

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO.**

**LA MEDICINA NO ALOPÁTICA EN EL MANEJO DEL DOLOR DE LA
FIBROMIALGIA, CEFALEA Y LUMBALGIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

**Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios
de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria para optar por el título de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.**

DRA. JULIANA PATRICIA VALVERDE BRENES.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

2018.

Dedicatoria.

Dedico este trabajo a quienes siempre han estado a mi lado, a mi familia. A mi esposo quien ha caminado a mi lado en cada momento de este proceso y con quien quiero seguir viviendo muchas aventuras más. A mi padre y madre por ser una fortaleza de amor, dedicación y enseñanzas, a quienes les debo la vida, la oportunidad de ser su hija, porque son los mejores, un ejemplo a seguir. A mi hermana quien en este proceso fraternal ha sido la mejor, que me ha ayudado siempre con lo que está a su alcance. Los cuatro han sido incondicionales, me han apoyado en todo, han estado en las alegrías y las derrotas, han reído de lo bueno y llorado conmigo en lo malo. Nunca me dejaron pensar en la opción de un paso atrás. Son mi mayor bendición, mi regalo de Dios. LOS AMO.

Agradecimientos.

Agradezco a Dios por la vida, por permitirme cumplir con una meta más en mi formación, por ser incondicional. A mi familia por su apoyo y amor. A mis compañeros y amigos de residencia, pues hicieron que este proceso fuera mucho mejor. A mis profesores por todas sus enseñanzas. Y por supuesto a la Universidad de Costa Rica, la cual llevare siempre en el corazón y cada uno de los que la hacen grande cada día.



**Programa de Posgrado en Especialidades Médicas
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria**

**APROBACION
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN**

La dirección del Comité de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, y este tribunal, hacen constar que el Trabajo final de Graduación: "*La medicina no alopática en el manejo del dolor de la fibromialgia, cefalea y lumbalgia. Revisión bibliográfica*", elaborado por la Dra. Juliana Valverde Brenes, fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria .

Dr. Willy Loria Quirós
Coordinador Nacional

Comité Director Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria
Médico Especialista

Dr. Daniel Ulate Gómez
Tutor de Tesis
Médico Especialista MFC

Dr. Flavia Solórzano Morera
Lectora de Tesis
Médica Especialista MFC

Dr. José Luis León Salas
Lector de Tesis
Médico Especialista MF

Dra. Juliana Valverde Brenes
Nombre de Residente

Tabla de contenidos.

Tabla de contenidos.....	iv
Índice de siglas.....	vi
Resumen.....	vii
Introducción.....	9
Justificación.....	10
Problema de investigación.....	12
Objetivos.....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Metodología.....	14
Tipo de investigación.....	14
Palabras Claves.....	14
Definición de categorías de estudio.....	14
Criterios de inclusión para los artículos científicos.....	15
Criterios de exclusión para los artículos científicos.....	16
Artículos encontrados según nivel de evidencia.....	16
Procedimiento de búsqueda bibliográfica.....	17
Fase 1: Recopilación.....	17
Fase 2: Análisis del material bibliográfico.....	19
Resultados y discusión.....	20
Tipos de medicina no alopática en el manejo del dolor mencionados en la literatura.....	20
Acupuntura.....	20
Aromaterapia.....	21
Ayurveda.....	23
Cromoterapia.....	23
Estimulación eléctrica transcutánea.....	24
Fitoterapia.....	25
Homeopatía.....	26
Hidroterapia.....	26
Hipnosis.....	27

Masaje terapéutico.....	29
Musicoterapia.....	30
Tai Chi.....	31
Reflexología.....	31
Quiropráctica.....	32
Yoga.....	34
Evidencia científica de manejo del dolor en la cefalea, la lumbalgia y la fibromialgia	35
Cefalea.....	35
Lumbalgia.....	36
Fibromialgia.....	41
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Bibliografía.....	48
Anexos.....	63
Tablas 2. Resumen de artículos analizados.....	64
Tablas 3. Hallazgos por patologías.....	104

Índice de siglas.

BINASSS: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

FM: fibromialgia.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PubMed: Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.

Scielo: librería científica electrónica en línea.

TENS: estimulación eléctrica transcutánea.

VAS: escala analógica visual.

Resumen.

La medicina no alopática en el manejo del dolor de la fibromialgia, cefalea y lumbalgia. Revisión bibliográfica.

Juliana Patricia Valverde Brenes

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Introducción: la lumbalgia, la cefalea y la fibromialgia, son patologías con un alto índice de consulta a nivel nacional, con dificultades de manejo satisfactorio para los usuarios desde la medicina convencional. Como médicos de familia, conocer las evidencias que soportan el manejo integral a través de medicina no alopática permite mejorar el proceso de atención integral centrada en la persona. Este trabajo tiene como finalidad analizar la evidencia científica de las prácticas no alopáticas en el manejo del dolor de la fibromialgia, cefalea y lumbalgia.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, el cual se llevó a cabo mediante la revisión de literatura científica publicada en bases de datos PubMed o Scielo durante los últimos 10 años. La búsqueda se realizó del 01 al 31 de agosto del 2017.

Resultados: se obtuvo un total de 291 artículos que hacían referencia al tema de investigación. Posterior a aplicar criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron en esta investigación un total de 36 artículos.

Conclusiones: posterior al estudio se determinó que existen muchas prácticas de medicina no alopática, sin embargo, no todas han demostrado tener evidencia para el tratamiento del dolor en fibromialgia, cefalea y lumbalgia. En el manejo de cefalea se encontró que la acupuntura es la única práctica de medicina no alopática que ha demostrado tener evidencia en disminución del dolor con su uso. Por otro lado, para el abordaje de lumbalgia con uso de medicina no alopática las prácticas que demostraron evidencia a favor de su uso son la estimulación eléctrica transcutánea, tai chi, masaje terapia, aromaterapia y acupuntura. En fibromialgia la búsqueda dio como resultado que hay evidencia en el manejo del dolor al utilizarse acupuntura y yoga. De esta manera, a pesar de que algunas de

estas prácticas, carecían de evidencia estadísticamente significativa a favor de su uso, se debe recalcar que se trataron de muestras pequeñas con lo cual se limita el nivel de evidencia, aunado a que algunos de los estudios eran considerados heterogéneos.

Introducción.

A lo largo de los años, los enfoques de atención hacia la salud de la población han experimentado cambios, anteriormente se daba mayor énfasis en la prevención de enfermedades infectocontagiosas; sin embargo, actualmente con el crecimiento acelerado de las enfermedades no transmisibles, se ha incorporado la concentración de recursos en la promoción de la salud, y la prevención de enfermedades crónicas.

Entre los síndromes de dolor crónico, destacan por su alta prevalencia la cefalea, lumbalgia y fibromialgia, las cuales a su vez generan en el sistema de salud de cada población una inversión de recursos importante, se caracterizan por contemplar aspectos etiológicos emocionales y sensoriales, que para ser tratados adecuadamente requieren una atención integral y multidisciplinaria.

Actualmente, el manejo del dolor tiene una escala analgésica establecida por la OMS, con la cual se pretende guiar el uso de medicamentos de manera escalonada, con el objetivo de utilizar primero aquellos medicamentos menos potentes hasta llegar a los más potentes y los métodos invasivos, guiándose según la intensidad del dolor.

A pesar de ello, en muchas ocasiones no se logra el alivio pleno del dolor, y es en estas situaciones en las que los individuos buscan otras alternativas distintas, a las establecidas por el sistema tradicional de atención. Con base a lo anterior la medicina no alopática podría ofrecer una alternativa dentro del abordaje integral de estas patologías.

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica para conocer la evidencia de las prácticas no alopáticas, que permita a los médicos de familia y comunidad, orientar a la población en el uso de las mismas, para salvaguardar el bienestar de la población.

Justificación.

A nivel nacional, se han evidenciado un alto porcentaje de consultas por enfermedades osteomusculares y de dolor crónico, donde patologías como la fibromialgia, la cefalea y la lumbalgia presentan índices de consulta considerables.

Prueba de esto, se refleja en la Encuesta Nacional de Consulta Externa, 2002, donde estas se encuentran entre las 18 enfermedades que tienen mayor frecuencia de consulta externa atendida por especialistas. Donde la lumbalgia como parte de las dorsolumbopatías ocupa el quinto lugar. Las enfermedades de trastornos de tejido blando donde se incluye la fibromialgia ocupa el dieciseisavo lugar y la cefalea ocupan el dieciochoavo lugar. Las anteriores son superadas mayormente por enfermedades crónicas. (CCSS, 2002).

De esta manera, la alta necesidad de atención de estas patologías, ha provocado gran impacto a nivel socioeconómico, pues el sistema de salud se enfrenta a dar respuesta a la atención de las mismas.

Aunado a esto, es importante destacar que la cefalea, fibromialgia y lumbalgia han demostrado implicaciones a nivel laboral, ya que forman parte de las enfermedades con mayores índices de incapacidades a nivel de país, lo que se traduce en pagos importantes por días no laborados y altos costos en gastos en salud para su atención. Para el año 2016 se encontraron dentro de los seis grupos de enfermedades con mayor cantidad de incapacidades y para noviembre del 2017 entre las diez principales. (CCSS, 2016) (CCSS, 2017).

En dichas patologías existe una tendencia a identificarse el dolor como un síntoma cardinal, generando que los sistemas de salud busquen alternativas de manejo para responder a estas necesidades; lo que constituye las prácticas de medicina no alopática como una herramienta fundamental en el abordaje y trabajo para los médicos.

La relevancia del médico de familia y comunidad en el abordaje de estas patologías tiene que ver con las altas necesidades asistenciales en los diferentes

niveles de atención de la CCSS, el tipo de abordaje que ofrece centrado en la persona, donde involucra alternativas de manejo farmacológico y no farmacológico como serían prácticas no alopáticas, donde el establecimiento de evidencia científica validada, permitiría su utilización como herramienta en el manejo de las misma o saber cómo orientar a su población cuando quieran conocer sobre estas.

Basado en lo anterior, se realiza una revisión bibliográfica para determinar cuáles son las prácticas de medicina no alopática que se utilizan para el manejo del dolor en fibromialgia, cefalea y lumbalgia y cuál es su nivel de evidencia científica. Para contar con información fidedigna que permita usar estas prácticas como herramientas en el manejo de estas patologías.

La viabilidad y factibilidad del ese estudio está amparada por la aprobación correspondiente por el sistema de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, el no requerir de inversión económica por parte de la institución, así como del recurso del tiempo requerido para la obtención de la información.

Problema de investigación.

Tema de investigación.

La medicina no alopática en el manejo del dolor de la fibromialgia, cefalea y lumbalgia. Revisión bibliográfica.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las prácticas no alopáticas en el manejo del dolor en la fibromialgia, cefalea y lumbalgia, utilizadas actualmente y cuál es la evidencia científica que tienen dichas prácticas?

Objetivos.

Objetivo general.

- Analizar la evidencia científica de las prácticas no alopáticas en el manejo del dolor de la fibromialgia, cefalea y lumbalgia, a través de una revisión bibliográfica de las publicaciones de las bases de datos PubMed y Scielo entre enero del 2007 a agosto del 2017.

Objetivos específicos.

- Describir los tipos de medicina no alopática aplicados en el manejo del dolor general.
- Describir las prácticas no alopáticas más utilizadas en el alivio del dolor en la fibromialgia, cefalea y lumbalgia.
- Detallar el nivel de evidencia científico de las prácticas no alopáticas más utilizadas en el alivio del dolor en la fibromialgia, cefalea y lumbalgia.

Metodología.

Tipo de investigación.

La siguiente investigación, se basó en un estudio no experimental, descriptivo-sistemático, basada en la revisión bibliográfica. La búsqueda se realizó en las bases de datos Scielo y PubMed, se buscó artículos de enero del 2007 al 31 de agosto del 2017, mediante la recuperación de referencias bibliográficas donde se describan las prácticas no alopáticas en el manejo del dolor en la fibromialgia, cefalea, lumbalgia; que facilitó identificar el nivel de evidencia científica en el manejo del dolor de estas patologías. De los artículos encontrados, se seleccionó de manera equitativa aquellos que mostraron la mejor evidencia científica para las patologías, lo cual dio un total de 36 artículos analizados.

Palabras Claves.

Fibromialgia, lumbalgia, cefalea, acupuntura, aromaterapia, ayurveda, cromoterapia, estimulación eléctrica transcutánea, fitoterapia, homeopatía, hidroterapia, hipnosis, masaje terapéutico, musicoterapia, tai chi, reflexología, quiropráctica, yoga, aromaterapia.

Definición de categorías de estudio.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), se define dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño”. (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2010).

La medicina alopática es el término que se utiliza para referirse a la medicina convencional, la cual es oficial en cada país. (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2014)

La medicina no alopática se refiere a todas aquellas prácticas que no se enseñan a nivel convencional, y que usualmente tienen como punto de partida lo holístico, según la Colaboración Cochrane es: “un amplio grupo de recursos terapéuticos que incluye todos los sistemas, modalidades, prácticas de salud,

teorías y creencias que los acompañan, diferentes a aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad particular en un período histórico dado”. (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2014) (Saizar et al, 2013).

Las patologías que se eligieron para esta investigación basándonos en la alta prevalencia que tienen en la consulta de médicos de familia y comunidad son la cefalea, lumbalgia y fibromialgia.

Al referirnos a cefalea hacemos alusión a aquel dolor que se experimenta por encima de la línea existente entre ambos cantos oculares externos, hasta el centro del canal auditivo externo. (Academia Mexicana de neurología, 2015).

Por otro lado, la lumbalgia es aquel dolor que se produce entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea. (Gobierno Federal de Estados Unidos Mexicanos, s,f).

Y la fibromialgia se define como síndrome neurológico donde la característica principal es el dolor generalizado crónico a nivel musculoesquelético, sin que haya cambios a nivel osteoarticulares, se acompaña de sensibilidad al tacto, fatiga, dificultad para dormir, alteraciones cognitivas como son dificultad para concentrarse y de memoria a corto plazo. Por otro lado, es frecuente que haya cefalea, síndrome de colon irritable, reflujo gastroesofágico, vejiga irritable, dolor pélvico, depresión y/o angustia, pero no se debe cumplir en todos los casos. (Colegio Americano de Reumatología, 2018) (Ministerio de Salud de Chile, 2016).

Criterios de inclusión para los artículos científicos.

1. Escritos en idioma inglés y / o español.
2. Publicados de enero 2007 al 31 de agosto 2017.
3. Publicados en las bases de datos Scielo y PubMed.
4. Describan el manejo de fibromialgia, cefaleas y lumbalgia en seres humanos.

5. Describan elementos relacionados a medicina no alopática en el manejo del dolor en fibromialgia, cefalea y lumbalgia.

Criterios de exclusión para los artículos científicos.

1. Documentos accesibles de forma incompleta (solo abstract, resúmenes, protocolos).
2. Describan únicamente manejo de otros síntomas diferentes al dolor.
3. No accesibles ni por los propios medios ni a través del BINASSS.

Artículos encontrados según nivel de evidencia.

Tabla 1 Clasificación del artículo indagado según nivel de evidencia.

Clasificación del artículo.	Nivel de Evidencia.	Artículos indagados.
Metaanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados	Ia	10
Ensayo clínico controlado aleatorizado	Ib	22
Revisión sistemática de estudios de cohorte, con homogeneidad	IIa	0
Estudio de cohorte o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad	IIb	0
Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y	III	4

controles, revisiones.		
Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio	IV	0
Total		36

Fuente: adaptado de Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford.

Procedimiento de búsqueda bibliográfica.

Fase 1: Recopilación.

- Para realizar esta revisión bibliográfica primero se utilizó la pregunta de investigación.
- Esta interrogante permitió definir las variables que determinarían la búsqueda bibliográfica de los artículos, en las siguientes bases de datos y utilizando los siguientes ítems:

Biblioteca Virtual de la Salud (BVS)-SciELO: acupuntura y cefalea. Aromaterapia y cefalea. Ayurveda y cefalea. Homeopatía y cefalea. Fitoterapia y cefalea. Masaje terapia y cefalea. Yoga y cefalea. Hidroterapia y cefalea. Hipnoterapia y cefalea. Musicoterapia y cefalea. Cromoterapia y cefalea. Tai ji y cefalea. Reflexoterapia y cefalea. Hidroterapia y cefalea. Estimulación eléctrica percutánea y cefalea. Acupuntura y lumbalgia. Aromaterapia y lumbalgia. Ayurveda y lumbalgia. Homeopatía y lumbalgia. Fitoterapia y lumbalgia. Masaje terapia y lumbalgia. Yoga y lumbalgia. Hidroterapia y lumbalgia. Hipnoterapia y lumbalgia. Musicoterapia y lumbalgia. Cromoterapia y lumbalgia. Tai ji y lumbalgia. Reflexoterapia y lumbalgia. Hidroterapia y lumbalgia. Estimulación eléctrica percutánea y lumbalgia. Acupuntura y fibromialgia. Aromaterapia y fibromialgia. Ayurveda y fibromialgia. Homeopatía y fibromialgia. Fitoterapia y fibromialgia. Masaje terapia y fibromialgia. Yoga y fibromialgia. Hidroterapia y fibromialgia.

Hipnoterapia y fibromialgia. Musicoterapia y fibromialgia. Cromoterapia y fibromialgia. Tai ji y fibromialgia. Reflexoterapia y fibromialgia. Hidroterapia y fibromialgia. Estimulación eléctrica percutánea y fibromialgia.

Pubmed: ("Acupuncture Analgesia"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh].
("Aromatherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh].
("Homeopathy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh].
("Hydrotherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh].
("Hypnosis/therapeutic use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh]. ("Color
Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh]. ("Music
Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh]. ("Relaxation
Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh]. ("Tai Ji"[Mesh]) AND
"Headache"[Mesh]. ("Phytotherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND
"Headache"[Mesh]. ("Transcutaneous Electric Nerve Stimulation/therapeutic
use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh]. ("Massage/therapeutic use"[Mesh]) AND
"Headache"[Mesh]. ("Oils, Volatile/therapeutic use"[Mesh]) AND "Headache"[Mesh]
("Acupuncture Analgesia"[Mesh]) AND "Low Back Pain/therapy"[Mesh], ("Oils,
Volatile/therapeutic use"[Mesh]) AND "Low Back Pain/therapy"[Mesh].
("Aromatherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Low Back Pain/therapy"[Mesh].
("Color Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Low Back Pain/therapy"[Mesh].
("Music Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Low Back Pain/therapy"[Mesh].
("Relaxation Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Low Back
Pain/therapy"[Mesh]. ("Homeopathy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Low Back
Pain/therapy"[Mesh]. ("Hypnosis, Anesthetic"[Mesh]) AND "Low Back
Pain/therapy"[Mesh]. ("Massage/therapeutic use"[Mesh]) AND "Low Back
Pain/therapy"[Mesh]. ("Phytotherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Low Back
Pain/therapy"[Mesh]. ("Tai Ji"[Mesh]) AND "Low Back Pain/therapy"[Mesh].
("Transcutaneous Electric Nerve Stimulation"[Mesh]) AND "Low Back
Pain/therapy"[Mesh]. ("Acupuncture Analgesia"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]
("Oils, Volatile/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh].
("Aromatherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Ayurveda
/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh] ("Hypnosis/therapeutic

use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Massage/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Color Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Phytotherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Music Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Relaxation Therapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Tai Ji/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Transcutaneous Electric Nerve Stimulation/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Reflexotherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Hydrotherapy/therapeutic use"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Yoga"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Medicine, Ayurvedic"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh]. ("Manipulation, Chiropractic"[Mesh]) AND "Fibromyalgia"[Mesh].

- Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos establecidas.
- La búsqueda bibliográfica se realizó del 01 al 31 de agosto 2017.
- Se obtuvieron en total 291 artículos que cumplían con los descriptores determinados, de los cuales se revisó el abstract o resumen, de cada uno para asegurarse que fueran elegibles, se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión, hasta depurar un total de 36 artículos los cuales responden a los descriptores y objetivos planteados.
- Para la interpretación y análisis de los artículos seleccionados, se adaptó un instrumento autorizado por el Sistema de Posgrado de Medicina Familiar CENDEISSS; diseñado con el objetivo de extraer la información necesaria para dar respuesta a la cuestión planteada de esta revisión. La tabla 2 muestra la Matriz para el análisis de los artículos científicos (Anexos).

Fase 2: Análisis del material bibliográfico.

- Se incluyeron los artículos indagados en una matriz de análisis, y se clasificó cada uno de ellos según el tipo de estudio y nivel de evidencia, como se muestra en la tabla 1.
- Se llevó a cabo la descripción y discusión de los resultados, según las categorías de análisis.
- Por último, se formularon las conclusiones y recomendaciones.

Resultados y discusión.

Tipos de medicina no alopática en el manejo del dolor mencionados en la literatura.

Los seres humanos desde siempre hemos buscado en la ciencia y la tecnología aquellos avances que mejoren nuestra calidad de vida, que faciliten las labores que realizamos a diario y que nos produzcan bienestar en general.

En esa misma búsqueda de bienestar, es que la medicina no alopática ha tenido su historia y su actualidad, pues desde la antigüedad se exploraba que cosas podían mejorar o sanar una dolencia, desde el friccionar con la mano una zona afectada hasta introducirse en el agua y dejar que sus corrientes actúen.

El uso de elementos al alcance del humano hizo que, se explorara en muchas prácticas que han acompañado a la sociedad desde muchos años antes de Cristo y que todavía hoy están vigentes. Quizás lo que explique que estas prácticas sigan en pie, es precisamente esa búsqueda de alivio, el cual en algunas ocasiones no es encontrada con la medicina convencional y requiere por ende, de acciones complementarias.

El uso de la medicina no alopática en el manejo del dolor, ha sido ampliamente estudiado, a continuación se pretende mencionar cuáles son esas prácticas que se han utilizado para el manejo del dolor.

La relevancia de iniciar con este apartado, es sustentar la historia y principios de las practicas no alopáticas para tener una visión general del porque a pesar de la medicina alopática estas aún están presentes en la sociedad y siguen siendo punto de partida de investigaciones.

Acupuntura.

La acupuntura consiste en insertar agujas muy finas en diferentes partes del cuerpo; en puntos específicos ubicados a lo largo del recorrido de los llamados meridianos, con el fin de producir alivio (Salvatore et al, 2015).

De la acupuntura se tiene registro desde la edad de piedra, donde se vio el uso de cuchillos de piedra y otros utensilios filosos para aliviar el dolor. En la dinastía Han se describe en el libro “Shuo-wen-jie-zi” el “bian” como la piedra para tratar enfermedades. El uso del “bian” como originalmente se conoció, viro a uso de agujas de hueso y bambú, y en la dinastía Shan se emplean agujas de bronce (Frausto, 2007).

El término como lo conocemos hoy, es introducido por los jesuitas en su misión en China. En el siglo XX se introduce en Europa por Solie de Mourant, primeramente en Francia y luego se extiende por los demás países (Frausto, 2007).

En 1984, con el establecimiento de la República Popular China se promueve el estudio e investigación en esta práctica, publicándose gran cantidad de artículos que demuestran su utilidad en diversas enfermedades, hasta el uso de la misma como anestesia para realización de cirugía (Frausto, 2007).

Se han descrito más de 1000 puntos acupunturales donde se da la inserción de agujas finas con el fin de restablecer los estados de desequilibrio, y la elección adecuada de esos puntos, es fundamental en la efectividad de la técnica. (Robles y Rojas, 2010).

Vinculado a esto, se ha determinado que la acupuntura ejerce sus beneficios al provocar la liberación de opiáceos endógenos y de esta manera generar su efecto analgésico. Además, actúa en la vía inhibitoria del dolor descendente serotoninérgico que se ha visto ejerce cierta inhibición en la transmisión del estímulo doloroso. (Lin y Liang, 2009).

Aromaterapia.

La aromaterapia, es una rama de la medicina no alopática que utiliza aromas sintéticos o naturales como método terapéutico para promover la salud en procesos físicos y anímicos. El aroma natural o producto obtenido de plantas aromáticas son los llamados aceites esenciales. (Avello et al, 2011).

La aromaterapia tiene su historia desde 5000 años a.C. cuando el emperador chino Kiman Ti inicia con estudios en dicha práctica. En Mesopotamia hace mención a su uso desde los 3000 años A.C., lo cual tenía no solo una connotación religiosa sino también terapéutica (Zelada, s/f).

Se menciona en los años 900 a René Maurice Gattefosc, un químico de origen francés, como padre de la aromaterapia, quién en sus escritos logra destacar las virtudes antisépticas y curativas de esta disciplina (Zelada, s/f).

Luego surge un renacimiento a inicios del Siglo XX, como una extensión de la fitoterapia y luego de haberse extendido en Europa en la edad media, gracias a las mejoras en destilación (Sierra, 2010).

Se describe el trabajo del médico-militar francés, Jean Valnet quién en la segunda Guerra Mundial se apoyó mucho en este método para curar a los heridos en batalla y posterior a la guerra lo utilizo para algunas enfermedades como diabetes mellitus (Zelada, s/f).

La bioquímica y esteticista, austriaca Marguerite Maury, utilizó esta disciplina en su práctica en la cosmética y muchas de ellas aún se utilizan. Otros contribuyentes son Paolo Rovesti Director del Instituto Derivati Vegetali, quien demostró efectos en ansiedad y depresión; y a Robert Tisserand quién es el fundador de la Organización más importante de la investigación en aromaterapia (Zelada, s/f).

A nivel de dolor no se conoce los mecanismos exactos por los cuales la aromaterapia provoca mejora de los síntomas, pero se ha visto que la utilización de algunos tipos de aceites esenciales estimula el sistema olfativo y la reducción de la actividad simpática y de esta manera aumento en la actividad parasimpática y liberación de endorfinas, que va producir sensación de bienestar y con ello disminución de la percepción del dolor. (Shirazi et al, 2016).

Ayurveda.

La medicina ayurvédica se trata de un sistema médico que tiene su origen en la India, cuya meta es limpiar el cuerpo y restaurar el equilibrio entre este, la mente y el espíritu. Para lo cual se utilizan regímenes de alimentación, hierbas medicinales, ejercicios, meditación, fisioterapia y otros métodos. (Instituto Nacional de Cáncer, 2017).

El término Ayurveda resulta de la unión de dos palabras, ayu que significa vida y veda conocimiento. Se describe desde 2500 años antes de Cristo, transmitida por los rishis que eran considerados los hombres de sabiduría eterna. Aproximadamente mil años más tarde aparecen los primeros tratados médicos y quirúrgicos el Charaka Samhita y el Sushruta Samhita. Por su antigüedad, sus principios han tenido influencia sobre otras medicinas tradicionales pero también han recibido influencia de otras culturas que llegaron a la India, sin que por ello perdieran sus fundamentos originales. (Colegio Mexicano de terapeutas profesionales en masaje y enfermería holística, AC, 2009).

La ayurveda va a tratar las diferentes enfermedades, pero su principal enfoque está en la prevención de la enfermedad y mantener la salud del individuo. (Colegio Mexicano de terapeutas profesionales en masaje y enfermería holística, AC, 2009).

Cromoterapia.

La cromoterapia tiene su origen en la antigua India, Egipto y Grecia. Al ser el color un fenómeno natural este ha estado siempre presente, influyendo en el ser humano tanto en su cuerpo como en su mente. (Guerrero, 2013).

La cromoterapia es la técnica en la cual se utilizan los colores de las radiaciones electromagnéticas para el manejo de enfermedades. Va a reequilibrar las alteraciones de energía y lleva al equilibrio. (Alexandre et al, 2012).

Al respecto se menciona,

“La cromoterapia relaciona la vibración cromática con la del campo bioenergético, el aura, otorga a cada color una función: rojo (estimula la circulación sanguínea y el espíritu), naranja (combate la fatiga y favorece el optimismo), amarillo (mejora la mente y el tono muscular), verde (ejerce de tranquilizante), azul (efecto refrescante y proporcionador de paz), violeta (ideal contra los miedos), purpura (tiene propiedades hipnóticas) y magenta (aumenta la tensión arterial)”. (Guerrero, 2013, Pp12).

Estimulación eléctrica transcutánea.

La estimulación eléctrica transcutánea es una técnica terapéutica, que utiliza corrientes eléctricas con impulsos de bajo voltaje y con ellas estimula las fibras nerviosas sensitivas. Según menciona Herazo et al, 2011, la misma consiste en,

“La aplicación de electrodos sobre la piel con el objetivo de estimular las fibras nerviosas gruesas A beta mielínicas de conducción rápida. El efecto de la TENS está basado en la teoría de la puerta propuesta por Melzack y Wall, según la cual, al despolarizar las fibras sensitivas A beta con corriente eléctrica, se produce el fenómeno de saturación sensorial en la sustancia gelatinosa del cordón posterior de la médula espinal, específicamente mediante la sobreestimulación de las células T, uniones de transmisión con aquellas fibras nerviosas que llevan la sensación del dolor hacia el tálamo o el cerebro” (Pp 205).

Cuando hay un exceso en la transmisión de las fibras A delta, la llegada de la transmisión de las fibras A delta y C puede verse obstaculizada y por ende, hay una disminución o inhibición del dolor (Behrens y Michlovitz, 2006 citado en Herazo et al, 2010).

Otra de las posibilidades del porque esta terapéutica da resultado en el manejo del dolor, es que al aplicar corrientes eléctricas se da una liberación de opiáceos endógenos, los cuales median sensaciones placenteras. (Hecox et al, 2006 citado en Herazo et al, 2010).

Por otra parte, se ha visto que el dolor produce cambios químicos a nivel cerebral que influyen en la percepción del mismo. TENS en este caso, media los cambios en este proceso químico pero a favor de sensaciones menos desagradables. (Keskin, E et al, 2012) (Sanghavi and Sanghavi, 2015).

Se considera dentro de las prácticas de medicina no alopática, ya que aún no forma parte de la atención brindada por los sistemas de atención de nuestro país.

Fitoterapia.

Se trata de la forma más antigua de medicina utilizada en el mundo. Doménico Carotenuto en su calidad de biólogo indica que, las plantas medicinales tienen un papel en los programas de salud y en la economía del país (medicina indígena tradicional y medicina convencional); se sabe que las plantas usualmente se tienen al alcance y en caso de vivir en grandes ciudades con pequeños espacios, se podrían tener algunas de carácter medicinal. (Pascual, 2014).

La OMS, ha visto que más de la mitad de los pobladores del mundo confían en las medicinas tradicionales y esto muy en relación a las intoxicaciones reportadas de los fármacos usados en medicina convencional y por la creencia de que al ser natural es inocuo. Es más, se ha visto que en el mundo industrializado se quiere volver a la naturaleza, identificándose un recelo en los avances científicos y tecnológicos, y en toda la comercialización y lucro de la industria farmacológica (medicina indígena tradicional y medicina convencional). (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En Alemania, ha habido un aumento en el uso de fitoterapia y esto principalmente en el tratamiento de resfriados; en Francia su uso es mayormente para trastornos circulatorios, luego digestivos, antitusivos y contra resfriado. En Norteamérica también ha existido un crecimiento en el uso de la fitoterapia principalmente en patologías como insomnio, problemas respiratorios y digestivos (Cañigüeral, 2003).

La fitoterapia se define como la utilización de plantas medicinales, con fines terapéuticos. Utiliza matrices vegetales complejas, que lo constituyen plantas enteras, partes de ellas, y también producto de estas, resultado de tratamientos directos con algunos disolventes o medio que concentre los productos afines y facilite su administración, (Avello y Cisternas, 2010, p. 1289).

Homeopatía.

Es un sistema terapéutico que utiliza sustancias similares en cantidades infinitesimales, que si se administraran en un sujeto sano más bien provocarían los mismos síntomas que la enfermedad que se pretende curar. Es por ello que, cada individuo se debe tratar de una manera individualizada. (Ballester et al, 1999).

La homeopatía, como hoy se conoce, surge en Alemania a finales del siglo XVIII por el medico Samuel Hahnemann quien comienza sus estudios en la Universidad de Liepzing; pero luego se traslada a la Universidad de Viena en busca de su doctrina de estar a la cabecera del paciente. En 1779 tras terminar sus estudios realiza la traducción de muchos escritos contemporáneos, aumentando sus conocimientos. (Cátedra Boiron de Homeopatía. Universidad de Zaragoza, s,f).

Inicia 1970 un estudio sobre las propiedades de las sustancias y luego de 6 años retoma el concepto hipocrático “similia similibus curantur: lo similar cura a lo similar”. Ve que ciertas sustancias aplicadas en sujetos sanos les provocaran síntomas, mientras que en un sujeto con ese síntoma se lo quitaría; Hahnemann estuvo acompañado de otros médicos y entre todos difundieron este sistema al mundo. (Cátedra Boiron de Homeopatía. Universidad de Zaragoza, s,f).

Hidroterapia.

La hidroterapia se realiza desde la antigüedad en Grecia, luego se practicó en Roma, decae en la edad media siendo los Árabes los únicos en continuarla. En el libro Canon de Avicena recopila las técnicas de hidroterapia y en muchas

ciudades españolas se conservan aún restos de baños árabes y judíos. (Saz y Ortiz, 2005).

En el siglo XIX se aplica en dos ambientes particularmente diferenciados, el balneario, donde el médico por lo general catedrático, va a atender pacientes casi siempre de clase adinerada y la hidroterapia realizada por médicos naturistas que atienden a población de recurso económico bajo. La época científica inicia con Winternitz quien va ser el primer catedrático de Hidrología en la Universidad de Viena, él es quien establece las bases fisiológicas y estudia sus indicaciones. (Saz y Ortiz, 2005).

La hidroterapia es un término que deriva del griego hydor se refiere a agua y therapeia a curación. Se define como la curación aplicando de una manera tópica o externa agua y haciendo uso de sus cualidades físicas, mecánicas y térmicas. (Saborit et al, 2014)(Rodríguez e Iglesias, 2002).

Se ha visto que los efectos térmicos del agua producen mejoría en el alivio del dolor y en mejora de la relajación, de esta manera se lleva a mejora de la funcionalidad. Esto lo hace al mejorar la realización de movimientos, al ser un medio más apto para esto y de esta manera se realizan ejercicios que van a relajar y producir estiramiento de fibras musculares, y estas a la vez al tener menos tensión van a disminuir el dolor (Bidonde, J et al, 2014).

Hipnosis.

Las civilizaciones como los egipcios, griegos, celtas, hebreos, hindús, chinos, japoneses, practicaron hipnosis pero muy probablemente con otro nombre para la época. Hay evidencia de textos de asirios y babilonios 5000 años a. C; los incas la practicaban en anfiteatros. Es a mediados del siglo XVIII cuando se hace el primer estudio sistemático sobre hipnosis. (Cabrera et al, 2013).

El médico alemán Franz Antón Mesmer considerado el precursor de esta práctica, formuló la teoría Mesmer en la cual explica que las curaciones de la

hipnosis se dan por el fenómeno llamado sugestión mediante el magnetismo. (Cabrera et al, 2013).

Cuando se habla de sugestión se refiere a la influencia que algo o alguien van a provocar sobre un efecto específico, pensamiento o forma de actuar, lo que hace que esa persona actúe, involuntario y a menudo inconsciente. (Nusbaum, F et al, 2010).

José Custodio de Faría (1746-1819) introduce a París conocimientos traídos desde la India y deo de lado lo dicho por Mesmer; su método consistía en estar sentado frente al paciente mirarlo fijamente y luego darle una orden. Por otro lado, el cirujano escocés James Braid acuñó el término “sueño nervioso” para referirse a la hipnosis e indicaba que la manera más sencilla de llegar a este era utilizando un objeto brillante (Cabrera et al, 2013).

En Francia 1880, se inician las investigaciones científicas sistemáticas al mismo tiempo que se crean las Escuelas de Nancy dirigida por H. Bernheim y quien defendía la sugestión y la Escuela de Salpêtrerie dirigida por Charcot quién los consideraba como un estado patológico relacionado con la histeria, sus trabajos han tenido gran relevancia y esto en parte por la influencia de Sigmund Freud y el psicoanálisis (Cabrera et al, 2013).

Sigmund Freud, hace utilización de esta técnica para analizar los contenidos inconscientes traumáticos, investigó sobre esta y de dio validez pero al considerarse un mal hipnotizador decide dedicarse al psicoanálisis. (Capafons, 1999 citado en Cabrera et al, 2013)

En el siglo XX no tuvo grandes avances, ya para la década de los 50 la Asociación Médica Americana aprueba su uso en psiquiatría. Milton Ericson como primer presidente de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica, hace que esta práctica pase de considerarse una superstición a ser herramienta importante para el cambio en el inconsciente. (Sociedad Hispano Americana de Psicología Aplicada, 2008 citado en Cabrera et al, 2013)

En Estados Unidos se usa y está regulada por leyes. Existen dos asociaciones legales, la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental (SHCE) y la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica (SAHC), conformada por médicos, psicólogos y dentistas. (Cabrera et al, 2013).

La hipnosis se va a definir según la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica como: “un estado de conciencia que involucra atención enfocada y conciencia periférica reducida caracterizada por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión”. Las maneras utilizadas clínicamente son: 1. usar imágenes mentales o la propia imaginación, 2. Presentar ideas o sugerencias al paciente, 3. Exploración del inconsciente en la búsqueda de comprender las motivaciones o identificar si eventos pasados tienen que ver con el problema actual.

La hipnosis es una terapéutica que ha sido utilizada para tratar el dolor tanto agudo como crónico, sin embargo, los mecanismos exactos por los cuales esta terapéutica ejerce su efecto no están claros. Se dice que mejora la eficiencia de la sugestión terapéutica. (Nusbaum, F et al, 2010).

Aunado a esto, los estudios de neuroimagen en dolor agudo han demostrado que la hipnosis, modula la activación de ciertas regiones cerebrales que tienen papel en los mecanismos de dolor, como son el tálamo, la corteza somatosensorial primaria y la corteza somatosensorial secundaria, ínsula y corteza cingulada anterior. (Nusbaum, F et al, 2010).

Masaje terapéutico.

La masaje terapia, como terapia para alivio del dolor se refiere a las manipulaciones técnicas y sistemáticas, basadas en conceptos científicos que tiene fundamento en el uso de estiramientos y compresiones rítmicas en ciertos sitios específicos, que son puntos hipersensibles en una banda tensa que se palpa de las fibras musculares y que al ejercerle compresión provoca la relajación de esta banda tensa y de esta manera reducción del dolor (Takamoto et al, 2015) (Cherkin et al, 2011) (Colegio Mexicano de Masaje, 2006).

Cuando se habla de masaje terapéutico, se enfatiza en la técnica enfocada en normalizar funciones del organismo que están lesionadas o afectadas. Cuando existen traumas o heridas provocadas por agentes externos se procura con el masaje restablecer la función de los órganos lesionados llevando a recuperar la capacidad. (Rodríguez et al, 2002).

El uso del masaje como terapéutica está presente desde hace muchos años, existen manuscritos en Egipto, India, China y Maya donde se identifica su uso. Para el año 2700 a.C en un libro Chino se hace mención de su uso. Galeno (131-210) tiene aproximadamente 16 escritos sobre esto. En India este ha estado siempre presente en su población e incluso en estos días su población sabe cómo realizarlo. (Colegio Mexicano de Masaje, 2006)

A Europa esta práctica llegó por Per Henrik Ling quien difunde esta técnica en los siglos XVIII y XIX, su trabajo fue reconocido por la realeza creándose en Instituto Sueco de Londres. En los últimos años del siglo XIX, ya estaba acreditado como tratamiento médico, y en 1892 se crea la Sociedad de Expertos Masajistas lo que hoy se conoce como la Sociedad Colegial de Fisioterapia. (Colegio Mexicano de Masaje, 2006)

Musicoterapia.

La musicoterapia acompaña a la sociedad desde épocas primitivas, donde se creía que las enfermedades eran causa de demonios, brujerías y castigos de los dioses, y los curanderos encargados de sanar, usaban la música como uno de los elementos para liberar de demonios y maldiciones; pero, fue hasta el siglo XVIII donde se empiezan a documentar en textos su uso. En la actualidad existen organizaciones encargadas de los estudios tanto cualitativos como cuantitativos en el uso de la musicoterapia. (Zárate y Díaz, 2001).

Según la Asociación Americana de Musicoterapia esta se define como,

“el uso clínico y basado en la evidencia de las intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica

por un profesional acreditado que ha completado un programa aprobado de musicoterapia. Las intervenciones de musicoterapia se pueden diseñar para: promover el bienestar, manejar el estrés, aligerar el dolor, expresar sentimientos, mejorar la memoria, mejora la comunicación, promover la rehabilitación física”.

Tai Chi.

China se caracteriza por tener una diversidad importante en prácticas marciales entre ellas tenemos el tai Chi.

El Tai Chi es una práctica marcial que consiste en movimientos relajados y armónicos que se realizan de una manera continua haciendo que el cuerpo cambie constantemente de posición, con un centro de gravedad más bajo. Para lograr una armonía entre el cuerpo y la mente estos movimientos deben estar acompañados de respiración profunda diafragmática y gran concentración mental. (Carrillo et al, 2011) (Hall, A et al, 2011) (Hall, A et al, 2016).

Se ha visto que proporciona resultados positivos, al disminuir el dolor, discapacidad, depresión y aumentando el equilibrio y autoeficacia. Y esto podría estar explicado por la disminución del catastrofismo (termino que describe un estilo cognitivo mal adaptativo, que hace que los pacientes tengan pensamientos irracionalmente negativos de eventos futuros), lo cual se logra a través de la concentración para completar las secuencias de ejercicios cada vez más complejas conforme avanza la práctica y de esta manera se evitan los pensamientos negativos del paciente. (Hall, A et al, 2011) (Hall, A et al, 2016).

Reflexología.

La reflexología es una terapia con origen en 4000 años a.C en China, sin embargo su primer registro se da en Egipto en el año 2330 a.C. En los pies de Buda se encuentran dibujados puntos de reflexoterapia esto en los años 500 a 400 a.C en templos cercanos a Kisinara (China) y en el monasterio de Tientai cerca de Pekín. En el occidente es en el siglo XX cuando el Dr W. Fitzgerald introduce esta práctica cuando determina que la presión ejercida en puntos de pies y manos

generaba analgesia en otras partes del cuerpo. Y luego Ingham avanza en esta idea dibujando zonas reflejas del pie. (Saz y Ortiz, 2005).

La reflexología se trata de una terapia en la cual se ejerce presión sobre áreas reflejas en manos y pies y que de esta manera van a general efectos específicos en otras áreas del cuerpo. El terapeuta al determinar áreas específicas más dolorosas va a trabajar sobre estas desbloqueándolas de cristales de calcio y ácido úrico que no permiten que la energía circule adecuadamente, esto luego son absorbidos y eliminados del cuerpo, haciendo que haya un adecuado equilibrio y circulación de la energía. (Valamazán, 2000).

Quiropráctica.

La quiropráctica surge a finales del siglo XIX, es en 1886 cuando Daniel David Palmer abre su primera consulta como magnetista en Burlington, Iowa. El creía que tenía gran cantidad de energía magnética vital la cual podía transmitir a sus pacientes, (pacientes que buscaban otras prácticas al estar aún desconfiados de la medicina ortodoxa luego de la guerra civil y todo lo que esta trajo). (Keating et al, 2009).

El Dr. Palmer como se hizo llamar, después de 9 años de realizar su práctica, expone que la inflamación era la causa de las enfermedades y que esta se daba por el desplazamiento de las diferentes estructuras anatómicas, las cuales rozaban entre sí, él buscaba con su práctica evitar la fricción y restablecer estas estructuras a su posición original. (Keating et al, 2009).

En 1886, funda Palmer School of Magnetic Cure, donde transmite sus nuevos conocimientos a varios estudiantes. En 1902 por amenazas se va a Pasadena, California y es su hijo B.J. Palmer recién graduado de la Institución de su padre sigue con el proyecto, formando más estudiantes en esta área. (Keating et al, 2009).

En 1904 su padre vuelve e intentan continuar trabajando juntos, pero por dificultades en su relación se separan nuevamente, y sigue cada uno por separado

transmitiendo el conocimiento. B.J. Palmer incursiona en el mundo de la radio por medio de la cual también transmite el mensaje de la curación quiropráctica a miles de oyentes. (Keating et al, 2009).

Los años siguientes hubo muchas discusiones en cuál sería la manera en que se debía practicar y formar en quiropráctica pero a pesar de ello, esta práctica ha mantenido su vigencia y es enseñada y aprobada para el manejo de problemas en la columna vertebral.

Hace solo 20 años había poco base científica que justificara su uso, pero actualmente existen un aproximado de 100 estudios clínicos que se relacionan con la quiropráctica y su uso en el manejo del dolor en columna vertebral y cabeza. “En 1994 ocurrió un hecho decisivo cuando la publicación de la *Agency for Health Care Policy and Research* revisó unos 12.000 estudios y se designó un tratamiento quiropráctico clave, la manipulación vertebral, como uno de los tres únicos tratamientos recomendados para el dolor de espalda”. (Keating et al, 2009. Pp 57)

La quiropráctica según la Asociación Americana de Quiropráctica 2017 es,

“Una profesión de atención médica que se centra en los trastornos del sistema musculoesquelético y el sistema nervioso, y los efectos de estos trastornos en la salud general. Se usan con más frecuencia para tratar las dolencias neuromusculoesqueléticas, que incluyen, entre otros, dolor de espalda, dolor de cuello, dolor en las articulaciones de los brazos o las piernas y dolores de cabeza”.

Una de las técnicas más utilizadas y que caracterizan la quiropráctica es la manipulación espinal, en la cual se ejerce cierta presión sobre las vértebras para restablecer el movimiento que estas han perdido por una lesión en algún tejido y corregir aquellas desalineaciones en la columna lumbar. (Asociación Americana de Quiropráctica, 2017) (Panton et al, 2009) (Ernst, 2009).

Yoga.

El yoga tiene su historia desde 3000 años a.C. y esto se logró evidenciar gracias a pruebas arqueológicas donde se dibuja posiciones de esta práctica, que pertenecieron a las civilizaciones de los Valles del Indo y Saraswati. Por otro lado dentro de las escrituras más antiguas del mundo están la hindú donde hacen referencia también al yoga. (Díaz, s/f).

El yoga contemporáneo va iniciar 1900 años d.C cuando es traída desde el oriente por maestros que la practicaban. Tiene su origen en el “yoga Astanga”, fundado por el maestro hindú Sriman Krishnamachaya; y son algunos de sus discípulos y su hijo quien en los años 60 introduce este movimiento a occidente. (Díaz, s/f).

B.K.S. Iyengar y Krishna Pattabhi Jois influyeron considerablemente en occidente. Pattabhi Jois enseñando en su escuela de Mysore, en la India meridional, donde se practica una adaptación del yoga Astanga (que consiste en 8 pasos para realización personal). Mientras que Iyengar perfeccionó un yoga que se focaliza en el ejercicio muscular y en la flexibilidad, el “Hatha yoga”, para alcanzar la relajación total. Realizaron ciertos tipos de posturas, este yoga intenta reencauzar a Prana (energía). (Díaz, s/f).

En occidente el Hatha Yoga ha adquirido gran difusión debido a pérdida de la salud física y mental y el espíritu pragmático del hombre occidental. Las últimas décadas trajeron nuevos métodos del yoga muchos no legitimados por las escuelas tradicionales y muchos enfocados solo en el aspecto físico, lo que lleva a esta práctica a un enfoque mayoritariamente capitalista alejado de su fundamento inicial. (Díaz, s/f).

Esta práctica consiste en movimientos suaves, meditación y respiración, con su práctica se busca el equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu. La razón por la cual mejora el dolor no es bien establecida pero se cree que al llevar al individuo a un estado de paz y armonía, logra relajar la musculatura, liberar

endorfinas y hacer que la persona tenga una mente más positiva para asimilar las condiciones de la vida diaria. (Rosen et al, 2015) (Carson, J et al, 2010).

Finalmente, la forma en la cual actúan para disminuir el dolor, es distinta en cada práctica, pero la mayoría coinciden en la búsqueda de restablecer el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu y con ello la liberación de endorfinas que provoquen a nivel sensorial una sensación de bienestar y con ello menos percepción del dolor.

Evidencia científica de manejo del dolor en la cefalea, la lumbalgia y la fibromialgia

Existen muchas prácticas no alopáticas, sin embargo, no todas estas tienen evidencia científica para el alivio del dolor en la fibromialgia, cefalea y lumbalgia.

Cefalea.

La búsqueda realizada para el manejo del dolor en cefalea y las diferentes prácticas no alopáticas, dio un total de 29 artículos, de los cuales se excluyeron al aplicar criterios de inclusión y exclusión un total de 24 artículos. Quedando un total de 5 artículos para el análisis.

De los estudios analizados se documentó que únicamente la acupuntura tiene evidencia científica compatible con los criterios de la investigación, encontrando un artículo con evidencia **Ia**, un artículo con evidencia **Ib** y tres artículos con evidencia **III**. (Ver tabla 1).

Se encontró que la percepción de dolor posterior a la aplicación de acupuntura mejoro en los 5 estudios analizados (Lin y Liang, 2009). (Ahn et al, 2011). (Augello et al, 2015). (Collazo, 2009). (Collazo, 2010).

Por otro lado, la intensidad del dolor al igual que el número de días con dolor disminuyó, datos que se encontraron en 3 de los estudios analizados. (Augello et al, 2015). (Collazo, 2009). (Collazo, 2010).

Además se documentó que mejora el nivel de funcionalidad basado en la Escala HIT-6 de Ware, utilizada para evaluar el impacto de la cefalea en esta área. (Augello et al, 2015).

Se logró demostrar que tanto la acupuntura tradicional como la combinada logran reducir el dolor en diferentes tipos de cefalea. Aumentando principalmente a partir de la sexta sesión de tratamiento. (Ahn et al, 2011).

El uso de acupuntura en cefalea migrañosa mostro efectos muy positivos en mejora de los síntomas, con resultados estadísticamente significativos a favor de su uso al compararlo con el uso de amitriptilina. (Augello et al, 2015).

Se determinó que el uso de acupuntura como terapia complementaria disminuyo en consumo de analgésicos y de esta manera también incurrió en la disminución de uso de antiácidos, estos últimos usualmente utilizados para contrarrestar efectos secundarios de los analgésicos. (Collazo, 2009). (Collazo, 2010).

Además se consideró la prescripción de esta terapia como una indicación clave en aquellos pacientes que presenta intolerancia medicamentosa. (Collazo, 2010).

Finalmente, para el manejo del dolor en cefalea solo se encontró a la acupuntura como medicina no alopática. Los estudios revisados establecen que la acupuntura va a ejercer mejora en el alivio del dolor y calidad de vida.

Lumbalgia.

La búsqueda realizada para el dolor en lumbalgia y las diferentes prácticas de medicina no alopática dio como resultado un total de 215 artículos de los cuales posterior a criterios de inclusión y exclusión se analizaron 18, la distribución de los mismos por tipo de medicina no alopática se detallara a continuación.

Es importante destacar que la mayoría de los estudios hacen referencias en las condiciones de lumbalgia inespecífica a tratar, pero en aquellas situaciones

como lumbalgia posquirúrgica reciente (menos de 3 meses), donde haya estenosis espinal, cáncer, parálisis, fracturas de columna lumbar o problemas médico legales, los diferentes tipos de medicina no alopática no se consideran dentro de las opciones terapéuticas. (Cherkin et al 2011) (Pavarini et al, 2014) (Eisenberg et al, 2007) (Takamoto et al, 2015) (Hall et al, 2011) (Rajfur et al, 2017).

De los 18 estudios que se analizaron en lumbalgia, 5 documentaron el uso de **TENS** en esta patología, de los cuales 2 se trataron de metaanálisis y 3 de estudios controlados aleatorios.

Respecto a la percepción del dolor que tenían los pacientes posterior al tratamiento, en 3 de los estudios se demostró que hubo disminución significativa del mismo. (Keskin, E et al, 2012). (Machado, L et al, 2009). (Rajfur, J et al, 2017).

Por otro lado, la intensidad del dolor se midió con la escala analógica visual, determinándose para 2 de los estudios que si existió disminución en la misma. (Keskin, E et al, 2012). (Rajfur, J et al, 2017).

Otro de los parámetros que se analizaron fue la funcionalidad, para lo cual se usó el cuestionario de discapacidad de Roland Morris; con lo cual se determina que 2 de los estudios presentaban disminución en el puntaje después de la aplicación de TENS, recordando que las mejoras en funcionalidad traducen de una manera indirecta la disminución del dolor, pues una persona con menor sensación de dolor va a ser más funcional. (Keskin, E et al, 2012). (Rajfur, J et al, 2017).

Ambos metaanálisis estudiados, tuvieron la particularidad de tener estudios en los que se demostraba la efectividad de TENS, sin embargo, no en todos los estudios analizados se vio una significancia estadística; se debe recalcar que, en lumbalgia aguda hubo estudios a favor de su uso, pero los datos fueron más concluyentes y significativos en el uso de TENS en lumbalgia crónica. A pesar de lo anterior, algunos estudios aún no han logrado evidenciar si el uso de TENS son mejores que el placebo para manejar el dolor lumbar. (Machado et al, 2009). (Khadilkar et al, 2008).

Se determinó que en mujeres embarazadas que cursan con lumbalgia en el tercer trimestre el uso de TENS logro disminuir el dolor. Lo anterior destaca, pues ésta es una población en la cual muchos de los fármacos utilizados para disminuir el dolor están contraindicados, por lo que las terapias alternativas pueden ser de gran utilidad en el manejo de dolor lumbar. Y no se reportaron efectos adversos respecto a su uso, lo que confiere seguridad. (Keskin, E et al, 2012).

El estudio realizado por Rajfur et al en el 2017, determinó como resultado que corriente interferencial, TENS y alto voltaje son efectivas en el tratamiento de la lumbalgia, sin determinarse una diferencia estadísticamente significativa entre ellas.

A pesar que estos estudios no todos son concluyentes en el beneficio del uso de TENS, es trascendente recalcar que los estudios en los cuales se muestra efectividad han sido las investigaciones más recientes y esto podría ser por la mejora en la metodología de los estudios realizados, sin poder decir que la falta de evidencia científica en algunos de estos artículos descarte la efectividad de esta práctica.

De la muestra de estudio, 2 artículos con evidencia Ib muestran el uso de **tai chi** en lumbalgia.

El tai ji proporciona beneficios en la reducción del dolor, lo que se evidencio con disminución en la escala de VAS y disminución en síntomas. (Hall et al, 2016). (Hall et al, 2011).

Se logró establecer diferencia estadísticamente significativa en la disminución de cuestionario de Roland Morris, lo que nos indica la mejoría en discapacidad. (Hall et al, 2016). (Hall et al, 2011).

El estudio realizado por Hall et al, 2016 determino como posterior al uso de tai chi, los pacientes disminuían la percepción negativa hacia al dolor, lo que a nivel general nos traduce que la parte cognitiva tiene un componente importante en la mejora de las condiciones de dolor de los pacientes.

Con respecto a los 18 artículos que se analizaron en lumbalgia 5 eran sobre **masaje terapia**, un estudio Ia y 4 estudios Ib.

Respecto a la disminución de la escala VAS tenemos 3 estudios de los 5 analizados que muestran esta reducción en la escala al comparar los resultados antes y después de la intervención con masaje terapia (Cherkin, D. et al, 2011). (Pavarine et al, 2014). (Takamoto et al, 2015).

Por otro lado, respecto a la funcionalidad evaluada con el cuestionario de Roland Morris tenemos los estudios de Cherkin, D. et al, 2011 y el de Takamoto et al, 2015 que evidenciaron disminución en el puntaje de la misma.

La revisión de los artículos respecto al uso de masaje terapia, muestra mejoría en el alivio y funcionalidad de pacientes con lumbalgia, sin embargo, no son concluyentes y al tratarse de pequeñas muestras estudiadas, sería necesario estudios con poblaciones más grandes y con metodologías similares, que permitan resultados más confiables.

La búsqueda por palabras claves para **hipnosis** solo dio como resultado un artículo encontrado en PubMed, el cual se trata de un estudio con nivel de evidencia Ib, en el cual se determinó una reducción no estadísticamente significativa en el VAS durante la hipnosis, por lo cual se puede decir que esta técnica no tiene evidencia para ser recomendada en el manejo de la lumbalgia.

Para **aromaterapia** se obtuvo 1 estudio, el cual tiene un nivel de evidencia Ib.

Shirazi, M et al, 2016, determinó que en los grupos a los que se les aplicó aceite de almendras con *rosa damascena* y aceite de almendras solo, hubo reducción estadísticamente significativa en la percepción del dolor, en la puntuación de la escala de VAS y en la puntuación en cuestionario de Roland Morris para funcionalidad.

La razón que se indica por la que el grupo de solo aceite de almendras también tuvo estos resultados es que se ha visto que tiene propiedades antiinflamatorias, sin embargo, si se determinó mayor disminución en el grupo que uso en aceite con *rosa damascena*. Es importante mencionar que estos aceites solo se aplicaron, no se realizó ningún otro tipo de terapia como masaje terapia.

De esta manera, el uso de aceite de rosa ha reducido el dolor y mejorado la capacidad funcional en mujeres gestantes con lumbalgia, sin ningún evento adverso grave, lo que se convierte en una alternativa para esta patología, en una condición en la que sabemos se debe restringir muchos de los tratamientos farmacológicos para el alivio del dolor y que a la madre le producirá tranquilidad al no tener efectos adversos para sus hijos.

La búsqueda realizada para **acupuntura** dio un resultado de 5 artículos, 4 con nivel de evidencia Ib y uno con nivel de evidencia III.

Se comprobó que el uso de acupuntura genera disminución de percepción del dolor y disminución de la escala de VAS (Shin, J et al, 2013). (Inoue, M. et al, 2009). (Collazo, E, 2009) (Vas et al, 2012). Se demostró disminución estadísticamente significativa en el cuestionario de Oswestry que traduce que se vio mejora en funcionalidad. (Shin, J et al, 2013)

Se logró determinar que el uso de acupuntura con estilos de movimiento en pacientes con lumbalgia aguda incapacitante daba mejores resultados que el uso de una ampolla de diclofenaco. (Shin, J et al, 2013).

Se demostró mejoras en disminución de la lumbalgia con el uso de acupuntura al compararlo con la aplicación de inyección de anestésico. (Inoue, M et al, 2009).

Se determinó que el uso complementario de acupuntura produjo disminución en la intensidad y frecuencia del dolor, menor uso de analgésicos, mejoró funcionalidad y calidad de sueño. Estos resultados son estadísticamente

significativos a favor de la acupuntura como terapia complementaria en el manejo de la lumbalgia. (Collazo, E, 2009) (Vas et al, 2012)

De esta manera se determina que la acupuntura es efectiva en el manejo de lumbalgia y serán estudios más grandes los que permitan aumentar la evidencia para recomendarla.

Fibromialgia.

La pesquisa en fibromialgia y medicina no alopática dio un total de 48 artículos de los cuales para esta investigación luego de criterios de inclusión y exclusión se analizaron 14 artículos, su distribución por tipo de práctica se detallara a continuación.

Con respecto a lo que es el uso de **acupuntura** de los 14 artículos para fibromialgia, se encontraron 5. De estos estudios 4 tuvieron evidencia Ib y uno III.

Se identificó que el uso de acupuntura en fibromialgia produce disminución en la percepción del dolor. (Stall, P et al, 2015) (Harris et al, 2009) (Casanueva et al, 2013) (Collado, E. 2009). Además disminución en el puntaje de VAS. (Höfling, M et al, 2012) (Casanueva et al, 2013).

Por otro lado, el uso de esta terapia no alopática demostró disminución en el puntaje de Roland Morris, lo que nos indica mejoras en funcionalidad. (Stall, P et al, 2015). Aunado a esto el cuestionario de impacto de la fibromialgia demostró resultados positivos con el uso de acupuntura. (Stall, P et al, 2015) (Casanueva et al, 2013) (Höfling, M et al, 2012).

Respecto a los inventarios de Beck tanto para ansiedad como para depresión tuvieron mejoras, al ser evaluados luego del uso de acupuntura en esta población. Y la trascendencia de esto radica en el componente cognitivo que presenta la fibromialgia, que va a generar menor adaptación al dolor. (Stall, P et al, 2015).

Se documentó disminución de número de otros síntomas como lo son cefalea, cansancio, insomnio, sueño no reparador, posterior al uso de acupuntura. Los cuales de alguna u otra forman van a incidir y exacerbar el dolor en fibromialgia. (Casanueva et al, 2013) (Höfling, M et al, 2012) (Collado, E. 2009).

Se determinó que posterior al uso de acupuntura disminuyo en consumo de analgésicos. (Collado, E. 2009).

Tanto la acupuntura tradicional China como la simulada demostraron ser efectivas en el manejo de la fibromialgia. (Harris et al, 2009).

Otro de los datos que evidencio este análisis es el de validar la acupuntura como terapia completaría eficaz, en el manejo de la lumbalgia. (Stall, P et al, 2015). (Höfling, M et al, 2012).

Se determinó que la acupuntura se puede usar en pacientes adolescentes con fibromialgia. Dando una opción no medicamentosa en una población que por su grupo etáreo tendrá esta enfermedad por muchos años. (Höfling, M et al, 2012)

A nivel de **aromaterapia** se encontró un artículo con nivel de evidencia Ib, en el cual no se evidencia que haya beneficio con su uso.

Para **hidroterapia**, se evaluó un artículo el cual tenía un nivel de evidencia Ia. En el mismo se vio que el ejercicio acuático es beneficioso para pacientes con fibromialgia, sin embargo, este no mostro ser mejor que el ejercicio en medio terrestre (Bidonde, J et al, 2014).

De los 14 artículos de este estudio, 5 de ellos fueron sobre **yoga**, 2 metaanálisis y 3 con nivel de evidencia Ib.

Con los datos analizados de los documentos se determina 3 con disminución en la percepción del dolor (Carson, J et al, 2010 y Carson, J et al, 2012) (Gramer et al, 2013). En 2 se vio disminución en el puntaje de la escala de VAS (Langhorst, J et al, 2012 y Da Silva, G et al, 2007). Se observó reducción de síntomas. (Carson, J et al, 2012). (Langhorst, J et al, 2012). En 2 se vio mejora en

la impresión global de mejoría del paciente (Carson, J et al, 2010 y Carson, J et al, 2012).

En cuestionario de aceptación del dolor fue mejor en 2 estudios (Carson, J et al, 2010 y Carson, J et al, 2012). Se observó menos puntaje en la escala de Hamilton. (Gramer et al, 2013). Y en 4 se vio mejoría en el cuestionario de impacto de la fibromialgia. (Carson, J et al, 2010). (Carson, J et al, 2012). (Langhorst, J et al, 2012) (Da Silva, G et al, 2007).

La utilización de yoga como complemento al tratamiento habitual es efectivo. Lo que nos permite recomendarlo a los pacientes para manejo de su enfermedad. (Carson, J. et al, 2012).

El yoga demostró ser la terapia de movimiento efectiva para tratamiento de fibromialgia, incluso por arriba del tai chi. (Langhorst, J et al, 2012)

Se puede decir que el uso de yoga ha dado mejoría en la condición de los pacientes con fibromialgia.

Con respecto al uso de **quiropática** se atinaron 3 estudios, de los cuales 2 tenían nivel de evidencia la y uno evidencia lb.

En el caso específico de quiropática no se demostró que hubiera mejoría en la escala de analógica visual, lo que evidencia que no hay mejorías en dolor en pacientes con fibromialgia con el uso de esta terapia. No mejoras en funcionalidad. (Terry, R et al, 2012). (Ernst, E, 2009). (Panton, L et al, 2009).

A nivel general luego de revisar los 3 artículos se determina que la evidencia es insuficiente para recomendar la quiropática como un tratamiento efectivo para la fibromialgia.

De esta manera, a pesar de que algunas de las prácticas de medicina no alopática, carecían de evidencia estadísticamente significativa a favor de su uso, se debe recalcar que se trataron de muestras pequeñas con lo cual se limita el

nivel de evidencia, aunado a que algunos de los estudios eran considerablemente heterogéneos.

Finalmente se puede decir que existen otras herramientas para el tratamiento de la fibromialgia, la cefalea y la lumbalgia, las cuales nos pueden ser útiles en el abordaje de esta población. Sin embargo, aún se debe realizar estudios más grandes y homogéneos que permitan generar evidencia más veraz.

Conclusiones.

El desarrollo de este proceso investigativo, a través de la revisión bibliográfica, permite concluir lo siguiente:

- Existen numerosas prácticas de medicina no alopática de las cuales cuentan con evidencia en su aplicación para el manejo del dolor en general: acupuntura, aromaterapia, ayurveda, cromoterapia, estimulación eléctrica transcutánea, fitoterapia, homeopatía, hidroterapia, hipnosis, masaje terapéutico, musicoterapia, reflexología, quiropráctica y yoga.
- Se logró determinar que no todas las prácticas no alopáticas usadas en dolor tienen evidencia para el manejo de la cefalea, fibromialgia y lumbalgia.
 - A nivel de cefalea:
 - La acupuntura es la única práctica con un alto nivel de evidencia científica eficaz en el manejo de cefalea.
 - Con respecto a lumbalgia la revisión demostró:
 - Evidencia favorable de uso: estimulación eléctrica transcutánea, tai chi, masaje terapia, aromaterapia y acupuntura.
 - En caso de lumbalgia aguda se documentó mejoría con el uso de masaje terapia y acupuntura.
 - Para lumbalgia crónica se evidencio efectos positivos con estimulación eléctrica transcutánea, tai chi, masaje terapia, aromaterapia y acupuntura.
 - Para el caso de la fibromialgia se demostró que:
 - Son efectivas la acupuntura y el yoga.
- Los niveles de evidencia científica generados en este estudio fueron:
 - Nivel de evidencia Ia: 10 artículos.
 - Nivel de evidencia Ib: 22 artículos.
 - Nivel de evidencia III: 4 artículos.

Recomendaciones.

Se le recomienda a la CCSS:

- Fortalecer la educación continua en temas que permitan a los profesionales de salud adquirir amplios conocimientos sobre las medicinas no alopáticas que están utilizando los usuarios, con el afán de orientarlos con la información adecuada.
- Optimizar la comunicación de los usuarios con el personal de salud, para permitir un acercamiento a todas aquellas otras prácticas utilizadas, en busca de su bienestar y de esta manera brindar la adecuada orientación, más conociendo que en ocasiones los pacientes suspenden su tratamiento alopático al iniciar una medicina no alopática.
- Fomentar espacios que permitan integrar los conocimientos tanto de los profesionales con experiencia en medicina alopática como no alopática, como un puente de comunicación para responder a las dudas de los usuarios de servicios de salud.
- Considerar las prácticas no alopáticas con evidencia científica, como complemento al tratamiento convencional, principalmente cuando no se logra mejorías oportunas, así como en pacientes con intolerancia a AINES.
- Mayor financiamiento para acceder a artículos en esta área para evitarlo como limitante al realizar este tipo de investigaciones.

Se recomienda a profesionales de salud e investigadores:

- Realizar estudios a nivel país y de Latinoamérica sobre las prácticas de medicina no alopáticas que han demostrado en otras poblaciones ser eficientes, para determinar si las mismas son eficientes en nuestra población.
- Realizar estudios en poblaciones más grandes y más homogéneas que permitan obtener resultados claros y con mejor nivel de evidencia.

- Que hayan más bases de datos con traducción de estudios realizados en idioma chino, japonés e hindú, para aumentar el acceso a evidencia en estas prácticas originarias de Oriente, y evitar la barrera del idioma.

Se le recomienda a las unidades académicas de grado y posgrado en medicina:

- Establecer estrategias que permitan incorporar el conocimiento en esta área, para que los estudiantes y profesionales como educadores en salud tengan el conocimiento del caso, para aceptar o rechazar una determinada práctica cuando el paciente pregunte sobre su uso.
- Implementar estrategias para lograr una adecuada relación médico-paciente, que permita que los usuarios sean abiertos al uso de otros tipos de medicina y con ellos orientarlos en las implicaciones de sus usos.
- Tener como punto de partida en la atención una medicina integrativa que busque el beneficio en mejoras de salud de las personas.

Bibliografía.

Abanades, S. Durán, M. (2013). Documento de actualización de las evidencias científicas en homeopatía. *Cátedra Boiron de Homeopatía. Universidad de Zaragoza*. Recuperado de <http://www.homeopatia.net/wp-content/uploads/2014/12/Actualizacion-evidencias-cientificas-homeopatia-Abanades-Duran.pdf>.

Academia Mexicana de neurología. (2015). Cefalea: más que un simple dolor. *Revista Mexicana de Neurociencias*. 16 (6): 41-53. Recuperado de <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2016/03/RevMexNeuroci-No-6-Nov-Dic-2015-41-53-R.pdf>

Acta Médica Costarricense. (2009). Experiencia de la consulta homeopática de un programa docente en Costa Rica, 2003-2007. Un enfoque de atención holística. Pp 103-109. Recuperado de http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/229.

Ahn, C. Lee, S. Lee, J. Fossion, J. Sant´Ana, A. (2011). A Clinical Pilot Study Comparing Traditional Acupuncture to Combined Acupuncture for Treating Headache, Trigeminal Neuralgia and Retro-auricular Pain in Facial Palsy. *J Acupunct Meridian Stud* 4(1):29–43.

Alarcon, W et al (2009). Cuidados Paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*. 16(4): 246-255.

Alexander, S. Arola, N. Jove, M. Blanco, J. (2012). Uso de terapias alternativas en la cicatrización de úlceras de etiología venosa. La cromoterapia. *Gerokomos*.; 23 (4): 185-188. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000300004

Asociación Americana de Musicoterapia (2017). *¿Qué es musicoterapia?* Recuperado de <https://www.musictherapy.org>

- Asociación Americana de Quiropráctica (2017). *¿Qué es la quiropráctica?* Recuperado de <https://www.acatoday.org/Patients/Why-Choose-Chiropractic/What-is-Chiropractic>
- Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (2010). *Dolor Musculoesquelético*. Pp 1-654. Recuperado de <http://www.dolor.org.co/libro/Dolor%20Musculoesqueletico.pdf>
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2010). *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos*. Pp 1-391. Recuperado de https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2014). *Medicina integrativa del dolor: un modelo holístico de atención*. Pp 1-6. Recuperado de <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=3512>
- Asociación Naturista de Buenos Aires (s/f). Curso de Naturopatía ANBA. Los métodos de diagnóstico en la medicina ayurveda. Pp 1-25. Recuperado de <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/medicinaturista/1635137800.MEDICINA%20NATURAL%20-%20CLASE%2026.pdf>
- Augello, S. Trujillo, Y. Arjona, M. Mederos, I. Zayas, B. Zarzabal, Y. (2015). Acupuntura con estimulación manual en la cefalea migrañosa. *Correo Científico Médico de Holguín*. 19 (4): 645-655
- Avello, M. Avendaño, C. Mennickent, C. (2009). Aspectos generales de homeopatía. *Rev. Med Chile*. 137: 115-120. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100018

- Avello, M. y Cisternas, I. (2010). Fitoterapia, sus orígenes, características y situación en Chile. *Rev. Med Chile*. 138 (1): 1288–1293. Recuperado en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc>
- Ballester, A. Sanz, M. Galan, E. (1999). Homeopatía fundamentos científicos. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 6(2) Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/homeo_fundamentos_cientificos%5B1%5D.pdf
- Beltran, Y. Martinez, M. Torres, I. (2010). Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea y dismenorrea primaria: un reporte de caso. *Rev. Cienc. Salud*. 9 (2): 203-211. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v9n2/v9n2a08.pdf>
- Bidonde, J et al. (2014). Aquatic exercise training for fibromyalgia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Pp. 1-174. Recuperado por BINASSS.
- Buchmuller, A et al. (2011). Value of TENS for relief of chronic low back pain with or without radicular pain. *Eur J Pain* 16: 656–665. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1532-2149.2011.00061.x/full>
- Cabrera, Y. López, E. Ramos, Y. González, M. Valladares, A. López, L. (2013). La hipnosis: una técnica al servicio de la Psicología. *ISSN 1727-897X*. 11(5): 534-541. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000500008
- Caja Costarricense Seguro Social. (2002). Encuesta Nacional de Consulta Externa. Recuperado de http://www.ccss.sa.cr/est_salud
- Caja Costarricense Seguro Social. (2016). Incapacidades y Licencias. Recuperado de http://www.ccss.sa.cr/est_incap

- Caja Costarricense Seguro Social. (2017). Incapacidades y Licencias. Recuperado de http://www.ccss.sa.cr/est_incap
- Carrillo, J. Gómez, M. Vílchez, P. (2011). Propuesta práctica ante la discapacidad. El uso del Tai Chi y del Qigong. *Enfermería Global*. 1 (21): 1-14. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/miscelanea2.pdf>
- Carson, J et al. (2010). A pilot randomized controlled trial of the Yoga of Awareness program in the management of fibromyalgia. *Pain. Author manuscript; available in PMC*. 151(2): 530–539. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568071/>
- Carson, J. Carson, K. Jones, K. Mist, S. Bennett, R. (2012). Follow-up of Yoga of Awareness for Fibromyalgia: Results at 3 Months and Replication in the Wait-list Group. *Clin J Pain*. 28(9): 804–813. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568073/>
- Casanueva, B et al. (2013). Short-term improvement following dry needle stimulation of tender points in fibromyalgia. *Rheumatol Int*. Recuperado por BINASSS.
- Cátedra Boiron de Homeopatía. Universidad de Zaragoza. *El libro blanco de la Homeopatía*. Recuperado de www.boiron.es/siteresources/files/5/94.pdf
- Chakrabarty, S. Zoorob, R. (2007). Fibromyalgia. *American Family Physician*. 36(2): 247-254. Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/2007/0715/p247.html>
- Charles, K. (2015). Common questions about the diagnosis and management of fibromyalgia. *Am Fam Physician*. 91(7):472-478. Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/2015/0401/p472.pdf>
- Cherkin, D. et al (2011). A Comparison of the Effects of 2 Types of Massage and Usual Care on Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial. *Ann*

Intern Med. 155(1): 1–18. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570565/>

Colegio Americano de Reumatología (2017). <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Fibromialgia>

Colegio Mexicano de Masaje. (2006), Manual de Curso. Masaje Holístico. Pp 1-74. Recuperado de <https://www.libroesoterico.com/biblioteca/Chakras%20Reiki%20y%20Sanacion/M%20Holistico%200606.pdf>

Colegio Mexicano de terapeutas profesionales en masaje y enfermería holística, AC. (2009). *Manual de Curso. Técnica de Ayurveda*. Recuperado de <https://agatonicaconcordioaldegundo.wikispaces.com/file/view/Manual+Ayurveda.pdf>

Collazo, E. (2009). Efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor refractario al tratamiento farmacológico convencional. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 16(2): 79-86.

Collazo, E. (2010). Ensayo no aleatorizado del tratamiento con acupuntura de la cefalea resistente a terapias convencionales. *Rev Soc Esp Dolor.* 17(8):359–365

Covarrubias, A. Carrillo O. (2016) Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 39 (1): 58-63. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cma161g.pdf>

Cramer, H. Lauche, R. Langhorst, J. Dobos, G. (2013). Yoga for rheumatic diseases: a systematic review. *Rheumatology* 52:2025-2030. Recuperado de <https://academic.oup.com/rheumatology/article/52/11/2025/1781781>

Da Silva, G. Lorenzi, G. Lage, L. (2007). Effects of Yoga and the Addition of *Tui Na* in Patients with Fibromyalgia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 13(10): 1107–1113. Recuperado por BINASSS.

- Eisenberg, D et al. (2007). Addition of Choice of Complementary Therapies to Usual Care for Acute Low Back Pain A Randomized Controlled Trial. *SPINE* (32) 2: 151–158. Recuperado por BINASSS.
- Ernst, E. (2009). Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review. *Clin Rheumatol.* 28:1175–1178. Recuperado por BINASSS.
- Fernández, J. Cardoso, J. (2016). Musicoterapia e integración social en menores infractores. Un estudio de casos. *Perfiles Educativos.* 38(152): 163-180. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982016000200163
- Ferreira, F. Machado, A. Kimiko, R. (2011). Evaluación del efecto de la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) para la analgesia después de la toracotomía. *Rev Bras Anestesiología.* 61(5): 308-310. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n5/es_v61n5a06.pdf
- Flores, A et al. (2014) Dolor y medicina complementaria y acupuntura. *Rev. Med. Clin. CONDES.* 25(4) 636-640
- Furlan, A. Giraldo, M. Baskwill, A. Irvin, E. Imamura, M. (2015). Massage for low-back pain (Review). *Cochrane Library.* 1-134 Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001929.pub3/full>
- Glazov, G (2010). The influence of baseline characteristics on response to a laser acupuncture intervention: an exploratory analysis. *Acupunct Med.* 28:6–11. Recuperado de <http://aim.bmj.com/content/acupmed/28/1/6.full.pdf>
- Gobierno federal de Estados Unidos Mexicanos. *Diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención.* Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/045_GP_C_Lumbalgia/IMSS_045_08_GRR.pdf

- Guerrero, A. (2013). Cromoterapia aplicada en Salud. *Universidad Internacional Atlantic*. Pp 1-46 Recuperado de https://www.aiu.edu/applications/DocumentLibraryManager/upload/1-9192013-55925_268122420.pdf
- Hall, A. Kamper, S. Emsley, R. Maher, C. (2016). Does pain-catastrophising mediate the effect of tai chi on treatment outcomes for people with low back pain?. *Complementary Therapies in Medicine*. 25: 61-66. Recuperado por BINASSS.
- Hall, A. Maher, C. Lam, P. Ferreira, M. Latimer, J. (2011). Tai Chi Exercise for Treatment of Pain and Disability in People With Persistent Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care & Research*. 63(11): 1576 – 1583. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20594/full>
- Harris, R et al. (2009). Traditional Chinese Acupuncture and Placebo (Sham) Acupuncture Are Differentiated by Their Effects on μ -Opioid Receptors (MORs). *Neuroimage*. 47(3): 1077–1085. Recuperado de BINASSS.
- Inoue, M. Hojo, T. Nakajima, M. Kitakoji, H. Itoi, M. (2009). Comparison of the effectiveness of acupuncture treatment and local anaesthetic injection for low back pain: a randomised controlled clinical trial. *Acupunct Med*. 27:174–177. Recuperado por BINASSS.
- Johnson, M. Jones, G. (2017). Transcutaneous electrical nerve stimulation: current status of evidence. *Pain Manag*. 7(1): 1–4. Recuperado de <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/pmt-2016-0030>
- Keating, J. Cleveland, C. Menken, M. (2009). Historia de la Quiropráctica: manual básico. *Asociación para la Historia de la Quiropráctica*. Pp. 1-61. Recuperado de <http://craneo-sacral.com/wp-content/uploads/2014/06/Historia-Quiropractica.pdf>

- Keskin, E. Onur, O. Keskin, H. Gumus, I. Kafali, H. Turhan, N. (2012). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Improves Low Back Pain during Pregnancy. *Gynecol Obstet Invest.* 74:76–83. Recuperado de <https://www.karger.com/Article/FullText/337720>
- Khadilkar, A. Odebiyi, D. Brosseau, L. Wells, G. (2008) Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 1-55. Recuperado por BINASSS
- Kopf, A y Patel, N. (2010) Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Washington. (1): 1-393.
- Langhorst, J. Klose, P. Dobos, G. Bernardy, K. Hauser, W. (2012). Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatol Int.* Recuperado por BINASSS.
- Last, A. Hulbert, K. (2009). Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management. *Academy of Family Physicians.* 79(12): Pp 1067-1074 Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1067.pdf>
- Li, A. Fibromialgia, desafío médico legal en los casos de pensiones por invalidez. *Medicina legal de Costa Rica.* 33 (2)
- Lin, J. Liang, W. (2009). Review: Acupuncture Analgesia in Clinical Trials. *The American Journal of Chinese Medicine.* 37(1): 1–18. Recuperado por BINASSS.
- Lin, J. Liang, W. (2009). **Review: Acupuncture Analgesia in Clinical Trials.** *The American Journal of Chinese Medicine.* 37(1): 1–18. Recuperado por BINASSS.

- Loreto, M. (2014). Cefaleas, evaluación y manejo inicial. *Rev. Med. Clin. Condes.* 25(4) 651-657. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cefaleas-evaluacion-manejo-inicial-S0716864014700860?referer=buscador>
- Machado, L. Kamper, S. Herbert, R. Maher, C. McAuley, J. (2009). Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology*.48:520–527. Recuperado de <https://academic.oup.com/rheumatology/article/48/5/520/1784976>
- Manchola, C. Brazao, E. Pulschen, A. Santos, M (2016). Cuidados Paliativos, espiritualidad y bioética narrativa de una unidad de salud especializada. *Rev. bioét.* 24 (1): 165-75. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241118>
- Martínez, L. Martínez, G. Gallego, D. Vallejo, E. Lopera, J. Vargas, N. Molina, J. (2014). Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Revista de la Sociedad Española de Dolor.* 21(6): 338-344. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n6/07_revision2.pdf
- Meeker, W. Haldeman, S. (2002). La quiropráctica: una profesión a caballo entre la medicina convencional y la medicina alternativa. *Asociación Española de Quiropráctica.* 136(3): 216-227. Recuperado de http://quiropRACTICA-aeq.com/investigacion_cientifica/OtrosEstudios1.pdf
- Mendoza, E. Capafons, A. Eficacia de la hipnosis> resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo.* 30(2): 98-116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77811726001.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2016). *Orientación Técnica Abordaje de la Fibromialgia.* Pp 1-51. Recuperado de <https://www.gustavoquijada.com/single-post/2016/06/29/Primera-gu%C3%ADa-de-Fibromialgia>

- Ministerio de Salud de Chile. (2016). Orientación Técnica Abordaje de la Fibromialgia, Santiago. Recuperado de <http://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/06/OT-Fibromialgia-2016.pdf>
- Nusbaum, F et al (2010). Chronic Low-Back Pain Modulation Is Enhanced by Hypnotic Analgesic Suggestion by Recruiting an Emotional Network: A PET Imaging Study. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 59(1): 27–44. Recuperado por BINASSS.
- Oneca, N. (2015). Musicoterapia: fundamentos, aspectos prácticos y aplicación en niños hospitalizados (Tesis de pregrado, maestría, doctorado?). Universidad de Navarra, España. Recuperado de <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/39653/1/Noelia%20Oneca.pdf>
- Organización Médica Colegial (2004). *Atención Primaria de Calidad. Guía de la Buena Práctica Clínica en el Manejo del Dolor y su Tratamiento*. Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). 67° *Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra. Pp 1-201. Recuperado de www.who.int/mediacentre/events/2015/wha68/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Cefalea. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>
- Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. (2000). Manual de Masoterapia China. Pp 1-107. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/manualesMEC/masoterapia.pdf>
- Orozco, G. Santiago, J. Anaya, M. Guerrero, S. (2016). Efectos psicológicos y cognitivos de la práctica de Tai Chi en adultos mayores. *Revista Electrónica*

de *Psicología Iztacala*. 19(3): 858-876. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art1.pdf>

Paco, O. y Peña, A. (2007). Medicina Alternativa: intento de análisis. *Anales de la Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 68 (1): 87–96. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/issue/view/108/showToc>

Panton, L et al. (2009). Effects of Resistance Training and Chiropractic Treatment in Women with Fibromyalgia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 15(3): 321–328. Recuperado por BINASSS.

Pastrana, T. De Lima, L. Wenk, R. Eisenclas, J. Montin, C. Rocafort, J. Centeno, C. (2012). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Primera edición. Houston.Pp: 1-11.

Pavarini, T. Sato, L. Paes da Silva, M. (2014). Occupational low back pain in nursing workers: massage versus pain. *Rev Esc Enferm USP*. 48(4):670-676. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400670&lang=es

Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. *Oncología*. 28 (3):139-143

Rajfur, J et al. (2017). Efficacy of Selected Electrical Therapies on Chronic Low Back Pain: A Comparative Clinical Pilot Study. *Med Sci Monit*. 23: 85-100. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240899/>

Reyes, A. Alvarez, J. (2001). Uso terapéutico del color como método tradicional. *Rev. Cubana Enfermería*. 17(3): 163-167. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400008

- Rivas, R. (2015). Aplicación de estimulación eléctrica transcutánea y cinesiterapia para el tratamiento de neuropatía periférica en pacientes con diabetes. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/01/Rivas-Romelia.pdf>
- Robles, M. Rojas, A. (2010) Tratamiento con acupuntura y moxibustión del síndrome poslaminectomía. Caso clínico. *RevSocEspDolor*. 17(4):202–205. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000400004&lang=pt
- Rodríguez, G. Iglesias, R. (2002). Bases físicas de la hidroterapia. *Fisioterapia*. 24(2): 14-21. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionfis/bases_fisicas_de_la_hidroterapia.pdf
- Rodríguez, J. Bustos, J. Ameriles, C. Rodríguez, H. El masaje terapéutico en lesiones musculares producidas por traumas de tejidos blandos. *Rev Med Risaralda*, 8(2): 1-9. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5030431.pdf>
- Rosen, L. French, A. Sullivan, G. (2015). Complementary, Holistic, and Integrative Medicine: Yoga. *Pediatrics in Review*. 36 (1): 468–474
- Rutledge, D. Jones, J. (2007). Effects of Topical Essential Oil on Exercise Volume After a 12-Week Exercise Program for Women with Fibromyalgia: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 13(10): 1099–1106. Recuperado por BINASSS.
- Saborit, Y. Robles, J. Valiño, M. Cisneros, V. (2014). Hidroterapia en la reeducación de la marcha. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 6(2):197-207. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2014/cfr142k.pdf>

- Saizar, M. Sarundiansky, M. Korman, G. (2013). Salud mental y nuevas complementariedades terapéuticas. La experiencia en dos Hospitales públicos de Buenos Aires, Argentina. *Psicología & Sociedade*, 25(2), 451-460.
- Salvatore, L et all (2015). Acupuntura con estimulación manual en la cefalea migrañosa. *Correo Científico de Médico de Holguín*. 19 (4): 645–655
- Sanghavi, S. Sanghavi, D. (2015). Role of Physiotherapy in Pain Management. *Supplement to Journal of the Association of Physicians of India*. 32-35.
- Saz, P. Ortiz, M. (2005). Hidroterapia. Agua y enfermedad. *Farmacia profesional*. 19(4): 84-88. Recuperado de www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13074100-S
- Saz, P. Ortiz, M. (2005). Reflexoterapia podal. Fundamentos, indicaciones y contraindicaciones. *Farmacia profesional*. 19(8): 69-73. Recuperado de www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13078717-S
- Shin, J et al. (2013). Effects of motion style acupuncture treatment in acute low back pain patients with severe disability: A multicenter, randomized, controlled, comparative effectiveness trial. *International Association for the Study of Pain*. 154: 1030–1037. Recuperado por BINASSS.
- Shirazi, M et al. (2016). The Effect of Topical Rosa damascena (Rose) Oil on Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 22(1):120-126. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2156587216654601>
- Silva, M. Pérez, S. Fernández, M. Tovar, L. (2014). Efectos del Tai Chi en la capacidad funcional de un grupo de mujeres ancianas. *Rev. Cienc. Salud*. 12 (3): 353-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v12n3/v12n3a06.pdf>

- Sociedad Americana de Hipnosis Clínica. (2015). *Definición de Hipnosis*. Recuperado de <http://www.asch.net/Public/GeneralInfoonHypnosis/GeneralInfoTemplate.aspx>
- Stall, P et al. (2015). Effects of structural integration Rolwing® method and acupuncture on Fibromyalgia. *Rev Dor. São Paulo*, 16(2):96-101. Recuperado por BINASSS.
- Stumpf, W. *El Gran Libro de la Homeopatía*. Editorial Everest. Madrid. Pp1–272
- Takamoto, K. Bito, I. Urakawa, S. Sakai¹, S. Kigawa, M. Ono, T. Nishijo, H. (2015). Effects of compression at myofascial trigger points in patients with acute low back pain: A randomized controlled trial. *European Pain Federation*. Pp: 1-11. Recuperado por BINASSS.
- Terry, R. Perry, R. Ernst, E. (2012). An overview of systematic reviews of complementary and alternative medicine for fibromyalgia. *Clin Rheumatol*. 31:55–66. Recuperado por BINASSS.
- Valemazán, A. (2000). Una revisión sobre la efectividad de la reflexología. *Medicina Naturista*. 1: 9-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/202440.pdf>
- Vas, J et al. (2012) . Acupuncture in patients with acute low back pain: A multicentre randomized controlled clinical trial. *International Association for the Study of Pain*. 153 1883–1889. Recuperado por BINASSS
- Wolfe, F., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 62(5), 600-10. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20461783>

www.encyclopediadesalud.com

Yancey, J. Sheridan, R, Koren, K. (2014). Chronic Daily Headache: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 89 (8):642-648. Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/2014/0415/p642.pdf>

Zárate, P. Díaz, V. (2001). Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. *Rev. Méd. Chile*. 129(2) Pp 219-223. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000200015

Zelada, M. (s/f). Aromaterapia. Curso gratis. *AulaFacil.com*. Recuperado de http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/curso_aromaterapiai.pdf

Anexos.

Tablas 2. Resumen de artículos analizados.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Ahn, C. Lee, S. Lee, J. Fossion, J. Sant'Ana, A. (2011). A Clinical Pilot Study Comparing Traditional Acupuncture to Combined Acupuncture for Treating Headache, Trigeminal Neuralgia and Retroauricular Pain in Facial Palsy. <i>J Acupunct Meridian Stud</i> 4(1):29-43	Ib	Desarrollar un tratamiento efectivo para cefalea, neuralgia del trigémino y dolor retroocular con acupuntura combinada (acupuntura tradicional y acupuntura auricular), y establecer protocolos clínicos para ensayos futuros.	49 pacientes mayores de 18 años, que presenten entre 2-6 ataques de cefalea.	No lo describe.	Edad, sexo, tiempo de inicio de dolor, factor agravante, tratamiento previo, tipo de dolor.	Se dividió la muestra en 2, 15 personas en el grupo de Acupuntura tradicional y 34 en el grupo de acupuntura combinada.	El tratamiento con acupuntura, ya sea tradicional o combinada, se asoció con una reducción del dolor en cefalea, neuralgia del trigémino y dolor retroocular en la parálisis facial, pero no hay una diferencia significativa entre la acupuntura tradicional sola y el tratamiento de acupuntura combinado. El efecto de la acupuntura en el alivio del dolor entre las enfermedades fue significativamente diferente después de la quinta y la sexta sesiones, y el efecto de la acupuntura en el dolor de cabeza fue el más significativo en comparación con otras enfermedades.	Tanto la acupuntura tradicional como la acupuntura combinada mostraron reducción en dolor. Número mínimo de sesiones de acupuntura debe establecerse en no menos de 10 tratamientos.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Augello, S. Trujillo, Y. Arjona, M. Mederos, I. Zayas, B. Zarzabal, Y. (2015). Acupuntura con estimulación manual en la cefalea migrañosa. <i>Correo Científico Médico de Holguín</i> . 19 (4): 645-655	III	Comparar la efectividad del tratamiento acupuntural con el farmacológico y conocer cómo se modifica su evolución con la aplicación de la acupuntura.	240 pacientes que cumplían con los criterios de cefalea migrañosa de la Sociedad Internacional de Cefaleas. Se excluyeron los contraindicados para la técnica, los que recibieron tratamiento hasta 3 meses antes, historia de reacción adversa a la amitriptilina,	Base de datos para el procesamiento de los datos en Microsoft Access 2003 en una PC Pentium 4 con ambiente de Windows XP y se procesó la información con el estadígrafo MedCalc.	Evolución según intervalo de tiempo hasta el alivio de los síntomas. Evolución de la intensidad del dolor. Evolución del número de días con cefalea al mes. Evolución de la calidad de vida.	Se realizó un estudio cuasiexperimental en 240 pacientes atendidos en consulta de Medicina Tradicional y Natural del Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez con diagnóstico de migraña desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2013 y que estuvieron de acuerdo en participar. Se dividió a los pacientes en dos grupos, a uno se le realizó	Para el comienzo del alivio de los síntomas, se vio que el alivio era más rápido en el grupo que recibió acupuntura. Evolución de los pacientes en relación con la intensidad del dolor fue buena para el grupo de acupuntura. Disminuyó el número de días con dolor en el grupo que utilizó acupuntura. Evolución de la calidad de vida de los pacientes fue buena. Y estos resultados fueron estadísticamente significativos.	La acupuntura en el tratamiento de la cefalea migrañosa mostró una asociación efectiva estadísticamente significativa, debido a la disminución de la intensidad de la cefalea y del número de días con dolor, así como, en la mejoría de la calidad de vida, y el comienzo más temprano del alivio de los síntomas. Es una terapéutica efectiva en el manejo de estos pacientes con cefalea.

			<p>diagnóstico de otras enfermedades del sistema nervioso, embarazadas y pacientes con neoplasias u otras enfermedades sistémicas asociadas.</p>			<p>tratamiento acupuntural con estimulación manual (3 ciclos de 12 sesiones con una semana de descanso entre cada ciclo) y al otro tratamiento farmacológico (75 mg de amitriptilina por 2 meses). Se aplicó el test de χ^2 para identificar si existía asociación entre la evolución buena y la aplicación de la acupuntura.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Bidonde, J et al. (2014). Aquatic exercise training for fibromyalgia (Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . Pp. 1-174. Recuperado por BINASSS	Ia.	Evaluar el entrenamiento con ejercicios acuáticos en adultos con fibromialgia.	16 artículos. 9 artículos compararon el ejercicio acuático con control, 5 compararon ejercicio acuático con terrestre, 2 compararon el ejercicio acuático con un ejercicio acuático diferente.	Base de datos. Búsqueda realizada en el 2013 en The Cochrane Library.	Bienestar general. Función física. Dolor. Rigidez. Fuerza muscular. Capacidad cardiovascular.	Se realizó revisión de los resultados obtenidos en los diferentes estudios para las variables establecidas.	Los estudios donde se comparó ejercicio acuático con control se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables. Al comparar los ejercicios acuáticos vs los terrestres se encontró diferencia estadísticamente significativa en fuerza muscular a favor del ejercicio terrestre. Y al compararse los 2 tipos ejercicio acuático uno en piscina y otro en agua de mar, no hubo diferencias estadísticamente significativas.	Se determinó que el ejercicio acuático trae beneficios a pacientes con fibromialgia, sin embargo, no se vio diferencia al compararlo con el ejercicio terrestre.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Buchmuller, A et al. (2011). Value of TENS for relief of chronic low back pain with or without radicular pain. <i>Eur J Pain</i> 16: 656–665. Recuperado de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1532-2149.2011.00061.x/full	Ib	Evaluar la eficacia de la TENS en pacientes con lumbalgia crónica.	236 pacientes que consultaron por lumbalgia crónica en 21 centros de atención del dolor en Francia.	VAS Cuestionario de discapacidad de Roland Morris. Cuestionario de Dallas. Utilizando la <i>t</i> de Student. Prueba para variables cuantitativas (Wilcoxon). Prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para variables cualitativas.	Dolor. Funcionalidad. Calidad de vida.	Asignación aleatoria para recibir TENS activa o TENS simuladas. Durante 3 meses se recibieron, cuatro sesiones de 1 hora por día de tratamiento.	Disminución en el puntaje de escala de Roland Morris a las 6 semanas y 3 meses pero no estadísticamente significativa para ninguno de los 2 grupos. No diferencia significativa en el cuestionario de Dallas antes y después.	En este estudio no se determinó efectividad significativa en el uso de TENS.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Carson, J et al. (2010). A pilot randomized controlled trial of the Yoga of Awareness program in the management of fibromyalgia. <i>Pain. Author manuscript; available in PMC.</i> 151(2): 530–539. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568071/	Ib.	Evaluar los efectos de una intervención integral de yoga sobre los síntomas y el afrontamiento de la fibromialgia (FM).	53 mujeres.	Cuestionario de Impacto de Fibromialgia. Impresión Global de Cambio del Paciente (PGIC). Cuestionario de aceptación del dolor crónico (CPAQ).	Función. Dolor. Fatiga. Rigidez. Falta de sueño. Depresión. Mala memoria, Ansiedad. Adaptación al dolor.	53 mujeres se dividieron en 2 grupos asignados al azar, uno en que recibieron yoga y el otro que siguió el tratamiento usual. Realizaron una sesión de 120 min por semana durante 8 semanas. En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Salud y Ciencia de Oregon, dirigidos por un experto.	Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos a favor de yoga en disminución de síntomas, dolor, fatiga, rigidez, depresión, falta de sueño, mala memoria, ansiedad. Además se observó mejoras en la aceptación del dolor crónico.	El yoga mejora las condiciones presentes en la fibromialgia, sin embargo, se trata de un estudio pequeño y requiere de muestras más grandes para tener resultados más fidedignos.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Carson, J. Carson, K. Jones, K. Mist, S. Bennett, R. (2012). Follow-up of Yoga of Awareness for Fibromyalgia: Results at 3 Months and Replication in the Wait-list Group. <i>Clin J Pain.</i> 28(9): 804–813. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568073/	Ib	Evaluar los efectos postratamiento de la misma intervención 8 semanas de Yoga) en un grupo de lista de espera y evaluar los efectos de la intervención a los 3 meses de seguimiento en el grupo de tratamiento inmediato.	53 mujeres, seleccionadas entre octubre del 2009 y enero del 2010.	Cuestionario de Impacto de Fibromialgia. Impresión Global de Cambio del Paciente (PGIC). Cuestionario de aceptación del dolor crónico (CPAQ).	Función. Dolor. Fatiga. Rigidez. Falta de sueño. Depresión. Mala memoria, Ansiedad. Adaptación al dolor	Se asignaron en 2 grupos se les pidió continuar con su tratamiento de base. 21 mujeres en el grupo de tratamiento inmediato y 18 mujeres en grupo de lista de espera, algunas por diferentes razones se excluyeron.	Este estudio se basó en uno realizado anteriormente. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos a favor de yoga en disminución de síntomas, dolor, fatiga, rigidez, depresión, falta de sueño, mala memoria, ansiedad. Además se observó mejoras en la aceptación del dolor crónico para ambos grupos, lo que permite observar la replicación de los datos se mantienen con el tiempo a favor del uso del yoga.	Los efectos del yoga son replicables y se mantuvieron a los 3 meses.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Casanueva, B et al. (2013). Short-term improvement following dry needle stimulation of tender points in fibromyalgia. <i>Rheumatol Int.</i> Recuperado por BINASSS.	Ib	Evaluar el eficacia a corto plazo de la terapia de punción seca en pacientes severamente afectado por la fibromialgia.	120 pacientes	Numero de síntomas. Escala VAS. Índice de calidad del sueño de Pittsburgh. Cuestionario McGill Pain (MPQ) fatiga, ansiedad y depresión. Inventario Ansiedad de Beck, Inventario Depresión de Beck (BDI). Escala de Dolor catastrófico (PCS), Stanford Cuestionario de evaluación de salud, cuestionario de impacto de fibromialgia (FIQ), cuestionario de aceptación del dolor crónico (CPAQ).	Síntomas. Dolor. Sueño. Depresión y ansiedad. Catastrofismo. Impacto. Aceptación de dolor crónico.	Se dividieron en 2 grupos al azar uno para recibir punción seca y el otro continuo con su tratamiento habitual, a los cuales se les dio seguimiento durante 6 semanas, se les pidió seguir con el tratamiento usual. Grupo de punción seca recibió una hora semanal de esta técnica en 18 puntos, durante 6 semanas.	Se obtuvo un nivel estadísticamente significativo en disminución de número de síntomas, intensidad de dolor, en el impacto en la calidad de vida, en vitalidad, en el catastrofismo, mejora del sueño.	Los pacientes severamente afectado por FM puede obtener mejoras a corto plazo al utilizar punción de aguja seca.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	VARIABLES o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Cherkin, D. et al (2011). A Comparison of the Effects of 2 Types of Massage and Usual Care on Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial. <i>Ann Intern Med.</i> 155(1): 1–18. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570565/	Ib	Evaluar la efectividad de dos tipos: masaje estructural y masaje de relajación para el dolor de espalda crónico.	401 personas de 20 a 65 años de edad con dolor lumbar crónico no específico . Selecciones entre agosto 2006 y abril 2008.	Cuestionario de discapacidad de Roland (RDQ) y la escala de síntomas de molestia. Análisis con software SAS versión 9.2 (SAS Institute, Cary, Carolina del Norte) y se utilizaron valores de p de dos caras.	Dolor. Funcionalidad	Al azar se realizaron 3 grupos: cuidado habitual, masaje relajante y masaje estructural.	A las 10 semanas, los grupos de masaje tuvieron resultados funcionales similares que fueron superiores a los de la atención habitual. Los puntajes RDQ fueron más bajos para los grupos de relajación y masaje estructural, en comparación con la atención habitual con diferencia estadística significativa. Las puntuaciones ajustadas de molestias de los síntomas fueron más bajas con la relajación y el masaje estructural, que con la atención habitual ambos datos con diferencia estadística significativa.	El masaje es eficaz en el manejo del dolor lumbar crónico. No hay diferencia significativa entre el masaje estructural y el masaje de relajación.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Collazo, E. (2009). Efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor refractario al tratamiento farmacológico o convencional. Rev. Soc. Esp. Dolor. 16(2): 79-86.	III	Determinar efectividad global de acupuntura como terapia complementaria en la reducción del dolor crónico en grupos. Conocer en proporción disminuye el consumo de analgésicos en estos pacientes tras un ciclo de acupuntura. Determinar las reacciones adversas debidas a acupuntura. Distinguir la efectividad de la acupuntura en la reducción del dolor en diversas patologías para averiguar en cuáles es más efectiva	Unidad de Acupuntura del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba, durante el período 2002-2007. Cuasiexperimental, siendo cada paciente su propio control. Con un total de 225 pacientes remitidos por médicos especialistas o la clínica de dolor.	Se utilizó el paquete estadístico SPSS para el análisis de datos, realizándose la prueba T de Wilcoxon (no paramétrica) para comparar las variables ordinales en 2 grupos apareados (antes-después) de pacientes con intención de tratar para valorar la efectividad de la acupuntura	Escala habitual de valoración del dolor (intensidad, frecuencia, consumo de analgésicos, discapacidad y sueño), sexo, edad, residencia, profesión, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, intolerancia medicamentosa y efectos adversos.	Primero se obtuvo el diagnóstico según la medicina tradicional china (MTC), obteniendo el de Qi, con lo que se determinó los puntos concretos en cada paciente y según enfermedad en ciclos de 10 sesiones 1 por semana entre 2,5-3 meses, las agujas se insertaron por 20 min. Evaluación de dolor antes y después se realizó por un médico diferente al que realizó el procedimiento	De los 225 pacientes, 118 eran pluripatológicos. No efectos adversos. Con el estudio se tuvo un nivel de para el valor total de la escala de dolor y para cada una de sus variables. Las patologías más frecuentes fueron lumbalgia, fibromialgia y cefalea. Como técnica complementaria disminuyo el consumo de analgésicos en un y con ello el uso de antiácidos. Posibilidad para pacientes con intolerancia medicamentosa. Es una técnica segura, barata y con escasos efectos adversos.	Se encontró que la acupuntura como uso complementario, tuvo resultados significativos tanto estadísticos como clínicos en las siguientes patologías: lumbalgia, cefalea, gonalgia, tendinitis, coxalgia, neuralgia del trigémino, cervicalgia, polineuropatía, fibromialgia, espondiloartrosis, dorsalgia, patología poliarticular.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Collazo, E. (2010). Ensayo no aleatorizado del tratamiento con acupuntura de la cefalea resistente a terapias convencionales. <i>Rev Soc Esp Dolor</i> . 17(8):359–365	III	Determinar si añadiendo tratamiento con acupuntura, se puede mejorar el nivel analgésico alcanzado con esos fármacos en condiciones de práctica clínica real y la proporción en pacientes con cefalea crónica que no mejoran a pesar de los tratamientos aplicados previamente.	56 pacientes referidos por especialistas o clínica del dolor del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba.	Se usó el paquete estadístico SPSS para el análisis de datos. Se realizó la prueba t de Wilcoxon (no paramétrica) para comparar las variables ordinales en 2 grupos apareados (antes-después).	Valoración del dolor, sexo, edad, residencia, profesión, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, intolerancia medicamentosa y efectos adversos.	56 pacientes los cuales fueron sus propios controles y lo que se comparó fue el antes y después del uso de acupuntura	Acupuntura como complemento disminuye el consumo de analgésicos, lo que disminuye consumo de protectores gástricos y otros efectos secundarios de estos. Posibilidad para los pacientes con intolerancia a fármacos Se obtuvo para el valor total de la escala de dolor y para cada una de sus variables (intensidad, frecuencia, consumo de analgésicos, discapacidad y sueño), resultados estadísticamente significativos en disminución de las mismas.	En cefalea rebelde el uso de acupuntura muestra tener beneficios estadísticamente significativos.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
<p>Cramer, H. Lauche, R. Langhorst, J. Dobos, G. (2013). Yoga for rheumatic diseases: a systematic review. <i>Rheumatology</i> 52:2025-2030. Recuperado de https://academic.oup.com/rheumatology/article/52/11/2025/1781781</p>	la	<p>Evaluar la evidencia y fuerza de recomendación del yoga como intervención en enfermedades reumáticas.</p>	<p>13 artículos.</p>	<p>Base de datos. Búsqueda realizada hasta febrero del 2013 en Medline, PubMed, Scopus, Cochrane, IndMED.</p> <p>Análisis GRADE.</p>	<p>Fibromialgia. Osteoartrosis. Artritis reumatoide. Dolor. Discapacidad.</p>	<p>De 269 artículos de estudios controlados aleatorizados, luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión solo se obtuvieron 8 válidos para el estudio.</p>	<p>De los 8 artículos analizados solo 2 trataban de fibromialgia. Uno evaluó el efecto de intervención de 8 semanas de yoga en 56 mujeres, se evaluó dolor, puntos sensibles e impacto de fibromialgia (FIQ), se obtuvo significancia solo para mejora de discapacidad y el otro estudio se realizó con 40 mujeres solo con técnicas de respiración y se obtuvo diferencias significativas a favor del yoga en disminución de dolor, de discapacidad, menos puntaje en Escala de ansiedad de Hamilton.</p>	<p>Para fibromialgia la evidencia es baja respecto a la mejoría del dolor, al igual que para discapacidad. Por lo que las recomendaciones para su uso en fibromialgia son débiles.</p>

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Da Silva, G. Lorenzi, G. Lage, L. (2007). Effects of Yoga and the Addition of Tui Na in Patients with Fibromyalgia. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> . 13(10): 1107–1113. Recuperado por BINASSS.	lb.	Verificar si las técnicas de yoga con y sin la adición de Tui Na podría mejorar el dolor y el impacto negativo de la fibromialgia (FMS) en la vida diaria de los pacientes.	40 mujeres, reclutado de la clínica ambulatoria de reumatología del Hospital de las Clínicas, Universidade de São Paulo.	Escala de VAS. Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ). Test t Student's y test Mann-Whitney.	Dolor. Funcionalidad.	Las 40 mujeres se dividieron en 2 grupos al azar, ambos recibieron 8 sesiones de 50 min de yoga en la semana, a uno de los grupos se le agregó el uso de Tui Na que consiste en estiramientos y presión manual sobre tronco y extremidades.	Se obtuvieron resultados favorables en escala de VAS y FIQ para ambos grupos, lo que traduce mejoras en dolor y funcionalidad. Para el grupo de yoga + Tui Na tuvo leve mejoría en comparación con solo yoga pero no es estadísticamente significativa ni se mantuvo en el tiempo. En el yoga en el seguimiento el dolor mejoró.	Se establece que el yoga con Tui Na puede dar una mejoría no significativa a corto plazo, sin embargo, a largo plazo los resultados son mejores con solo yoga.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Eisenberg, D et al. (2007). Addition of Choice of Complementary Therapies to Usual Care for Acute Low Back Pain A Randomized Controlled Trial. <i>SPINE</i> (32) 2: 151–158. Recuperado por BINASSS	Ib	Investigar la efectividad y costo del uso de otras terapias como acupuntura, quiropráctica, masaje terapia en pacientes con dolor lumbar agudo comparado al tratamiento habitual.	Mayores de 18 años de 4 sitios clínicos de Harvard Vanguard Medical Associates (HVMA), con dolor lumbar agudo. Reclutados de abril del 2001 a julio 2003.	Cuestionario para síntomas, estado funcional (Roland Morris), y la satisfacción entre el valor inicial y 5 semanas, y el costo de atención médica en las 12 semanas posteriores a la aleatorización. DataStat.	Síntomas. Funcionalidad. Satisfacción. costo	Un total de 444 pacientes con dolor lumbar agudo y asignados al azar en 2 grupos: cuidado habitual (AINE), relajantes musculares, reposo en cama limitado, educación) o elección (eligieron entre acupuntura, quiropráctica y masaje terapia).	Después de 5 semanas, de proporcionar a los pacientes una elección no produjo reducciones clínicamente importantes en síntomas para cuidado habitual, o mejoras en el estado funcional. A pesar de que hubo una satisfacción significativamente mayor con la atención en el grupo de elección, esto vino a un aumento neto en los costos de por paciente.	No mejoras clínicamente significativas en el alivio de los síntomas o restauración funcional entre ambos grupos. Este modelo se asoció con una mayor satisfacción del paciente pero aumentó los costos totales.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Ernst, E. (2009). Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review. <i>Clin Rheumatol.</i> 28:1175–1178. Recuperado por BINASSS.	Ia.	Realizar una revisión sistemática de la efectividad de la atención quiropráctica para fibromialgia	4 estudios.	Bases de datos. Amed, Embase, Medline, Central, Cinahl, ICL Escala de VAS.	Dolor.	Se buscó en base de datos y se obtuvo 278 artículos de los cuales solo 4 eran estudios controlados aleatorizados	De los 4 estudios revisados para esta revisión ninguno de los 4 demostró tener eficacia en alivio del dolor en pacientes con fibromialgia.	Actualmente la evidencia es insuficiente para concluir que la quiropráctica es un tratamiento efectivo para la fibromialgia.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
<p>Furlan, A. Giraldo, M. Baskwill, A. Irvin, E. Imamura, M. (2015). Massage for low-back pain (Review). <i>Cochrane Library</i>. 1-134</p> <p>Recuperado de http://online.library.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001929.pub3/full</p>	la	Evaluar los efectos de la terapia de masaje para personas con dolor lumbar inespecífico.	Se incluyeron estudios controlados aleatorizados. Población mayor de 18 años. Se incluyeron 25 ensayos (3096 personas)	Bases de datos.	Estudios controlados aleatorizados de adultos con dolor lumbar agudo, subagudo y crónico.	Se realizó la búsqueda en: MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, CINAHL, LILACS, índice de literatura Quiropráctica y resúmenes de tesis propuestas.	Se incluyeron 25 estudios. Mayoría financiado por entidades sin fines de lucro. 3 estudios con masaje con dispositivo mecánico es resto solo con las manos. Similares respecto a dolor inespecífico pero diferentes respecto a evolución, uso de tratamientos previos, distribución de edad. Un ensayo con dolor agudo, 6 con subagudo-crónico, y el resto en dolor crónico. Se observó que en dolor agudo no hay evidencia de eficacia a corto o largo plazo. En el dolor lumbar subagudo y crónico al comparar con controles inactivos se vio eficacia en mejoría del dolor y funcionalidad a corto plazo pero con evidencia de baja calidad. Y no claridad a largo plazo. No se evidencio mejor control del dolor y funcionalidad al comparar masaje vrs controles activos en dolor subagudo y crónico a corto o largo plazo	No se logró determinar que el masaje sea un tratamiento efectivo para el manejo del dolor lumbar. Estudio es muy heterogéneo lo que no permite una adecuada comparación de los estudios y resultados.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Glazov, G (2010). The influence of baseline characteristics on response to a laser acupuncture intervention : an exploratory analysis. <i>Acupuncture Med.</i> 28:6–11. Recuperado de http://aim.bmj.com/content/acupmed/28/1/6.full.pdf	Ib	Determinar cuáles son los predictores para que la respuesta a la acupuntura sea diferente de una persona a otra.	90 participantes con lumbalgia crónica a quienes se les trató con acupuntura de láser o láser simulado, asignados al azar.	Se realizaron encuestas la mayoría con preguntas cerradas y luego se tabularon los datos. Cuestionario Oswestry. Datos analizados usando SPSS V.15.0.	Pensión, dolor al inicio, dolor por exacerbación al inicio, cambios degenerativos en imágenes, cirugía de espalda > 2 años, bloqueos de articulaciones facetarias, etc. Hace más de 3 meses, uso de analgésicos, cefalea, ansiedad, estrés, consumo de alcohol.	La población se dividió en 2 cada grupo de 45 personas asignadas al azar, a un grupo se le aplicó acupuntura con láser, y a otro láser simulado.	Se observó que aquellos pacientes con pensiones por invalidez, que presentaban dolor irradiado, con cefalea, con cirugía de espalda previa, con menos dolor al inicio del estudio, con uso de analgésicos regulares, los del grupo de simulación, sin dolor de exacerbación al inicio del estudio, fueron los que menos mejoría presentaron respecto al dolor. Al ajustarse estas variables se vio que si hay diferencia significativa en el alivio del dolor. Se determinó que la poca respuesta cuando están presentes estas variables se debe a los mismos cambios de la patología.	Los hallazgos de este estudio sugieren cuáles son las características que van a permitir una mejor respuesta a la acupuntura láser. Los hallazgos pueden servir de criterios para estudios futuros.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Hall, A. Kamper, S. Emsley, R. Maher, C. (2016). Does pain-catastrophising mediate the effect of tai chi on treatment outcomes for people with low back pain?. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> . 25: 61-66. Recuperado por BINASSS.	lb	Investigar la hipótesis de que el efecto del tai chi sobre el dolor y la discapacidad fue parcialmente mediada por la catastrofización del paciente.	Los 102 participantes fueron voluntarios de la comunidad con lumbago de más de 3 meses de evolución. Se reclutaron entre agosto de 2008 y mayo de 2010 a través de anuncios en la comunidad en Sydney, Nueva Gales del Sur, Australia	Los análisis fueron conducidos usando el software estadístico para social Software de paquetes (SPSS versión 20)	Dolor, intensidad del dolor, discapacidad en relación del dolor (cuestionario de discapacidad de Ronald Morris).	La intervención fue un programa de tai chi de 10 semanas; incluía 2 % de clases de 40 minutos por semana durante las primeras 8 semanas, y una de 40 minutos durante las últimas 2 semanas. El instructor de tai chi 4 años de experiencia completó un curso de actualización de 1 semana	Los datos revelan predominantemente muestra femenina, la mayoría de los cuales tenían antecedentes de lumbalgia e ingresaron al estudio con niveles moderados dolor y discapacidad. Los resultados se midieron una vez terminada la intervención a las 10 semanas. Los efectos totales mostraron mejor resultado en las medidas para el grupo de tai chi y fueron todos importantes en el nivel de significancia del 5%. El efecto total del tai chi en el la intensidad del dolor fue de 0,96, lo que indica una diferencia media de 0,96 puntos en la escala de calificación numérica de 0-10 entre el grupo de tai chi y el grupo de lista de espera. El efecto total del tai chi en intensidad dolor	Tai chi es una forma suave de ejercicio que tiene soporte empírico que acredita su beneficio y ha sido recomendado para terapia en condiciones de dolor crónico Reducción en la catastrofización explicó aproximadamente 1/3 del efecto del tai chi sobre el dolor, su intensidad y 2/3 del efecto del tai chi sobre el discapacidad relacionada al dolor. Sin embargo, estos pacientes tenían niveles bajos de catastrofismo, quizás en una población con niveles más altos los resultados hubieran sido más significativos.

						antes del estudio.	fue 1.13 puntos en la escala 0-10 y el efecto total de tai chi en el RMDQ de 24 elementos fue de 1.38 puntos. Resultados indican que una proporción de el efecto del tai chi sobre el dolor, la intensidad del dolor, y la discapacidad se debió a una reducción en catastrofismo.	
--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Hall, A. Maher, C. Lam, P. Ferreira, M. Latimer, J. (2011). Tai Chi Exercise for Treatment of Pain and Disability in People With Persistent Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. <i>Arthritis Care & Research</i> . 63(11): 1576 – 1583. Recuperado de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20594/full	Ib	Determinar el efecto del tai ji en el dolor lumbar persistente.	160 voluntarios entre 18-70 años con dolor lumbar inespecífico en un entorno comunitario de Sydney, Nueva Gales del Sur, Australia.	Se recolectaron antes y después de la intervención por medio de cuestionarios y escalas. Se analizaron los datos usando modelos lineales mixtos en SPSS versión 18.0. El análisis estadístico se realizó por intención de tratar.	La principal molestia fue los síntomas de espalda. Intensidad del dolor. Discapacidad relacionada con el dolor.	El grupo de tai ji (80 participantes) asistió a 18 sesiones de 40 minutos en un periodo de 10 semanas con un instructor calificado. El grupo control siguió su atención médica habitual.	Reducción en la molestia de los síntomas y en la escala VAS sin embargo no hubo diferencia estadísticamente significativa. Mientras que para la discapacidad se observó disminución en el puntaje con una diferencia estadísticamente significativa. La recuperación completa poco probable. Limitaciones respecto a la evolución, se trata de efectos a corto plazo se desconoce si se mantendrán en el tiempo. Se desconoce el efecto del tai ji respecto a otras intervenciones pues se comparó con tratamiento habitual.	Tai ji proporciona beneficios en la reducción del dolor y discapacidad que son clínicamente útiles, a nivel de discapacidad se obtuvo diferencia estadísticamente significativa.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Harris, R et al. (2009). Traditional Chinese Acupuncture and Placebo (Sham) Acupuncture Are Differentiated by Their Effects on μ -Opioid Receptors (MORs). <i>Neuroimage</i> . 47(3): 1077–1085	Ib	Comparar los efectos de acupuntura tradicional China con acupuntura simulada en pacientes con dolor crónico por fibromialgia.	20 pacientes	Cuestionario de dolor McGill (SF MPQ).	Dolor.	Se dividieron en 2 grupos al azar para recibir 9 tratamientos, un grupo para recibir acupuntura tradicional China y el otro acupuntura simulada.	Se obtuvo reducciones significativas del dolor en ambos grupos, sin determinarse diferencia estadísticamente significativas entre ambos grupos. .	Tanto la acupuntura tradicional china como la simulada tienen efectos beneficiosos en el alivio del dolor en pacientes con fibromialgia.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Inoue, M. Hojo, T. Nakajima, M. Kitakoji, H. Itoi, M. (2009). Comparison of the effectiveness of acupuncture treatment and local anaesthetic injection for low back pain: a randomised controlled clinical trial. <i>Acupunct Med.</i> 27:174–177. Recuperado por BINASSS	Ib	Comparar la efectividad de la estimulación repetida con acupuntura e inyección de anestésico local en los puntos más dolorosos en pacientes con dolor lumbar.	26 pacientes del Departamento de Cirugía ortopédica, Universidad Meiji de Medicina Integrativa, con lumbalgia asignados al azar, ya sea un grupo de acupuntura o al grupo de inyección anestésica.	Escala de VAS. Student t test. Análisis fueron calculados con Statview V.4.5 (Sas Institute, Japón).	Dolor.	Ambos acupuntura y la inyección anestésica se realizaron de 2 a 5 de los puntos más dolorosos en la parte inferior de la espalda una vez a la semana por 4 semanas. Los participantes evaluaron el dolor utilizando una escala analógica visual inmediatamente antes y después del primer tratamiento, antes de cada subsiguiente tratamiento, y a las 2 semanas y 4 semanas después de la finalización de tratamiento.	Se obtuvo una diferencia significativa entre los grupos en el cambio en el dolor de la Escala Visual Analógica con acupuntura proporcionando más resultados favorables que la inyección de anestésico local. Reducción en el puntaje de dolor en cada período con diferencia significativamente entre los dos grupos, a favor del uso de acupuntura.	Tanto la inyección como la acupuntura aliviaron dolor, pero la acupuntura fue superior para la mejora inmediata y efectos sostenidos, lo que sugiere que es un tratamiento útil para la lumbalgia.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variab es o categoría	Proce-dimiento	Resultados	Conclusiones
Keskin, E. Onur, O. Keskin, H. Gumus, I. Kafali, H. Turhan, N. (2012). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Improves Low Back Pain during Pregnancy. <i>Gynecol Obstet Invest.</i> 74:76–83. Recuperado de https://www.karger.com/Article/FullText/337720	Ib	Comparar eficacia de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) con la del ejercicio y el paracetamol para el tratamiento de la lumbalgia relacionado con el embarazo durante el tercer trimestre del embarazo.	79 pacientes con más de 32 semanas de gestación. Entre agosto 2008 y febrero del 2011 en Unidad de Atención Prenatal del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Fatih	Se aplicó escala de VAS y cuestionario de Roland Morris. Variables se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para valores independientes se uso prueba de Kruskal-Wallis. Para valores relacionados Wilcoxon. Software estadístico SPSS.	Dolor. Funcionalidad.	Pacientes se dividieron en un grupo control y 3 de tratamiento uno con ejercicio, otro con uso de paracetamol y otro con uso de TENS.	Se determinó que en el grupo control el dolor aumento casi en más del 50%, mientras que para los otros 3 grupos hubo una disminución estadísticamente significativa. De los tres grupos con intervenciones, el grupo de TENS es en el que más se vio mejoría en VAS y en discapacidad por dolor.	TENS es efectiva y segura para tratar lumbalgia en mujeres embarazadas. Y demostró mejores resultados que el ejercicio y el uso del paracetamol.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Langhorst, J. Klose, P. Dobos, G. Bernardy, K. Hauser, W. (2012) Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Rheumatol Int.</i> Recuperado por BINASSS.	Ia.	Evaluar la eficacia y seguridad de las terapias de movimiento meditativo (Qigong, Tai Chi y Yoga) en el síndrome de fibromialgia.	17 artículos.	Base de datos. Búsqueda realizada en Central, NIH, Pubmed, PsycINFO, SCOPUS, hasta en 31-12-2010. Escala de VAS. Cuestionario de Impacto de Fibromialgia. Índice de calidad del sueño de Pittsburgh. Escalas de calificación de fatiga. Escalas de evaluación de depresión.	Dolor, sueño, fatiga, depresión y calidad de vida relacionada con la salud.	De 120 artículos de estudios controlados aleatorizados, luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión solo se obtuvieron 7 válidos para el estudio.	Terapias de movimiento meditativo (MMT) redujo de manera estadísticamente significativa las alteraciones del sueño, fatiga, depresión y limitaciones de calidad de vida relacionada con la salud, en comparación con los controles en el tratamiento final. Ahí no hubo un efecto significativo sobre el dolor. Pero al analizar por tipos de terapia de movimiento se vio que para yoga había mejoría estadísticamente significativa en dolor, las alteraciones del sueño, fatiga, depresión y limitaciones de calidad de vida relacionada con la salud. Y para tai chi solo mejora estadísticamente significativa en mejoría del sueño.	De las terapias de movimiento meditativo, la que demostró eficacia fue el yoga, sin embargo, las muestras son pequeñas para darle calidad a la evidencia.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Lin, J. Liang, W. (2009). Review: Acupuncture Analgesia in Clinical Trials. The American Journal of Chinese Medicine. 37(1): 1–18. Recuperado por BINASSS.	la	Revisión de casi todos los ensayos importantes desde 1970, en relación a acupuntura y analgesia para dolor postoperatorio, lumbalgia, osteoartritis de rodilla, cefalea, dolor de hombro y cuello.	56 artículos.	No lo describe.	Eficacia clínica en analgesia con uso de acupuntura.	Resumen de los principales ensayos que se han centrado en la analgesia con el uso de acupuntura.	En cefalea la acupuntura ejerce cierto efecto placebo. Para osteoartritis el efecto placebo es mínimo. La acupuntura es una estrategia válida para el tratamiento de lumbalgia. Puede reducir la gravedad del dolor y mejorar los resultados funcionales en los pacientes. La combinación de acupuntura e intervenciones convencionales es una mejor opción para el paciente con lumbalgia. Consenso general de que la acupuntura es efectivo en la gonartrosis. Para manejo omalgia es efectivo pero se requieren más estudios. Para cervicalgia puede ser beneficioso pero se requieren más estudios para llegar a una conclusión sólida.	La mayoría de los ensayos concuerdan en que la acupuntura es una terapéutica efectiva en analgesia, sin aun tener una claridad de cuál es el mecanismo. Los estudios de la investigación tienen sesgos por lo que se deben revisar cuidadosamente. En cefalea concluyeron tiene cierto efecto placebo, viéndose beneficios. Para lumbalgia la acupuntura es efectiva como tratamiento.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Machado, L. Kamper, S. Herbert, R. Maher, C. McAuley, J. (2009). Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. <i>Rheumatology</i> . 48:520–527. Recuperado de https://academic.oup.com/rheumatology/article/48/5/520/1784976	Ia	Estimar los efectos analgésicos de los tratamientos para el dolor lumbar inespecífico en ensayos aleatorios controlados con placebo.	76 artículos.	Base de datos.	Analgesia.	Busqueda en Medline, Embase, Cinahl, Psychinfo, Cochrane elegibles desde los primeros registros hasta noviembre 2006.	Respecto a analgesia se vio que 16 de los artículos tuvieron efectos estadísticamente significativos. Las estimulaciones puntuales fueron moderadas en estudios para masaje, TENS, acupuntura, entre otras. TENS en comparación con placebo mostro en 2 estudios para lumbalgia aguda evento pero este fue más importante en 2 estudios que realizaron el estudio en lumbalgia crónica.	Se vio que los ensayos controlados con placebo muestran efectos de tratamiento de pequeños a moderados.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Nusbaum, F et al (2010). Chronic Low-Back Pain Modulation Is Enhanced by Hypnotic Analgesic Suggestion by Recruiting an Emotional Network: A PET Imaging Study. <i>Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis</i> . 59(1): 27-44	Ib	Caracterizar las redes neuronales involucradas en pacientes con dolor lumbar crónico durante sugerencias analgésicas en un estado hipnótico en comparación con un estado de alerta normal y, en segundo lugar, para comparar, en ambos estados, la eficacia de sugerencias indirectas para modular el dolor y las correspondientes activaciones neuronales.	14 pacientes con una edad promedio de 40,9 años, con lumbalgia de más de tres meses, con 2 episodios de dolor a la semana. Pacientes con examen neurológico normal.	Analizaron en SPM5. Análisis estadísticos se realizaron contrastando flujo sanguíneo cerebral regional (rCBF) obtenidas durante ambas sugerencias analgésicas. Y el VAS se analizó utilizando prueba de Wilcoxon.	Dolor (VAS). Neuroimagen.	Se utilizó tomografía de emisión de positrones. Los sujetos fueron inyectados 12 veces cada 10 minutos con 333MBq agua etiquetada con Oxygen-15 antes de la adquisición de imágenes de 1 minuto. Se dividió en 2 grupos. Asignaturas del Grupo A recibieron una sugerencia directa, refiriéndose al dolor en sí mismo, su ubicación y alivio. Los sujetos del Grupo B recibieron una sugerencia indirecta, refiriéndose al bienestar del sujeto sin	Respecto a la medición de dolor por VAS al inicio se mantuvo igual, posterior en estado hipnosis hay descenso de intensidad en ambos grupos. Mientras que el alerta solo se vio descenso significativo en el grupo directo. Tanto para estado alerta como estado hipnótico regiones cerebrales comunes que incluyen la corteza medial prefrontal izquierda, el giro temporal superior derecho, y la ínsula anterior bilateral. Desactivaciones comunes, el giro parahipocámpico derecho y la circunvolución temporal media derecha. Cuando el estado de alerta normal se comparó con su descanso anterior R1, la sugerencia analgésica (directa o indirecta) fue específicamente asociado con activaciones en el	Analgesia fue eficiente en la modulación del dolor lumbar crónico, durante estado de alerta e hipnosis, con un mayor efecto después de la hipnosis. Modulación del dolor no se produjo a través de las mismas redes.

					<p>mencionar el dolor en sí mismo o su ubicación. Se aplicó en 3 condiciones de reposo de 20 minutos cada uno alternando con las sugerencias analgésicas de 30 minutos cada uno, (a) en estado de alerta normal y (b) en estado hipnótico. Condición hipnótica siempre ocurrió después de la condición de estado de alerta normal para evitar cualquier efecto de arrastre. Se utilizó el EEG para determinar que no estuviera dormido el sujeto.</p>	<p>temporal superior y circunferencia orbitofrontal del hemisferio izquierdo, corteza frontal inferior del hemisferio derecho, y bilateralmente en el cerebelo. Se detectaron desactivaciones en el occipital medio bilateral y las cortezas somatosensoriales SI-SII, la circunvolución precentral derecha, y el lóbulo parietal inferior izquierdo y la circunvolución fusiforme. Estado hipnótico se comparó con su descanso anterior R2, la sugerencia analgésica (directa o indirecta) se asoció con activaciones en la ínsula anterior y núcleo accumbens del hemisferio izquierdo, y en los núcleos lenticular y caudado bilateralmente. Las desactivaciones aparecieron en el precuneus izquierdo y la corteza cingulada posterior.</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Panton, L et al. (2009). Effects of Resistance Training and Chiropractic Treatment in Women with Fibromyalgia. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> . 15(3): 321-328. Recuperado por BINASSS.	Ib	Evaluar el entrenamiento de resistencia (RES) y RES combinado con quiropráctica (RES-C) sobre el impacto y la funcionalidad de la fibromialgia (FM) en mujeres con FM.	21 participantes.	Cuestionario de impacto de la fibromialgia. Prueba de rendimiento. Calificación de esfuerzo.	Funcionalidad. Función física. Fuerza muscular	Se dividieron en los grupos asignados aleatoriamente. Un grupo para RES y otro para RES-C, cada grupo recibió 2 intervenciones por semana durante 16 semanas	Se vio para ambos grupos mejora estadísticamente significativa en funcionalidad y fuerza. Sin embargo entre ambos grupos no hubo diferencias estadísticamente significativas. Lo que no demostró que el agregar quiropráctica diera mejorías.	Actualmente la evidencia es insuficiente para concluir que la quiropráctica es un tratamiento efectivo para la fibromialgia.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categorías	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Pavarini, T. Sato, L. Paes da Silva, M. (2014). Occupational low back pain in nursing workers: massage versus pain. <i>Rev Esc Enferm USP</i> . 48(4):670-676. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400670&lang=es	Ib	Evaluar la eficacia del masaje para disminuir el dolor lumbar ocupacional en los trabajadores de un equipo de enfermería en una sala de emergencias después del turno de trabajo.	43 profesionales del equipo de enfermería de emergencias COHAB II (ER), en la ciudad de Carapicuíba, estado de São Paulo, entre agosto y octubre del 2012.	Cuestionario sociodemográfico. Escala de VAS.	Ocupación, turno de trabajo, estado civil, número de hijos y presencia de enfermedad subyacente por grupo. Dolor.	45 sujetos fueron asignados aleatoriamente en G1 masaje por compresión, G2 aplicación de Garlium Arseneid Laser 904nm apagado y G3 ninguna intervención. Por uso de AINES 2 personas no continuaron siendo parte del estudio.	El tratamiento principal para la lumbalgia antes del estudio fue el uso de fármacos. Factor principal desencadenante así como exacerbador del dolor es la manipulación de pacientes. Según el análisis de la varianza, solo el G1 logró una diferencia estadísticamente significativa, con mejores resultados después de 12 sesiones. El masaje obtuvo una reducción de los niveles de dolor.	El masaje se comprobó como una terapia efectiva complementaria para disminuir el dolor lumbar ocupacional. Los resultados son relevantes para ampliar los estudios en masaje.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Rajfur, J et al. (2017). Efficacy of Selected Electrical Therapies on Chronic Low Back Pain: A Comparative Clinical Pilot Study. <i>Med Sci Monit.</i> 23: 85-100. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240899/	Ib	Evaluar los efectos del tratamiento del dolor lumbar usando métodos de electroterapia seleccionados	Calificaron 127 pacientes de los cuales completaron el estudio 123. Esta población se seleccionó de aquellos remitidos para fisioterapia al Laboratorio de Investigación Clínica de la Escuela Pública Superior de Profesores Médicos en Opole, Polonia.	Escala VAS Cuestionario de Oswestry Cuestionario de discapacidad de Roland Morris. Software estadístico STATISTICA ver. 10.0 Homogeneidad de pacientes se usó analizó con la prueba de chi-cuadrado en la versión de mayor confiabilidad (χ^2) y la prueba de homogeneidad de Kruskal-Wallis. Variables dependientes Wilcoxon, y variables independientes utilizó el análisis de varianza no paramétrico de Kruskal-Wallis.	Escala de calificación numérica del dolor y el índice de discapacidad de Oswestry. Prueba lasegue. Prueba de Schober.	Se dividió la población en 6 grupos. A. TENS convencional. B. TENS similar a la acupuntura. C. estimulación eléctrica de alto voltaje. D. estimulación de la corriente interferencial. E. corriente diadinámica. F. grupo control (ejercicios diarios con mejora de motora). Durante tres semanas.	Mostró que el uso de estimulación eléctrica con corriente interferencial que penetra más profundamente en los tejidos produce una eliminación del dolor significativa y más eficiente, y una mejora de la capacidad funcional de los pacientes que sufren de dolor lumbar sobre la base de un análisis tanto subjetivo como objetivo parámetros. Las corrientes de TENS y alto voltaje fueron útiles, pero no tan efectivas. El uso de corrientes diadinámicas parece ser inútil.	Terapias eléctricas seleccionadas (corriente interferencial, TENS y alto voltaje) parecen ser efectivas en el tratamiento del dolor lumbar crónico.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Rutledge, D. Jones, J. (2007). Effects of Topical Essential Oil on Exercise Volume After a 12-Week Exercise Program for Women with Fibromyalgia: A Pilot Study. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> . 13(10): 1099–1106. Recuperado por BINASSS.	Ib	Determinar en mujeres con fibromialgia (FM) los efectos del aceite 024 utilizados con un programa de ejercicios de 12 semanas.	20 mujeres de comunidades	Inventario breve del dolor. Número de días de ejercicio multiplicado por nivel de ejercicio, intensidad y duración. 30 segundos soportes de la silla, caminata de 6 minutos, equilibrio multidimensional. Escala de función.	Dolor. Volumen de ejercicio. Rendimiento de ejercicio. Función.	Se recomendó no cambiar los medicamentos de uso diario. Se instruyó a los participantes en usar aceite 024 (aloe vera, eucalipto, limón, naranja, alcanfor, romero y menta) y los aceites simulados los días que realizaban ejercicio, 30 min antes del ejercicio y al acostarse. El ejercicio se realizó durante 60 minutos, 3 veces a la semana durante 12 semanas, una sesión de ejercicio era realizada con instructor y las otras 2 con guía de DVD.	No se encontró diferencias estadísticamente significativas que evidencien mejora de dolor, volumen de ejercicio, rendimiento y funcionalidad.	En este estudio no se logró determinar que el uso de aceite 024 generara algún beneficio en pacientes con fibromialgia.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Shin, J et al. (2013). Effects of motion style acupuncture treatment in acute low back pain patients with severe disability: A multicenter, randomized, controlled, comparative effectiveness trial. <i>International Association for the Study of Pain</i> . 154: 1030–1037. Recuperado por BINASSS.	Ib	Examinar los efectos de la acupuntura con estilo de movimiento (MSAT) en pacientes con lumbalgia aguda con discapacidades graves.	Participantes de los Hospitales Jaseng de Medicina Coreana ubicados en Seúl y Bucheon. Entre 20-60 años, con lumbalgia aguda, a los cuales se les realizaron radiografías y RM, se descartaron aquellos pacientes con condiciones médicas que graves.	Escala de VAS. Cuestionario de Oswestry. Los resultados fueron considerados estadísticamente significativos cuando P era <0.05. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software SAS versión 9.1.3.	Dolor. Funcionalidad.	Los pacientes fueron reclutados desde abril de 2011 hasta octubre de 2011. Y se realizó entre abril de 2011 y abril de 2012. Se realizaron 2 grupos de manera equitativa, a uno de los grupos se le aplicó 75 mg de diclofenaco sódico im y al otro MSAT. Y se dio seguimiento antes del tratamiento, 30 minutos y 2, 4 y 24 semanas después del tratamiento.	58 pacientes cumplieron con los criterios. Cada grupo tuvo una muestra de 29 personas. El dolor lumbar según escala de calificación numérica a los 30 min, 2 y 4 semanas fue menor para el grupo MSAT con diferencia significativa, lo cual no se mantuvo para las 24 semanas. El índice de escala de Oswestry, dolor a la elevación de la pierna también mejoró significativamente el grupo MSAT a los 30 min y a las 2 y 4 semanas, pero no se mantuvo para las 24 semanas.	Se concluye que hay efectos altamente positivos en dolor y función a través del tratamiento colaborativo de la acupuntura y estilo de movimiento en pacientes con lumbalgia aguda.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Shirazi, M et al. (2016). The Effect of Topical Rosa damascena (Rose) Oil on Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. <i>Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine</i> . 22(1):120-126. Recuperado de http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2156587216654601	Ib	Evaluar la eficacia del aceite de rosas en pacientes con dolor lumbar relacionado con el embarazo en comparación con su aceite transportador (aceite de almendras) y sin intervención en un ensayo controlado aleatorizado.	120 mujeres entre 18 y 35 años de edad con embarazos sin complicaciones entre 12-33 semanas y que presentaban lumbalgia, que asistieron a unidad de Cuidados Prenatales del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán.	Escala de VAS Cuestionario de Roland Morris Media y el error estándar (SE) para las variables numéricas, frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Pruebas de covarianza para comparar los puntajes VAS y RMDQ. Se usaron pruebas de comparación múltiple de Bonferroni para comparar los grupos de estudio de dos en dos.	Dolor. Discapacidad.	Las 120 pacientes se asignaron aleatoriamente en 3 grupos, 40 en el grupo aceite de rosa (aceite esencial de <i>Rosa damascena</i>) en aceite vehículo de almendras, 40 en el grupo de aceite vehículo de almendras, y 40 que no recibió ninguna intervención. Se aplicaron 7 gotas de aceite por 100 cm ² , 2 veces al día durante 4 semanas, no se aplicó masaje. VAS Y RMDQ antes y después.	No diferencias en características demográficas. VAS disminuyó significativamente en los grupos aceite de rosa y aceite de almendras. Aumento en grupo control. Puntuación de VAS del grupo de aceite de rosa fue significativamente mayor que la del aceite de almendras y el grupo sin intervención. El efecto de ambos aceites sobre la capacidad funcional también fue significativo. Los puntajes de RMDQ de los grupos de aceite de rosa y almendra disminuyeron significativamente y aumentaron en el grupo de control	Uso de aceite de rosa ha reducido el dolor y mejorado la capacidad funcional en mujeres gestantes con lumbalgia, sin ningún evento adverso grave.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Stall, P et al. (2015). Effects of structural integration Rolfing® method and acupuncture on Fibromyalgia. <i>Rev Dor. São Paulo</i> , 16(2):96-101. Recuperado por BINASSS	Ib	Evaluar el efecto de la acupuntura, Método de Rolfing y la asociación de ambas técnicas en dolor, ansiedad, depresión y QL de pacientes con FMS.	60 pacientes.	Escala de VAS. Inventario de depresión de Beck (BDI). Inventario de ansiedad Beck (BAI). Cuestionario de Impacto de la fibromialgia (FIQ).	Dolor. Depresión. Ansiedad. Impacto en la vida.	Se comparó la población con ellos mismos, pues eran pacientes con tratamiento convencional ya indicado y el cual no debían suspender. Se dividieron en 3 grupos al azar, uno que recibiría acupuntura, otro el método de rofting y otro la combinación de estos.	Se determinó que los puntajes en escalas y cuestionarios en los 3 grupos fue significativamente mejor después de iniciadas las diferentes intervenciones. Siendo el 3 grupo el que presento mejores resultados pero esta diferencia sin significancia estadística.	Las intervenciones mostraron ser efectivas como tratamiento complementarion principalmente en disminución del dolor y mejora de calidad de vida.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Takamoto, K. Bito, I. Urakawa, S. Sakai ¹ , S. Kigawa, M. Ono, T. Nishijo, H. (2015). Effects of compression at myofascial trigger points in patients with acute low back pain: A randomized controlled trial. <i>European Pain Federation</i> . Pp: 1-11	Ib	Determinar si la compresión en los puntos gatillo miofasciales (MTrP) es efectiva en el manejo del dolor lumbar agudo.	63 pacientes entre 16 y 65 años fueron reclutados de 3 Clínicas de terapia de Judo en Japón	VAS Cuestionario o Roland-Morris (RMQ); junto con el rango de movimiento (ROM) en la región lumbar y umbral de dolor de presión (PPT) en los puntos gatillo. SPSS 19.0, ANOVA.	Dolor en condiciones estáticas y dinámicas Funcionalidad.	63 pacientes con dolor lumbar agudo asignados aleatoriamente a uno de tres grupos: el grupo MTrP que recibió compresión en MTrPs, el grupo MTrP que recibió compresión en puntos sin activación y grupo que recibió masaje superficial. Tratamiento asignado 15 minutos 3 veces / semana durante 2 semanas. Se evaluó dolor y funcionalidad antes del tratamiento (línea base), 1 semana después del inicio de tratamiento, y 1 mes después del final del tratamiento (seguimiento).	La puntuación EVA estática y dinámica, PPT y ROM mejoraron significativamente en el grupo MTrP en comparación con grupos sin MTrP y de masaje superficial.	La compresión en MTrPs es eficaz para tratar el dolor lumbar agudo en comparación con la compresión a sin MTrPs y masaje superficial.

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y Muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Terry, R. Perry, R. Ernst, E. (2012). An overview of systematic reviews of complementary and alternative medicine for fibromyalgia. <i>Clin Rheumatol.</i> 31:55–66. Recuperado por BINASSS.	Ia.	Proporcionar una visión general de la evidencia de eficacia y efectividad de todas las revisiones sistemáticas de opciones medicina complementaria/alternativa individual es para el tratamiento de FM.	5 artículos.	Bases de datos. Medline, PsychInfo, Embase, CINAHL, BNI, AMED, EBSCO y CENTRAL hasta marzo de 2010. Escala de VAS. Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ).	Dolor. Funcionalidad.	De 28 artículos de texto completo encontrados solo 5 cumplían con criterios de inclusión y exclusión. .	Se obtuvo un artículo de cada una de las siguientes prácticas: acupuntura, homeopatía, hidroterapia, masaje terapia y quiropráctica. El estudio respecto a acupuntura todos los estudios incluidos tenían un brazo de control, 5 de los 7 incluidos tenían mejoras en dolor, pero con riesgos de sesgo y aquellos con menos sesgo tenían disminución no significativa en dolor. Respecto a hidroterapia se incluyeron 10 estudios cada uno con diferentes maneras de hidroterapia comparado con ninguna terapia o con el tratamiento habitual. Y se vio que la evidencia es moderada para efectos a corto plazo sobre el dolor, sin embargo, muchos de estos estudios son de muestras poblacionales muy	Acupuntura no se puede recomendar para el tratamiento de fibromialgia. Evidencia moderada para recomendación de la hidroterapia en el manejo de fibromialgia. Aunque los estudios para homeopatía son favorables en el estudio incluido aún los resultados son ambiguos para la recomendación. La quiropráctica no se recomienda en el manejo de fibromialgia. Respecto a masaje terapia no hay suficiente evidencia, sin embargo se recomienda realizar estudios más homogéneos que evidencien si realmente tiene

							<p>pequeñas por lo que los resultados pueden sobreestimarse.</p> <p>Respecto a homeopatía se incluyeron 4 estudios en los que se compararon los remedios homeopáticos con placebo determinándose mejoras en dolor y calidad de vida.</p> <p>Para quiropráctica se incluyeron 4 estudios los cuales tenían metodología muy pobre. Respecto a masaje terapia los estudios eran muy heterogéneos por lo que no se llegó a estudios con suficiente validez.</p>	<p>efectividad, se debe destacar su seguridad.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Referencia bibliográfica completa.	Tipo de artículo (Nivel evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección de datos	Variables o categoría	Procedimiento	Resultados	Conclusiones
Vas, J et al. (2012). Acupuncture in patients with acute low back pain: A multicentre randomised controlled clinical trial. <i>International Association for the Study of Pain</i> . 153 1883–1889. Recuperado por BINASSS	Ib	Comparar la eficacia de la acupuntura como complemento a la terapia convencional.	Pacientes 18-65 años reclutados por médicos generales de sistema público de salud en Andalucía, España. Con episodio de dolor lumbar inespecífico.	No específica.	Sexo, edad media centrada, nivel educativo, episodios previos de lumbalgia durante los últimos 2 años, duración (en días) dolor lumbar, dolor irradiado basal, pierna, tratamiento con ciclobenzaprina, diclofenaco ibuprofeno y paracetamol, satisfacción en el lugar de trabajo, incapacidad laboral por lumbalgia en los últimos 2 años o comienzo temprano, tipo de actividad ocupacional.	Estudio multicéntrico, en 4 centros de atención primaria. Los pacientes fueron incluidos durante el período desde febrero de 2006 a enero de 2007, un total de 275 y fueron tratados siguiendo un patrón 1: 1: 1: 1 (acupuntura verdadera [TA], acupuntura falsa [SA], acupuntura placebo [PA], tratamiento convencional [CT]). Los pacientes en los 3 grupos de acupuntura estaban cegados a los tratamientos, pero no fueron cegados si solo recibieron una CT sin acupuntura. 70	TA asociada con CT son más efectivos que la TC sola. Sin embargo, no hubo diferencias entre los diferentes tipos de tratamiento con acupuntura (TA, SA y PA) asociada con CT, aunque si mejoría clínica después de 3 semanas. Menor necesidad de analgésicos y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, junto con un mejor reacción al dolor inicial y sus consecuencias (incapacidades) entre los 3 grupos de acupuntura que con CT. PA presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto a acupuntura individualizada para proporciones pacientes sin dolor después de 3 semanas de tratamiento a favor del grupo de acupuntura. La única	Combinar TA con CT resulta en mejoría en pacientes con lumbalgia aguda. Pacientes tratados con TA respondieron mejor que con SA o PA, pero no diferencias estadísticamente significativa para apoyar la idea de selección de puntos de acupuntura siguiendo los criterios de medicina tradicional china. Las diferencias entre TA y los grupos SA y PA podría interpretarse como dependiente de la intensidad del estímulo aplicado.

						<p>pacientes por grupo. Los tratamientos con TA, SA y PA consistieron de cinco sesiones de 20 minutos durante un período de 2 semanas. TC de acuerdo con las indicaciones en los lineamientos de práctica para médicos de familia.</p>	<p>diferencia encontrada entre TA y SA se refiere al efecto a largo plazo (en 1 mes), con una mayor proporción de pacientes sin dolor entre el grupo TA.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tabla 3. Hallazgos por patologías.

PATOLOGIA	HALLAZGOS			BIBLIOGRAFIA
Cefalea.	TECNICA	EFECTIVIDAD	DETALLE	
	1. Acupuntura.	Mejora dolor	<p>Percepción del dolor.</p> <p>Intensidad del dolor.</p> <p>Número de días con dolor.</p> <p>Escala HIT-6 de Ware.</p>	

PATOLOGIA	HALLAZGOS			BIBLIOGRAFIA
	TECNICA	EFFECTIVIDAD	DETALLE	
Lumbalgia	1. Acupuntura	Mejora dolor	<p>1. Disminuye percepción del dolor.</p> <p>2. Disminución de puntaje en VAS.</p> <p>3. Disminución de puntaje en escala de Roland Morris.</p> <p>4. Disminuye el cuestionario de Oswestry</p>	<p>(Shin, J et al, 2013) (Inoue, M. et al, 2009).</p> <p>(Shin, J et al, 2013) (Inoue, M. et al, 2009).</p> <p>-----</p> <p>(Shin, J et al, 2013)</p>
	2. Tai chi	Mejora del dolor	<p>1. Disminuye percepción del dolor</p> <p>2. Disminución de puntaje en VAS.</p> <p>3. Disminución de</p>	<p>(Hall, A et al, 2016)</p> <p>(Hall, A et al, 2016)</p> <p>(Hall, A et al, 2011) (Hall, A et</p>

			<p>puntaje en escala de Roland Morris.</p> <p>1. Disminuye percepción del dolor</p> <p>2. Disminución de puntaje en VAS.</p> <p>3. Disminución de puntaje en escala de Roland Morris</p>	<p>al, 2016)</p> <p>(Keskin, E et al, 2012). (Machado, L et al, 2009). (Rajfur, J et al, 2017).</p> <p>(Keskin, E et al, 2012). (Rajfur, J et al, 2017).</p> <p>(Keskin, E et al, 2012). (Rajfur, J et al, 2017).</p>
	<p>3. TENS</p>	<p>Mejora del dolor</p>		
	<p>4. Masaje terapia.</p>	<p>Mejora del dolor.</p>	<p>1. Disminuye percepción del dolor.</p> <p>2. Disminución de puntaje en VAS.</p>	<p>(Cherkin, D. et al, 2011). (Takamoto et al, 2015).</p> <p>(Cherkin, D. et al, 2011). (Pavarine et al, 2014). (Takamoto et al,</p>

				2015).
			3. Disminución de puntaje en escala de Roland Morris	(Cherkin, D. et al, 2011). (Takamoto et al, 2015).
	5. Aromaterapia.	Mejora del dolor.	1. Disminuye percepción del dolor	(Shirazi M et al, 2016).
			2. Disminución de puntaje en VAS.	(Shirazi M et al, 2016).
			3. Disminución de puntaje en escala de Roland Morris	(Shirazi M et al, 2016).

PATOLOGIA	HALLAZGOS			BIBLIOGRAFIA
Fibromialgia.	TECNICA	EFECTIVIDAD	DETALLE	
	1. Acupuntura.	Mejora dolor	1. Disminuye percepcion del dolor. 2. Disminución de puntaje en VAS. 3. Disminución de puntaje en escala de Roland Morris. 4. Disminuye el cuestionario de Oswestry 5. Inventario de depresión de Beck. 6. Inventario de ansiedad de	(Stall, P et al, 2015) (Harris et al,) (Casanueva et al, 2013) (Collado, E. 2009) (Höfling, M et al, 2012) (Casanueva et al, 2013) (Stall, P et al, 2015) ----- (Stall, P et al, 2015) (Stall, P et al, 2015)

			Beck.	
			7. Cuestionario de Impacto de la fibromialgia.	(Stall, P et al, 2015) (Casanueva et al, 2013) (Höfling, M et al, 2012)
	2. Yoga	Mejora del dolor	1. Disminuye percepcion del dolor.	(Carson, J et al, 2010). (Carson, J et al, 2012). (Gramer et al, 2013)
			2. Disminución de puntaje en VAS.	(Langhorst, J et al, 2012) (Da Silva, G et al, 2007).
			3. Impresión global de cambio del paciente (PGIC).	(Carson, J et al, 2010). (Carson, J et al, 2012).
			4. Cuestionario de aceptación del dolor.	(Carson, J et al, 2010). (Carson, J et al, 2012).

			<p>5. Inventario de depresión de Beck.</p> <p>6. Inventario de ansiedad de Beck.</p> <p>7. Cuestionario de Impacto de la fibromialgia.</p>	<p>----</p> <p>-----</p> <p>(Carson, J et al, 2010). (Carson, J et al, 2012). (Langhorst, J et al, 2012) (Da Silva, G et al, 2007).</p>
--	--	--	---	---