

Autoras: M^a Lourdes Casillas Santana, Pilar Palazuelos Puerta, Irene de Blas Gómez, Ana Asenjo Montoro; Patricia Latorre Marco, M^a Isabel Díaz Espinos

Contacto: M^a Lourdes Casillas Santana. Profesora Enfermería Medico Quirúrgica Universidad Autónoma de Madrid (Puerta de Hierro).

E- mail: mlourdes.casillas@uam.es

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

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una forma de reumatismo no articular caracterizado por dolor musculoesquelético difuso y crónico, junto a la presencia de múltiples puntos dolorosos a la presión (1), que generalmente se acompaña de fatiga (55-95%); mal descanso nocturno o sueño no reparador; rigidez (76-84%) matutina o tras reposo; cefalea tensional (50%); distrés psicológico, con elevada presencia de ansiedad, intestino irritable (30-60%), entre otros (2-4).

La fibromialgia no fue oficialmente reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud hasta 1992 (5). La prevalencia de FM difiere según la población estudiada y oscila entre el 0,7 y el 20%. En España, se sitúa en un 2,1–5,7% de la población general adulta, ocupa un 10–20% de las consultas reumatológicas y un 5–8% de las consultas de atención primaria (AP), con lo que es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado y crónico (6;7). Según el estudio EPISER (8) la prevalencia estimada en la población española mayor de 20 años es del 2,3% y predomina en una relación de 21 a 1 en el sexo femenino, encontrándose un pico de prevalencia entre los 40 y los 49 años de edad, estos datos se corroboran en el estudio publicado en 2008 por Mas en el que se añade que la población más afectada tiene un nivel sociocultural bajo, así como nivel de estudios también bajo y vive en el medio rural(9).

Dada la cronicidad de los síntomas y la incapacidad que a menudo producen, la FM es un problema frecuente en la práctica clínica (10), que puede conllevar unos altos costes directos para los servicios sanitarios (7;11), así como indirectos derivados del absentismo laboral (12). Con frecuencia su impacto produce una serie de consecuencias en la vida de los pacientes, las personas de su entorno y el medio en el que viven (13).

Los pacientes refieren una gran repercusión en sus vidas, en su capacidad física, la actividad intelectual, el estado emocional, la carrera profesional y la salud mental (14-17).

Debido a la complejidad clínica de las personas que padecen fibromialgia y el desconocimiento de su etiopatogenia, la FM supone un reto para el profesional sanitario desde el punto de vista terapéutico. Los resultados de algunos estudios parecen sugerir que la opción más efectiva para paliar los síntomas asociados a este síndrome es la combinación de tratamientos farmacológicos con terapias alternativas (18;19). Se ha demostrado que, del extenso arsenal terapéutico, los antidepresivos clásicos, inhibidores de la recaptación de serotonina y de noradrenalina, son los más eficaces (20). Entre las terapias no farmacológicas más utilizadas se encuentran la psicoterapia, fisioterapia, quiromasajes, acupuntura y ejercicio aeróbico (21;22).

El creciente interés por controlar el dolor mediante métodos no farmacológicos, ante la posibilidad de disminuir los efectos adversos y el costo, durante las últimas dos décadas ha aumentado la popularidad de las terapias de toque (23;24), entre las que se encuentra el Reiki.

En los últimos años se ha promovido el valor clínico de las terapias de toque para mejorar la salud y aliviar el malestar y el dolor asociado con algunas enfermedades clínicas(25-27). Según los resultados obtenidos en distintos estudios (23-26;28-33) se ha observado que las terapias de toque aceleran la curación, disminuyen el dolor, alivian los síntomas físicos, disminuyen el estrés y la ansiedad, pueden ser útiles para tratar el insomnio y la fatiga, facilitan la expresión de emociones almacenadas, inducen la relajación, etc. Aunque algunas revisiones también indican que no hay pruebas suficientes de que las terapias de toque promuevan la recuperación(34;35).

Según recoge la revisión sistemática de So Pui Shan (32) las terapias de toque pueden tener un efecto moderado en el alivio del dolor, pero se necesitan más estudios sobre el Toque curativo y el Reiki dada la escasez de estudios de calidad y los pequeños tamaños muestrales. No obstante, son muchos los estudios que han informado resultados positivos sobre la aplicación de terapias de toque (33;34;36-38) y rara vez han informado algún efecto secundario (39).

Reiki es un antiguo método de tratamiento, con raíces tanto en la medicina china como en la curación cristiana, que se usa como tratamiento alternativo o como complemento al tratamiento de la medicina occidental (40). Existe un creciente interés entre las enfermeras para el uso de Reiki en el cuidado del paciente y como tratamiento de auto-

cuidado, aunque es reconocido el escaso apoyo empírico de investigación y pruebas para justificar estas prácticas (37), tanto es así, que ha habido un incremento importante de las publicaciones, en el contexto de las Escuelas/Facultades/Departamentos de Enfermería de distintas Universidades de USA y Canadá en un intento de demostrar de forma empírica los efectos beneficios del Reiki (24;26;31;33;39;41-43).

Como profesionales de la salud y teniendo en cuenta que el pronóstico de la FM no es muy alentador, ya que a los 10 años persisten los síntomas, la duración media de los síntomas es de 15 años, el 55% empeoran de su dolor, empeoran de la fatigabilidad el 48%, un 80% continúan con medicación y alrededor de un 66% refieren mejoría leve globalmente; nos parece relevante seguir investigando sobre la efectividad de Reiki en la mejora del dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria (44).

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

MÉTODOS: Ensayo clínico controlado, con asignación aleatoria a tres grupos (terapia Reiki, placebo y control) y con ocultación del reparto aleatorio. **Sujetos:** 150 mujeres mayores de 18 años diagnosticadas de fibromialgia, según criterios del American College of Rheumatology (ACR), que lleven más de un año diagnosticadas, que firmen el consentimiento informado. Se excluyen aquellas mujeres que presenten alteraciones cognitivas o mentales que les dificulte su participación. **Ámbito:** Asociación de Fibromialgia de Madrid, que cuenta con un registro de 2500 socios, con sede en el centro de Madrid. **Intervención:** Estandarización de las intervenciones correspondientes a la terapia Reiki, placebo y control. La terapia Reiki es aplicada por un sólo Maestro Reiki; el grupo placebo es atendido por una sólo enfermera sin experiencia en terapias de toque, que deberá simular que toca los puntos energéticos corporales; el grupo control no recibe ningún tipo de intervención. Se realizan 4 sesiones semanales de 60 minutos de duración en el caso de los grupos de Reiki y placebo. Las participantes del grupo control tendrán que acudir al centro en los mismos periodos de tiempo para cumplimentar los cuestionarios. **Variables (instrumentos de medida):** variable de resultado principal: dolor. A lo largo del estudio se recogen datos sobre dolor (VAS), fatiga (VAS), calidad de vida (SF-36) e impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria (FIQ) en varios momentos: al inicio del estudio (basal), al mes y a los 3. Además, se recogen variables sociodemográficas y clínicas. **Análisis:** Se efectuará

por tratamiento asignado (intención de tratar). Se establecieron comparaciones del dolor, fatiga, calidad de vida e impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria entre los tres grupos. El análisis estadístico se hará mediante un análisis de varianza.

RESULTADOS: En el momento actual estamos aún tabulando datos ya que el trabajo de campo finalizará en el mes de junio del presente año.

La muestra analizada, es de 108 mujeres con una media de edad de 54'79 [34, 77] años, con un número de hijos que va de 0 a 5, y una media de 8'55 años [2, 21] desde el diagnóstico de la enfermedad.

En nuestra población, el 39'4% son trabajadoras activas, con diferentes ocupaciones; un 23'1% son amas de casa, y el 20'2% cobran una pensión bien por jubilación o bien por incapacidad total.

En cuanto al nivel educativo el 61'5% de las mujeres participantes tienen estudios medios o superiores (31'7% y 29'8% respectivamente), y sólo el 9'6% no tiene estudios.

El lugar de residencia de 89 de las 108 mujeres es Madrid Capital (85'6%), y el resto vive en localidades próximas a la capital sin que se pueda decir que es zona rural.

Antes de seguir con el análisis de la muestra se procedió a comprobar que la distribución respecto al grupo asignado era adecuada, un 33'3% de las mujeres asignadas a cada rama del estudio. Las muestras al ser comparadas entre sí con respecto a sus características demográficas resultaron ser homogéneas (Chi cuadrado no significativo) para su análisis posterior.

Casi la mitad de las mujeres conviven con su pareja e hijos (45'5%) y el 64'4% tienen personas a su cargo.

El control del dolor lo llevan a cabo con paracetamol, AINEs y opiáceos (69,4%, 23,1% y 24% respectivamente); así mismo tienen un consumo elevado tanto de ansiolíticos (58'7%) como de antidepresivos (46'6%); y sólo 35 de ellas no toma ningún otro fármaco añadido para el control de su dolor o de las patologías concomitantes que padecen, el resto al menos toma otro fármaco y 16 de ellas (14'8%) toman más de tres medicamentos.

Al inicio del estudio las medias de dolor y de fatiga de 6'35 y 6'68 unidades respectivamente.

DISCUSIÓN

Nuestra muestra coincide con la media establecida por el estudio EPISER(8) y posteriormente con los resultados publicados por Mas (9), aunque difiere en el nivel de

estudios ya que en nuestra población más de la mitad de las mujeres tienen estudios medios o superiores en contraposición con los resultados publicados en 2008 por Mas en que se asocia la FM con niveles socioculturales y educativos bajos.

CONCLUSIONES

Muestra con una distribución homogénea con características demográficas similares.

Las medidas previas a la intervención se corresponden con un nivel moderado de dolor y nivel de fatiga medio.

Los datos relativos a calidad de vida e impacto de enfermedad están pendientes de finalizar análisis, se presentarán resultados en el congreso.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Wolf F, Smythe FA, Yunus MB. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria. *Arthritis Reum* 1990;33:160-73.
- (2) Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos 24. *Salud Global* 2003;2-7.
- (3) Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sanudo I. Consensus report on the diagnosis and treatment of fibromyalgia in Catalonia (Barc) 2002; *Med Clin* 2002;118:745-9.
- (4) Mañez A, Fenollosa P. Sleep quality, pain and depression in fibromyalgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:491-500.
- (5) Anónimo. Fibromyalgia: the Copenhagen Declaration. *Lancet* 1992;340:663-4.
- (6) Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1040-5.
- (7) Boonen A, Van Den Heuvel R, Van Tubergen A, et al. Large differences in cost-of- illness and well being between patients with fibromyalgia, chronic low pain or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2005;64:396-402.
- (8) Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:157.
- (9) Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol* 2008 Jul;26(4):519-26.
- (10) Wolfe F. The prevalence and characteristics of fibromyalgia syndrome in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.

- (11) Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Rejas-Gutierrez J. Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety disorder in primary care settings. *Aten Primaria* 2009 Feb;41(2):77-84.
- (12) Tornero J, Vidal J. Impacto social y económico de las enfermedades reumáticas: la discapacidad laboral. *Rev Esp Reumatol* 1999;26:347-66.
- (13) Martinez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevasco G. Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. *Disabil Rehabil* 2001 Jan 20;23(2):64-8.
- (14) Alonso A, Franco M. Medida de la calidad de vida mediante las láminas Coop-Wonca en una muestra de pacientes con fibromialgia tratadas con pregabalina. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;1:10.-17.
- (15) Bosch RE, Saenz MN, Valls EM, Vinolas VS. Study of quality of life of patients with fibromyalgia: impact of a health education programme. *Aten Primaria* 2002 Jun 15;30(1):16-21.
- (16) Ubago Linares MC, cols. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública* 2005;79:683-95.
- (17) Munguía Izquierdo D, Legaz Arrese A, Moliner Urdiales D, Reverter Masía J. Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromialgia: relación con dolor y ansiedad. *Psicothema* 2008; 20:427-31.
- (18) Sueiro F, al. Potential Benefits of Non-Pharmacological Therapies in Fibromyalgia. *Open Rheumatol J* 2008;2:1-6.
- (19) Gelman S, Lera S, Caballero F, López M. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol* 2002;29.(7):323-9.
- (20) Arnold L, al. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000;41:104-13.
- (21) Williams DA, Cary MA, Groner KH, Chaplin W, Glazer LJ, Rodriguez AM, et al. Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *J Rheumatol* 2002 Jun;29(6):1280-6.
- (22) Ramsay C, Moreland J, Ho M, Joyce S, Pullar T. An observer-blinded comparison of supervised and unsupervised aerobic exercise regimens in fibromyalgia. *Rheumatology* 2000;39:501-5.
- (23) Chu DA. Tai Chi, Qi Gong and Reiki. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2004;15(4):773-81.
- (24) Engebretson J, Wardell DW. Energy-Based Modalities. *Nurs Clin North Am* 2007;42(2):243-59.

- (25) Rubik B, Brooks AJ, Schwartz GE. In vitro effect of Reiki treatment on bacterial cultures: Role of experimental context and practitioner well-being. *J Altern Complement Med* 2006 Jan;12(1):7-13.
- (26) Olson K, Hanson J, Michaud M. A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2003 Nov;26(5):990-7.
- (27) Hurwitz W. Energy medicine. In: Micozzi MS es, editor. *Fundamentals of complementary and alternative medicine*. 2nd Edition ed. New York: Churchill Livingstone: 2001. p. 238-56.
- (28) Meehan T. Therapeutic touch as a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* 1998;28:117-25.
- (29) Miles P, True G. Reiki: Review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2003;9:62.-72.
- (30) DiNucci EM. Energy healing: a complementary treatment for orthopaedic and other conditions. *Orthop Nurs* 2005 Jul;24(4):259-69.
- (31) Jackson E, Kelley M, McNeil P, Meyer E, Schlegel L, Eaton M. Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer?. *Clin J Oncol Nurs* 2008 Feb;12(1):113-20.
- (32) So PS, Jiang Y, Qin Y. Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD006535.
- (33) Wardell DW, Engebretson J. Biological correlates of Reiki Touch(sm) healing. *J Adv Nurs* 2001 Feb;33(4):439-45.
- (34) Wardell DW, Weymouth KF. Review of studies of healing touch. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(2):147-54.
- (35) O'Mathuna DP, Ashford RL. Toque terapéutico para la curación de las heridas agudas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (36) Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract* 2008 Jun;62(6):947-54.
- (37) Vitale A. An integrative review of Reiki touch therapy research. *Holist Nurs Pract* 2007 Jul;21(4):167-79.
- (38) Shore AG. Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. *Altern Ther Health Med* 2004 May;10(3):42-8.

- (39) Winstead-Fry P, Kijek J. An integrative review and meta-analysis of therapeutic touch research. *Altern Ther Health Med* 1999 Nov;5(6):58-67.
- (40) Nield-Anderson L, Ameling A. The empowering nature of Reiki as a complementary therapy. *Holist Nurs Pract* 2000 Apr;14(3):21-9.
- (41) Mansour AA, Beuche M, Laing G, Leis A, Nurse J. A study to test the effectiveness of placebo Reiki standardization procedures developed for a planned Reiki efficacy study. *J Altern Complement Med* 1999 Apr;5(2):153-64.
- (42) Pocotte SL, Salvador D. Reiki as a rehabilitative nursing intervention for pain management: a case study. *Rehabil Nurs* 2008 Nov;33(6):231-2.
- (43) Gallob R. Reiki: a supportive therapy in nursing practice and self-care for nurses. *J N Y State Nurses Assoc* 2003;34(1):9-13.
- (44) Villanueva V, Valía J, Cerdá G, Monsalve V, Bayona M, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11.:430-43.