996, demostraron la mayor eficacia de un programa intensivo de seis semanas de ejercicio aeróbico, flexibilidad y estiramientos respecto a un programa de relajación. ⁽⁷⁾

Richards y Scott, 2002, en uno de los pocos estudios de seguimiento a largo plazo, obtuvieron mejorías clínicamente significativas en el número de puntos, capacidad funcional y bienestar en una muestra amplia de sujetos que habían sido sometidos a un programa gradual de ejercicio aeróbico en contraste con un grupo que sólo recibió relajación. Estos resultados se mantuvieron un año después. El estudio de seguimiento más largo fue el dirigido por Wigers, 1996, que analizó hasta cuatro años después los cambios que habían ocurrido en tres muestras de pacientes con fibromialgia, una que recibió entrenamiento cardiovascular, otra que recibió técnicas psicológicas para el manejo del estrés y la tercera que recibió el tratamiento médico habitual. Concluyó que la práctica y el mantenimiento de actividad física diaria o moderada predijo un mejor curso del trastorno que la ausencia o práctica puntual de ejercicio o que el haber recibido las otras modalidades terapéuticas. ⁽⁷⁾

Otros trabajos no apoyan la superioridad del entrenamiento cardiovascular sobre otros tratamientos que también hayan demostrado su eficacia. Rivera y cols, 2004, compararon un programa de estas características de ocho semanas de duración con una combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) y educación en el trastorno. Ambos programas consiguieron mejorías significativas en capacidad funcional y bienestar físico y emocional a corto plazo, pero estas ganancias desaparecieron un año después aun habiéndose mantenido regular el hábito de realizar ejercicio físico. ⁽⁷⁾

La motivación y la adherencia al tratamiento son imprescindibles en este tipo de programas, por lo que Ramsay y cols, 2000, las pusieron a prueba en un estudio aleatorizado con 74 pacientes. Contrastaron los efectos de un programa de ejercicio aeróbico supervisado en grupo y de un programa de ejercicio en casa no supervisado y ninguno de los grupos operó mejorías significativas en ninguna de las variables. ⁽⁷⁾

La mayor parte de los estudios revisados ofrecen evidencia empírica a favor del entrenamiento aeróbico o cardiovascular en la recuperación de los síntomas físicos y psicológicos de la fibromialgia. Sin embargo, es complicado conocer el efecto concreto de estas terapias físicas pues la intensidad y duración de los programas varía de un estudio a otro (Sim y Adams, 2002). Sí parece claro que los programas más intensivos son los más beneficiosos, que la actividad física es superior a las técnicas cognitivo-conductuales y que los cambios aparecen más rápidamente y en etapas más precoces que con otros tipos de tratamiento (Hadhazy y cols, 2000). ⁽⁷⁾

+: Beneficio intragrupo o más eficaz que control, =: Sin efecto o igual de eficaz que control, ⁽⁷⁾

-: Perjuicio o menos eficaz que control, eca: Ensayos controlados y aleatorizados ⁽⁷⁾

Terapias psicológicas

Terapia cognitivo-conductual

Salvo en el caso de la hipnoterapia (Haanen y cols, 1991), la práctica totalidad de los estudios que prueban la eficacia de los tratamientos psicológicos en los síntomas de la fibromialgia se concentran alrededor de dos grandes grupos: los formatos basados en la educación e información (EdI) referente a la fibromialgia y los formatos cognitivo-conductuales (TCC), consistentes en la modificación de hábitos, creencias y estrategias de afrontamiento.⁽⁷⁾

Los componentes de la TCC se han mostrado eficaces en la recuperación de otros tipos de dolor, como el lumbar, las cefaleas, el dolor de brazo y hombro y el dolor crónico. Con ella, los pacientes consiguen ganar control sobre el impacto del dolor y sobre el funcionamiento físico (Compas y cols, 1998; Mason y cols, 1997; Keefe y cols, 2001). En un trabajo de revisión sistemático y meta-análisis en relación a estudios controlados y aleatorizados de tratamiento de los trastornos de dolor crónico, Morley y cols, 1999, concluyeron que existe fuerte evidencia a favor de la eficacia de la terapia de conducta, la TCC o el BFB en la mejoría del dolor, el afrontamiento positivo del dolor y el funcionamiento social.⁽⁷⁾

Según el meta-análisis de Rossy y cols, 1999, en el tratamiento específico de la fibromialgia, la TCC fue la terapia que mayor eficacia mostró sobre el nivel de actividad, incluso por encima del tratamiento farmacológico único.⁽⁷⁾

Nicassio y cols, 1997, consiguió mejorías significativas en síntomas y conductas de dolor y en síntomas depresivos con un programa de TCC de diez semanas de duración, pero no hubo diferencias significativas con respecto a la condición control, consistente en un formato de EdI. La mejoría alcanzada se mantuvo durante seis meses. Thieme y cols, 2003, pusieron a prueba un programa, individual y en grupo, de modificación de conducta en un estudio controlado y aleatorizado de 61 pacientes con fibromialgia. El entrenamiento en cambio de hábitos tuvo como objetivo reducir el uso de la medicación, aumentar la actividad corporal, reducir la interferencia del dolor sobre el trabajo, ocio, actividades sociales y actividades familiares y mejorar las habilidades de relación interpersonal. Se realizó a diario durante cuatro horas y a lo largo de cinco semanas. Los sujetos que recibieron este tratamiento vieron reducida la intensidad del dolor, el malestar emocional y aumentaron su capacidad de control hasta quince meses después de finalizado el tratamiento.⁽⁷⁾

En otro estudio longitudinal a largo plazo, White y Nielson, 1995, observaron que la muestra que había recibido TCC en el tratamiento de la fibromialgia mantuvo las ganancias obtenidas en la capacidad de control del dolor treinta meses después.⁽⁷⁾

Educación e información

En varias ocasiones, la información y educación en el síndrome forman parte de la condición control contra la que se comparan otras modalidades terapéuticas o se combina con esas otras modalidades (Buckelew y cols, 1998; Rivera y cols, 2004; Gowans y cols, 1999; Thieme y cols, 2003; Vlaeyen y cols, 1996). Los programas terapéuticos educativos o bien muestran efectos modestos en contraste con los efectos de la lista de espera, aunque estos cambios se pierden durante el seguimiento, según la revisión de ensayos aleatorizados y controlados de Sim y Adams, 2002, o bien muestran empeoramiento de las medidas de dolor (Buckelew y cols, 1998). Sin embargo, otras revisiones consideran

que TCC y EdI actúan de forma similar y que la combinación de ambas produce efectos sinérgicos al mejorar los efectos de cada tratamiento por separado (Hadhazy y cols, 2000; Goldenberg, 1999; Calabozo, 1998).⁽⁷⁾

El único estudio con muestra de fibromialgia incluido en el meta-análisis de Morley y cols, 1999, que analizaba los efectos de la TCC en los trastornos de dolor crónico, admitido por sus cualidades metodológicas fue el de Vlaeyen y cols, 1996, un extenso y meticuloso trabajo que pretendió comprobar si la combinación entre TCC y EdI era más efectiva que simplemente el programa EdI y si ambas eran efectivas en comparación con sujetos con fibromialgia en lista de espera de recibir tratamiento. Ambas condiciones se complementaron con entrenamiento cardiovascular mediante natación o bicicleta estática. Los dos grupos de tratamiento activo mostraron diferencias significativas favorables en la capacidad de afrontamiento y control del dolor con respecto a la condición control de lista de espera. Sin embargo, y en contra de la hipótesis formulada, el programa TCC+EdI no obtuvo mejores resultados que la educación y la discusión en grupo de información relacionada con la fibromialgia. Algunas de las explicaciones manejadas por los autores son el hecho de que el mismo psicólogo dirigió ambos grupos y que en el grupo EdI se pudieron desarrollar algunos principios activos de cambio psicológico, difíciles de controlar, como el afrontamiento del dolor a través de la exposición a informaciones y estímulos temidos y evitados o como la influencia del apoyo social recibida en los formatos grupales.⁽⁷⁾

De igual forma que se ha apuntado en anteriores apartados, faltan estudios controlados y aleatorizados con muestras más grandes y con seguimientos más a largo plazo, entre los que haya mayor homogeneidad de los programas terapéuticos aplicados y de las medidas registradas, para poder conocer el verdadero efecto de las terapias cognitivas y conductuales sobre la fibromialgia.⁽⁷⁾

La fibromialgia, al estar constituida por una vasta heterogeneidad de síntomas que afectan a diferentes disciplinas de la salud y al existir múltiples y diversos factores predisponentes, necesita de un enfoque terapéutico integral, que influya sobre los diferentes sistemas implicados.⁽⁷⁾

Según el meta-análisis de Rossy y cols, 1999, los enfoques no farmacológicos han resultado más efectivos en la mejoría de los síntomas que los únicamente farmacológicos.⁽⁷⁾

Por tanto, concluyeron que la intervención óptima sobre la fibromialgia debería incluir específicamente el ejercicio físico y la TCC, además de un manejo apropiado de la medicación para las alteraciones del sueño y los síntomas de dolor. El hecho de que ninguna de las numerosas modalidades de tratamiento publicadas haya conseguido la cura o remisión independientemente con suficiente consistencia y de que los porcentajes de mejoría fluctúen entre el 20 y el 50% en función de los subgrupos de pacientes, hace recomendar el uso del tratamiento multidisciplinar (TM).⁽⁷⁾

Diversos estudios no controlados han demostrado la eficacia de las terapias multidisciplinarias o interdisciplinarias. Nielson y Jensen, 2004, probó con 253 sujetos un programa individual de terapia física, terapia ocupacional y manejo de medicación opiácea o sedativa junto con un programa en grupo de TCC y EdI, intensivo y ambulatorio cinco

días a la semana durante cuatro semanas, y lo comparó consigo mismo. Consiguió mejoría significativa en el control del dolor, la capacidad de afrontamiento y en el cambio de las creencias subyacentes, mejoras que perduraron seis meses. Collado y cols, 2001, consiguieron, en una muestra de pacientes con fibromialgia en situación de baja laboral, mejoría significativa del dolor, de la capacidad funcional y de los síntomas de ansiedad y depresión, además de la reincorporación al puesto de trabajo, gracias a un tratamiento intensivo diario durante cuatro semanas consistente en técnicas médicas para control del dolor, TCC, terapia física y terapia ocupacional. Bennett y cols, 1996, aplicaron con éxito un programa multidisciplinar, menos intensivo que el anterior, y lo siguieron durante dos años. El 70% de la muestra presentó dolor en menos de once puntos específicos al fin del tratamiento.⁽⁷⁾

Incluso el subgrupo de pacientes de fibromialgia con alteraciones psicológicas en el MMPI mejoró de forma significativa, aunque no tanto como el subgrupo mayoritario con perfil normal en MMPI. Worrel y cols, 2001, consiguieron mejoras de hasta un 70% en alguna de las medidas registradas gracias a un breve formato de TM intensivo de sólo un día y medio de duración.⁽⁷⁾

Mason y cols, 1997, Vlaeyen y cols, 1996, Gelman y cols, 2002, y Keel y cols, 1998, han ofrecido evidencia a favor del TM en la fibromialgia a partir de estudios controlados. La muestra del estudio de Vlaeyen y cols es la más extensa y ha mostrado efectos significativos moderados de la TM en relación a la lista de espera. En el estudio de Mason, se combinaron terapia física durante cuatro horas diarias -higiene postural, estiramientos, ejercicios aeróbicos, flexibilidad articular, aumento progresivo del ejercicio en bicicleta estática, masajes locales y aplicación de hielo, paseo- con TCC y un formato de EdI.

Si bien los resultados fueron buenos, los cambios conseguidos no se sostuvieron seis meses después del fin del tratamiento. La muestra era realmente pequeña, de 21 sujetos repartidos en ambas condiciones, igual que en el estudio de Keel, en el que una muestra de 27 sujetos es repartida aleatoriamente a TM y a condición control. Sólo se observaron cambios significativos en la reducción de la intensidad del dolor.⁽⁷⁾

Limitaciones de los estudios sobre tratamiento

Las limitaciones de la mayoría de los ensayos clínicos sobre tratamientos revisados son su escasa potencia estadística, ya que se trata de tamaños de muestra pequeños, en muchos casos no aleatorizadas, que se comparan con listas de espera y no con tratamientos control o placebo, que no utilizan instrumentos de medida homogéneos entre sí y que realizan seguimientos a medio pero no a largo plazo. Por otro lado, las diferentes modalidades de tratamiento se contrastan entre sí o en bloque, como la TM, de tal forma que aunque algunas hayan recibido un claro respaldo empírico, como el entrenamiento físico, de otras no conocemos el tamaño de su efecto o si realmente son ingredientes válidos y eficaces. Se hace necesario, pues, el aislamiento o detección del efecto que cada uno de los componentes terapéuticos añade al montante global.⁽⁷⁾

Resultados

Caracterización de los pacientes objeto/sujeto de estudio al inicio del tratamiento.

Los pacientes objeto/sujeto de estudio arriban a la Consulta de Medicina Natural y Tradicional para ser tratados y estudiados presentando las características expuestas en las tablas que se exponen a lo largo de este epígrafe.

Como punto de partida a los resultados de la presente investigación se obtiene en el análisis de los datos que existe claro predominio de la fibromialgia en mujeres.

Tabla No.1. Pacientes al iniciar el tratamiento. Sexos

Sexo	Cant.	Porcent.
Mujeres	68	81.93
Hombres	15	18.07
Total	83	100.00

Por otra parte se aprecia mayor incidencia de esta enfermedad en edades por encima de los 40 años enmarcándose entre los 40 y 49 años.

La media de edad de los pacientes participantes en la investigación es de 47.07 años con una desviación estándar de ± 8.413 años, mientras que la mediana se encontró en los 48 años, esto último indica que aproximadamente la mitad de los pacientes son menores de esta edad y la otra mitad mayor.

En lo que respecta a edades específicas se encuentra mayor incidencia en los 32, 46, 47, 48 años con 5 casos cada uno, moda, seguidos de 44, 45, 49, 50, 54, 56 y 58 años con 4 casos cada uno.

Tabla No.2. Pacientes al iniciar el tratamiento. Rango de edades

Rangos de Edad	Cant.	Porcent.
40 a 49	32	38.55
50 a 59	31	37.35
30 a 39	17	20.48
60	3	3.61

La afectación relacionando edades y sexos se muestra a continuación.

Tabla No.3. Pacientes al iniciar el tratamiento. Sexos y Edades

Rangos de Edad	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
30 a 39	2	2.41	15	18.07
40 a 49	9	10.84	23	27.71
50 a 59	4	4.82	27	32.53
60	0	0.00	3	3.61

Véase que en la distribución el sexo femenino tiene predominio de la enfermedad en el rango de edad de 50 a 59 años seguido de 40 a 49 años, cabe destacar que existen 16 féminas por encima de 45 años con esta patología.

La distribución de la ocupación en los pacientes incluidos en la investigación se muestra a continuación.

Tabla No.6. Pacientes al iniciar el tratamiento. Ocupaciones

Ocupación	Cantidad	%	Ocupación	Cantidad	%
Ayudante de Cocina	3	3.6	Deportista	2	2.4
Peluquera	1	1.2	Médico	2	2.4
Informático	3	3.6	Administrador	1	1.2
Ama de casa	10	12.0	Dependiente de Bodegas	5	6.0
Tarjadora	1	1.2	Enfermera	1	1.2
Contador	2	2.4	Recepcionista	3	3.6
Taxista	1	1.2	Cocinera	4	4.8
Auxiliar de Limpieza	2	2.4	Trabajador por Cuenta Propia	5	6.0
Economista	3	3.6	Cajera	1	1.2
Consultor	1	1.2	Secretaria	2	2.4
Juez	1	1.2	Dirigente	1	1.2

Ocupación	Cantidad	%	Ocupación	Cantidad	%
Locutora	1	1.2	Operario de Vectores	3	3.6
Albañil	1	1.2	Mecánico	2	2.4
Dependiente de Tiendas	3	3.6	Profesor	5	6.0
Almacenero	3	3.6	Pistero	1	1.2
Panadero	2	2.4	Obrera Agrícola	2	2.4
Asistente de Círculos Infantiles	1	1.2	Trabajador Social	4	4.8
Total	39	47.0	Total	44	53.0

Nótese que existe mayor incidencia de la enfermedad en las amas de casa.

En el análisis de los puntos gatillo (tender points) que mayor incidencia de respuesta positiva tienen al exámen físico antes del tratamiento se encuentran en ese orden la cervical inferior, supraespinosos y los trapecios en ambos sexos por encima de los 40 años.

Tabla No.4. Comportamiento de los puntos gatillos en los pacientes al iniciar el tratamiento

Puntos gatillo (Tender points)	Inicio del Tratamiento	
	Cant.	Porcent.
Cervical inferior	80	96.39
Supraespinosos	77	92.77
Trapecios	76	91.57
Occipucio	55	66.27
Epicóndilo lateral	25	30.12
Segunda costilla	23	27.71

Tal y como se aprecia a continuación las magnitudes del dolor fundamentales, determinadas mediante la Escala Analógica Visual (EVA), con que arriban los pacientes a la consulta para tratamiento son:

- Moderado, grado 6
- Leve, grado 4
- Intenso, grado 7
- Moderado, grado 5

Tabla No.5. Comportamiento de la magnitud del dolor en los pacientes al iniciar el tratamiento

Magnitud del dolor	Inicio del Tratamiento	
	Cant.	Porcent.
Moderado 6	26	31.33
Leve 4	19	22.89
Intenso 7	14	16.87
Moderado 5	12	14.46
Intenso 8	8	9.64
Agudísimo	2	2.41
Insoportable	2	2.41
Ninguno	0	0.00
Mínimo 1	0	0.00
Mínimo 2	0	0.00
Leve 3	0	0.00

De ahí que la categoría genérica de dolor moderado sea la de mayor incidencia en los pacientes sujetos a tratamiento.

Tabla No.6. Comportamiento de la magnitud del dolor en los pacientes al iniciar el tratamiento

Magnitud del dolor	Inicio del Tratamiento	
	Cant.	Porcent.
Moderado	38	45.78
Intenso	22	26.51
Leve	19	22.89
Agudísimo	2	2.41
Insoportable	2	2.41
Ninguno	0	0.00
Mínimo	0	0.00

Por su parte la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria, Test de Oswestry modificado, oscila entre un grado de incapacidad mínima y moderada, siendo la primera la más influyente.

Entre las respuestas más comunes al Test de Oswestry modificado se encuentran:

Actividades de la vida cotidiana

- Puedo hacer de todo solo y en forma normal, pero con dolor.
- Las realizo en forma más lenta y cuidadosa por el dolor.
- Ocasionalmente requiero ayuda.

Levantar objetos

- Puedo levantar objetos pesados desde el suelo, pero con dolor.
- No puedo levantar objetos pesados del suelo debido al dolor, pero sí cargar un objeto pesado desde una mayor altura.
- Sólo puedo levantar desde el suelo objetos de peso mediano.

Dormir

- Ocasionalmente el dolor me altera el sueño.
- Por el dolor no logro dormir más de 6 hrs. seguidas.

Actividades sociales

- Mi actividad es normal pero aumenta el dolor.
- Mi dolor tiene poco impacto en mi actividad social, excepto aquellas más enérgicas

Tabla No.7. Comportamiento de la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria de los pacientes al iniciar el tratamiento

Interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria	Inicio del Tratamiento	
	Cant.	Porcent.
Incapacidad Mínima	62	74.70
Incapacidad Moderada	19	22.89
Incapacidad Severa	2	2.41
Incapacitado	0	0.00
81 % a 100 %	0	0.00

Al buscar la existencia o no de relaciones entre las variables objeto de la investigación con la fibromialgia antes del inicio del tratamiento así como la fortaleza o significancia y sentido de estas relaciones mediante los métodos estadísticos, incluyendo además el nivel de significación 0.01, declarados se obtiene lo siguiente:

Relaciones lineales

Fuertes y positivas, directas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Magnitud del dolor insoportable-Incapacidad severa

Débiles y positivas, directas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Edad-Magnitud del dolor moderado
- Sexo-Ocupación

- Ocupación-Incapacidad severa
- Ocupación-Magnitud del dolor insoportable
- Magnitud del dolor leve-Incapacidad mínima
- Incapacidad severa-Magnitud del dolor insoportable

Fuertes y negativas, inversas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Magnitud del dolor moderado-Magnitud del dolor intenso
- Incapacidad mínima-Incapacidad moderada

Débiles y negativas, inversas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Edad-Magnitud del dolor intenso
- Ocupación-Incapacidad mínima
- Magnitud del dolor leve-Magnitud del dolor moderado
- Magnitud del dolor leve-Magnitud del dolor intenso
- Magnitud del dolor leve-Incapacidad moderada
- Magnitud del dolor insoportable-Incapacidad mínima
- Incapacidad mínima-Magnitud del dolor insoportable
- Incapacidad mínima-Incapacidad severa

El resto de las combinaciones entre las variables de la investigación presentan relaciones no lineales débiles que oscilan entre positivas y negativas, o no presentan relación.

En las relaciones existentes entre las variables de la investigación presentadas anteriormente se aprecia que existen interacciones de toda índole entre la edad, sexo, ocupación con los puntos gatillos, magnitudes del dolor así como las incapacidades asociadas a estos datos debiéndose tomar en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre conductas de tratamiento y valoraciones sobre grados de evolución de los pacientes.

Ver **Anexo E**. Correlación entre las variables de la investigación al inicio del tratamiento.

Hasta aquí cabe señalar como otras variables que inciden en el proceso de la investigación y son casi imposibles de controlar se tiene que el paciente sometido a la terapéutica acupuntural para el tratamiento de la fibromialgia puede encontrarse ingiriendo, paralelo al tratamiento y con desconocimiento de la investigadora, medicamentos de elección para la patología que se está tratando acupunturalmente, las otras que padece u otra de repentina o eventual aparición que también interactúen con el tratamiento acupuntural y tergiversen su real efecto.

Caracterización de los pacientes objeto/sujeto de estudio al final del tratamiento.

Los pacientes objeto/sujeto de estudio culminan el tratamiento y por ende el estudio en la Consulta de Medicina natural y Tradicional presentando las características expuestas en las tablas que se exponen a lo largo de este epígrafe.

Como se aprecia en la siguiente tabla los puntos gatillo (tender points) al final del tratamiento presentan una reducción sustancial en ambos sexos, del 78.27 % respecto al inicio, siendo mayor en los pacientes demás de 40 años, lo que supone una mejor reacción de este grupo etáreo al tratamiento aplicado.

Tabla No.10. Comportamiento de los puntos gatillos en los pacientes al finalizar el tratamiento

Puntos gatillo	Inicio del Tratamiento		Fin del Tratamiento		Puntos gatillos disminuidos	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Trapeacios	76	91,57	12	14.46	64	84.21
Supraespinosos	77	92.77	14	16.87	63	81.82
Cervical inferior	80	96.39	29	34.94	51	63.75
Occipucio	55	66.27	11	13.25	44	80.00
Epicóndilo lateral	25	30.12	3	3.61	22	88.00
Segunda costilla	23	27.71	4	4.82	19	82.61
Total	336		73		263	78.27

Por su parte las magnitudes de dolor, determinadas mediante la Escala Analógica Visual (EVA), también varían de manera positiva para el paciente y tendientes al alivio comparados con su estado inicial.

Tabla No.11. Comportamiento de la magnitud del dolor en los pacientes al finalizar el tratamiento

Magnitud del dolor	Inicio del Tratamiento		Fin del Tratamiento		Magnitud del dolor disminuida	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Moderado 6	26	31.33	1	1.20	25	30.12
Leve 4	19	22.89	1	1.20	18	21.69
Mínimo 1	0	0.00	14	16.87	14	16.87
Intenso 7	14	16.87	0	0.00	14	16.87
Mínimo 2	0	0.00	12	14.46	12	14.46
Moderado 5	12	14.46	2	2.41	10	12.05
Intenso 8	8	9.64	0	0.00	8	9.64
Leve 3	0	0.00	5	6.02	5	6.02
Agudísimo	2	2.41	0	0.00	2	2.41
Insoportable	2	2.41	0	0.00	2	2.41
Ninguno	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	83	100.00	35	42.17	48	57.83
Pacientes mejorados						

Tabla No.12. Comportamiento de la magnitud del dolor en los pacientes al finalizar el tratamiento

Magnitud del dolor	Inicio del Tratamiento		Fin del Tratamiento		Magnitud del dolor disminuida	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Moderado	38	45.78	3	3.61	35	42.17
Mínimo	0	0.00	26	31.33	26	31.33
Intenso	22	26.51	0	0.00	22	26.51
Leve	19	22.89	6	7.23	13	15.66
Agudísimo	2	2.41	0	0.00	2	2.41
Insoportable	2	2.41	0	0.00	2	2.41
Ninguno	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	83	100.00	35	42.17	48	57.83
Pacientes mejorados						

En cuanto al alivio del dolor medido al final del tratamiento mediante la escala PARM (Pain Relief Modificada) presenta que todos los pacientes en menor o mayor medida alivian su dolencia.

Tabla No.13. Comportamiento del alivio del dolor en los pacientes al finalizar el tratamiento

Alivio del dolor	Fin del Tratamiento		Pacientes Mejorados Global	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Ya no me duele	47	56.63	47	56.63
Mucho	33	39.76	33	39.76
Un poco	3	3.61	3	3.61
Nada	0	0.00	0	0.00
Total	83	100.00	83	100.00

Caso similar al anterior ocurre con la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria medido con el Test de Oswestry modificado al finalizar el tratamiento.

Tabla No.14. Comportamiento de la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria de los pacientes al finalizar el tratamiento

Interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria	Inicio del Tratamiento		Fin del Tratamiento		Pacientes Mejorados Global	
	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.	Cant.	Porcent.
Incapacidad Mínima	62	74.70	6	7.23	56	67.47
Incapacidad Moderada	19	22.89	0	0.00	19	22.89
Incapacidad Severa	2	2.41	1	1.20	1	1.20

Incapacitado	0	0.00	0	0.00	0	0.00
81 % a 100 %	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	83	100.00	7	8.43	76	91.57

A manera de resumen como resultado de la terapia acupuntural aplicada para el tratamiento de la fibromialgia de tronco y miembros superiores se tiene que mejoran realmente un total de 76 pacientes al culminar el tratamiento para un 91.57 % de efecto terapéutico positivo del mismo.

Al buscar la existencia o no de relaciones entre las variables objeto de la investigación al finalizar el tratamiento con la asimilación positiva de este así como la fortaleza o significancia y sentido de estas relaciones mediante los métodos estadísticos declarados, incluyendo además el nivel de significación 0.01, se obtiene lo siguiente:

Relaciones lineales

Fuertes y positivas, directas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Magnitud del dolor mínimo-Mucho alivio del dolor
- Magnitud del dolor moderado-Incapacidad severa
- Incapacidad mínima-Punto gatillo Trapecios

Débiles y positivas, directas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Edad-Punto gatillo Supraespinoso
- Sexo-Ocupación
- Sexo- Punto gatillo Epicóndilo Lateral
- Magnitud del dolor leve-Mucho alivio del dolor
- Magnitud del dolor leve-Incapacidad mínima
- Incapacidad severa-Punto gatillo Trapecio

Fuertes y negativas, inversas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Magnitud del dolor mínimo-Ausencia del dolor
- Mucho alivio del dolor-Ausencia del dolor
- No existencia de dolor- Punto gatillo Supraespinosos

Débiles y negativas, inversas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Edad-Incapacidad mínima
- Magnitud del dolor leve-Ausencia de dolor
- Magnitud del dolor moderado-Ausencia de dolor
- No existencia de dolor-Mucho alivio del dolor

El resto de las combinaciones entre las variables de la investigación presentan relaciones no lineales débiles que oscilan entre positivas y negativas, o no presentan relación.

En las relaciones existentes entre las variables de la investigación presentadas anteriormente se aprecia que existen interacciones de toda índole entre la edad, sexo, ocupación con los puntos gatillos, magnitudes del dolor así como las incapacidades asociadas a estos que dieron al traste o no con el efecto positivo del tratamiento y por ende con valoraciones positivas sobre los grados de evolución de los pacientes.

Ver **Anexo F**. Correlación entre las variables de la investigación al finalizar el tratamiento.

Al buscar la existencia o no de relaciones entre las variables objeto de la investigación al inicio-fin del tratamiento así como la fortaleza o significancia y sentido de estas relaciones mediante los métodos estadísticos declarados, incluyendo además el nivel de significación 0.01, se obtiene lo siguiente:

Relaciones lineales

Fuertes y positivas, directas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Magnitud del dolor insoportable al inicio-Incapacidad severa al final
- Incapacidad severa al inicio-Incapacidad severa al final

Débiles y positivas, directas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Magnitud del dolor leve al inicio-Ausencia del dolor al final
- Magnitud del dolor moderado al inicio-Punto gatillo Epicóndilo Lateral al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Punto gatillo Occipucio al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Punto gatillo Cervical Inferior al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Punto gatillo Trapecio al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Punto gatillo Supraespinoso Inferior al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Magnitud del dolor leve al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Magnitud del dolor mínimo al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Mucho alivio del dolor al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Incapacidad mínima al final
- Magnitud del dolor agudísimo al inicio-Magnitud del dolor moderado al final
- Magnitud del dolor agudísimo al inicio-Incapacidad mínima al final
- Magnitud del dolor insoportable al inicio-Magnitud del dolor moderado al final
- Incapacidad mínima al inicio-Ausencia del dolor al final
- Incapacidad moderada al inicio-Punto gatillo Occipucio al final
- Incapacidad moderada al inicio-Punto gatillo Segunda Costilla al final
- Incapacidad moderada al inicio-Mucho alivio del dolor al final
- Incapacidad severa al inicio-Magnitud del dolor moderado al final

Débiles y negativas, inversas, entre las siguientes variables de la investigación antes del tratamiento:

- Magnitud del dolor leve al inicio-Punto gatillo Cervical Inferior al final
- Magnitud del dolor leve al inicio-Punto gatillo Trapecios al final
- Magnitud del dolor leve al inicio-Punto gatillo Supraespinosos al final
- Magnitud del dolor leve al inicio-Magnitud del dolor mínima al final
- Magnitud del dolor leve al inicio-Mucho alivio del dolor al final
- Magnitud del dolor moderado al inicio-Mucho alivio del dolor al final
- Magnitud del dolor intenso al inicio-Ausencia del dolor al final
- Magnitud del dolor moderado al inicio-Incapacidad mínima al final
- Incapacidad mínima al inicio-Punto gatillo Occipucio al final
- Incapacidad mínima al inicio-Punto gatillo Segunda Costilla al final
- Incapacidad mínima al inicio-Mucho alivio del dolor al final
- Incapacidad moderada al inicio-Ausencia del dolor al final

El resto de las combinaciones entre las variables de la investigación presentan relaciones no lineales débiles que oscilan entre positivas y negativas, o no presentan relación.

Ver **Anexo G**. Correlación entre las variables de la investigación al inicio-fin del tratamiento.

Discusión de los Resultados

En la investigación se conoce que los 83 pacientes remitidos con fibromialgia hacia la consulta de Medicina Natural y Tradicional representan el 2.85 % del total de pacientes atendidos, lo cual concuerda con los rangos de incidencia de esta patología en la población en estudios epidemiológicos realizados en países como EE.UU., Canadá, Perú y España, coincidiendo con los autores Saunders, Goldenberg y Buskila. ^(7, 11, 16, 17, 21, 22, 23)

En el estudio se muestra un predominio del sexo femenino (81.9 %) del total de pacientes remitidos y una mayor incidencia de esta enfermedad en edades por encima de los 40 años enmarcándose entre los 40 y 49 años (38.5 %).

La prevalencia estimada para la fibromialgia se sitúa en el 3,4-5,7 % de las mujeres y en el 0,5-1,7 % de los varones, en una relación de 8 a 20 mujeres con fibromialgia por cada varón con el trastorno (Rotés, Bennett y Nye) ^(9, 10, 24).

En la población española se ha estimado su presencia en una relación de 21 mujeres por cada varón (Estudio EPISER, 1998). ⁽⁷⁾

Dentro de la distribución por rangos de edades el sexo femenino tiene predominio de la enfermedad en el rango de 50 a 59 años (32.5 %)

Lo anterior coincide con investigaciones realizadas en Alemania, donde la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres y tiende a incrementarse con la edad ^(18, 19, 20).

En Cuba esta entidad también afecta con mayor frecuencia al sexo femenino en una relación a 10 a 1, entre los 40 y 60 años de edad. ⁽³⁴⁾.

En la investigación referente a ocupación predominan las amas de casa lo cual coincide con el estudio realizado en el Hospital "Iván Portuondo" en San Antonio de Los Baños por el Dr. Reinaldo Acosta Hernández. ⁽⁵⁶⁾.

En el estudio se muestra que los pacientes sufren de dolores con magnitudes de moderado a intenso lo cual concuerda con lo expuesto por Goldenberg, 1999; Buskila ^(11, 17), además de Kennedy y Felson ⁽²⁸⁾, Granges y Fitzcharles ^(29, 30), White ⁽³¹⁾ y Forseth ⁽³²⁾; no comportándose así con autores como Wolfe ⁽¹⁵⁾ donde el dolor intenso representa el porcentaje mayor (97 %), en esta investigación la magnitud del dolor que prima es moderado (45.9 % seguido de intenso 26.5 %).

En la investigación los pacientes presentan, en cuanto a la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria antes de iniciar el tratamiento, una incapacidad mínima (67.5 %) y moderada (22.8 %) lo cual es el resultado de la contabilización de las respuestas más comunes al Test de Oswestry antes del tratamiento.

Lo anterior coincide con Yunus, Friedberg y Jason, Norregaard, Burckhardt ^(6, 7, 8, 12, 13, 14)

Sin duda, el curso del síndrome no es igual para todos: en unos casos produce mayor incapacidad y en otros casos los síntomas remiten.

Los pacientes del estudio después del tratamiento acupuntural experimentan una disminución notable de la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria (del 91.5 %) a partir de una disminución de la magnitud del dolor (del 57.8 %) y por ende de un alivio del mismo (del 100.0 % de los pacientes) coincidiendo con lo planteado por los autores Wahner-Roedler, Junyent, Goldenberg, Keel, Martin, Goldenberg y Hadhazy ⁽⁷⁾, no así con los autores Sara Lera Miguel y cols, Ebell y Beck, Calabozo y Haanen ⁽⁷⁾,

Conclusiones

- En el análisis teórico e histórico queda demostrada la aplicabilidad, vigencia, importancia económico social y accesibilidad en el Nivel Primario de Salud cubano del empleo de la Medicina Natural y Tradicional, en especial las técnicas acupunturales para el alivio del dolor en la fibromialgia de tronco y miembros superiores.
- Se ha tenido en cuenta en todo momento la profundización relativa a la fibromialgia, para un mejor empleo de la terapéutica aplicada.
- En el análisis de los datos de la investigación existe claro predominio de la fibromialgia en mujeres por encima de los 45 años de edad.
- Por otra parte se aprecia mayor incidencia de esta enfermedad en edades por encima de los 40 años enmarcándose entre los 40 y 49 años.
- En lo que respecta a edades específicas se encuentra mayor incidencia en los 32, 46, 47, 48 años con 5 casos cada uno, moda, seguidos de 44, 45, 49, 50, 54, 56 y 58 años con 4 casos cada uno.
- Teniendo en cuenta la ocupación de los pacientes estudiados encontramos que el mayor porcentaje corresponde a las amas de casa.
- En el análisis de los puntos gatillo (tender points) que mayor incidencia de respuesta positiva tienen al exámen físico antes del tratamiento se encuentran en ese orden la cervical inferior, supraespinosos y los trapecios en ambos sexos por encima de los 40 años.
- Las magnitudes del dolor fundamentales, determinadas mediante la Escala Analógica Visual (EVA), con que arriban los pacientes a la consulta para tratamiento son:
 - Moderado, grado 6
 - Leve, grado 4
 - Intenso, grado 7
 - Moderado, grado 5
- La categoría genérica de dolor moderado de mayor incidencia en los pacientes antes del tratamiento.
- La interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria, Test de Oswestry modificado, oscila entre un grado de incapacidad mínima y moderada, siendo la primera la más influyente antes del tratamiento.
- En las relaciones existentes entre las variables de la investigación presentadas anteriormente se aprecia que existen interacciones de toda índole entre la edad, sexo, ocupación con los puntos gatillos, magnitudes del dolor así como las incapacidades asociadas a estos datos debiéndose tomar en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre conductas de tratamiento y valoraciones sobre grados de evolución de los pacientes.
- El resto de las combinaciones entre las variables de la investigación presentan relaciones no lineales débiles que oscilan entre positivas y negativas, o no presentan relación
- En el tratamiento a seguir con los pacientes se combina el microsistema auricular con otros puntos acupunturales del resto del cuerpo que logran minimizar:
 - Dolores alrededor del codo
 - Trastornos funcionales

- Dolores en los hombros
 - Trastornos funcionales
 - Inflamación escapular
 - Dolor y rigidez del cuello
 - Cervicalgia
 - Rigidez de nuca
 - Paraplejia
 - Ansiolítico
 - Trastornos del sueño
 - Dolores occipitales
 - Espondilosis cervical
 - Trastornos de los codos
 - Parálisis del brazo
 - Parálisis del brazo
 - Molestias del hombro y de los tejidos que los rodean como la periartritis del hombro
- En el tratamiento a seguir con los pacientes se combina el microsistema auricular con otros puntos acupunturales del resto del cuerpo que constituyen analgésicos por excelencia y mejores puntos homeostáticos del cuerpo
 - Los puntos gatillo (tender points) al final del tratamiento presentan una reducción sustancial en ambos sexos, del 78.27 % respecto al inicio, siendo mayor en los pacientes demás de 40 años, lo que supone una mejor reacción de este grupo etáreo al tratamiento aplicado.
 - Por su parte las magnitudes de dolor, determinadas mediante la Escala Analógica Visual (EVA), también varían de manera positiva para el paciente y tendientes al alivio comparados con su estado inicial en un 57.83 % de disminución.
 - En cuanto al alivio del dolor medido al final del tratamiento mediante la escala PARM (Pain Relief Modificada) presenta que todos los pacientes en menor o mayor medida alivian su dolencia.
 - A la respuesta de la escala PARM (Pain Relief Modificada) “Ya no me duele” responden afirmativamente el 56.63 % de los pacientes.
 - A la respuesta de la escala PARM (Pain Relief Modificada) “Mucho alivio del dolor” responden afirmativamente el 39.76 % de los pacientes.
 - En cuanto al alivio del dolor medido al final del tratamiento mediante la escala PARM (Pain Relief Modificada), muestra que todos los pacientes (83) alivian el dolor, quedando representado por el 100.0 %.
 - La interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria medido con el Test de Oswestry modificado al finalizar el tratamiento se logra conocer que existe una mejoría de 76 pacientes de los 83 que iniciaron el tratamiento.
 - Mejoran realmente un total de 76 pacientes al culminar el tratamiento para un 91.57 % de efecto terapéutico positivo del mismo.
 - En las relaciones existentes entre las variables de la investigación antes de iniciar el tratamiento se aprecia que existen interacciones de toda índole entre la edad, sexo, ocupación con los puntos gatillos, magnitudes del dolor así como las incapacidades asociadas a estos que dieron al traste o no con el efecto positivo del tratamiento y por ende con valoraciones positivas sobre los grados de evolución de los pacientes.

- En las relaciones existentes entre las variables de la investigación al finalizar el tratamiento se aprecia que existen interacciones de toda índole entre la edad, sexo, ocupación con los puntos gatillos, magnitudes del dolor así como las incapacidades asociadas a estos datos debiéndose tomar en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre conductas de tratamiento y valoraciones sobre grados de evolución de los pacientes.
- En las relaciones existentes entre las variables de la investigación al inicio-fin del tratamiento se aprecia que existen interacciones de toda índole entre la edad, sexo, ocupación con los puntos gatillos, magnitudes del dolor así como las incapacidades asociadas a estos datos debiéndose tomar en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre conductas de tratamiento y valoraciones sobre grados de evolución de los pacientes.
- El resto de las combinaciones entre las variables de la investigación presentan relaciones no lineales débiles que oscilan entre positivas y negativas, o no presentan relación.

Recomendaciones

- A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda realizar estudios de este tipo para poder llevar a cabo comparaciones entre la efectividad de los tratamientos aplicados tomando en cuenta las variables contenidas en la investigación.
- A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda realizar u estudio piloto retrospectivo-prospectivo en mujeres menores y mayores de 45 años para conocer el comportamiento antes y después del tratamiento en estos grupos.
- A partir de la importancia que reviste para el país, historia, teoría, práctica, ventajas, amplitud de aplicación, carencia de efectos colaterales, uso mínimo de recursos, mínima invasibilidad para el paciente, etc., es que el método acupuntural y específicamente la terapéutica de patologías a partir de la utilización del microsistema auricular en el tratamiento de la fibromialgia, como dolencia que afecta a gran parte de la población cubana se recomienda generalizar la presente investigación necesaria para continuar dando cumplimiento al Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural con el aporte continuado de científicidad y necesidad ininterrumpida de evaluación del efecto de este tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. MINSAP. Programa Nacional para el Desarrollo y Generalización de la Medicina Tradicional y Natural. La Habana: MINSAP; 1999. p. 98.
2. Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arth Rheum.* 2005; 33:160-172.
3. Stratz T. Serotonin concentration in serum of patients with generalized tendomyopathy (fibromyalgia) and chronic polyarthritis. *Med Klin.* 2007; 88:458-62.
4. Protocolo de diagnóstico, tratamiento y derivación de los pacientes con fibromialgia. Provincia de Pontevedra. Complejo Hospitalario de Pontevedra-Gerencia de Atención Primaria Área Norte. España. Mar. 2004.
5. Frederick Wolfe MD. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of a Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism.* 2006; 33(2):160-172.
6. Ahles TA, Khan SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT. Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry.* 2004; 148: 1721- 26.
7. Lera Miguel S. Características y respuesta al tratamiento multidisciplinar de pacientes afectas de fibromialgia [Tesis]. Departament de Psiquiatria and Psicobiologia: Clínica. Universitat de Barcelona; 2006.
8. Carruthers Bruce M, Van de Sande Marjorie I. Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Case Definition and Guidelines for Medical Practitioners. An Overview of the Canada Consensus Document. 2006.
9. Rotés-Querol J. Tenomiasias. Fibromiasias. Curso de perfeccionamiento profesional en Reumatología. Barcelona: Fundación Promedic-Promoción médica; 1994.
10. Bennett RM, Clark SR, Campbell SM, Ingram SB, Burckhardt CS, Nelson DL, Porter JM. Symptoms of Raynaud's syndrome in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2005; 34: 264-269.
11. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later: What have we learned?. *Arch Int Med.* 2003; 159: 777-789.
12. Friedberg F, Jason LA. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment. *J Clin Psychology.* 2001; 57: 433-455.
13. Norregaard J, Bulow PM, Prescott E, Jacobsen S, Danneskiold-Samsoe B. A fouryear follow-up study in fibromyalgia: Relationship to chronic fatigue syndrome. *Scand J Rheumatol.* 2006; 22: 35-38.
14. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis. *J Rheumatol.* 2003; 20: 475-479.
15. Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33: 160-172.
16. Saunders D. Coping with chronic pain: What can we learn from pain self-efficacy beliefs?. *J Rheumatol.* 2004; 31: 1032-1034.
17. 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. *Sem Arthritis Rheum.* 2001; 30: 411-417.
18. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned?. *Arch Intern Med.* 2008; 159: 777-85.

19. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebrt L. Prevalence in characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 2005; 38:19.
20. Raspe H, Baumgartner C, Wolfe F. The prevalence of fibromyalgia in a rural German community: How much difference do different criteria make?. *Arthritis Rheum.* 2006; 9 (Suppl): 58.
21. Aguilar J, Sanchez E, Salcedo C, Burneo G, Proaño C. Estudio poblacional de frecuencia de enfermedades reumáticas en adultos mayores de 57 años. Informe Preliminar. *Boletín Asoc Per Reumatol.* 2006; 2(3): 13-21.
22. Vidal L, Hernández H, Cabello L. Síndrome de fibromialgia y reumatismo psicogénico. En: Vidal L. *Bases y principios en Reumatología.* 2da ed. Burgos: Sociedad Española de Reumatología; 1999.p. 421-444.
23. Carmona L, Ballinab J, Gabrielc R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-1045.
24. Nye D. A Physician's Guide to fibromyalgia syndrome [monograph on the internet]. Washington: National Fibromyalgia Association; 1998. [citado 9 Jun 2009]. Disponible en: www.fmaware.org/doctor/nye/htm .
25. Calabozo Raluy M. Actuación en fibromialgia. *Protocolos de actuación en Reumatología.* Burgos: Sociedad Española de Reumatología; 1998. p. 93-103.
26. White KP, Thompson J. Fibromyalgia syndrome in an Amish community: A controlled study to determine disease and symptom prevalence. *J Rheumatol.* 2003; 30: 1835-1840.
27. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL. Health status and disease severity in fibromyalgia: A results of a 6-center longitudinal study. *Arthritis Rheum.* 2003; 40: 1571-1579.
28. Kennedy M, Felson DT. A prospective *Arthritis Rheum.* *J Rheumatol.* 2001; 39: 682-685.
29. Granges G, Zilko P, Littlejohn GO. Fibromyalgia syndrome: Assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatology.* 2002; 21: 523-529.
30. Fitzcharles MA, Da Costa D, Pöyhiä R. A study of standard care in fibromyalgia syndrome: A favorable outcome. *J Rheumatology.* 2003; 30: 154-159.
31. White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Does the label "Fibromyalgia" alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Rheum.* 2002; 47: 260-265.
32. Forseth KO, Forre O, Gran JT. A 5.5 year prospective study of self-reported musculoskeletal pain and of fibromyalgia in a female population: Significance and natural history. *Clin Rheumatology.* 2006; 18: 114-121.
33. Wigers SH. Fibromyalgia outcome: The predicitive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life events- A 4.5 year prospective study. *J Psychosom Res.* 2006; 41: 235-243.
34. Molinet Fuertes E, Moulton Álvarez JA, Enrique Tamayo M, Rivera Montenegro M. *Fibromialgia un diagnóstico diferencial de polineuropatía periférica.* La Habana: Ciencias Médicas; 1999.
35. Vidal Neira L, Reyes Llerena G. Fibromialgia: Una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Rev Cubana de Reumatología.* 2006; VIII (10): 13-18.
36. Artiles Visbal L, Barrios Osuna I, Otero Iglesias J. *Metodología de la investigación para las ciencias de la salud.* La Habana: Ciencias Médicas; 2007. 304 p.

37. Bayarre Veá HD, Oliva Pérez M, Horsford Saing R, Ranero Aparicio V, Coutin MG, Díaz Llanes G. Metodología de la investigación en APS. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. 250 p.
38. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. La Habana. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. 517 p.
39. Test de evaluación funcional de Oswestry. Rev. Med. Clin. Condes. 2008; 19(2):152 – 166.
40. Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) [homepage on the Internet]. Chicago: Oswestry; c 1995-2002 [actualizado 23 Ene 2002; citado 12 Jun 2008]. Disponible en: http://www.medicalcriteria.com/es/criterios/neuro_oswestry_es.htm
41. Carrión García A, Carot Sánchez M. Conceptos básicos de estadística. Curso de Especialista en Gestión y Control de la Calidad. Valencia : Universidad Politécnica; 2007.
42. Díaz Díaz J, Rodrigues Boza E, Friol González JE, Reyes Secades G, Alvarez Perdomo I. Algunos aspectos epidemiológicos de la fibromialgia en el cn. Rev. Cubana Reumatología. 2003; 5(4): 60-4.
43. García Milián AJ. Rev Cubana Med Gen Integral. 2003; 19(2): 5-10.
44. OPS/OMS. Carta de Ottawa para la promoción de salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Washington DC. 17-21 nov 1986; Sect. C: 2 (col.21).
45. Fernández Sacasas J. El Diálogo ético en la ofensiva por la excelencia. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(4): 14-18.
46. Nuñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Lo que la educación científica no debería olvidar. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.
47. Klingenstierna U, Gosman-Hedstrom G, Claesson I. Can acupuncture improve the functional outcome in stroke patients?. En Proceedings of 12th International Confederation for Physical Therapy. Washington: McGraw-Hill; 1995. 748.
48. Giba G. Acupuncture: A medical viewpoint. NZ J Physiother. 2006; 9 :11-14.
49. Consulta de la OMS sobre acupuntura. Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura. Washington: OMS; 2002. p 37.
50. Zorrilla-Sánchez J, Aguilar Rebolledo F. Plasticidad y restauración neurológica. Med Clin. 2005; 4 (1-2): 13-18.
51. Martí E. Más sobre auriculoterapia. Am J Nurs [serie en Internet]. 2005 Jun [citado May 2006]; 106(5). Disponible en: <http://conchamartnezacupuntnaturop.blogspot.com/>.
52. Díaz Cuellar FE, García Mederos Y, Rodríguez Díaz RI. Una opción a través de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones: la capacitación en auriculoterapia. En: Informédica 2004 Information & Communication Technologies in Healthcare Development. 3er Virtual Congress in Internet. Matanzas March 1st to 30th 2004. Cuba: SG editores. p.1-10.
53. López Ontiveros J. Más sobre acupuntura. Am J Acupuncture [serie en Internet]. 2005 [citado 6 Jun 2008]; 16(3). Disponible en: <http://www.zhong-yi.org/direct/articulos.php?prof=5&arti=1>
54. Álvarez Díaz TA. Acupuntura. Medicina Tradicional Asiática. La Habana: Editorial Capitán San Luís; 1999. 223 p.
55. Pargas Torres F. Enfermería en la Medicina Natural y Tradicional. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. 168 p.
56. Acosta Hernández Reinaldo. Fibromialgia en mujeres. Hospital “Iván Portuondo”. San Antonio de los Baños. La Habana. http://bvs.sld.cu/revistas/med.vol.44.med045_505.htm.2008

Bibliografía

1. Abrams GM, Recht L. Neuropeptides and their role in pain and analgesia. *Acupunct.Electrother.Res.*1982; 7(2-3):105-121
2. Acosta Martínez BJ, Mir Peña N, González González A, Mullet Pérez A, Rivas Rodríguez R. Auriculoterapia. Ambato-Ecuador: Graciela Castillo; 1995. p. 78-91.
3. Acosta BJ. Auriculoterapia. Texto de aprendizaje. La Habana: Pueblo y Educación; 1995.
4. Acupuntura: nuevos estudios científicos confirman el poder de esta ciencia milenaria china y amplían cada vez más sus indicaciones. *La Nación.* 2 Feb 2005; Secc. A:3 (col. 2).
5. Alexandrova RA, Zhikharev SS, Mineev VM Sinitsina TM, Schemelinina TI. Acupuncture therapy in the treatment of patients with bronquial asthma. *Klin.Med.* 1991; 69 :69-72.
6. Alfonso Vega B. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1992; 8(3): 279-80.
7. Álvarez Díaz T. Acupuntura y Medicina Tradicional Asiática. La Habana: Editorial Capitán San Luis; 1982. p. 223.
8. Álvarez Díaz TA. La Acupuntura en los Trastornos psicofisiológicos La Habana: Editorial Capitán San Luis; 1982.
9. Álvarez Díaz T. Auriculopuntura. Medicina Tradicional Asiática. Ciudad de la Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1982. p. 9-15.
10. Alvarez Díaz TA. Manual de acupuntura. La Habana: Ciencias Médicas; 1992.
11. Alvarez Gómez J, Ondina Terrero E. Evaluación de la auriculoterapia en el dolor lumbar agudo. La Habana : Ciencias Sociales; 2007.
12. Aslamazova VI. Study of biologically active currents of the external ear in endaural pharmacophysical intervention. *Vestn-Otorrinolaringol.*1989 (mar-apr); 2(2): 17-20.
13. Astin JA. Mind-Body Therapies for the management of Pain. *Clin J Pain.* 2004; 20 :27-32.
14. Balsa B, Martín M. Fibromialgia. *Rev Soc Esp Reumatol.* 1997; 4(3): 12-18.
15. Bao K. The Individual cun as the appropriate unit of measure for acupuncture needle depth. *Am J Acupuncture.* 1990; 18 (2): 171-2.
16. Barrancos MJ. Operatoria dental. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. p.241.
17. Barton L, Wolf S. Use of EMG feedback in stroke rehabilitation. In: Gordan W, ed. *Advances in Stroke Rehabilitation.* Boston: Andover Medical Publishers; 1993.
18. Beinfield H, Korngold E. Entre el cielo y la tierra. Barcelona: Los libros de la liebre de marzo; 1999. p. 247-67.
19. Bishop B. Neurophysiology of motor responses evoked by vibratory stimulation. *Phys Ther.* 1974; 54(12):1273-1282.
20. Bossy J, Guevin F, Nguyen T. Acupuncture et médecine traditionnelle orientale, prévention et thérapeutique. Bélgica: McGram-Hill; 1996.
21. Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J. Los Microsistemas de la Acupuntura. México: Masson; 1987.
22. Bossy J. Atlas anatómico de los puntos de Acupuntura. París: Masson; 1990
23. Bragin EU, Bateva NN, Monaenkov KA. Role of catecholamine neurons in the reticular lateral nuclei in regulating sensitivity to pain exposure to reflex stimuli. *Biull.Eksp.Biol.Med.* 1983 (may); 95(5):19-21.

24. Caballero López A. Terapia Intensiva. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1988. p.135.
25. Cao XD. Role of endogenous opioid peptides and noradrenaline of preoptic area in acupuncture analgesia. 1st. World Congress on Acupuncture and Moxibustion, BeiJing; 1987.
26. Carrión García A, Carot Sánchez M. Conceptos básicos de estadística. Curso de Especialista en Gestión y Control de la Calidad. Universidad Politécnica de Valencia.España; 2007.
27. Caudrey D, Seeger B. Biofeedback devices as an adjunct to physiotherapy. *Physiother.* 1981; 67:371-376.
28. Chang Bohem A. Studies of the effects of acupuncture and electroacupuncture on the adrenocortical insufficiency of rats. 1st. World Conference on Acupuncture and Moxibustion. BeiJing; 1988.
29. Christoph K, Fritz H. Psychosocial aspects of insomnia. Results of a study in general practice. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2003; 253(1):49-52.
30. Chen G, Jiang Li S; Yang B, Wang P, He L. The role of the humane caudate nucleus in acupuncture analgesia. *Acupunct.Electrother.Res.*1982; 7(41): 225-265
31. Clark WC, Yang JC, Janal MN. Altered pain and visual sensitivity in humans: the effects of acute and chronic stress. *Ann.N.Y.Acad.Sci.*1986; 467:116-129.
32. Claude Bennet J, Plum F. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p. 1753-61.
33. Tratado de Acupuntura. Barcelona: Editorial Alhambra.; 1988.
34. Consulta de la OMS sobre acupuntura. Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura. Washington: OMS; 2002.p. 37.
35. Cruz Hernández A. Tratado de Pediatría. 6ta ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990. p 731-4.
36. Costa EB. Mecanismos; Puntos; Vantagens e inconvenientes de acupuntura en Estomatología. *Rev Pont Estomatol.* 1980; 22: 219 - 38.
37. Cumming MR. Herencia humana: Principios y conceptos. Washington: Interamericana Mc Graw-Hill; 1999. p. 341-76.
38. Artiles Visbal L, Barrios Osuna I, Otero Iglesias J. Curso de metodología de la investigación para ciencias de la salud [CD-ROM]. La Habana: MINSAP; 2007.
39. Cziszar R. Basics of acupuncture in the oral cavity - oral acupuncture. *Fogoru Gz.* 1993; 2: 233 - 8.
40. Dale RA. Los sistemas de las microacupuntura. Miami: Dialectic Publishing. p. 2 - 58.
41. Damiani Cavero S, García Reyes X, Bacallao Gallestey J, Arias Calderón J. Relación entre trastornos del sueño y algunas variables biológicas y sociales en una muestra poblacional de Lawton. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 1991; 7(2):118-28.
42. Davis GC. Endorfins and pain. *Psychiatr.Clin North Ame.*1983(sept); 6(3):473-487.
43. Díaz Cifuentes A, Seara Cifuentes A, Cervantes Martínez O. Auriculoterapia como tratamiento del asma bronquial en períodos intercrisis. *Archivo Médico de Camagüey* 2003; 7(2).
44. Díaz Cuellar FE, García Mederos Y, Rodríguez Díaz RI. Una opción a través de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones: la capacitación en auriculoterapia. En *Informédica 2004 Information & Communication Technologies in Healthcare Development.* 3rd Virtual Congress in Internet. Matanzas March 1st to 30th 2004. Cuba: SG editores. p.1-10.

45. Díaz Mastellari M. Las Demencias, la Medicina Tradicional Asiática y la Medicina Occidental: análisis y tratamiento [tesis]. La Habana: Instituto de Medicina Tropical; 1990.
46. Díaz Mastellari M. Pensar en Chino. Cancún: Ed. Pro-Art; 1997.
47. Dosch M. Atlas ilustrativo de la Técnica de la Terapia Neural con anestésicos locales. Munich Alemania: Karl F Haug Publishers; 1995.
48. Durinian, R.A. y Cols. Functional architectonics of neuronal antinociceptive mechanisms during the electroacupunctre method of reflex action. *Biol.Nauki*.1986(9):49-54
49. Díaz Cuellar Fé E., García Mederos Y, Rodríguez Díaz R.I. Una opción a través de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones: la capacitación en auriculoterapia. En *Informéica 2004 Information & Communication Technologies in Healthcare Development. 3rd Virtual Congress in Internet. Matanzas March 1st to 30th 2004. Cuba: SG editores. p.1-10.*
50. Díaz Cifuentes A, Seara Cifuentes A, Cervantes Martínez O. Auriculoterapia como tratamiento del asma bronquial en períodos intercrisis. *Archivo Médico de Camagüey* 2003; 7(2) ISSN 1025-0255. Policlínico Comunitario Area Este. Camagüey; 2003.
51. Edwards RG, Lippold OCJ. The relation between force and integrated electrical activity in fatigued muscle. *J Physiol* 1956; 312:677-681.
52. Eisenberg DM, Davis RB, Etner SL et al. Trends in alternative medicine use in United States. *JAMA* 1998; 280:1569-75.
53. Emory, C.R.; Thomas, A y Frey, W.H. Ganglioside monoclonal antibody. (A2 B5) Labels Alzheimer's neurofibrillari tangles. *Neurology* Vol.37.1987 (may); 5:768-772
54. Ernst E, White AR. The BBC survey of complimentary medicine use in the UK. *Complement Ther Med* 2000:8-32-6.
55. Espie CA. Cognitive-behavioral treatment of insomnia and its use during withdrawal of hypnotic medication. *Sante Ment Que* 2003;28(2):87-101
56. Farreras Valenti P. Medicina interna compendio práctico de patología médica. 6 ed. La Habana: Edición Revolucionaria; 1996. p. 1012 - 14
57. Feit, R. & Zmiewski, P. *Acumoxa Therapy. Vol. II, Paradigm Pubns., Massachusetts, 1990.*
58. Fei, H y Cols. New evidence showing differential release from spinal cord of enkephaline and dynorphin by low and high frecuency electroacupuncture stimulation.1st, World Conference on Acupuncture and Moxibustion.
59. Fernández Camacho A. Aspectos psicológicos del dolor crónico. *Algia International* 2001;1 5-10.
60. Flaws, B., & Wolfe, H.L. *Prince Wen Hui's Cook: Chinese Dietary Therapy. Paradigm Publications, Brookline, Massachusetts, 1983.*
61. Flood, D.G. y Coleman, P.D. Failed compensatory dendritic growth as a pathophysiological process in Alzheimer disease. *Can J.Neurol.Sci*.1986(nov); 13(4 suppl).475-479.
62. Flowers K. String wrapping versus massage for reducing digital volume. *Phys Ther* 1988; 68:57-59.
63. Friedman R, Zullermeister P, Benson I. Unconventional Medicine: Correspondence. *N Engl J Med* 1993; 329:1201-1206.
64. Friedman y Cols. Toward the developement of a mathematical model for acupuncture meridians. *Acupunct. Electrother. Res.* , 1989;14(3-4);p.217-226

65. Fu, S.M.; Wu, J.Y. y Zhang, X.R. Effects of timing acupuncture on nuclear volumen of neurosecretory cells in rat supraoptic nucleus. 1st World Conference on Acupuncture and Moxibustion
66. Fuller F. Understanding homeopathy, acupuncture and electrodiagnosis: Clinical applications of guantun mechanics. *Am J Acupuncture* 1990; 18 (1): 37-54.
67. García del Carriso Carmen. Enciclopedia completa ilustrada de Terapias Alternativas. Madrid: Editorial Mateus Cromo Artes Gráficas; 2002. p. 65, 109.
68. Garvy Jr., J.W. *The Five Fases Food*. Weelbeing Books, Newtonville, 1985.
69. Garvy Jr., J.W. *The Five Fases Food*. Weelbeing Books, Newtonville, 1985.
70. Giba G. Acupuncture: a medical viewpoint. *NZ J Physiother* 1981; 9:11-14.
71. Glanz M, Klawansky S, Stason W et al. Biofeedback therapy in poststroke rehabilitation: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Arch Phys Med Rahabil* 1995; 76:508-515.
72. Goidenko US, Barvichenko AA, Grech Ko IU. Manual therapy and acupuncture in the treatment of neuro-dystrophic syndromes in cervical osteochondrosis. *Zh Neuropatol Psikhiart Im SS Korsakova* 1999; 89 (4): 45 - 8.
73. Gómez Salvador C. *Medicina Natural*. Venezuela: Editorial Consuelo Sánchez y Asociados. 2001; p 109-11.
74. Gómez Naranjo J, Abad Hernández RM, Rodríguez Domínguez M, Lim Alonso N. Diagnóstico clínico de una sacrolumbalgia. Parte I: Examen físico. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1997; 13(4): 337-44.
75. González Carmona F. ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia. *Psiquiatría.com*; 3 (3), septiembre 1999.
76. González Carmona F. Depresión y sueño: un imbricado binomio. *II Congreso Virtual de Psiquiatría*. España. Interpsiquis 2001.
77. González Salvador A, Chu Chang P, Fonseca Hernández M, Corona Martínez JA. Auriculoterapia en pacientes asmáticos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1997; 13(2):185-8.
78. Grossman, A. Endorphins: opiates for the mases. *Med.Sci.Sports.Exerc*.1985 (feb)
79. Grossman, A. y Clement-Jones, V. Opiate receptors: enkephalins and endorphins. *Clin.Endocrinol.Metb*.1983 (mar)
80. Harvey CK, Cadena R. Dunlap L. Fibromyalgia. *J Am Peditr Med Assoc* 1993;83 (7).
81. He, L.F. y Cols. Possible involvement of opioid peptides of caudate nucleus in acupuncture analgesia. *Pain* 1985(sep)
82. Hefti, F.; Weiner, W.J. Nerve Growth Factor and Alzheimer'sdisease. *Ann.Neurol*.1986.
83. Hess, R. Neurophysiological mechanisms of pain perception methods.find *Exp.Clin.Pharmacol*.1982.
84. Hochreier NW, Jewell M, Barber L. et al. Effect of vibration on tactile sensitivity. *Phys Ther* 1983; 6:934-937.
85. Iasnetsov, V.V.; Pracditsev, V.A. Effect of opioid pepti-des,morphine and electroacupuncture on the neuronal activity of the sensorimotor cortex and brain ítem reticular formation. *Biul.Eksp.Biol.Med*.1982
86. Jaramillo J.F. Compendio de acupuntura china. *Enfermedades ginecobstétricas*. 1978 y Min Ming. *Fundamentos de la Medicina Tradicional China*. Capítulo II. Etiopatogenia. Editorial Tercer Mundo.
87. Jayasuriya A. *Clinical Acupunture*. 16th ed. Sri Lanka: International Alternative Medicine; 1999.p. 19-49, 765-87.

88. Jayasuriya A. Acupuntura Clínica. Sirilanka: Ed Biblioteca Nueva [sa] p. 51, 152-4.
89. Jiao Shun Fa. Head Acupuncture.(1 tomo) Shan Xi Publishing House,BeiJing,1987.
90. Jingyu F, Shinyuan X, Zhi L, Zhemei W. The Role of gap functions in determining skin conductance and their possible relationship to acupuncture point and meridians. Am J. Acupuncture 1990; 18 (2): 163-70.
91. Kalyzhnyi, I.V. y Cols.The role of hypothalamic opioid mechanism in acupunctural analgesia. 1st, world Conference on acupuncture and Moxibustion.
92. Kang, D.X.; Ma, B.R. y Lundervold, A. The effect of acupuncture on somatosensory evoked potentials. Clin.electroencefalogr.1983.
93. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. 7ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996.p.720-33.
94. Kaptchuck Ted J. Medicina China una Trama sin Tejedor. Barcelona: Los libros de la liebre de marzo; 2000. p 27,71- 97.
95. Klingenstierna U, Gosman-Hedstrom G, Claesson L et al. Can acuppuncture improve the functional outcome in stroke patients? Proceedings of 12th International Confederation for Physical Therapy. Washington DC; 1995:748.
96. Köhler VLB, Farias AC, Köhler JFW, A cross MAO, Mord A, Alcántara CM. Exame Clínico articular temporomandibular. Dens Curitiba 1997; 13: 31-46.
97. Kovalenko IF, Bezpál AN. Effect of reflexotherapy on central and peripheral hemodynamis in patients with the radicular syndrome of lumbar osteochondritis. Zh Nevropatol Psikhiatr Im SS Korsakova 1997; 81 (6): 899 - 905.
98. Kukushkin, M.L. y Reshetniak, V.K. Effect of electroacupuncture on the nature of changes in the activity of neurons in the 2nd.somatosensory region of thje cerebral cortex. Biull,Ekesp.Biol.Med1986.(nov)
99. Kukushkin, M.L.; Reshetniak, V,K y Durinian, R.A.The role of somatosensory cortex in the developement of reflex analgesia. Biull.Eksp.Biol.Med.1986 (jun).
100. Lee JM, Warren MP, Masson AM. Effects of ice on nerve conduction velocity. Physiother 1978;64:2-6.
101. Lehmann J, De Lateur B. Application of heat and cold in the clinical setting. In: Lehmann J, ed. Therapeutic heat and cold. Baltimore: Williams and Wilkins; 1990:633-644.
102. Levi, A. y Alema, S. The mechanism of action of the nerve Growth Factor. Annu.Rev.Pharmacol.Toxicol.1991, vol.31.
103. Libro de texto metodología de la investigación en APS en CD-ROM. Bayarre Bea Dr.C. H. MINSAP. 2004.
104. Li Deming, y Ballester, T. Las Sopas Medicinales Chinas. Miraguano Ediciones, Madrid, 1988.
105. Li, P; Hu, G.Q.; Zhao,L.R.; Tian, F.; Fu,L.X. Effect of Xing Nao Kai Qiao acupuncture method on free radical pathology and ultrastructure of cerebral tissue of cerebral ischemic and perfusion rabbits. Collection of selected papers of no. one Teaching Hospital of Tian Ping Traditional Chinese Medicine College-.1992(may)
106. Lin Y. Acupunture treatment for insomnia and acupunture analgesia. Psychiatr Neurosc 1995; (49):119-20.
107. Lisen Yuk UP, Samosyuk IZ, Yakupov RA. Computerized acupuncture medical system: Acupunt Electrother Res 1997; 18 (2): 97 - 101.
108. Llanio Navarro R. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1982.p. 115 -9.
109. López Ontiveros J. Más sobre acupuntura. 2005. URL disponible en <http://www.zhong-yi.org/direct/articulos.php?prof=5&arti=1>

110. Lozano R.F. Patología Clínica IV. Instituto Mexicano de Enseñanza e Instrucción en Medicina Tradicional China. México. 1996.
111. Lou, A.L. y Cols. Experimental study on effect of acupuncture of Zu San Li on abdominal disorders. 1st. World Conference on Acupuncture and Moxibustion, Bei Jing, 1987.
112. Lu, H.C. Chinese System of Food Cures: Prevention and Remedies. Sterling Publishing Co. Inc., New York, 1986.
113. Lu, H.C. Chinese Foods for Longevity: the Art of Long Life. Sterling Publishing Co. Inc., New York, 1990.
114. Maciocia G. La clínica en medicina cinese. Italia. Casa Editorial Ambrosiana. 1985.
115. Maoshing Ni, The Tao of Nutrition, Seven Star Communications, Santa Monica, California, 1993.
116. Martí E. Más sobre auriculoterapia. 2005 URL disponible en <http://conchamartnezacupuntnaturop.blogspot.com/> y <http://conchamartinezmartin.blogia.com/>
117. Martín Morales L, Díaz Benítez R, Alfonso Perdomo O. Tratamiento de la hipertensión arterial diastólica ligera utilizando microsistema de oreja. Centro Penitenciario Guamajal Hombres Santa Clara. Villa Clara; 2002.
118. Martínez Aguilera I, Peña Galbán L, Mena Fernández M, Fernández Franch N. Eficacia de la auriculoterapia y de la acupuntura corporal en el insomnio primario. Archivo Médico de Camagüey 2005; 9(5) ISSN 1025-0255. Hospital Psiquiátrico Provincial "Comandante René Vallejo Ortiz". Camagüey; 2005.
119. Matthies, H. Molecular and cellular mechanisms of information storage in the CNS. Neurociencias '89, La Habana, Cuba.
120. Meizerov, E.E.; Reshetniak, V.K.; Touluev, A.M. y Durinian, R.A. Somatosensory evoked potentials and their dynamics among trigeminal patients during reflexotherapy. Zh. Neuropatol. Psikhiatr. 1986.
121. Metodología de la investigación científica. Pons Munguía Dr. C. R., Villa González del Pino M.Sc. Eulalia M.; 2007.
122. MINSAP. Programa Nacional para el Desarrollo y Generalización de la Medicina Tradicional y Natural, 1999; 98.
123. Moolee, J y Kin, K.S. Effects of moxibustion on the blood pressure plasma renin activity and catecholamine concentration in the two kidney one clip goldbort hypertensive rats. 1st. World Conference on Acupuncture and Moxibustion, BeiJing, 1987.
124. Moreland J, Thomson MA. Efficacy of electromyography biofeedback compared with conventional physical therapy for upper-extremity function in patients following stroke: a research overview and metaanalysis. Phys Ther 1994; 74:534-545.
125. Morgan K. Actividad de día y factores de riesgo para el insomnio a edad avanzada. Journal of Sleep Research. 2003; 12(3):231-38.
126. Morin CM, Belanger L, Bastien C, Vallieres A. Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. Behav Res Ther 2004; 43(1):1-14.
127. Morris SL, Sharpe M. PNF revisited. Picio Theory Prac 1993; 9:43-51. Murphy C. Massage – The roots of the profession. Picio Theory Prac 1993;79:546
128. Nicholas JA, Hershman EB. The upper extremity in sports Medicine. EU: Editorial Mosloy. 1995. p. 317-18.
129. Nyñe DA. A physician's guide to fibromyalgia syndrome. 1997.
130. Oivin VI, Gaponiuk PI. The combined use traditional acupuncture and

- microacupuncture therapy in treating bronchial asthma patients. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz kult* 1998; (2): 24 - 7.
131. Olalla García, T. Espectro ansioso-depresivo-somatizador, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid, 2007.
 132. Oleson Terrence, D. Auriculotherapy Manual Chinese and Western Systems of Ear Acupuncture. Los Angeles .Ed.Healts Cone Alternative, 1992.
 133. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Madrid: Grafilago; 1993.
 134. Omura, Y. Simple non-invasive evaluation of cephalic hypertension syndrome and cephalic hypotension syndrome with corres -ponding changes in neurotransmitters befote and after acupuncture and electrotherapy. 1st.World Conference on Acupuncture and Moxibustion, Beijing, 1987.
 135. Omura, Y. Meridian-like networks of internal organs corresponding to traditional 12 main meridians and their acu-puncture points as detected by the Bi-Digital O-Ring Test Imaging Method. Search for the corresponding internal organ of Western Medicine for each meridian.Part one. *Acupunct.Electrother.Res.Int.J.*1987.vol, 12.
 136. Orlandini A. Técnica de psicofarmacología clínica. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1979.p. 1-19, 38-53.
 137. Oteniente, B.; Nothias, F.; Geffard, M. y Peschanski, M. The use of fetal transplants to study the developement of thalamic-gabaergic neurons. 3rd.Internat. Synpos.Neural Transplantations.Cambridge 1989.
 138. Padilla Carral, J.L. Fisiopatología y tratamiento en Medicina Tradicional China. La mujer en la Medicina Tradicional China. Editorial las Mil y una Noches. 1978.
 139. Padilla Corral, J.L. Fisiopatología y Tratamiento en Medicina Tradicional China, Las Mil y Una Ediciones, Madrid, 1985.
 140. Petrofsky J. Functional electrical stimulation and its application in the rehabilitation of neurologically injured adults. In: Finger S, et al., eds., *Brain Injury and Recovery: theoretical and controversial issues*. New York: Plenum Press; 1988.
 141. Petrovaara, A y Cols. dental analgesia produced by nonpainful low frecuency stimulation is not influenced by stress or reversed by naloxone. *Pain*, 1982 (aug).13(4), 379-384.
 142. Pullan, P.T. y Cols. Endogenous modulate release of Growth Hormone in response to electroacupuncture. *Life Sci.*1983 (apr)11.
 143. Rafael J. Salín Pascual. Hipocretinas y adenosina en la regulación del sueño. *Rev de Neurol* 2004;39(4):354.
 144. Ranjan Aparna MD, Berg Jennifer. Primary insomnia. *Medicine World Medical Library*. March. 2001. p. 1-11.
 145. Reinhard IW. Side-effects: mercury contribution to body burden. *From dental amalgamam*. *Adv Dental rev.* 1992; 6: 110-3.
 146. Reshetniak, V.K.; Kukushkin, M.L.; Durinian, R.A. Changes in the bioelectric activity in the orbitofrontal and somatosensory areas of the cerebral cortex caused by electroacupuncture. *Biull.eksp.Biol.Med.*1983(jul).
 147. Reshetniak, V.K.; Dulgikh, V.G.; Durinian, R.A. Modulating influence of the 2nd. somatosensory cortex of the cerebral cortex on the effects of the trigeminal nuclei. *Biull.Eksp.Biol.med.*1985(sep)
 148. Revolutionary Health Committee of Hunan Province, *A Barefoot Doctor's Manual*. Cloudburst Press, Seattle, 1977.

149. Rigol Ricardo, Dr. Orlando y Colaboradores. Dolor pelviano. Su tratamiento con acupuntura. II Congreso Nacional de Anestesiología y Reanimación. Habana. Mayo de 1979.
150. Rigol Ricardo, Dr. Orlando A. Obstetricia y Ginecología. Tomo I y III. Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana. 1986.
151. Rigol Ricardo O. Temas de Medicina Gen Integral. T3. 2da ed. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1987.p 176.
152. Rodríguez V. Factores ambientales del asma bronquial en especial referencia al keroseno. Rev Cubana Med. 1991; 20(6): 605-13.
153. Sánchez Z M. Acupuntura: mecanismos básicos. Gaceta Médica de Caracas. 1996; 104 (4): 378-389.
154. Schenk H. Gangliosides, learning and memory. Neurociencias '89. La Habana; 1989.
155. Silani V, Pizzuti A, Borsani G, Sidoli A, Falani A, Scarlata G. Nerve Growth Factor gene expresion in the developing human fetal brain. 3rd. Internat.Sympos. Neural Transplantation, Cambridge; 1989.
156. Sinelnikov RD. Atlas de Anatomía Humana. URSS: Editorial MIR; 1981.
157. Soliman N, Frank BL. Auricular acupuncture and auricular medicine. Phys Med Rehabil Clin N Am. 1999; 10 (3) :547 - 54.
158. Stratz T. Serotonin concentracion in serum of patients with generalized tendomyopathy (fibromyalgia) and cloric polyarthritis. Med Klin. 1993; 88:458-62.
159. Suárez Lorenzo J, González Antequera A. Ortodoncia en adultos. Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de Rosario; 1999. p. 56.
160. Sullivan SJ, Williams LRT, Seaborne TE. Effects of masaje of alpha motorneurone excitability. Phys Ther. 2008; 71:555-560.
161. Sun AY, Boney F, Lee DZ. Electroacupunture alters catecholamines in brain regions on rats. Neurochem.Res.1985 (feb); 10 (2): 251-258.
162. Sunderland T. CSF somatostatin in patients with Alzheimer's Disease, older depressed patients, and age matched control subjects. Am.J.Psychiatry. 1987; 144: 1313-1316.
163. Sussman DJ. Acupuntura: Teoría y práctica. 6^{ed}. Buenos Aires: Editorial Kier; 1984. p. 21-32.
164. Susan E L, Daniel J B. Treatment of insomnia in hospitalized patients. The annals of pharmacotherapy. 2001; 35(11): 23-6.
165. Susuki DT. Introducción al análisis genético. La Habana: Ed. Interamericana Mc Graw -Hill; 2002. p. 494-516.
166. Sternfeld M, Finkelstein Y, Eliraz A, Hod I. Cell mem-brane activities and regeneration mechanisms as therapy mediators in moxibustion and acupuntura treatments: theoretical considerations. Med.Hypothesis.1990(mar); 31(3) : 227-231.
167. Taylor R, Froelicher E. The Effectiveness of Tai Chi exercise in improving aerobic capacity a meta- analysis. J Card Nurs. 2004; 19:48-57.
168. Torrez BA. Epidemiología del dolor Investigación. Clínica terapéutica. 2000; 15 (3): 145 - 56.
169. Joint National Committee on Detection. Evaluation and Treatment. High Blood Pressure. 1997; 148: 1023-27.
170. The Burton Goldberg group. Medicina Alternativa. La guía definitiva. California: Future Medicine Publishing; 1999. p. 556-83.
171. Twist D. Effects of a wrapping technique on passive range of motion in a spastic upper extremity. Phys Ther. 2006; 65:299-304.

172. Ulrich Voderholzer A S, Gesa Weske B F, Dieter R. ¿Existen diferencias de género en las medidas objetivas y subjetivas del sueño?. *Depression and Anxiety*. 2003; 17(3):162-72.
173. Umplead DA, McCormack GL. Classification of common facilitatory and inhibitory techniques. In: Umplead DA. *Neurological Rehabilitation*. St Louis: Mosby; 1990.p. 111-161.
174. Van Tulder MV, Ostelo R, Vlaeyen JW. Behavioral Treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane back review group. *Spine*. 2000; 25:2688-2699.
175. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agent, effects of Treatment on Morbidity in Hypertension: II Result in Patient with Diastolic Blood pressure over 90 Through 114 mm Hg. *Jama*. 2005; 213: 1143.
176. Veranes Arias M. Conferencia sobre Mioma Uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 1986.
177. Villó Sirerol I, Kheiri Amin T, Mora Rodríguez C, Saucedo Frutos M, Prieto Y. Hábitos del sueño en niños. *Anales de Pediatría*. 2002; 57(2): 23-8.
178. Wang S. Habenula and acupuncture analgesia. 1st. World Conference on Acupuncture and moxibustion. Beijing; 1987.
179. WHO. A Standard international acupuncture nomenclature memorandum, from a WHO meeting Bull WHO. *Biull.Eksp.Biol.Med*. 2007; 68 (2):165-9.
180. Wilson CJ, Emson PC, Feler C. Electrophysiological evidence for the formation of a corticostriatal pathway in neurostriatal tissue grafts. 3rd ed. Cambridge: Internat.Symp.Neural;1989.
181. Wolfe Ross A. The prevalence and characteristics of Fibromalgia in the general population. *Arthritis Reseach an Clinical Center. Arthritis Rheumatism*. 1995; 38:19-28.
182. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arth Rheum*. 1990; 33:160-172.
183. Youbang C, Liangyue D. Essentials of Contemporary Chinese acupuncturists clinical experiences. Beijing: Foreign Languages Press; 1989.p. 267-68.
184. ZalesskyVN, Belousova IA, Frolov GV. Laser acupuncture reduces cigarette smoking: a preliminary report. *Acupunct.Electrother. Res.Int.J*. 1983; 13(3): 120-24.
185. Zanakis MF. Regeneration in the mammalian nervous system using applied electric fields: a literature review. *Acupunct.Electrother. Res.Int.J*.1988; 21(4): 15-19.
186. Zhai N, Xu P. Morphological study on interference of acupuncture to cerebral infarction in the rat. Collection of selected papers of No.1 Taching Hospital of Tian Jing Tradicional Chinese Medicine College. Tian Jing : Medicine College;1994.
187. Zhang Cun Shen. Comparative Research on Curative Effect of Acute Ischemic Apoplexy Treated with Acupuncture. 3rd. International Symposium on Clinical Acupuncture –Moxibustion. Tain Jin: Medicine College;1994.
188. Zhang Hui Yong. Effective Analysis on 282 cases of Parkinson's Disease Treated by Acupuncture. 3rd. International Symposium on Clinical Acupuncture-Moxibustion. Tian Jin: Medicine College; 1994.
189. Zheng J. Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión. Beijing: Lenguas Extranjeras 1985.
190. Zheng X. China avanza. La Medicina Tradicional China. *Rev. Beijing Informa*. 1997;(30):31-3.

191. Zhing X, Mu Ying Ying Y. Tratado de Acupuntura. Beijing: Ediciones de Lenguas Extranjeras; 1998. p. 52-54.
192. Zhou L. The study of regulatory function of acupuncture on stomach and its mechanism. 1st. World Conference on acupuncture and moxibustion. Beijing: Ediciones de Lenguas Extranjeras; 1998.
193. Zhu LX. The role of substance P in pain modulating and acupuncture analgesia. 1st. World Conference on acupuncture and moxibustion. Beijing: Ediciones de Lenguas Extranjeras; 1987.
194. Zhu SP, Liu.ZH. Changes of 3H-5HT in the mesencephalon and periacueductal gray matter in the process of acupuncture analgesia. Sheng Li Hsueh Pao.1985 oct; 37 (5): 497-502.
195. Zorrilla-Sánchez J, Aguilar Rebolledo F. Plasticidad y restauración neurológica. Med Clin. 2005; 4 (1-2 enero-junio, julio-diciembre).

Anexos

Anexo A. Carta de Consentimiento Informado



Policlínico Area III de Cienfuegos “Octavio de la Concepción y la Pedraja”

Carta de Consentimiento Informado

Cienfuegos, _____ de _____ del 2008
“Año del 50 Aniversario de la Revolución”

Por medio de la presente, yo, _____, con domicilio legal en _____ y Número de Identidad permanente _____, paciente del Consultorio Médico de Familia No. _____ perteneciente al Area de Salud _____ del municipio de Cienfuegos, sin ninguna invalidante en mis facultades mentales, me ofrezco y consiento voluntariamente a participar como sujeto de la investigación para el trabajo “Efecto terapéutico de la acupuntura en el tratamiento de la fibromialgia de tronco y miembros superiores en el Policlínico Area III del municipio de Cienfuegos.” de la Dra. Mercedes Yamila García Diego, Registro Profesional 78027, médico del Consultorio Médico de Familia No.7 del Area III del municipio de Cienfuegos para optar por el Grado de Master en Medicina Bioenergética y Natural en Atención Primaria de Salud.

En el momento de la remisión y aceptación realizados hacia y por la consulta de la Dra. Mercedes Yamila García Diego desde la Consulta de Ortopedia y Traumatología del Policlínico Area III de Cienfuegos “Octavio de la Concepción y la Pedraja” luego de haber sido tratado sin resultados satisfactorios en la evolución para mi como paciente por dicho servicio; doy fe de que he sido informado(a) del tema y particularidades de la investigación, que mi participación no ocasiona pérdidas de días laborales ni riesgos, que debo responder sobre temas personales pero se me garantiza que todos los documentos que se identifiquen con mi nombre serán totalmente confidenciales, que esta investigación no me reporta beneficios directos pero contribuye a mejorar el efecto de los tratamientos objeto de estudio en esta investigación y la calidad de la atención médica así como que mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria.

Estoy consciente además de la autonomía de la que dispongo para abandonar el estudio cuando así yo lo estime conveniente sin que esto implique ningún tipo de dificultades hacia mi persona.

Nombre y Apellidos del Paciente

Nombre y Apellidos del Investigador

Firma del Paciente

Firma y Cuño del Investigador

Anexo B. Cuestionario Inicial

1. Edad _____

2. Sexo

2.1. M _____ 2.2. F _____

3. Ocupación _____

4. Tiempo de diagnóstico de la patología actual

4.1. _____ años ó 4.2. _____ meses

5. Otras patologías que padece

6. Puntos gatillo afectados (tender points) (Marcar con una "X")

6.1. Occipucio _____ 6.2. Cervical inferior _____ 6.3. Trapecios _____

6.4. Supraespinosos _____ 6.5. Segunda costilla _____ 6.6. Epicóndilo lateral _____

7. Magnitud del dolor (Escala Analógica Visual (EVA))

(A partir de lo referido por el paciente, según la escala, escribir el número en la línea)

7.1. Ninguno (0) _____ 7.2. Mínimo (1 a 2) _____ 7.3. Leve (3 a 4) _____

7.4. Moderado (5 a 6) _____ 7.5. Intenso (7 a 8) _____

7.6. Agudísimo (9) _____ 7.7. Insoportable (10) _____

8. Alivio del dolor (Escala cualitativa PARM (Pain Relief Modificada))

(Marcar con una "X")

¿Cuánto ha mejorado su dolor?

8.1. Nada _____ 8.2. Un poco _____ 8.3. Mucho _____ 8.4. Ya no me duele _____

9. Interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria (Test de Oswestry modificado) (Marcar con una "X" en la línea, los Puntos Son Solo para Uso Médico)

9.1. *Actividades de la vida cotidiana (Lavarse, vestirse, etc)*

9.1.1. _____ Las realizo sin ningún dolor. (0 puntos)

- 9.1.2. _____ Puedo hacer de todo solo y en forma normal, pero con dolor. (1 puntos)
- 9.1.3. _____ Las realizo en forma más lenta y cuidadosa por el dolor. (2 puntos)
- 9.1.4. _____ Ocasionalmente requiero ayuda. (3 puntos)
- 9.1.5. _____ Requiero ayuda a diario. (4 puntos)
- 9.1.6. _____ Necesito ayuda para todo, estoy postrado/a en cama. (5 puntos)

9.2. Levantar objetos

- 9.2.1. _____ Puedo levantar objetos pesados desde el suelo sin dolor. (0 puntos)
- 9.2.2. _____ Puedo levantar objetos pesados desde el suelo, pero con dolor. (1 puntos)
- 9.2.3. _____ No puedo levantar objetos pesados del suelo debido al dolor, pero sí cargar un objeto pesado desde una mayor altura (Ej. desde una mesa). (2 puntos)
- 9.2.4. _____ Sólo puedo levantar desde el suelo objetos de peso mediano. (3 puntos)
- 9.2.5. _____ Sólo puedo levantar desde el suelo cosas muy livianas. (4 puntos)
- 9.2.6. _____ No puedo levantar ni cargar nada. (5 puntos)

9.3. Dormir

- 9.3.1. _____ Puedo dormir bien, libre de dolor. (0 puntos)
- 9.3.2. _____ Ocasionalmente el dolor me altera el sueño. (1 puntos)
- 9.3.3. _____ Por el dolor no logro dormir más de 6 hrs. seguidas. (2 puntos)
- 9.3.4. _____ Por el dolor no logro dormir más de 4 hrs. seguidas. (3 puntos)
- 9.3.5. _____ Por el dolor no logro dormir más de 2 hrs. seguidas. (4 puntos)
- 9.3.6. _____ No logro dormir nada sin dolor. (5 puntos)

9.4. Actividades sociales (Fiestas, deportes, etc.)

- 9.4.1. _____ Sin restricciones, libre de dolor. (0 puntos)
- 9.4.2. _____ Mi actividad es normal pero aumenta el dolor. (1 puntos)
- 9.4.3. _____ Mi dolor tiene poco impacto en mi actividad social, excepto aquellas más enérgicas (Ej. deportes). (2 puntos)
- 9.4.4. _____ Debido al dolor salgo muy poco. (3 puntos)
- 9.4.5. _____ Debido al dolor no salgo nunca. (4 puntos)
- 9.4.6. _____ No hago nada, debido al dolor. (5 puntos)

Nota: Esta modificación del Test de Oswestry comprende 4 ítems, de 10 puntos cada uno, con un máximo de 40, siendo este puntaje el peor estado funcional posible.

El Test de Oswestry original comprende 10 ítems, de 10 puntos cada uno, con un máximo de 100, siendo este puntaje el peor estado funcional posible.

Interpretación del Test de Oswestry

Sumar el resultado de cada respuesta y calcular el nivel de discapacidad según la siguiente fórmula: $(\text{puntos totales} / 50) \times 100 = \% \text{ incapacidad}$ (o: $(\text{puntos totales dividido por } 50) \text{ multiplicado por } 100 = \text{porcentaje de incapacidad}$)

ODI Scoring

- 0%-20% (Incapacidad mínima): El paciente puede realizar la mayoría de las actividades de su vida. Usualmente no está indicado el tratamiento con excepción de sugerencias para levantar pesos, postura, actividad física y dieta. Los pacientes con ocupaciones sedentarias como por ej. secretarias pueden experimentar más problemas que otros.
- 21%-40% (Incapacidad moderada): El paciente puede experimentar más dolor y dificultades para levantar pesos, sentarse o estar de pie. Los viajes y la vida social son más dificultosas y pueden estar incapacitados para trabajar. El cuidado personal, actividad sexual y el sueño no están groseramente afectados. El tratamiento conservador puede ser suficiente.
- 41%-60% (Incapacidad severa): El dolor es el principal problema en estos pacientes pero también pueden experimentar grandes problemas en viajar, cuidado personal, vida social, actividad sexual y sueño. Una evaluación detallada es apropiada.
- 61%-80% (Incapacitado): El dolor de espalda tiene un impacto en todos los aspectos de la vida diaria y el trabajo. Tratamiento activo es requerido.
- 81%-100%: Estos pacientes pueden estar postrados en cama o exageran sus síntomas. Evaluación cuidadosa es recomendada.

Anexo C. Cuestionario Final

1. Edad _____

2. Sexo

2.1. M _____ 2.2. F _____

3. Ocupación _____

4. Puntos gatillo afectados (tender points) **(Marcar con una "X")**

4.1. Occipucio _____ 4.2. Cervical inferior _____ 4.3. Trapecios _____

4.4. Supraespinosos _____ 4.5. Segunda costilla _____ 4.6. Epicóndilo lateral _____

5. Magnitud del dolor (Escala Analógica Visual (EVA))

(A partir de lo referido por el paciente, según la escala, escribir el número en la línea)

5.1. Ninguno (0) _____ 5.2. Mínimo (1 a 2) _____ 5.3. Leve (3 a 4) _____

5.4. Moderado (5 a 6) _____ 5.5. Intenso (7 a 8) _____

5.6. Agudísimo (9) _____ 5.7. Insoportable (10) _____

6. Alivio del dolor (Escala cualitativa PARM (Pain Relief Modificada))

(Marcar con una "X")

¿Cuánto ha mejorado su dolor?

6.1. Nada _____ 6.2. Un poco _____ 6.3. Mucho _____ 6.4. Ya no me duele _____

7. Interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria (Test de Oswestry modificado) **(Marcar con una "X" en la línea, los Puntos Son Solo para Uso Médico)**

7.1. Actividades de la vida cotidiana (Lavarse, vestirse, etc)

7.1.1. _____ Las realizo sin ningún dolor. (0 puntos)

7.1.2. _____ Puedo hacer de todo solo y en forma normal, pero con dolor. (1 puntos)

7.1.3. _____ Las realizo en forma más lenta y cuidadosa por el dolor. (2 puntos)

7.1.4. _____ Ocasionalmente requiero ayuda. (3 puntos)

7.1.5. _____ Requiero ayuda a diario. (4 puntos)

7.1.6. _____ Necesito ayuda para todo, estoy postrado/a en cama. (5 puntos)

7.2. Levantar objetos

- 7.2.1. _____ Puedo levantar objetos pesados desde el suelo sin dolor. (0 puntos)
7.2.2. _____ Puedo levantar objetos pesados desde el suelo, pero con dolor. (1 puntos)
7.2.3. _____ No puedo levantar objetos pesados del suelo debido al dolor, pero sí cargar un objeto pesado desde una mayor altura (Ej. desde una mesa). (2 puntos)
7.2.4. _____ Sólo puedo levantar desde el suelo objetos de peso mediano. (3 puntos)
7.2.5. _____ Sólo puedo levantar desde el suelo cosas muy livianas. (4 puntos)
7.2.6. _____ No puedo levantar ni cargar nada. (5 puntos)

7.3. Dormir

- 7.3.1. _____ Puedo dormir bien, libre de dolor. (0 puntos)
7.3.2. _____ Ocasionalmente el dolor me altera el sueño. (1 puntos)
7.3.3. _____ Por el dolor no logro dormir más de 6 hrs. seguidas. (2 puntos)
7.3.4. _____ Por el dolor no logro dormir más de 4 hrs. seguidas. (3 puntos)
7.3.5. _____ Por el dolor no logro dormir más de 2 hrs. seguidas. (4 puntos)
7.3.6. _____ No logro dormir nada sin dolor. (5 puntos)

7.4. Actividades sociales (Fiestas, deportes, etc.)

- 7.4.1. _____ Sin restricciones, libre de dolor. (0 puntos)
7.4.2. _____ Mi actividad es normal pero aumenta el dolor. (1 puntos)
7.4.3. _____ Mi dolor tiene poco impacto en mi actividad social, excepto aquellas más energéticas (Ej. deportes). (2 puntos)
7.4.4. _____ Debido al dolor salgo muy poco. (3 puntos)
7.4.5. _____ Debido al dolor no salgo nunca. (4 puntos)
7.4.6. _____ No hago nada, debido al dolor. (5 puntos)

Nota: Esta modificación del Test de Oswestry comprende 4 ítems, de 10 puntos cada uno, con un máximo de 40, siendo este puntaje el peor estado funcional posible.

El Test de Oswestry original comprende 10 ítems, de 10 puntos cada uno, con un máximo de 100, siendo este puntaje el peor estado funcional posible.

Interpretación del Test de Oswestry

Sumar el resultado de cada respuesta y calcular el nivel de discapacidad según la siguiente fórmula: $(\text{puntos totales} / 50) \times 100 = \% \text{ incapacidad}$ (o: $(\text{puntos totales dividido por } 50) \text{ multiplicado por } 100 = \text{porcentaje de incapacidad}$)

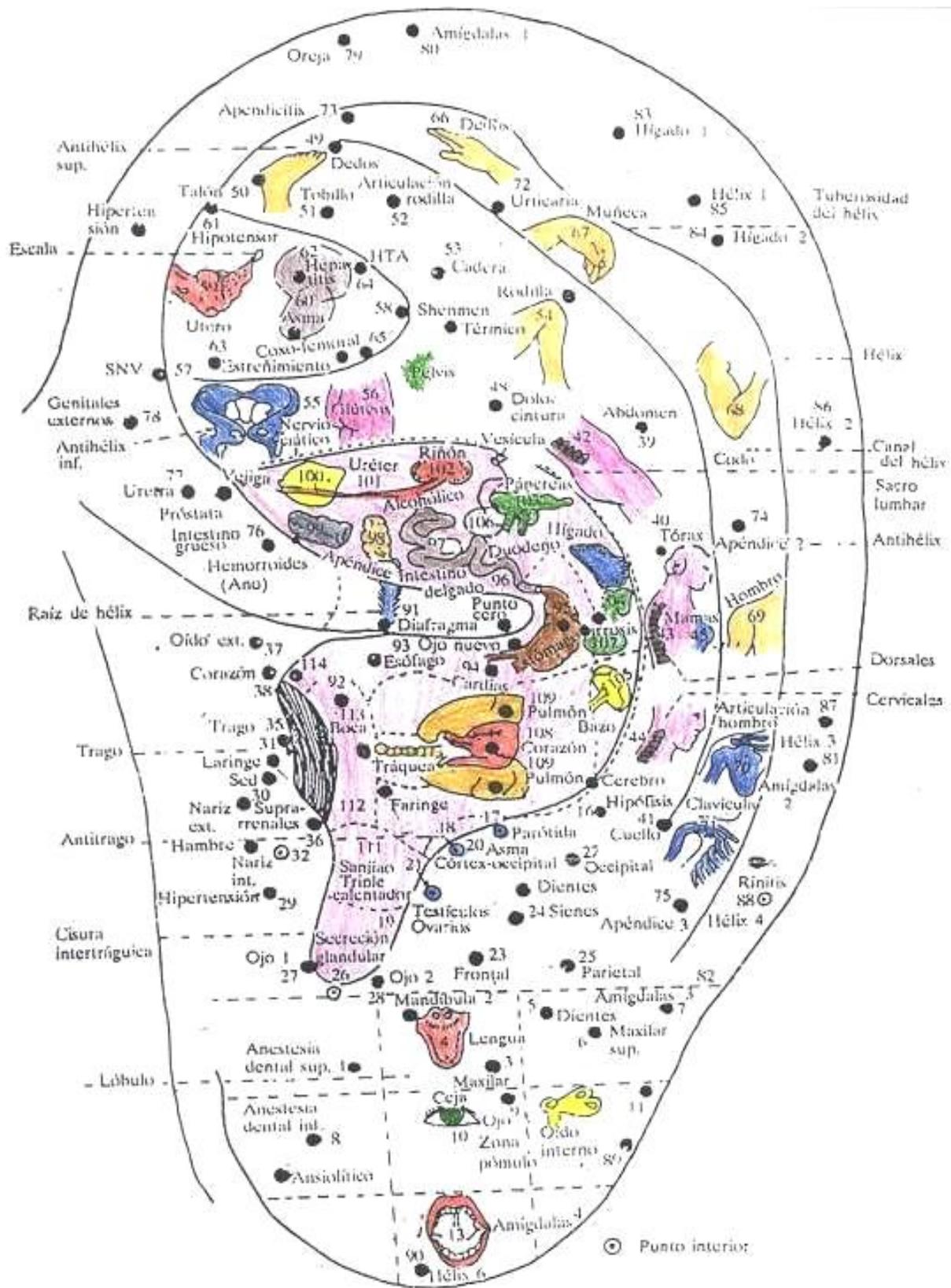
ODI Scoring

- 0%-20% (Incapacidad mínima): El paciente puede realizar la mayoría de las actividades de su vida. Usualmente no está indicado el tratamiento con excepción de sugerencias para levantar pesos, postura, actividad física y dieta. Los pacientes con ocupaciones sedentarias como por ej. secretarías pueden experimentar más problemas que otros.
- 21%-40% (Incapacidad moderada): El paciente puede experimentar más dolor y dificultades para levantar pesos, sentarse o estar de pie. Los viajes y la vida social son más dificultosas y pueden estar incapacitados para trabajar. El cuidado personal,

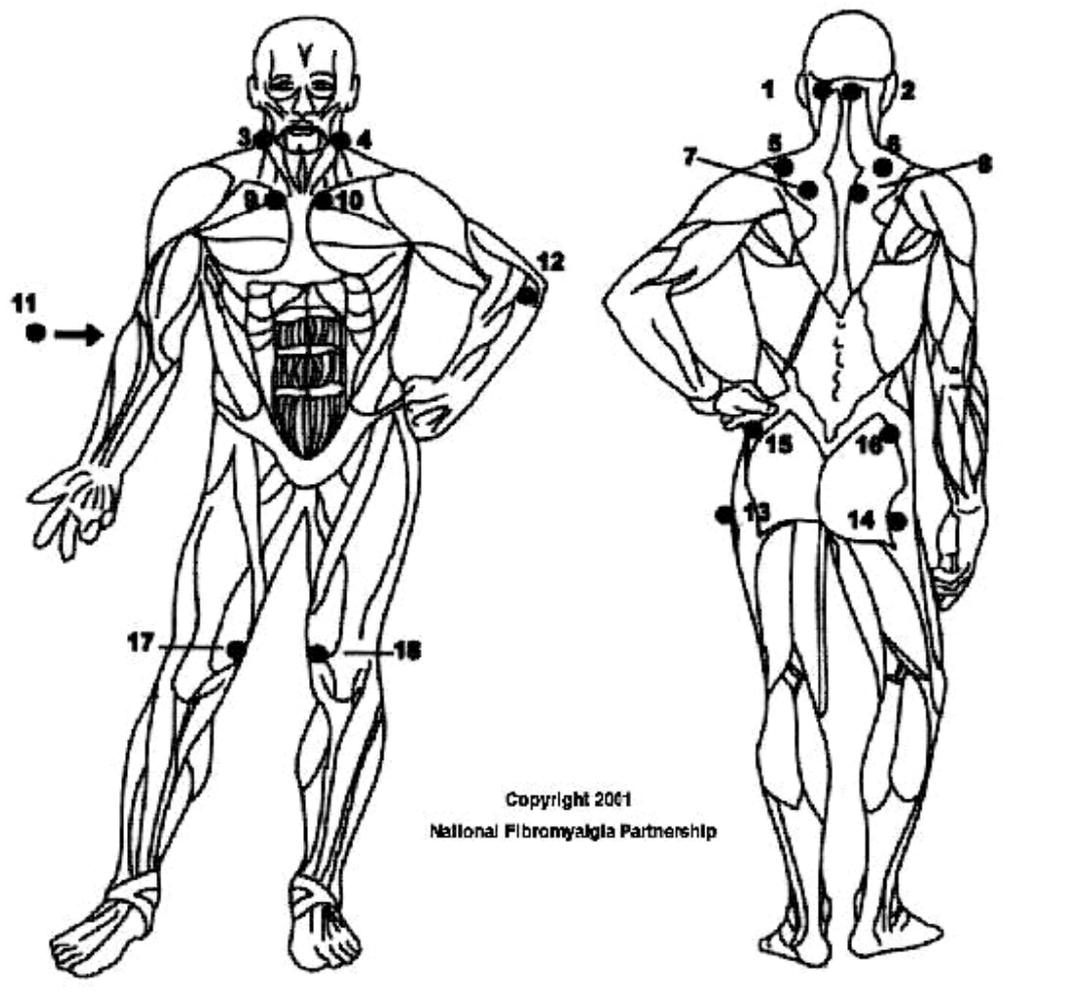
actividad sexual y el sueño no están groseramente afectados. El tratamiento conservador puede ser suficiente.

- 41%-60% (Incapacidad severa): El dolor es el principal problema en estos pacientes pero también pueden experimentar grandes problemas en viajar, cuidado personal, vida social, actividad sexual y sueño. Una evaluación detallada es apropiada.
- 61%-80% (Incapacitado): El dolor de espalda tiene un impacto en todos los aspectos de la vida diaria y el trabajo. Tratamiento activo es requerido.
- 81%-100%: Estos pacientes pueden estar postrados en cama o exageran sus síntomas. Evaluación cuidadosa es recomendada.

Anexo D. Puntos de la oreja



Anexo E. Puntos Sensibles Típicos de la Fibromialgia. National Fibromyalgia Partnership, Inc.



Puntos sensibles anatómicos específicamente relacionados con la fibromialgia, Tal y como los define The American College of Rheumatology (ACR) ⁽⁵⁾

- (1,2) Occipucio: bilateral, en los puntos de inserción de los músculos suboccipitales;
- (3,4) Cervical inferior: bilateral, en los aspectos anteriores de los espacios intertransversales entre las vértebras C5-C7;
- (5,6) Trapecios: bilateral, en el punto medio del borde superior;
- (7,8) Supraespinosos: bilateral, en los puntos de origen, supraescapular cerca del borde medio;
- (9,10) Segunda costilla: bilateral, en las segundas articulaciones costocondrales, un poco lateral a las articulaciones en las superficies superiores;
- (11,12) Epicóndilo lateral: bilateral, 2 cm. distal a los epicóndilos;
- (13,14) Glúteo: bilateral, en los cuadrantes superiores externos de las nalgas en el pliegue anterior del músculo;
- (15,16) Trocánter Mayor: bilateral, posterior a la protuberancia trocantérica; y
- (17,18) Rodilla: bilateral, en la almohadilla medial de grasa cerca de la línea de la articulación.

Anexo F. Correlación entre las variables de la investigación al inicio del tratamiento

	Edad	Sexo	Ocupación	Occipucio	Cervical Inferior	Trapeacios	Supraespinosos	Segunda Costilla	Epicóndilo Lateral	Leve	Moderado	Intenso	Agudísimo	Insoportable	Incapacidad Mínima	Incapacidad Moderada	Incapacidad Severa
Edad (Pearson)	1	-,038	-,098	-,137	-,021	-,054	,080	,181	-,059	-,149	,254(*)	-,193	-,030	,093	-,141	,112	,093
Sexo	-,038	1	,254(*)	-,128	,091	,030	,010	-,081	,033	-,032	,022	,093	-,074	-,074	-,087	,117	-,074
Ocupación	-,098	,254(*)	1	-,073	-,023	-,025	-,042	-,040	,103	,024	-,057	-,007	-,014	,217(*)	-,255(*)	,184	,217(*)
Occipucio	-,137	-,128	-,073	1	-,002	-,125	,194	-,071	-,087	-,036	,044	,013	-,054	-,054	-,239(*)	,267(*)	-,054
Cervical Inferior	-,021	,091	-,023	-,002	1	-,059	-,054	,120	,127	-,202	,177	-,023	,030	,030	-,113	,106	,030
Trapeacios	,847	,414	,838	,988		,598	,627	,280	,252	,067	,110	,839	,785	,785	,310	,342	,785
Supraespino sos	-,054	,030	-,025	-,125	-,059	1	-,085	-,200	,010	-,041	,034	-,018	,048	,048	,023	-,041	,048
Segunda Costilla	,625	,789	,824	,261	,598		,446	,070	,927	,713	,762	,873	,669	,669	,838	,713	,669
Epicóndilo Lateral	,080	,010	-,042	,194	-,054	-,085	1	-,139	-,121	,041	,157	-,133	,044	-,260(*)	,052	,041	-,260(*)
Leve	-,149	-,032	,024	-,036	-,202	-,041	,041	-,017	-,170	1	-,498(**)	-,326(**)	-,086	-,086	,251(*)	-,229(*)	-,086
Moderado	,180	,772	,827	,748	,067	,713	,710	,879	,124		,000	,003	,442	,442	,022	,038	,442
	,254(*)	,022	-,057	,044	,177	,034	,157	,124	,110	-,498(**)	1	-,547(**)	-,144	-,144	-,023	,076	-,144
	,021	,846	,607	,696	,110	,762	,156	,263	,322	,000		,000	,196	,196	,838	,495	,196

	Edad	Sexo	Occupación	Occipucio	Cervical Inferior	Trapeacios	Supraespinosos	Segunda Costilla	Epicondilio Lateral	Leve	Moderado	Intenso	Agudísimo	Insoportable	Incapacidad Mínima	Incapacidad Moderada	Incapacidad Severa
Intenso	-,193	,093	-,007	,013	-,023	-,018	-,133	-,140	,026	-,326(**)	-,547(**)	1	-,094	-,094	-,162	,202	-,094
	,081	,401	,947	,908	,839	,873	,232	,208	,817	,003	,000		,397	,397	,144	,068	,397
Agudísimo	-,030	-,074	-,014	-,054	,030	,048	,044	-,097	-,103	-,086	-,144	-,094	1	-,025	,091	-,086	-,025
	,791	,507	,902	,627	,785	,669	,694	,382	,353	,442	,196	,397		,825	,411	,442	,825
Insoportable	,093	-,074	,217(*)	-,054	,030	,048	-,260(*)	,078	,068	-,086	-,144	-,094	-,025	1	-,270(*)	-,086	1,000(*)
	,405	,507	,049	,627	,785	,669	,018	,482	,541	,442	,196	,397	,825		,014	,442	,000
Incapacidad Mínima	-,141	-,087	-,255(*)	-,239(*)	-,113	,023	,052	-,197	-,282(**)	,251(*)	-,023	-,162	,091	-,270(*)	1	-,936(**)	-,270(*)
	,204	,435	,020	,029	,310	,838	,643	,074	,010	,022	,838	,144	,411	,014		,000	,014
Incapacidad Moderada	,112	,117	,184	,267(*)	,106	-,041	,041	,175	,267(*)	-,229(*)	,076	,202	-,086	-,086	-,936(**)	1	-,086
	,314	,293	,095	,015	,342	,713	,710	,113	,015	,038	,495	,068	,442	,442	,000		,442
Incapacidad Severa	,093	-,074	,217(*)	-,054	,030	,048	-,260(*)	,078	,068	-,086	-,144	-,094	-,025	1,000(**)	-,270(*)	-,086	1
	,405	,507	,049	,627	,785	,669	,018	,482	,541	,442	,196	,397	,825	,000	,014	,442	

Edad Pearson Correlation

Demás Kendall Correlation Coefficient

Sig. (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo F. Correlación entre las variables de la investigación al finalizar el tratamiento

	Edad	Sexo	Ocupación	Occipucio	Cervical Inferior	Trapeacios	Supraespinosos	Segunda Costilla	Epicóndilo Lateral	Mínimo	Leve	Moderado	Mucho	Ya No Me Duele	Incapacidad Mínima	Incapacidad Severa
Edad (Pearson)	1	-,038	-,098	,052	-,079	-,135	,219(*)	,079	-,102	-,023	,000	-,055	-,039	,002	-,253(*)	-,014
Sexo	-,038	1	,254(*)	,001	,116	-,104	,039	,041	,412(**)	,048	,089	-,091	,194	-,158	-,131	-,052
Ocupación	-,098	,254(*)	1	,015	-,005	-,016	-,070	,023	,175	,104	-,018	-,075	,163	-,131	-,082	,152
Occipucio	,052	,001	,015	1	,235(*)	,142	,393(**)	,078	-,076	,144	,394(**)	-,075	,409(**)	-,375(**)	,165	-,043
Cervical Inferior	-,079	,116	-,005	,235(*)	1	,345(**)	,277(*)	,307(**)	,129	,611(**)	,210	,263(*)	,644(**)	-,735(**)	,186	,151
Trapeacios	-,135	-,104	-,016	,142	,345(**)	1	,089	,227(*)	,104	,164	,250(*)	,469(**)	,226(*)	-,401(**)	,547(**)	,269(*)
Supraespino sos	,219(*)	,039	-,070	,393(**)	,277(*)	,089	1	,049	-,087	,070	,581(**)	,106	,489(**)	-,515(**)	-,001	-,050
Segunda Costilla	,079	,041	,023	,078	,307(**)	,227(*)	,049	1	,258(*)	,243(*)	,115	-,043	,277(*)	-,257(*)	-,063	-,025
Epicóndilo Lateral	-,102	,412(**)	,175	-,076	,129	,104	-,087	,258(*)	1	,055	,007	-,037	,238(*)	-,221(*)	-,054	-,021
Mínimo	-,023	,048	,104	,144	,611(**)	,164	,070	,243(*)	,055	1	-,215	-,120	,601(**)	-,581(**)	,080	-,069
Leve	,836	,664	,349	,195	,000	,139	,531	,027	,620	,051	1	-,066	,424(**)	-,394(**)	,276(*)	-,038
	,998	,424	,874	,000	,057	,023	,000	,299	,949	,051	,551	,000	,000	,000	,011	,733

	Edad	Sexo	Ocupación	Occipucio	Cervical Inferior	Trapeacios	Supraespinosos	Segunda Costilla	Epicóndilo Lateral	Mínimo	Leve	Moderado	Mucho	Ya No Me Duele	Incapacidad Mínima	Incapacidad Severa
Moderado	-,055 ,621	-,091 ,415	-,075 ,501	-,075 ,498	,263(*) ,016	,469(**) ,000	,106 ,339	-,043 ,697	-,037 ,737	-,120 ,278	-,066 ,551	1	-,034 ,763	-,220(*) ,045	,179 ,106	,531(**) ,000
Mucho	-,039 ,724	,194 ,078	,163 ,140	,409(**) ,000	,644(**) ,000	,226(*) ,040	,489(**) ,000	,277(*) ,011	,238(*) ,030	,601(**) ,000	,424(**) ,000	-,034 ,763	1	- ,928(**)	,153 ,166	-,090 ,420
Ya No Me Duele	,002 ,987	-,158 ,155	-,131 ,239	-,375(**) ,000	-,735(**) ,000	- ,401(**)	- ,515(**)	-,257(*) ,019	-,221(*) ,044	- ,581(**)	- ,394(**)	-,220(*) ,045	- ,928(**)	1	-,131 ,237	-,126 ,256
Incapacidad Mínima	-,253(*) ,021	-,131 ,237	-,082 ,464	,165 ,135	,186 ,093	,547(**) ,000	-,001 ,989	-,063 ,573	-,054 ,627	,080 ,475	,276(*) ,011	,179 ,106	,153 ,166	-,131 ,237	1	-,031 ,782
Incapacidad Severa	-,014 ,899	-,052 ,641	,152 ,169	-,043 ,698	,151 ,174	,269(*) ,014	-,050 ,655	-,025 ,824	-,021 ,848	-,069 ,536	-,038 ,733	,531(**) ,000	-,090 ,420	-,126 ,256	-,031 ,782	1

Edad Pearson Correlation

Demás Kendall Correlation Coefficient

Sig. (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo G. Correlación entre las variables de la investigación al inicio-fin del tratamiento

	Occipucio Fin	Cervical Inferior Fin	Trapecios Fin	Supraespinos Fin	Segunda Costilla Fin	Epicóndilo Lateral Fin	Mínimo Fin	Leve Fin	Moderado Fin	Mucho Fin	Ya No Me Duele Fin	Incapacidad Mínima Fin	Incapacidad Severa Fin
Occipucio Inicio	,279(*)	-0,065	-0,214	0,049	-0,077	-0,135	-0,006	-0,046	-0,143	0,111	-0,007	-0,096	-0,155
	0,011	0,559	0,052	0,659	0,487	0,224	0,955	0,682	0,198	0,318	0,947	0,388	0,162
Cervical Inferior Inicio	0,076	0,142	-0,104	0,087	0,044	0,038	-0,055	0,067	0,037	0,025	-0,039	0,054	0,021
	0,496	0,201	0,35	0,433	0,696	0,736	0,62	0,549	0,737	0,82	0,725	0,627	0,848
Trapecios Inicio	-0,009	0,041	0,125	0,137	-0,134	0,059	-0,047	0,105	0,059	0,069	-0,091	0,085	0,034
	0,934	0,716	0,261	0,218	0,227	0,598	0,673	0,347	0,599	0,533	0,415	0,446	0,764
Supraespinos Inicio	0,109	-0,186	-,282(**)	0,126	-0,154	-0,195	-0,143	0,096	-0,179	0,037	0,037	-0,102	-,396(**)
	0,326	0,093	0,01	0,257	0,163	0,077	0,197	0,387	0,106	0,742	0,738	0,36	0
Segunda Costilla Inicio	-0,004	0,054	-0,025	-0,063	-,363(**)	0,024	0,091	-0,121	-0,119	-0,063	0,107	-0,069	-0,068
	0,973	0,625	0,823	0,57	0,001	0,827	0,415	0,276	0,282	0,572	0,334	0,536	0,539
Epicóndilo Lateral Inicio	-0,024	0,07	0,029	-0,015	-,220(*)	-,295(**)	0,092	0,044	-0,127	0,057	-0,008	0,121	-0,073
	0,828	0,531	0,796	0,891	0,046	0,007	0,411	0,692	0,254	0,609	0,941	0,276	0,515
Leve Inicio	-0,213	-,399(**)	-,224(*)	-,245(*)	-0,123	-0,106	-,340(**)	-0,188	-0,105	-,443(**)	-,477(**)	-0,041	-0,06
	0,053	0	0,042	0,025	0,27	0,342	0,002	0,089	0,344	0	0	0,71	0,589
Moderado Inicio	-0,058	0,129	-0,087	-0,005	0,031	-,231(*)	0,151	-,257(*)	-0,024	0,087	-0,122	-,255(*)	-0,101
	0,604	0,246	0,435	0,965	0,778	0,036	0,174	0,019	0,831	0,432	0,271	0,02	0,364
Intenso Inicio	-,333(**)	-,251(*)	-,216(*)	-,244(*)	0,107	-0,116	-,256(*)	-,428(**)	-0,115	-,352(**)	-,304(**)	-,261(*)	-0,066
	0,002	0,022	0,05	0,026	0,336	0,297	0,019	0	0,298	0,001	0,005	0,017	0,553
Agudísimo Inicio	-0,061	0,05	0,159	0,139	-0,035	-0,03	-0,098	0,215	-,363(**)	0,193	-0,18	-,260(*)	-0,017
	0,581	0,656	0,152	0,21	0,751	0,785	0,377	0,05	0,001	0,08	0,104	0,018	0,876
Insoportable Inicio	-0,061	0,05	0,159	-0,071	-0,035	-0,03	-0,098	-0,054	-,363(**)	-0,128	-0,021	-0,044	-,703(**)
	0,581	0,656	0,152	0,525	0,751	0,785	0,377	0,627	0,001	0,25	0,85	0,694	0
Incapacidad Mínima Inicio	-,263(*)	-0,039	-0,155	-0,182	-,257(*)	-0,184	-0,052	-0,18	-0,026	-,263(*)	-,274(*)	0,055	-0,19
	0,016	0,73	0,162	0,1	0,019	0,095	0,638	0,104	0,813	0,016	0,012	0,619	0,086
Incapacidad Moderada Inicio	-,294(**)	0,022	0,102	0,214	-,279(*)	0,202	0,09	0,206	-0,105	-,319(**)	-,275(*)	-0,041	-0,06
	0,007	0,845	0,358	0,052	0,011	0,067	0,418	0,062	0,344	0,003	0,012	0,71	0,589
Incapacidad Severa Inicio	-0,061	0,05	0,159	-0,071	-0,035	-0,03	-0,098	-0,054	-,363(**)	-0,128	-0,021	-0,044	-,703(**)
	0,581	0,656	0,152	0,525	0,751	0,785	0,377	0,627	0,001	0,25	0,85	0,694	0

Kendall Correlation Coefficient

Sig. (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).