



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABALLO DE FIN DE GRAO

GRAO EN FISIOTERAPIA

Efectividade das terapias de toque para aliviar a dor

Efectividad de las terapias de toque para aliviar el dolor

Effectiveness of touch therapies on relieving pain



Facultade de Fisioterapia

Alumno: D. Luis Maceira Cid

DNI: 45873927J

Titora: D.^a Olalla Bello Rodríguez

Convocatoria: Xuño 2017

ÍNDICE

i. Resumo.....	i
ii. Resumen.....	ii
iii. Abstract.....	iii
iv. Índice de táboas.....	iv
v. Índice de ilustracións.....	v
vi. Índice de acrónimos/abreviaturas.....	vi
1. Introducción.....	1
1.1 Tipo de traballo.....	1
1.2 Motivación persoal.....	1
2. Contextualización.....	3
2.1 Antecedentes.....	3
2.1.1 Terapias alternativas e complementarias (CAM).....	3
2.1.2 Terapias de toque (touch therapies).....	6
2.2 Xustificación do traballo.....	9
3. Obxectivos.....	11
3.1 Pregunta de investigación.....	11
3.2 Obxectivos.....	11
3.2.1 Xeral.....	11
3.2.2 Específicos.....	11
4. Metodoloxía.....	12
4.1 Data e bases de datos.....	12
4.2 Criterios de selección.....	12
4.3 Estratexia de busca.....	13
4.4 Xestión da bibliografía localizada.....	14
4.5 Selección de artigos.....	14
4.6 Variables de estudo.....	14
4.7 Análise da calidade metodolóxica.....	16

4.8 Niveis de evidencia	16
5. Resultados	18
5.1 Resultados da busca	18
5.2 Avaliación da calidade metodolóxica.....	18
5.3 Características dos estudos	23
5.3.1 Tipo de estudos	32
5.3.2 Tamaño da mostra.....	32
5.3.3 Cadros clínicos dos participantes.....	32
5.3.4 Intervención e control.....	33
5.3.5 Duración e número de sesións.....	34
5.3.6 Instrumentos de medición da dor	34
5.3.7 Resultados sobre a dor	35
6. Discusión.....	39
6.1 Resumo e discusión dos resultados obtidos	39
6.2 Limitacións do traballo	41
6.3 Recomendacións	41
7. Conclusións.....	43
8. Bibliografía	44
10. Anexos	I
Anexo I. Escala PEDro	I

i. RESUMO

Introdución

O reiki, o toque terapéutico e o toque curador son tres terapias enerxéticas coñecidas en conxunto como terapias de toque. A popularidade e uso destas intervencións para aliviar a dor está en aumento, e tamén os estudos avaliando a súa efectividade. Non obstante, aínda non hai unha evidencia clara do seu poder terapéutico.

Obxectivo

Coñecer a evidencia científica dispoñible acerca da eficacia das terapias de toque no manexo da dor.

Material e método

Realizouse unha busca bibliográfica de ensaios clínicos controlados nas bases de datos Pubmed, Scopus, Web of Science, PEDro e a biblioteca Cochrane durante os meses de marzo e abril de 2017. Mediuse a calidade metodolóxica coa escala PEDro e o nivel de evidencia cos criterios de Van Tulder.

Resultados

Obtivéronse 852 artigos inicialmente, dos cales se seleccionaron e analizaron 44. A calidade metodolóxica estivo comprendida entre 3 e 8 puntos na escala PEDro. As terapias de toque resultaron máis eficaces que a intervención control en 23 estudos, aínda que o nivel de evidencia é insuficiente. Os mellores resultados obtivéronse en pacientes queimados e con cancro non intervidos cirurxicamente, cun nivel forte de evidencia. A duración das sesións parece non ter relevancia, mentres que o aumento no número de sesións parece contribuír á diminución da dor. Non se atoparon resultados favorables analizando cada unha das 3 terapias por separado, polo que a evidencia de que algunha delas funcione é insuficiente.

Conclusións

Non hai unha evidencia clara acerca da efectividade das terapias de toque no alivio da dor.

Palabras chave

Terapias alternativas e complementarias; terapias enerxéticas; terapias de toque; reiki; toque terapéutico; toque curador; dor.

ii. RESUMEN

Introducción

El reiki, el toque terapéutico y el toque curativo son tres terapias energéticas conocidas en conjunto como terapias de toque. La popularidad y uso de estas intervenciones para aliviar el dolor está en aumento, y también los estudios evaluando su efectividad. No obstante, aún no hay una evidencia clara de su poder terapéutico.

Objetivo

Conocer la evidencia científica disponible acerca de la eficacia de las terapias de toque en el manejo del dolor.

Material y método

Se realizó una búsqueda bibliográfica de ensayos clínicos controlados en las bases de datos Pubmed, Scopus, Web of Science, PEDro y la biblioteca Cochrane durante los meses de marzo y abril de 2017. Se midió la calidad metodológica con la escala PEDro y el nivel de evidencia con los criterios de Van Tulder.

Resultados

Se obtuvieron 852 artículos inicialmente, de los cuales se han seleccionado y analizado 44. La calidad metodológica estuvo comprendida entre 3 y 8 puntos en la escala PEDro. Las terapias de toque han resultado más eficaces que la intervención control en 23 estudios, aunque el nivel de evidencia es insuficiente. Los mejores resultados se han obtenido en pacientes quemados y con cáncer no intervenidos quirúrgicamente, con un nivel fuerte de evidencia. La duración de las sesiones parece no tener relevancia, mientras que el aumento del número de sesiones parece contribuir a la disminución del dolor. No se han encontrado resultados favorables analizando cada una de las 3 terapias por separado, por lo que la evidencia de que alguna de ellas funcione es insuficiente.

Conclusiones

No hay una evidencia clara acerca de la efectividad de las terapias de toque en el alivio del dolor.

Palabras clave

Terapias alternativas y complementarias; terapias energéticas; terapias de toque; reiki; toque terapéutico; toque curativo; dolor.

iii. ABSTRACT

Background

Reiki, therapeutic touch and healing touch are three energy therapies known together as touch therapies. Popularity and use of these interventions to relieve pain is increasing, and also do studies evaluating their effectiveness. However, there is no clear evidence of their therapeutic power by the time.

Objective

To know the available scientific evidence about the effectiveness of touch therapies in management of pain.

Methods

A bibliographic search of controlled clinical trials was conducted in Pubmed, Scopus, Web of Science, PEDro and Cochrane databases during the months of March and April 2017. Methodological quality was measured using PEDro scale and level of evidence with the Van Tulder criteria.

Outcomes

852 articles were initially obtained, of which 44 were selected and analysed. The methodological quality was between 3 and 8 points on the PEDro scale. Touch therapies are more effective than control intervention in 23 studies, although the level of evidence is insufficient. The best results were obtained in burned and non-surgically treated patients, with a strong level of evidence. The duration of the sessions seems to be of no relevance, whereas the increase in the number of sessions seems to contribute to the reduction of pain. No favourable results have been found by analysing each of the 3 therapies separately, so the evidence that some of them work is insufficient.

Conclusions

There's no clear evidence about the effectiveness of touch therapies on relieving pain.

Keywords

Complementary and alternative therapies; energy therapies; touch therapies; reiki; therapeutic touch; healing touch; pain.

iv. ÍNDICE DE TÁBOAS

Táboa 1. Estratexia de busca.....	13
Táboa 2. Criterios de Van Tulder.....	17
Táboa 3. Resultados da busca.....	18
Táboa 4. Avaliación da calidade metodolóxica.....	19
Táboa 5. Características dos estudos.....	24
Táboa 6. Distribución do tamaño da mostra.....	32

v. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Clasificación das terapias enerxéticas	4
---	---

vi. ÍNDICE DE ACRÓNIMOS/ABREVIATURAS

CAM	Complementary and alternative therapies (Terapias alternativas e complementarias)
TC	Toque curador (Healing touch)
TT	Toque terapéutico (Therapeutic touch)
ECA	Ensaio clínico aleatorio
ECC	Ensaio clínico controlado

1. INTRODUCCIÓN

1.1 TIPO DE TRABALLO

O presente traballo é unha revisión sistematizada da literatura, isto é, un artigo científico integrador no cal se analizan ensaios clínicos para dar resposta a un interrogante de investigación. Neste caso trátase de coñecer se as terapias de toque son eficaces ou non para diminuír a dor.

1.2 MOTIVACIÓN PERSOAL

“Dos hospitales públicos aplican ya terapias de sanación con las manos”¹ (20minutos.es); “NHS advertises for Reiki or spiritual healer for Essex hospital”² (NHS -Servicio Nacional de Saúde do Reino Unido- anuncia curador espiritual ou de Reiki para o hospital de Essex) (The Independent). Este tipo de titulares pertencentes tanto á prensa nacional como á internacional son cada vez máis frecuentes e máis comentados. Tal é a repercusión que xeran a nivel mediático que ata foi comentado dende a revista Nature, onde non manifestan unha opinión clara sobre o acerto ou o erro á hora de utilizar terapias enerxéticas na sanidade pública. En lugar diso, invítannos a revisar a literatura científica dispoñible para poder elaborar as nosas propias conclusións³. Dez anos despois da primeira noticia, a día 5 de xuño de 2017, o diario *Redacción médica* publica o seguinte titular: “El reiki, expulsado definitivamente de los hospitales madrileños”.⁴ Nesta noticia, o director xeral de coordinación da asistencia sanitaria de Madrid asegura que o reiki non é unha terapia e que carece de evidencia, aínda que probablemente non sexa daniño.

Ler acerca disto levoume a pensar na controvertida opinión pública que se está a formar en torno ás terapias de toque e na demanda que se pode xerar por parte da poboación que padece dor.

A dor é unha experiencia desagradable, complexa, persoal e subxectiva que envolve moitas sensacións e percepcións e que ten un forte impacto no benestar da persoa, tanto física como psicolóxicamente.⁵ A dor é unha das principais razóns polas que as persoas buscan atención médica e fisioterápica. É o terceiro problema de saúde máis común, por detrás das enfermidades cardíacas e do cancro, pero incapacita a máis persoas que as outras dúas xuntas. Unha de cada cinco persoas que viven con dor crónica manifesta un control pobre da dor en atención primaria.⁶ Polo tanto, non sería de estrañar que cada vez máis persoas

acudisen a todo tipo de clínicas en busca dunha solución para as súas doenzas, en especial aqueles suxeitos que padecen unha afección crónica e os resultados proporcionados pola medicina convencional non alcanzan as súas expectativas. Seguindo esta liña de pensamento, é posible que a poboación estableza unha relación entre as terapias de toque e a fisioterapia, xa que as dúas están a ser cada vez máis coñecidas e as mans son o principal instrumento terapéutico en ámbalas modalidades de tratamento. E se imos máis alá, sería posible engadir estas técnicas dentro da intervención normal de fisioterapia? Xa hai cursos específicos de Reiki impartidos por fisioterapeutas⁷ e incluso aparecen estas e outras terapias alternativas e complementarias dentro do plan de estudos dalgunhas facultades de fisioterapia españolas, como a pertencente á universidade de Granada.⁸

Por elo, para dar resposta e aclarar esta situación de descoñecemento en torno á eficacia real das terapias de toque para aliviar a dor, decidiuse escoller este tema como eixo central deste traballo de fin de grao.

2. CONTEXTUALIZACIÓN

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Terapias alternativas e complementarias (CAM)

As terapias alternativas e complementarias (CAM) son un grupo amplo e diverso de métodos, prácticas e produtos que non forman parte da medicina convencional e non están integradas no sistema sanitario principal. Os termos “alternativas” e “complementarias” acostuman ir da man, referíndose no caso do primeiro ao uso de certas terapias en lugar da medicina convencional, e no caso do segundo, ao uso como acompañante da medicina tradicional. Outro termo comunmente relacionado é “medicina integrativa”, o cal se refire á práctica combinada tanto da medicina convencional como da alternativa e da complementaria.⁹⁻¹²

En xeral, as CAM céntranse no tratamento holístico do ser humano, sendo este considerado como un ente completo.⁹

Segundo o *Centro Nacional de Medicinas Alternativas e Complementarias*, incluído dentro da *Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos*, as CAM pódense clasificar en 5 tipos: sistemas integrais, intervencións corpo-mente, terapias biolóxicas, métodos de manipulación e baseados no corpo, e terapias enerxéticas.⁹⁻¹¹

- Sistemas integrais: constan dun sistema completo de teoría e práctica. Aínda que os aspectos filosóficos sobre a prevención e o tratamento das enfermidades varía, o elemento común é a crenza de que o corpo ten o poder de curar por si mesmo. A curación acostuma precisar técnicas que envolven a mente, o corpo e o espírito. O tratamento acostuma ser individualizado e dependente dos síntomas presentes no momento. Exemplos desta modalidade son a medicina tradicional chinesa, a naturopatía, a terapia aiurveda e a homeopatía.
- Intervencións corpo-mente: inclúen prácticas que concentran a interacción entre a mente, o corpo e o comportamento, e técnicas de control mental que afectan ás funcións físicas e promoven a saúde. Exemplo disto son a meditación ou o biofeedback (técnica para controlar certas respostas corporais involuntarias).
- Terapias biolóxicas: caracterízanse polo emprego de sustancias como herbas, alimentos e vitaminas.
- Métodos de manipulación e baseados no corpo: céntranse na manipulación ou no movemento dalgunha parte do corpo. Algúns exemplos son a osteopatía, a

quiropaxia, a reflexoloxía ou as masaxes, aínda que cada vez está cambiando máis esta concepción a técnicas convencionais.

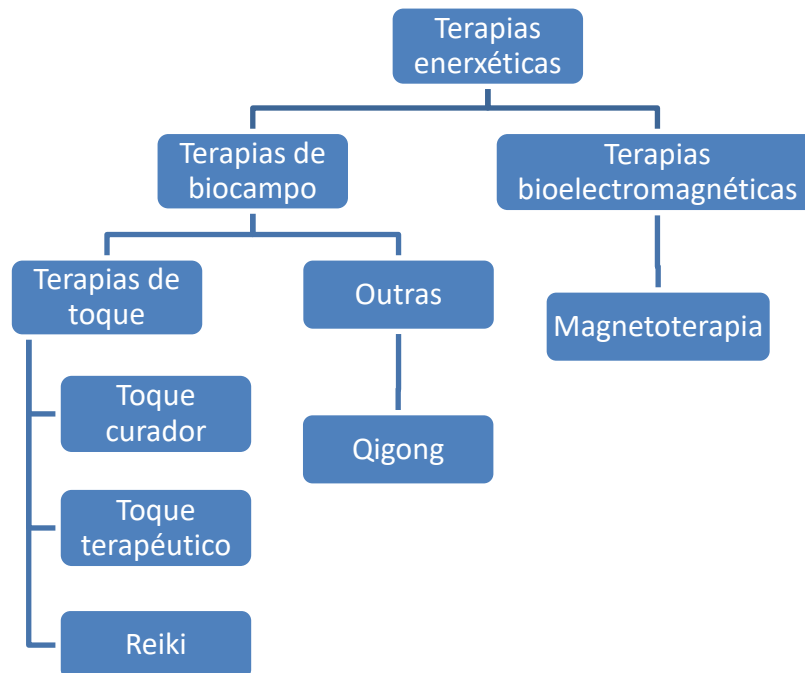
- Terapias enerxéticas: caracterízanse polo emprego da enerxía como medio para devolver a saúde. Como un subgrupo dentro destas modalidades atópanse as terapias de toque, tema central deste traballo.

Terapias enerxéticas

As terapias enerxéticas son quizais as máis misteriosas e controvertidas dos enfoques usados nas CAM. Estas prácticas foron unha parte esencial do chamanismo e doutras formas de curación dende que as comunidades humanas existen, e na actualidade as investigacións científicas sobre as terapias enerxéticas atópanse en estadios iniciais; falta moito aínda por saber acerca dos mecanismos de acción e da eficacia.¹³ Na ilustración 1 móstrase unha clasificación das distintas terapias enerxéticas.

A utilización destas terapias baséase na idea de que existen campos enerxéticos que supostamente rodean e penetran no corpo e que poden ser modificados mediante accións humanas ou co emprego de equipos tecnolóxicos, corrixindo así as alteracións que poidan ter sufrido estes campos enerxéticos e favorecendo a saúde. Estas formas terapéuticas divídense en dous grupos segundo o tipo de enerxía na que se incide, xa que unha delas está probada que existe (a electromagnética), e as outras non (outros biocampos).⁹⁻¹¹

Ilustración 1. Clasificación das terapias enerxéticas



O concepto de biocampo humano (human biofield) ten a súa orixe en diferentes culturas (moitas delas orientais) que durante miles de anos desenvolveron numerosos tipos de terapias. Recentemente comezáronse a avaliar estas prácticas dende unha perspectiva occidental, co método científico. O concepto antigo determina que os seres humanos non só somos carne e sangue, senón que emitimos e estamos infundidos de enerxía. A enerxía corporal é un fluxo constante acorde ao estado emocional, físico, mental e incluso a outros estados non descritos. Crese que a enfermidade provén de bloqueos, interrupcións ou desaxustes no fluxo desta enerxía polo corpo. As terapias como a acupuntura, qigong, reiki, toque curador (TC) e toque terapéutico (TT) incluírían a transmisión desta enerxía dende o terapeuta ao paciente para estimular o potencial restaurador dos campos enerxéticos intrínsecos ao paciente e promover así a saúde. A enerxía seguiría as intencións tanto do curador como do paciente.^{13,14}

Con respecto ao mecanismo de acción, é ben coñecido que o corpo emite e está influído por enerxía. Electrocardiografías, electroencefalografías, electromiografías e outras formas diagnósticas e terapéuticas fan uso das propiedades enerxéticas do corpo; se dúas persoas se achegan, os patróns do electroencefalograma e do electrocardiograma de cada un poderían influír no do outro.¹⁵ A magnetoterapia, que non deixa de ser unha intervención a través de enerxía electromagnética, é usada dende fai anos para facilitar a curación de fracturas, tras moitos estudos que avalaban a súa efectividade, e cantidade de dúbidas acerca do seu funcionamento.¹⁶ Sen embargo, non hai nin unha soa teoría validada cientificamente de como funcionan estas modalidades de terapia de biocampo enerxético. Hai modelos que intentan explicar as calidades non lineares, autoorganizadoras e dinámicas que definen os sistemas biolóxicos. En certo modo, tratan de caracterizar dunha forma máis sofisticada a homeostase vista a nivel celular. As hipóteses de biocampo propoñen que a interacción complexa de eventos a pequena escala produce propiedades emerxentes características do organismo vivo, tales como a conciencia, as relacións cos demais, a creación do significado e o estado xeral de saúde.¹³

A sociedade foise facendo pouco a pouco coñecedora destas hipóteses, ata aparecer unha demanda considerable. Segundo unha enquisa feita no ano 2002 polo Centro Nacional de CAM dos Estados Unidos e dirixida a persoas adultas estadounidenses, un 36% dos enquistados usou algunha forma de CAM nos 12 meses previos.¹⁷ Esta porcentaxe aumenta ata case o 40% no ano 2007. Aproximadamente o 0,5% dos norteamericanos usaron algunha forma de terapia enerxética no ano anterior, de acordo á Enquisa Informativa da Saúde

Nacional do 2007. Aproximadamente un 17% dos adultos que usaron CAM fixérono para dor lumbar, un 6% para dor de pescozo e un 5% para dor articular en xeral.¹⁸

Estas cifras poden ser moito maiores na actualidade, xa que, por unha parte, estas modalidades de tratamento están en aumento de uso e popularidade, e por outra parte, moitas formas de terapias enerxéticas son utilizadas por terapeutas que non as declaran como tal (masaxistas, quiropráticos, herboristas). Polo menos 50 hospitais e clínicas nos Estados Unidos ofrecen xa terapias enerxéticas aos seus pacientes nalgunha das súas modalidades¹⁹, e en España tamén ocorre.

2.1.2 Terapias de toque (touch therapies)

Reiki, toque terapéutico e toque curador son as terapias enerxéticas máis usadas nos Estados Unidos e na medicina en xeral, destacando o seu uso na enfermería. Estas terapias, a miúdo agrupadas como “terapias de toque” ou “terapias de tacto” (touch therapies), son o foco de moitos estudos.^{13,20} Soamente na base de datos Pubmed hai máis de mil artigos centrados neste tipo de intervencións.

O tacto humano ou a imposición das mans nunha zona do corpo co propósito de curar foi usado histórica e transculturalmente durante séculos. A enfermería estivo á cabeza das profesións da saúde contemporáneas en recoñecer a influencia das terapias de toque, e lévao facendo por mais de 30 anos.²⁰ Tamén a fisioterapia fai uso do toque como ferramenta, aínda que na maioría dos casos cunha xustificación máis mecánica e evidenciada. Recentemente, esta forma de curación converteuse en tema de estudo e investigación na ciencia médica convencional.

“Terapias de toque” é un termo xenérico que inclúe calquera forma de utilización da man coa intención de curar, e tales terapias son clasificadas como curación espiritual en Europa²⁰, aínda que xa vimos que nos Estados Unidos (pioneiros de investigación nas CAM) se clasifican como terapias enerxéticas,^{9,12} xa que supostamente utilizan enerxía para curar, a cal recibe o nome de “chi” ou “qi” na tradición oriental.²⁰

As 3 terapias (reiki, TT e TC) están estreitamente vinculadas co toque enerxético ou terapias enerxéticas curativas mediadas pola man. A miúdo son usadas ou nomeadas indistintamente xa que teñen moitas similitudes, pero tamén varias diferencias.²¹ Un punto común é o baseamento nas ideoloxías orientais e na enerxía como forza vital. Outro é o recoñecemento dun corpo humano enerxético que pode dirixirse cara á saúde e o benestar, e o recoñecemento de campos integrais da conexión corpo-mente-espírito. O terceiro, e máis

distintivo, é a imposición das mans como instrumento de axuda para reforzar a habilidade do corpo de andar.²²

Victoria Slater, recoñecida investigadora destas terapias durante décadas, relata como a curación enerxética por mediación das mans se usa ante calquera diagnóstico médico: para reducir edemas, baixar a febre, a urticaria, a dor, a ansiedade, o síndrome premenstrual, o cansancio, as depresións, a diarrea, as cefaleas, durante tratamentos con quimioterapia e radiación...²³ Williams et al. atopou que moitas terapias alternativas, entre elas o reiki, son un bo método non farmacolóxico para mellorar o confort de pacientes hospitalizados.²⁴ Anderson & Taylor fixeron unha revisión das terapias de biocampo no manexo das enfermidades cardíacas e atopáronse con que son un bo complemento aos coidados convencionais, mellorando os niveis de estrés e relaxación, e considerándoas como unha forma non explotada de prevención e coidados nos pacientes con patoloxías cardíacas.²⁵ Tamén Jackson et al. revisaron no ano 2008 a literatura dispoñible acerca das terapias de toque (englobadas neste estudo baixo o nome de toque terapéutico -que é a máis estudada no mundo occidental-) para reducir dor e ansiedade en pacientes con cancro. Tras analizar 12 estudos, chegaron á conclusión de que estas terapias melloran o cadro doloroso e de ansiedade relacionado co cancro cunha clara evidencia.²¹ Con todo, non hai revisións que analicen a eficacia das terapias de toque no manexo da dor dun xeito máis global.

A biblioteca Cochrane publicou no ano 2013 unha revisión sobre as terapias de toque para o alivio da dor en adultos, pero esta estivo dispoñible durante un período breve de tempo, eliminando pouco despois tanto as versións anteriores como a actualizada, e dando como razón para a eliminación que a revisión estaba desactualizada e que o contido podería ser de interese histórico.²⁶

Reiki

Reiki é unha palabra xaponesa, que se pode traducir como “enerxía vital universal”, a enerxía que se atopa en todas as cousas. Usui Shiki Ryoho é o sistema de curación natural fundado por Mikao Usui a principios do 1900 e que supuxo unha guía de base para as distintas variantes de tratamento do reiki existentes. Neste sistema aplicaríase unha enerxía a través das mans co propósito de crear unha conexión co reiki. Se esta conexión se realizase de forma consciente, o individuo tería a posibilidade de curar, espertar e vigorizarse mediante esta práctica. Un tratamento de reiki abarca a totalidade da persoa (dimensión física, emocional, mental e espiritual). Cando un terapeuta especializado neste procedemento de

medicina tradicional chinesa coloca as súas mans nunha zona sobre si mesmo ou sobre o corpo vestido doutra persoa, o reiki fluiría a través do terapeuta cara a persoa que está recibindo o tratamento. Este fluxo enerxético podería ser apreciado como un tipo de sensación (calor, frío, vibración, formigo, pesadume non usual) ou en ocasións non espertar ningunha sensación. Os especialistas din que un tratamento completo de Reiki dura de 60 a 90 minutos. Este tratamento apréndese de forma oral, compartindo información e intercambiando tratamentos cos mestres. Non se pode aprender mediante a lectura dun libro.²⁷

VanderVaart et al. realizaron unha revisión sistemática sobre os efectos terapéuticos do reiki. Dos 12 artigos que cumpriron os seus criterios de inclusión, 9 amosaron resultados favorables ante a intervención con reiki. Non obstante, a calidade metodolóxica dos estudos era pobre, e non puideron chegar a ningunha conclusión definitiva.²⁸

Thrane & Cohen atoparon evidencia de que o reiki pode ser efectivo na dor e na ansiedade tras analizar o tamaño do efecto de 7 ensaios clínicos aleatorios, aínda que as intervencións e as poboacións son tan diferentes que encontran difícil facer xeneralizacións ou recomendacións das terapias a partir destes estudos.²⁹

Lee et al. tamén revisaron sistemáticamente os efectos do reiki na práctica clínica, e tras analizar 9 ensaios clínicos aleatorios, atopáronse cunha evidencia insuficiente para suxerir que o reiki sexa un tratamento efectivo para calquera condición. Polo tanto, o valor do reiki segue sen probarse.³⁰

Toque terapéutico (Therapeutic touch) (TT)

Esta terapia foi desenvolvida pola enfermeira Dolores Krieger e a promotora de teosofía Dora Kunz na década dos 70 en Nova York. Para elo, estudaron distintas técnicas usadas por un coñecido curandeiro da zona e adaptáronas á enfermería contemporánea. O toque terapéutico, igual que as outras terapias de biocampo, baséase na idea de que os seres humanos teñen enerxía que mentres flúe adecuadamente proporciona saúde, pero cando aparece algún desorde, prodúcese a enfermidade. Os tratamentos de TT normalmente non exceden os 20 minutos de duración e realízanse coa roupa posta, ben sexa sentados ou recostados, na posición que resulte máis cómoda. A metodoloxía exacta varía segundo o terapeuta, pero xeralmente realízanse pases coas mans por encima do corpo dende a cabeza ata os pes, pola parte anterior e posterior, a unha distancia de 2 a 6 polgadas da pel. Os movementos das mans deben ser rítmicos, como se estivesen suavizando as engurras do campo enerxético, e o terapeuta debe ser consciente en todo momento de onde están as restricións de enerxía.^{31,32}

Unha das primeiras revisións do toque terapéutico realizouna O'Mathúna, buscando os artigos publicados entre os anos 1994 e 1998 e as citas destes artigos, e analizando a súa calidade metodolóxica e de contidos, sobre todo no caso das revisións. O'Mathúna atopouse con que os investigadores só citaron aqueles estudos con resultados favorables, e as revisións do momento tiñan múltiples sesgos. Tamén identificou efectos adversos do tratamento, coma irritabilidade, intranquilidade ou aumento da ansiedade por “sobredose de enerxías humanas”, que en múltiples casos eran ocultados. Finalmente, fixo unha chamada ao rigor, o coñecemento e á calidade para a realización de novos estudos, xa que esa é a esencia da práctica baseada na evidencia.³³

Na revisión do ano 2009 realizada por Monroe chegouse á conclusión de que o toque terapéutico reduce a dor cun apoio de tan só 4 estudos dos 5 avaliados.³⁴

Toque curador (Healing touch) (TC)

Esta terapia foi fundada pola enfermeira Janet Mentgen no ano 1989 nos Estados Unidos.

O toque curador é unha terapia enerxética na cal os terapeutas usan as súas mans conscientemente dunha forma intencional e centrada no corazón para apoiar e facilitar a saúde física, emocional, mental e espiritual. Durante a sesión pode realizarse un lixeiro contacto en algunhas zonas do corpo.³⁵

Anderson & Taylor publicaron unha revisión sistemática no ano 2011 acerca dos efectos do toque curador na práctica clínica. Analizaron 5 estudos e non chegaron a unha conclusión clara, xa que a calidade dos estudos era moderada pero as mostras eran pequenas e os escasos niveis de cegado provocaron un resultado inconcluso³⁶.

Un pouco anterior é a revisión xenérica do toque curador de Wardell & Weymouth (2004). A pesar das múltiples limitacións coas que se atopan, como os deseños e resultados pobres, os estudos indican diminución do estrés, da ansiedade e da dor; curacións máis rápidas; melloras en marcadores bioquímicos e fisiolóxicos; e mellor sensación de benestar. Con todo, é moi importante establecer liñas de investigación e informes máis complexos e completos.³⁷

2.2 XUSTIFICACIÓN DO TRABALLO

As terapias alternativas e complementarias sempre foron un grupo cambiante e heteroxéneo de formas de tratamento que están envoltas en incertidume tanto para a opinión popular como para a profesional e nos estudos científicos. Con todo, o uso destas terapias está en aumento, e tamén a investigación en torno ao seu funcionamento e aos seus efectos.

Dentro das CAM atópanse as terapias de toque, un termo que inclúe 3 modalidades de terapias enerxéticas: Reiki, toque terapéutico e toque curador. O nexo de unión entre elas é a utilización do toque manual ou da imposición das mans como forma de modificar os campos enerxéticos humanos que supostamente se atopan alterados ou bloqueados e provocan a enfermidade ou doenza. A teoría do mecanismo de acción aínda non está validada cientificamente, pero isto non parece impedir que as terapias de toque sexan utilizadas nos hospitais públicos de países como España ou Reino Unido.

Nas principais bases de datos sanitarias nas cales se realizou a busca non se atopou ningunha revisión sistemática que avalíe a efectividade das terapias de toque no alivio da dor. Ademais, en poucos estudos se reflexiona na interrelación destas terapias, abstraéndolas do seu nome ou marca e abordándoas conxuntamente pola intervención física que se leva a cabo durante as sesións, sen ter en conta as crenzas específicas asociadas a cada unha delas.

Por todo isto, esta revisión supón un enfoque útil e novidoso acerca do tema e aporta coñecementos sobre a orixe destas terapias, o mecanismo de acción e o procedemento de intervención que propoñen, e finalmente a evidencia científica dispoñible ata o momento en relación cos seus efectos na dor.

3. OBXECTIVOS

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

O interrogante de investigación ao que se lle pretende dar resposta é: “*Son eficaces as terapias de toque no alivio da dor?*”. Para estruturar os compoñentes desta pregunta de cara á busca en bases de datos empregouse a estratexia PICO, formulada por Ebell para resolver cuestións clínicas³⁸:

- Paciente (Patient): persoas con dor.
- Intervención (Intervention): Reiki, “toque terapéutico” ou “toque curador”.
- Comparación (Comparison): grupo control^a.
- Resultado (Outcome): cambios na dor.

3.2 OBXECTIVOS

3.2.1 Xeral

- Coñecer a evidencia científica dispoñible acerca da eficacia das terapias de toque no manexo da dor.

3.2.2 Específicos

- Determinar se as terapias de toque diminúen máis a dor que unha intervención control.
- Coñecer en que cadros clínicos teñen máis efectividade as terapias de toque.
- Establecer a duración da intervención na que as terapias de toque son mais efectivas.
- Identificar o número de sesións óptimo para aliviar a dor.
- Determinar a evidencia científica da eficacia de cada unha das 3 terapias analizadas individualmente.

^a Enténdese por grupo control aquel no que se fai unha intervención placebo ou non hai intervención.

4. METODOLOXÍA

4.1 DATA E BASES DE DATOS

A busca de artigos levouse a cabo nos meses de marzo e abril, facéndose a última comprobación o día 29 de abril de 2017.

Utilizáronse 5 das principais bases de datos do ámbito sanitario: Pubmed, Scopus, Web of Science, PEDro e a biblioteca Cochrane. O acceso completo ás mesmas levouse a cabo a través da Universidade da Coruña, ben sexa presencialmente na biblioteca de Oza ou a través da plataforma informática que permite acceso a distancia. Os artigos que non foi posible conseguir en primeira instancia foron solicitados por préstamo interbibliotecario.

4.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Tipo de estudo: ensaios clínicos con grupo control.
- Participantes: persoas que teñen dor ou que se van a expoñer a un procedemento doloroso.
- Intervención: aplicación de Reiki, toque terapéutico ou toque curador como terapia única e diferenciadora respecto ao grupo control.
- Medición do resultado: utilización dalgunha escala ou parámetro para cuantificar a dor.
- Idioma: inglés, portugués, galego ou castelán.






Criterios de exclusión

- Estudos nos cales a intervención é un autotratamento.
- Estudos en cuxos resultados non é avaliada a dor como un parámetro independente.
- Estudos nos cales a dor é medida baseándose na percepción do terapeuta ou avaliador.
- Estudos non completados ou indebidamente documentados.
- Artigos aos que non se tivo acceso de forma gratuíta.

4.3 ESTRATEXIA DE BUSCA

As estratexias de busca empregadas en cada base de datos aparecen representadas na táboa 1. Non se aplicaron filtros ao tipo de artigo para evitar a perda de documentos, optándose polo tanto polo filtrado manual. Con respecto ao idioma, os filtros están adaptados a cada base de datos, xa que a posibilidade de introducilos depende dos propios resultados.

Táboa 1. Estratexia de busca

	<p>Abstract & Title: Reiki ; Problem: pain Abstract & Title: Therapeutic touch ; Problem: pain Abstract & Title: Healing touch ; Problem: pain</p>
	<p>Title, Abstract, Keywords: (Reiki OR "therapeutic touch" OR "healing touch" OR "biofield therapy") AND (pain OR analgesia)</p>
	<p>((("Pain"[Mesh] OR pain[tiab] OR ache[tiab] OR aches[tiab])) OR ("Analgesia"[Mesh] OR analgesi*[tiab])) AND ("Therapeutic Touch"[Mesh] OR "therapeutic touch"[tiab] OR reiki[tiab] OR "laying on of hands" [tiab] OR "healing touch" [tiab] OR "biofield therapy" [tiab])</p> <p>Filters: Language: english, portuguese, spanish</p>
	<p>Article title, Abstract, Keywords: ("therapeutic touch" OR reiki OR "laying on of hands" OR "healing touch" OR "biofield therapy") AND (pain OR analgesia)</p> <p>Language: english, portuguese, spanish</p>
	<p>Tema: ("therapeutic touch" OR "reiki" OR "laying on of hands" OR "healing touch" OR "biofield therapy") AND (pain OR analgesia)</p> <p>Language: english</p>

4.4 XESTIÓN DA BIBLIOGRAFÍA LOCALIZADA

Neste documento utilizouse o xestor bibliográfico Mendeley, o cal foi recomendado este ano pola Biblioteca de Oza para realizar o Traballo de Fin de Grao debido á súa sinxeleza e claridade. Aínda que foi de gran valía para elaborar as referencias e as citas, a comprobación de cada unha delas e dos duplicados fíxose manualmente.

4.5 SELECCIÓN DE ARTIGOS

O proceso de selección de artigos foi levado a cabo por un só avaliador. Inicialmente realizouse unha lectura do título de cada un deles, e nos casos en que había dúbidas tamén se consultou o resumo, e ata o texto completo se non se conseguise a información suficiente para aceptalo ou rexeitalo. Daqueles documentos seleccionados en primeira instancia fíxose unha lectura a texto completo, tras a cal se cribou por segunda vez seguindo os criterios de inclusión e exclusión ata obter os resultados finais.

4.6 VARIABLES DE ESTUDO

A dor é a principal variable deste estudo. A utilización de escalas ten o obxectivo de avaliar, reavaliar e permitir comparacións na dor, sendo isto imprescindible para valorar a resposta ao tratamento e a efectividade do mesmo. As escalas da dor acostuman ser subxectivas, é dicir, dependen da vontade e a opinión do paciente. As máis usadas son as unidimensionais, que xeralmente se centran na intensidade da dor, como a *escala visual analóxica*; non obstante, tamén poden ser multidimensionais, como o *cuestionario da dor de McGill*, para avaliar distintas características da dor. Entre estes últimos destacan algúns instrumentos moi específicos, como o *knee society score*.^{39,40}

Escalas unidimensionais

-*Visual Analogue Scale (VAS)*: a escala visual analóxica é a máis empregada por ter unha elevada sensibilidade e non utilizar números nin palabras descritivas, polo que require unha maior capacidade de comprensión e colaboración por parte do paciente. Trátase dunha liña recta, xeralmente horizontal, de 10 centímetros de lonxitude e en cuxos extremos se sinala o nivel de dor mínimo e o máximo. O paciente debe marcar unha liña no lugar onde cree que se corresponde a intensidade da súa dor.³⁹ Unha versión desta escala é a *Visual Analog Thermometer (VAT)*, a cal ten forma de termómetro e se acompaña dunha unha banda móbil

vermella para desprazar ata zona correspondente á dor.⁴¹ Outra versión concreta é o *Iowa Pain Thermometer (IPT)*, que consta de 13 puntos e 7 palabras descritivas da dor.⁴²

-*Numeric Rating Scale (NRS)*: a escala numérica valora a dor mediante números que van de menor a maior en relación coa intensidade da dor. O máis común é que vaian de 0 (sen dor) a 10 (máxima dor), e o paciente debe marcar o que mellor se adapte á súa sintomatoloxía.³⁹

-*Verbal Descriptor Scale (VDS)*: nas escalas descritivas simples pídeselle ao paciente que sinale a frase que máis se axeita á intensidade da dor. As opcións poden variar segundo sexan máis ou menos específicas, pero un exemplo sería escoller entre “ningunha dor”, “dor leve”, “dor moderada” e “dor severa”.³⁹

-*Faces Pain Scale (FPS)*: as escalas de caras de dor foron deseñadas inicialmente para usar en pediatría, pero son útiles tamén con pacientes maiores ou con enfermidades mentais. Esta ferramenta consta dunha serie ordenada de expresións faciais representado distintos graos de dor, e os pacientes só teñen que sinalar a que máis os representa.^{39,43} Unha versión validada desta escala é a *Wong-Baker Faces Scale (WBS)*, con 5 caras á que lle corresponden un número e unha frase para identificar a dor.

-*Pain Medication Usage*: trátase da medición da cantidade de analxésicos utilizados, sexa por vía oral ou parenteral. Para poder estandarizar os datos e comparalos, a miúdo convértese a doses equivalentes de morfina.⁴⁴ Aínda que hai uns protocolos de administración de analxésicos segundo a intervención ou a patoloxía, esta medición vólvese de maior utilidade cando o paciente está consciente e manifesta a necesidade ou non de medicación para a dor.

Escalas multidimensionais

Neste grupo podemos atopar escalas específicas de dor e outras que miden máis dimensións. Tal e como se sinala nos criterios de selección, só foron seleccionados e analizados aqueles estudos nos que se proporcionan datos illados e específicos sobre a dor, non o resultado da escala no seu conxunto. O uso de escalas multidimensionais foi menos frecuente que o de unidimensionais, e estas son as 6 analizadas:

-*Western Ontario and McMaster Arthritis Index (WOMAC)*: trátase dunha escala deseñada para medir os síntomas e a discapacidade física das persoas con osteoartrite de cadeira e xeonllo. Inclúe 24 ítems repartidos en 3 subescalas: dor, rixidez e función física. Cada ítem ten 5 opcións asociadas a un valor, e canto maior sexa a puntuación, en peor estado se atopa o paciente.⁴⁵

-*McGill Pain Questionnaire (MPQ)*: trátase dun formulario no cal aparecen unha serie de palabras agrupadas que describen a dimensión sensorial, afectiva e avaliativa da dor. Na

versión estándar hai un total de 78 adxectivos da dor,³⁹ mentres que na versión abreviada o número redúcese a 15. Vai acompañado ademais dunha escala visual analóxica e dun mapa corporal.

-*Brief Pain Inventory (BPI)*: o cuestionario breve da dor é autoadministrado, fácil e curto. Mide os antecedentes da dor, a intensidade e as interferencias no estado de ánimo e na capacidade funcional.³⁹ Inicialmente foi deseñado para avaliar a dor nos pacientes con cancro, pero tras varios estudos demostrouse que é válido para unha ampla gama de condicións clínicas, e por iso é un dos cuestionarios da dor máis usados.⁴⁶ Na versión reducida consta dun mapa corporal e 14 preguntas, a maioría delas cunha escala numérica para responder. Na versión longa son máis de 40 preguntas e, a diferenza da versión reducida, contén moitos interrogantes referentes á medicación.

-*Memorial Pain Assessment Card (MPAC)*: este é o instrumento máis rápido para medir varias dimensións da dor. Consta de 3 escalas visuais analóxicas: unha para a intensidade da dor, outra para o alivio do mesmo, e a terceira para a estado de ánimo. Nunha cuarta parte danse varios termos descritivos da dor entre os que se debe escoller.⁴⁷

-*Knee Society Score (KSS)*: este cuestionario deseñado para o xeonllo proporciona información sobre a dor, rango de movemento, estabilidade e funcionalidade en distintas actividades.⁴⁸

-*SF-36*: trátase dun coñecido cuestionario que avalía a calidade de vida mediante 36 ítems divididos en 8 dominios. 1 deles é a dor, con 2 preguntas para avaliála.

4.7 ANÁLISE DA CALIDADE METODOLÓXICA

Para realizar a análise da calidade metodolóxica utilizouse a escala PEDro, a cal consta de 11 ítems para analizar a calidade interna, externa e estatística de cada ensaio clínico e cuxa puntuación máxima é dun 10. Considéranse dunha calidade metodolóxica baixa aqueles estudos cunha puntuación de 3 ou inferior, e dunha calidade alta aqueles cun 4 ou máis. Esta escala, ademais de proceder dunha base de datos específica de fisioterapia, está traducida e adaptada ao castelán co apoio da Asociación Española de Fisioterapeutas.^{49,50} Podemos atopar unha descrición da escala no Anexo I.

4.8 NIVEIS DE EVIDENCIA

Para avaliar o nivel de evidencia dispoñible utilizáronse os criterios establecidos por Van Tulder et al.⁴⁹ (táboa 2), baseados nas puntuacións da escala PEDro. Estes criterios

categorizan os estudos en cinco niveis de evidencia, que ordenados de maior a menor son: evidencia forte, evidencia moderada, evidencia limitada, achados indicativos e evidencia insuficiente ou non evidencia.

Tanto a análise da calidade metodolóxica como o establecemento do nivel de evidencia foi realizado por un só avaliador.

Táboa 2. Criterios de Van Tulder






Nivel de evidencia	Criterios
Evidencia forte	Resultados significativos en medidas de resultados en polo menos 2 ensaios clínicos aleatorios (ECA) de alta calidade, con puntuación na escala PEDro de polo menos 4 puntos.
Evidencia moderada	Resultados significativos en medidas de resultados en: <ul style="list-style-type: none"> – polo menos un ECA de alta calidade e – polo menos un ECA de baixa calidade (≤ 3 puntos na escala PEDro) ou un ensaio clínico controlado (ECC) de alta calidade.
Evidencia limitada	Resultados significativos en medidas de resultados en: <ul style="list-style-type: none"> – polo menos un ECA de alta calidade ou – polo menos dous ECC de alta calidade.
Achados indicativos	Resultados significativos en medidas de resultados en: <ul style="list-style-type: none"> – un ECC de alta calidade ou ECAs de baixa calidade ou – dous estudos de natureza non experimental con calidade insuficiente.
Non evidencia ou insuficiente	No caso de que os resultados dos estudos elixidos: <ul style="list-style-type: none"> – non cumpran os criterios para algún dos niveis indicados arriba ou – no caso de que existan conflitos nos resultados dos ensaios clínicos controlados ou estudos controlados aleatorios ou – no caso de que non haxa estudos elixibles.

5. RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DA BUSCA

Un total de 852 artigos foron revisados. A maior parte dos artigos seleccionados atopábanse en varias bases de datos, algúns incluso estaban presentes nas 5 utilizadas. Unha vez se eliminaron duplicados, o resultado final foi de 44 ensaios clínicos controlados. A continuación, na táboa 3 móstrase a selección de artigos de cada base de datos.

Táboa 3. Resultados da busca

Base de datos	Resultados	Descartados	Seleccionados	
	Reiki	10	4	6
	Therapeutic touch	18	7	11
	Healing touch	5	2	3
		84	49	35
		236	213	23
		341	297	44
		158	133	25

5.2 AVALIACIÓN DA CALIDADE METODOLÓXICA

Na táboa 4 móstrase a puntuación detallada segundo a escala PEDro para cada un dos artigos utilizados nesta revisión. Todos os estudos tiveron unha puntuación entre 3 e 8/10, sendo isto un indicativo dunha calidade metodolóxica ampla, aínda que a maioría deles elevada. A media é de 4,6 puntos.

Táboa 4. Avaliación da calidade metodolóxica

Terapia	Artigo	Criterios elección	Asignación aleatoria	Asignación oculta	Grupos similares	Suxeitos cegados	Terapeutas cegados	Avaliadores cegados	Seguimento adecuado	Análise por “intención de tratar”	Comparacións entre grupos	Medidas puntuais e de variabilidade	Total
Reiki	Baldwin et al.⁵¹ 2017	Si	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	5/10
	Notte et al.⁵² 2016	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	4/10
	Midilli & Gunduzoglu.⁵³ 2016	Si	Si	Non	Si	Si	Non	Non	Si	Non	Si	Si	6/10
	Bremner et al.⁵⁴ 2016	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	4/10
	Midilli & Eser.⁵⁵ 2015	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	5/10
	Baldwin et al.⁵⁶ 2013	Si	Non	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	3/10
	Bourque et al.⁵⁷ 2012	Si	Si	Si	Si	Si	Non	Si	Non	Si	Si	Si	8/10
	Park et al.⁵⁸ 2011	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	3/10
	Richeson et al.⁴³ 2010	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	4/10
	Hulse et al.⁵⁹ 2010	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Si	3/10

Toque terapéutico	Assefi et al.⁶⁰ 2008	Si	Si	Si	Si	Si	Non	Non	Si	Si	Si	Si	8/10
	Gillespie et al.⁶¹ 2007	Non	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Si	Si	Si	5/10
	Tsang et al.⁶² 2007	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	4/10
	Vitale & O'Connor.²² 2006	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	3/10
	Olson et al.⁶³ 2003	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	4/10
	Dressen & Singg.⁶⁴ 1998	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	5/10
	Nourbakhsh et al.⁶⁵ 2016	Si	Si	Non	Si	Si	Non	Si	Si	Si	Si	Si	8/10
	Busch et al.⁶⁶ 2012	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	5/10
	Bulette & Duffy.⁶⁷ 2010	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	Si	3/10
	Aghabati et al.⁶⁸ 2010	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	4/10
	McCormack.⁴⁷ 2009	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Si	Non	Non	Si	Si	5/10
	Smith et al.⁴⁸ 2008	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Non	Si	Si	4/10
	Frank et al.⁶⁹ 2007	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Si	Non	Non	Si	Si	5/10
	Denison.⁷⁰ 2004	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	3/10

	Smith et al.⁷¹ 2002	Si	Si	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Si	5/10
	Blankfield et al.⁷² 2001	Si	Si	Non	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Si	Si	5/10
	Turner et al.⁷³ 1998	Si	Si	Non	Si	Si	Non	Si	Si	Non	Si	Non	6/10
	Lin & Taylor.⁷⁴ 1998	Si	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	5/10
	Gordon et al.⁷⁵ 1998	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	3/10
	Samarel et al.⁷⁶ 1998	Si	Si	Si	Si	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	6/10
	Eckes.⁷⁷ 1997	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	4/10
	Meehan.⁷⁸ 1993	Non	Si	Non	Si	Non	Non	Si	Non	Non	Si	Si	5/10
	Keller & Bzdek.⁷⁹ 1986	Si	Si	Non	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Si	Non	4/10
Toque curador	Foley et al.⁸⁰ 2016	Non	Si	Si	Si	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	6/10
	Anderson et al.⁸¹ 2015	Si	Non	Non	Si	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	4/10
	Wong et al.⁸² 2013	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	Si	Si	5/10
	Lu et al.⁸³ 2013	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	Si	Si	5/10
	Thomas et al.⁴⁴ 2013	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Si	Non	Si	Si	5/10
	Hardwick et al.⁸⁴ 2012	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Non	3/10

Decker et al.⁸⁵ 2012	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Si	Si	Si	Si	6/10
MacIntyre et al.⁸⁶ 2008	Si	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	3/10
Wardell et al.⁸⁷ 2006	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	Si	Si	4/10
Cook et al.⁸⁸ 2004	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Si	Si	Si	5/10
Post-white et al.⁸⁹ 2003	Si	Si	Non	Si	Non	Non	Non	Non	Non	Si	Si	4/10

5.3 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Na táboa 5 atópanse detalladas as principais características de cada estudo: tipo de ensaio, tamaño da mostra, características dos participantes, intervención, tempo e número de sesións, sistema de medición dos achados e resultados estatisticamente significativos sobre a dor.

Táboa 5. Características dos estudos

Terapia	Autor e ano	Tipo de estudo	Tamaño da mostra analizada	Características dos participantes	Tipo de intervención	Duración e número de sesións	Sistema de medición	Resultados estatisticamente significativos
Reiki	Baldwin et al. ⁵¹ 2017	ECA	n: 42 GI: 19 GP: 13 GN: 10	Persoas intervidas cirurxicamente de artroplastia de xeonllo	GI: Reiki GP: Reiki placebo GN: descanso	30 min/ses. 3-4 sesións	VAS e PMU	↓ dor no GI en 1 das 4 sesións ↓ PMU no GI respecto ao GP e ao GN.
	Notte et al. ⁵² 2016	ECA	n: 43 GI: 23 GN: 20	Persoas intervidas cirurxicamente de artroplastia total de xeonllo	GI: Reiki GN: CN	20-30 min/ses. 5 sesións	NRS e PMU	↓ dor no GI en 4 das 5 sesións
	Midilli & Gunduzoglu. ⁵³ 2016	ECA SC	n: 45 GI: 15 GP: 15 GN: 15	Embarazadas intervidas cirurxicamente por cesárea	GI: Reiki GP: Reiki placebo GN: CN	15 min/ses. 1 ses./día 2 sesións	VAS e PMU	↓ dor e PMU no GI. ↓ dor e PMU no GI respecto ao GP e ao GN.
	Bremner et al. ⁵⁴ 2016	ECA	n: 29 GI: 11 GN: 18	Adultos con VIH	GI: Reiki con música GN: música	30 min/ses. 1 ses./sem. 6 sesións	VAS	↓ dor no GI. ↓ dor no GI respecto ao GN.
	Midilli & Eser. ⁵⁵ 2015	ECA	n: 90 GI: 45 GN: 45	Embarazadas intervidas cirurxicamente por cesárea	GI: Reiki GN: descanso	30 min/ses. 1 ses./día 2 sesións	VAS e PMU	↓ dor e PMU no GI.
	Baldwin et al. ⁵⁶ 2013	EC	n: 78 GI: 21 GO1: 21 GO2: 18 GO3:18	Adultos con limitación crónica da mobilidade	GI: Reiki GO1: Curación reconectiva GO2: Terapia manual	10 min/ses. 1 sesión	VAS	↓ dor no GI, GO1, GO2 e GO3 respecto ao GN.

Reiki			GN: 19		GO3: Curación reconectiva placebo GN: CN			↓ dor no GO1 respecto ao GI e respecto ao GO2
	Bourque et al.⁵⁷ 2012	ECA DC	n: 60 GI: 25 GP: 5 GN: 30	Adultos de 50 a 60 anos explorados mediante colonoscopia	GI: Reiki GP: Reiki placebo GN: CN de bases de datos	Non consta.	PMU	Sen cambios.
	Park et al.⁵⁸ 2011	ECA	n: 21 GI: 7 GO: 7 GN: 7	Persoas >55 anos con osteoartrite	GI: Reiki GO: ioga en cadeira GN: educación / debate	GI: 30 min/ses. 1 ses./sem. 8 sesións GO: 45 min/ses. 2 ses./sem. 16 sesións GN: 90 min/ses. 2 sesións	WOMAC	↓ dor no GO.
	Richeson et al.⁴³ 2010	ECA	n: 20 GI: 12 GN: 8	Persoas >55 anos con dor	GI: Reiki GN: lista de espera	45 min/ses. 1 ses./sem. 8 sesións	FPS	↓ dor GI respecto ao GN.
	Hulse et al.⁵⁹ 2010	EC	n: 21 GI: 11 GN: 10	Persoas >30 anos exploradas mediante colonoscopia	GI: Reiki GN: CN	15 min/ses. 1 sesión	NRS	Sen cambios.
	Assefi et al.⁶⁰ 2008	ECA SC	n: 100 GI1: 25 GI2: 25 GP1: 25 GP2: 25	Adultos con fibromialxia	GI1: Reiki directo GI2: Reiki a distancia GP1: Reiki placebo directo	2 ses./sem. 16 sesións	VAS e PMU	↓ PMU nos GI respecto aos GP.

					GP2: Reiki placebo a distancia			
	Gillespie et al.⁶¹ 2007	ECA	n: 197 GI: 88 GP: 83 GN: 26	Persoas con neuropatía diabética dolorosa	GI: Reiki GP: Reiki placebo GN: CN	25 min/ses. 1 ses./sem. 13 sesións	MPQ e VAS	↓ dor no GI e no GP.
Reiki	Tsang et al.⁶² 2007	ECAC	n: 16 GI: 8 GN: 8	Pacientes con cáncer que finalizaron quimioterapia recentemente	GI: Reiki GN: descanso	45 min/ses. 1 ses./día 5 ses. O GI fixo 2 sesións máis tras 1 semana de descanso.	VAS	↓ dor no GI.
	Vitale & O'Connor.²² 2006	ECA	n: 22 GI: 10 GN: 12	Mulleres intervistas cirurxicamente de histerectomía	GI: Reiki GN: CN	30 min/ses. 3 sesións	VAS	↓ dor no GI na 2ª sesión
	Olson et al.⁶³ 2003	ECA	n: 24 GI: 11 GN: 13	Pacientes con cáncer avanzado que finalizaron quimio ou radioterapia recentemente.	GI: opioides + Reiki GN: opioides + descanso.	90 min/ses. 2 sesións	VAS	↓ dor no GI respecto ao GN.
	Dressen & Singg.⁶⁴ 1998	ECA	n: 120 GI: 30 GO: 30 GP: 30 GN: 30	Persoas con dor	GI: Reiki GO: relaxación muscular progresiva GP: Reiki placebo GN: sen tratamento	30 min/ses. 2 ses./sem. 10 sesións	MPQ	↓ dor no GI.

Toque terapéutico	Nourbakhsh et al.⁶⁵ 2016	ECA DC	n: 30 GI: 15 GN: 15	Persoas co síndrome do túnel carpiano	GI: TT GP: TT placebo	20-30 min/ses. 3 ses./sem. 6 sesións	NRS	↓ dor no GI durante a actividade e durante a noite. ↓ dor no GI respecto ao GP.
	Busch et al.⁶⁶ 2012	ECA	n: 19 GI: 8 GN: 11	Adultos queimados	GI: TT GN: presenza dunha enfermeira	5-15 min/ses. 1 ses/día 10 sesións consecutivas	VAT e PMU	↓ PMU no GI respecto ao GN en 2 das 10 sesións
	Bulette & Duffy.⁶⁷ 2010	EC	n: 21 GI: 12 GN: 9	Adultos operados de cirurxía vascular	GI: TT GN: CN	Sesións aplicadas nos días 1-7 poscirurxía	VAS	↓ dor no GI respecto ao GN.
	Aghabati et al.⁶⁸ 2010	ECA	n: 90 GI: 30 GP: 30 GN: 30	Persoas de 18 a 45 anos con cáncer tratándose con quimioterapia	GI: TT GP: TT placebo GN: CN	30 min/ses. 1 ses/día 5 sesións	VAS	↓ dor no GI respecto ao GP e ao GN. ↓ dor no GP respecto ao GN en 4 das 5 sesións
	McCormack.⁴⁷ 2009	ECA SC	n: 90 GI: 30 GP: 30 GN: 30	Anciáns intervidos de cirurxía ortopédica	GI: TT GO: metrónomo GN: CN	10 min/ses.	MPAC	↓ dor no GI. ↓ dor no GI respecto ao GO e ao GN.
	Smith et al.⁴⁸ 2008	ECA SC	n: 48 GI: 24 GN: 24 con variabilidade de de 3 a 13 persoas	Persoas >50 anos con osteoartrite de xeonllo	GI: TT GN: CN	2 ses./sem. 16 sesións	KSS e WOMAC	↓ dor no GI respecto ao GN coa escala KSS entre a semana 8 e 12. Sen cambios na dor coa escala WOMAC.

Toque terapéutico			segundo o grupo					
	Frank et al.⁶⁹ 2007	ECA SC	n: 82 GI: 42 GN: 40	Mulleres exploradas mediante biopsia	GI: TT GP: TT placebo	10 min/ses. 1 sesión	VAS e PMU	Sen cambios.
	Denison.⁷⁰ 2004	EC	n: 15 GI: 10 GN: 5	Adultos con fibromialxia	GI: TT GN: control (escoitar unha gravación sobre terapias complementarias)	1 ses./sem. 6 sesións	VAS e SF-MPQ	↓ dor no GI.
	Smith et al.⁷¹ 2002	ECA	n: 12 GI: 7 GN: 5	Adultos con dor	GI: TT + relaxación GN: relaxación Ambos grupos: clases de relaxación as 3 primeiras semanas; a partir da 4ª, terapia cognitiva conductual	1 ses./sem. 12 sesións	VAS	Sen cambios.
	Blankfield et al.⁷² 2001	ECAC SC	n: 21 GI: 11 GN: 10	Adultos co síndrome do túnel carpiano	GI: TT GP: TT placebo	30 min/ses. 1 ses./sem. 6 sesións	VAS	↓ dor en ambos grupos.
	Turner et al.⁷³ 1998	ECA DC	n: 99 GI: 62 G2: 37	Persoas de 15 a 70 anos queimadas	GI: TT GP: TT placebo	5-20 min/ses. 1 ses./día 5 sesións	MPQ e VAS	↓ dor no GI respecto ao GP no MPQ.
	Lin & Taylor.⁷⁴ 1998	ECA	n: 90 GI: 31 G2: 29	Anciáns con dor musculoesquelética crónica	GI: TT GP: TT placebo GN: CN	20 min/ses. 1 ses./día 3 sesións	NRS	↓ dor no GI respecto ao GP e ao GN.

Toque terapéutico	Gordon et al.⁷⁵ 1998	ECA	GN: 30 n: 25 GI: 8 G2: 11 GN: 8	Persoas de 40 a 70 anos con osteoartrite de xeonllo	GI: TT GP: TT placebo GN: CN	1 ses./sem. 6 sesións	VAS	↓ dor no GI respecto ao GP e ao GN.
	Samarel et al.⁷⁶ 1998	ECA	n: 31 GI: 14 GN: 17	Mulleres con cáncer de mama intervidas cirurxicamente	GI: TT + diálogo GN: descanso + diálogo	30 min/ses. (10 min de TT ou descanso + 20 de diálogo). 2 sesións	VAS	Sen cambios.
	Eckes.⁷⁷ 1997	ECAC	n: 82 GI: 45 GN: 37	Persoas >55 anos con osteoartrite	GI: TT GN: relaxación muscular progresiva	1 ses./5-7 días 6 sesións	VAS	↓ dor en ambos grupos. ↓ dor no GN respecto ao GI.
	Meehan.⁷⁸ 1993	ECA SC	n: 108 GI: 36 G2: 36 G3: 36	Persoas intervidas cirurxicamente na zona abdominal ou pelviana	GI: TT GP: TT placebo GN: medicación analxésica	5 min/ses.	VAS e PMU	↓ dor e PMU no GI e no GN. ↓ dor GN respecto ao GI.
	Keller & Bzdek.⁷⁹ 1986	ECA SC	n: 60 GI: 30 G2: 30	Persoas con cefalea tensional	GI: TT GP: TT placebo	5 min/ses. 1 sesión	MPQ	↓ dor no GI. ↓ dor no GI respecto ao GP.
	Toque curador	Foley et al.⁸⁰ 2016	ECA	n: 81 GI: 42 GN: 39	Adultos intervidos cirurxicamente	GI: TC GN: CN	30 min/ses.	VAS e PMU
Anderson et al.⁸¹ 2015		EC	n: 21 GI: 21 GN: 25	Adultos intervidos mediante cirurxía bariátrica laparoscópica	GI: TC GN: CN (de base de datos)	7 min/ses. 1 ses./día 3 sesións	NRS e PMU	↓ dor no GI.
Wong et al.⁸² 2013		ECA	n: 9 GI: 6	Persoas <18 anos con cáncer	GI: TC GN: ler ou xogar	30 min/ses. 1 ses./día	WBS	↓ dor no GI

Toque curador			GN: 3	tratándose con quimio ou radioterapia		2 meses		↓ dor no GI respecto ao GN.
	Lu et al.⁸³ 2013	ECA	n: 19 GI: 12 GN: 7	Anciáns con osteoartrite de xeonllo	GI: TC GN: visitas de amigos	20 min/ses. 3 ses./sem. (GI) 1 ses./sem. (GN) 6 sem.	IPT, BPI [SF] e WOMAC	↓ das limitacións provocadas por dor (BPI) e da severidade da dor (WOMAC) no GI e na comparación do GI respecto ao GN. ↓ dor no GI en 4 das 6 semanas (IPT).
	Thomas et al.⁴⁴ 2013	ECA	n:17 GI: 11 GN: 6	Adultos coa enfermidade das células falciformes experimentando un episodio vaso-oclusivo doloroso	GI: TC + música GN: Control da atención + música	30 min/ses. 4 sesións consecutivas	NRS	↓ dor no GI en 1 das 4 sesións. ↓ dor no GI respecto ao GN en 1 das 4 sesións.
	Hardwick et al.⁸⁴ 2012	ECA	n: 41 GI: 21 GN: 20	Adultos intervidos cirurxicamente de artroplastia total bilateral de xeonllo	GI: TC GN: CN	30 min/ses. 1 ses./día 4 sesións	VAS e PMU	↓ dor no GI en 3 de cada 4 sesións.
	Decker et al.⁸⁵ 2012	ECA	n: 20 GI: 12 GN: 8	Persoas >60 anos con dor	GI: TC GN: presenza dunha persoa	30 min/ses. 3 ses./sem. 7 sesións	VDS	Sen cambios.
	MacIntyre et al.⁸⁶ 2008	ECA	n: 237 GI: 87 G2: 63 GN: 87	Persoas intervidas de bypass coronario	GI: TC GN1: presenza dunha enfermeira retirada GN2: CN	20-90 min/ses. 3 sesións	PMU	Sen cambios.

Toque curador	Wardell et al.⁸⁷ 2006	EC	n: 12 GI: 7 GN: 5	Adultos con dor neuroxénico poscirurxía de columna.	GI: TC GN: relaxación muscular progresiva	1 ses./sem. 6 sesións	BPI [SF] e VAS	↓ limitacións por dor no GI respecto ao GN (BPI). ↓ dor pre-post sesión, pero que non se mantén no tempo (VAS).
	Cook et al.⁸⁸ 2004	ECA	n: 62 GI: 34 GP: 28	Mulleres con cáncer tratándose con radioterapia	GI: TC GP: TC placebo	30 min/ses. 6 sesións	SF-36	↓ dor no GI respecto ao GP.
	Post-white et al.⁸⁹ 2003	ECA	n: 164 GI: 56 GO: 63 GN1: 45 GN2: 164	Adultos con cáncer tratándose con quimioterapia	G1: TC GO: Masaxe terapéutica GN1: presenza GN2: CN.	45 min/ses. 1 ses./sem. 4 sesións	BPI, NRS e PMU	↓ dor no GI e no GO respecto ao GN2.

Abreviaturas:

EC: ensaio controlado; ECA: Ensaio Controlado Aleatorio; ECAC: Ensaio Controlado Aleatorio Cruzado; SC: Simple Cego; DC: Dobre Cego. TT: toque terapéutico; TC: toque curador; n: poboación; GI: Grupo de Intervención; GP: Grupo Placebo; GN: Grupo Non Intervención; GO: Grupo de Outras intervencións; CN: Coidados Normais; min/ses.: minutos/sesión; ses./día: sesións/día; ses./sem: sesións/semana; VAS: Visual Analogue Scale; PMU: Pain Medication Usage; NRS: Numeric Rating Scale; WBS: The Wong-Baker Faces Pain Rating Scale; ; IPT: Iowa Pain Thermometer; BPI: Brief Pain Index; [SF]: Short Form; WOMAC: Western Ontario & McMaster Universities Osteoarthritis Index; VDS: Verbal Descriptor Scale; SF-36: Short Form 36 Health Survey; FPS: Faces Pain Scale; MPQ: McGill Pain Questionnaire

5.3.1 TIPO DE ESTUDOS

Dos 44 artigos incluídos na revisión, todos eles ensaios clínicos controlados, 6 non tiñan unha asignación aleatoria da intervención^{56,59,67,70,81,87} e 38 estaban aleatorizados. Destes últimos, 25 carecían dalgún tipo de cego^{22,43,44,51,52,54–56,58,61,63,64,66,68,74–76,80,82–86,88,89}, mentres que 7 eran simple cego^{47,48,53,60,69,78,79} e 3 dobre cego^{57,65,73}. Ademais, hai 3 ensaios cruzados^{62,72,77}, un deles con simple cego⁷².

5.3.2 TAMAÑO DA MOSTRA

O número de persoas que participaron en cada un dos 44 estudos foi moi diverso. É preciso sinalar que nalgúns estudos se medían máis variables que a dor, e o número de persoas das que se obtiñan datos cambiaba segundo a variable a medir xa que, por exemplo, algunhas persoas non padecían ningunha alxia, e por iso non usaban os seus datos para os resultados na dor. O estudo de MacIntyre et al.⁸⁶ é o máis destacable en canto á cantidade de participantes, contando cunha mostra de 237 voluntarios. Na táboa 6 móstranse os estudos distribuídos segundo o tamaño da mostra.

Táboa 6. Distribución do tamaño da mostra

Nº persoas	Nº estudos
≤25	18 ^{22,43,44,58,59,62,63,66,67,70–72,75,81–83,85,90}
26-50	8 ^{48,51–54,65,76,84}
51-75	3 ^{57,79,88}
76-100	10 ^{47,55,56,60,68,69,73,74,77,80}
>100	5 ^{61,64,78,86,89}

5.3.3 CADROS CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES

Os participantes dos estudos desta revisión son persoas que padecen dor ou que van ser expostas nun período curto de tempo a un procedemento doloroso. Os procesos cirúrxicos son os cadros nos que se centran máis estudos, un total de 14^{22,47,51–53,55,67,76,78,80,81,84,86,87}. As cirurxías realizadas son moi variadas, dende artroplastias ata cesáreas ou cirurxía vascular. Unha parte importante dos artigos investigan acerca do cancro, con 6 estudos que avalían a efectividade das terapias de toque nesta patoloxía cando non é intervida cirurxicamente^{62,63,68,82,88,89}. As persoas con osteoartrite constitúen a poboación de estudo en

5 artigos^{48,58,75,77,83}, mentres que noutros 5 artigos son persoas con dor de diversas orixes^{43,64,71,74,85}.

Outras poboacións de estudo foron persoas expostas a probas exploratorias (colonoscopia^{57,59} e biopsia⁶⁹) en 3 artigos, e persoas con fibromialxia^{60,70}, con síndrome do túnel carpiano^{65,72} e con queimaduras^{66,73}, con 2 artigos que investigan acerca de cada unha delas.

Con un so artigo avaliador atopamos persoas con neuropatía diabética⁶¹, con cefalea tensional⁷⁹, con VIH⁵⁴, con limitación da mobilidade⁵⁶ e con enfermidade das células falciformes⁴⁴.

5.3.4 INTERVENCIÓN E CONTROL

As intervencións que se levaron nos distintos ensaios son as 3 terapias de toque que constitúen o centro deste traballo. O reiki foi avaliado en 16 estudos^{22,43,51-64}, o toque terapéutico en 17^{47,48,65-79} e o toque curador en 11^{44,80-89}. Os encargados de realizar os tratamentos foron profesionais con experiencia en cada unha das terapias. En todos os estudos, a intervención lévase a cabo co terapeuta e o paciente na mesma sala, podendo estar o paciente vestido ou en roupa interior, e xeralmente tombado. O terapeuta coloca ou impón as mans ben sobre o corpo do paciente, a unha distancia duns poucos centímetros, ou ben realizando un lixeiro contacto co corpo do paciente. En ningún caso se utilizan masaxes ou manipulacións corporais; non se leva a cabo un movemento sumado ao contacto.

Con respecto á intervención control, atopamos dunhas formas principais de realizala:

- Placebo: trátase de realizar unha intervención falsa, unha simulación de terapia que supostamente non ten efectos na condición na cal se está a aplicar, pero que pode provocar melloría froito da suxestión da persoa que está recibindo a intervención, xa que cree que é terapéutica. Dos 44 estudos avaliados, levouse a cabo unha simulación de reiki, TT e TC en 16 deles^{51,53,57,60,61,64,65,68,69,72-75,78,79,88}, nalgúns como o de Lin et al.⁷⁴ a través dun actor ou persoa sen coñecemento da terapia, ao que só se lle ensinaron uns movementos estándar que debe facer, e noutros, coma o de Nourbakshsh et al.⁶⁵, a través do propio especialista que realizou a intervención real, pero neste caso evitando a intención de tratar as alteracións enerxéticas.
- Non intervención: outra forma de control son os coidados normais ou estándar, así como a non intervención en persoas que non están recibindo ningún tratamento para o seu problema. En estudos como o de Post-white et al.⁸⁹ utilízanse dúas formas de non intervención: unha con coidados normais e outra coa presenza dunha enfermeira.

Nalgúns casos, como no estudo de Anderson et al.⁸¹, os resultados deste grupo son obtidos dunha base de datos.

Atopamos esta forma de control en 35 dos 44 estudos analizados^{22,43,44,47,48,51-59,61-64,66-68,70,71,74-78,80-87,89}.

Polo tanto, en 9 ensaios utilízase tanto placebo como non intervención para controlar os resultados^{51,53,57,61,64,68,74,75,78}.

5.3.5 DURACIÓN E NÚMERO DE SESIÓNS

O tempo de intervención dedicado a cada sesión é moi variable entre os artigos: nalgúns casos, como no estudo de Midilli & Gunduzoglu⁵³, a intervención tivo unha duración ben definida de 15 minutos; noutros estudos proporciónase un intervalo máis amplo e dependente da opinión do terapeuta, como no ensaio de Turner et al.⁷³, cuxa duración por sesión foi de 5 a 20 minutos; por último, Bourque et al.⁵⁷, Bulette & Duffy⁶⁷, e outros 7 grupos de investigación non detallan o tempo que dedicaron a cada intervención^{48,60,70,71,75,77,87}.

Con todo, as duracións iguais ou inferiores a 30 minutos foron as máis frecuentes, presentes en 29 dos 44 artigos^{22,44,47,51-56,58,59,61,64-66,68,69,72-74,76,78-85,88}. Tan só en 4 estudos se realiza unha intervención de máis de 40 minutos^{43,62,63,89}. Nos 11 artigos restantes, ou non se deixou constancia da duración das intervencións, ou esta é demasiado variable.

Con respecto ao número de sesións, a variabilidade tamén está servida. En 4 artigos estudáronse os resultados das terapias de toque tras só unha sesión^{56,59,69,79}, mentres que noutros 6 artigos se proporcionaron máis de 10 sesións para comprobar os resultados^{48,60,61,71,82,83}. Na maior parte dos estudos, exactamente 30, o número de sesións estivo comprendida entre 2 e 10^{22,43,44,51-55,58,62-66,68,70,72-77,81,84-89}.

5.3.6 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DA DOR

Utilizáronse un total de 12 escalas para medir a dor. O instrumento máis utilizado foi claramente a *escala visual analóxica* e derivados (*termómetro visual analóxico* e de *Iowa*), presente nun total de 26 estudos^{22,51,53-56,60-63,66-73,75-78,80,83,84,87}, seguida do *uso de medicación analxésica (PMU)*, utilizado en 14 ensaios^{51-53,55,57,60,66,69,78,80,81,84,86,89}. A seguinte escala máis frecuente tamén é unidimensional: *Numeric Rating Scale*, empregada en 7 estudos^{44,52,59,65,74,81,89}. Cuestionarios máis complexos como o *MPQ*, *WOMAC* e *BPI*, nas súas formas estendidas ou abreviadas, foron usados en 5^{61,64,70,73,79}, 3^{48,58,83} e 3^{83,87,89} estudos respectivamente. As demais escalas foron usadas en caso illados e únicos: *Faces Pain*

Scale⁴³ e Wong-Baker Faces Scale⁸², Verbal Descriptor Scale⁸⁵, Memorial Pain Assessment Card⁴⁷, Knee Society Score⁴⁸ e SF-36⁸⁸.

5.3.7 RESULTADOS SOBRE A DOR

Resultados das terapias de toque respecto á intervención control

En 36 dos 44 ensaios clínicos analizados atopáronse mellorías estatisticamente significativas no grupo de intervención con terapias de toque comparando os niveis de dor antes e despois do tratamento. Non obstante, cando se compara esta melloría cos grupos control, atopámonos que tan só 23 estudos amosan resultados exitosos^{41,44,45,48,50,51,53,40,57,60,62-65,70-72,76,79,80,84-86}. A calidade metodolóxica destes 23 estudos varía de 3 a 8 na escala PEDro, cunha media de 4,7 puntos. Por outra banda, os 19 estudos nos que non se produciron cambios significativos da dor entre os grupo de intervención e control teñen o mesmo rango de calidade metodolóxica (de 3 a 8 puntos) e unha media lixeiramente mais baixa, de 4,5 puntos^{22,52,55,57-59,61,62,64,69-72,76,80,81,84-86}. Os 2 estudos que faltan, de Eckes e de Meehan, cunha calidade metodolóxica de 4 e 5 puntos respectivamente, obtiveron que a diminución da dor foi maior nalgún grupo de control que no de intervención^{77,78}.

Ante esta situación de resultados contraditorios, baseándonos nos criterios de Van Tulder, non parece haber evidencia sobre a efectividade das terapias de toque por enriba das intervencións control.

Resultados segundo o tipo de control empregado

Dos 23 estudos nos que as terapias de toque parecen ser eficaces, entendendo por isto que diminúen a dor significativamente máis que os grupos control, en 10 deles a comparación era unha intervención placebo^{51,53,60,65,68,73-75,79,88}, e en 18 deles eran coidados normais ou non intervención^{43,44,47,48,51,53,54,56,63,66-68,74,75,82,83,87,89}.

Polo tanto, dos 16 resultados totais con grupo placebo, esta intervención falsa resulta igual de efectiva que a real en 6 estudos^{56,57,61,64,69,72}, cunha calidade metodolóxica de 5,2 puntos, fronte aos 5,4 puntos dos 10 artigos nos que as terapias de toque obteñen mellores resultados. Neste caso, a pesares dun maior número de estudos e dunha lixeiramente maior calidade metodolóxica, os resultados son contraditorios e polo tanto non hai evidencia de que as terapias de toque teñan un efecto maior que unha intervención placebo.

Por outra banda, dos 37 artigos controlados mediante un grupo de non intervención, algo máis da metade (18) amosaron resultados favorables da efectividade das terapias de

toque^{43,44,47,48,51,53,54,56,63,66–68,74,75,82,83,87,89}, cunha calidade metodolóxica de 4,3 puntos, fronte aos outros 17 ensaios onde parece que as terapias de toque non funcionan^{22,52,55,57–59,61,62,64,70,71,76,80,81,84–86}, cunha puntuación na escala PEDro de 4,5. Debido á similitude en número de estudos e calidade metodolóxica, a evidencia é insuficiente.

Resultados segundo os cadros clínicos

Dos 23 estudos dos que se obtiveron resultados positivos acerca da eficacia das terapias de toque, 5 deles foron en intervencións cirúrxicas^{47,51,53,67,87} e outros 5 de cancro non intervindo mediante cirurxía^{63,68,82,88,89}. 3 dos estudos correspondense con cadros de osteoartrite^{48,75,83}. Dos restantes, os procesos de dor de diversas orixes^{43,74} e queimaduras^{66,73} correspóndense con 2 artigos cada un. Por último, as terapias de toque resultaron efectivas tamén en limitacións crónicas da mobilidade⁵⁶, fibromialxia⁶⁰, síndrome do túnel carpiano⁶⁵, cefaleas tensionais⁷⁹, enfermidade das células falciformes⁴⁴ e adultos con VIH⁵⁴; cun artigo que aborda cada unha das patoloxías.

Busch et al. e Turner et al. son os dous únicos artigos que utilizan as terapias de toque como intervención en pacientes queimados. Cunha calidade metodolóxica de 5 e 6 respectivamente na escala PEDro, ambos obteñen resultados positivos respecto ao control, o cal indica unha evidencia forte segundo os criterios de Van Tulder.

Con respecto ás intervencións cirúrxicas, só en 5 artigos dos 14 analizados se obteñen resultados favorables para as terapias de toque respecto ao control, e noutro (5 puntos na escala PEDro) o alivio da dor é maior no grupo control que no de intervención. As puntuacións na escala PEDro dos artigos favorables son de 5, 6, 3, 5 e 4. Polo tanto, pódese sinalar que non hai evidencia da efectividade das terapias de toque en cadros clínicos que implican cirurxía xa que os resultados son contraditorios.

Dos 6 estudos cuxa poboación diana padece cancro non intervindo cirurxicamente, en 5 as terapias de toque parecen ser efectivas (4, 4, 5, 5 e 4 puntos na escala PEDro), e tan só o estudo de Tsang et al. (4 puntos na escala PEDro) non atopa unha diminución significativa da dor respecto ao grupo control. Polo tanto, parece haber unha forte evidencia da eficacia das terapias de toque nos pacientes con cancro.

En cadros de neuropatía diabética e ante a realización de probas exploratorias dolorosas as terapias de toque non tiveron éxito. Esta inefectividade maniféstase cunha evidencia limitada no primeiro caso, e cunha evidencia forte no segundo.

Hai cadros clínicos con resultados favorables co uso de terapias de toque que só son avaliados por un estudo, como é o caso do VIH, da cefalea tensional, de alteracións das

células falciformes e de limitacións crónicas da mobilidade, o que lles outorga unha evidencia limitada.

Nos demais cadros estudados, como a osteoartrite, a fibromialxia e a dor de diversos orixes, os resultados son máis controvertidos, con poucos estudos e uns contradicindo aos outros, polo que a evidencia é nula.

Resultados segundo a duración da intervención

Dos 23 estudos dos que se obtiveron resultados positivos acerca da eficacia das terapias de toque, en 15 deles as intervencións tiñan unha duración igual ou inferior a 30 minutos^{44,47,51,53,54,56,65,66,68,73,74,79,82,83,88}, mentres que en 2 deles as duracións estaban comprendidas entre a media hora e a hora^{43,89}, e noutro a duración era maior á hora⁶³. Nos 5 restantes non se especifica a duración das sesións^{48,60,6775,87}.

Polo tanto, dos 29 artigos cuxas intervencións duran 30 minutos ou menos, a metade mostran resultados positivos, e a outra metade non mostra resultados. Non hai diferencias entre a calidade metodolóxica dos estudos dunha e outra metade, polo que a evidencia é nula.

Dos demais artigos dos que se coñece a duración da intervención, pódese sinalar que das intervencións comprendidas entre media e unha hora, 2 artigos cunha puntuación de 4 na escala PEDro mostraron resultados positivos^{43,89} fronte a 1 artigo coa mesma puntuación que non amosou resultados⁶². Polo tanto, ante estes resultados, é difícil establecer o nivel de evidencia para a efectividade das terapias de toque na diminución da dor en sesións de media a unha hora de duración.

Resultados segundo o número de sesións

Dos 23 estudos nos que houbo resultados positivos para as terapias de toque, en 15 deles realizáranse entre 2 e 10 sesións^{43,44,51,53,54,63,66-68,73-75,87-89}. En 5 deles realizáranse máis de 10 sesións^{48,60,65,82,83}, e en 2 deles tan só unha^{56,79}. Hai un estudo no que non se especifican o número de sesións⁶⁷. Comparando isto cos estudos nos que as terapias de toque non foron eficaces, atopámonos con que en 14 deles aplicábanse de 2 a 10 sesións, en 2 deles realizábanse máis de 10 sesións e en 2 deles se realizou só unha sesión. Polo tanto, aínda que o número de estudos nos que as terapias de toque tiveron ou non efectividade son similares no que respecta ao número de sesións e á calidade metodolóxica, parécese apreciar un incremento da efectividade conforme aumenta o número de sesións, aínda que sen suficiente evidencia para aseguralo.

Resultados segundo o tipo de terapia (Reiki, TT ou TC)

Dos 16 ensaios que utilizan reiki como terapia de intervención, 7 deles mostran resultados positivos^{43,51,53,54,56,60,63}. Os niveis de calidade metodolóxica son similares entre os estudos que indicaban efectividade ou ineficacia do reiki, aínda que cun lixeiro despunte dos primeiros (4,9 e 4,4 puntos na escala PEDro respectivamente).

Con respecto ao toque terapéutico, en 10^{47,48,65-68,73-75,79} dos 17 estudos totais que utilizan esta terapia obtéñense alivios da dor significativamente maiores que no control. A puntuación PEDro para a calidade metodolóxica é a mesma para estes 10 estudos que para os 7 que indican inefectividade (4,7 puntos).

Por último, dos 11 ensaios onde se aborda o toque curador, 6 amosan resultados positivos para esta terapia^{44,82,83,87-89}. De media, a calidade metodolóxica nestes 6 artigos é de 4,7 puntos na escala PEDro, mentres que nos 5 estudos restantes é de 4,4.

O nivel de evidencia da efectividade do reiki, toque terapéutico ou toque curador para aliviar a dor é insuficiente, xa que os resultados son contraditorios nas tres terapias.

6. DISCUSIÓN

6.1 RESUMO E DISCUSIÓN DOS RESULTADOS OBTIDOS

A maioría das obras de investigación publicadas sobre as modalidades de curación enerxética por mediación das mans son ensaios clínicos controlados aleatorios. O tamaño da mostra acostuma ser pequeno, cunha poboación de estudo inferior a 25 persoas no 40% dos estudos. Os cadros clínicos nos que máis se investiga a efectividade das terapias de toque son os relacionados coas intervencións cirúrxicas, seguido do cancro. Non obstante, estas terapias son empregadas en toda clase de situacións clínicas, dende infectados de VIH ata pacientes con neuropatías diabéticas. Hai evidencia forte da súa eficacia en pacientes con cancro non operados e en pacientes queimados. Tamén nos atopamos cunha evidencia moderada ante infeccións de VIH, cefalea tensional, alteracións das células falciformes e limitación da mobilidade.

Con respecto aos obxectivos perseguidos nesta revisión, dos 44 estudos analizados, en 23 deles atopáronse melloras significativas no alivio da dor no grupo de intervención coas terapias de toque respecto ao grupo control. En 2 artigos o alivio da dor foi estatisticamente maior no grupo control, e nos 19 restantes non se atoparon diferencias significativas na dor. A calidade metodolóxica é similar en ámbolos 3 grupos, con medias de entre 4 e 5 puntos na escala PEDro. Tras analizar estes resultados, parece que non hai unha evidencia clara sobre a eficacia das terapias de toque no alivio da dor se as comparamos coas intervencións control. O TT foi a terapia máis avaliada, con 17 estudos analizando os seus efectos na dor. Pouco detrás está o reiki, con 16 estudos abordando esta terapia oriental. O TC carece de tan elevada popularidade, polo que é o menos estudado con 11 artigos.

Como forma de control utilizouse a non intervención en máis do 85% dos estudos, e o placebo só foi usado nun 35%.

Con respecto á duración e ao número de sesións, estes datos non están detallados nalgúns estudos, pero o máis común é que a intervención dure 30 minutos ou menos, e que o número de sesións sexa de 2 a 10, cun sutil aumento da eficacia conforme máis sesións se leven a cabo. A evidencia é insuficiente para saber se o tempo da intervención e o número de sesións son parámetros relevantes na efectividade das terapias de toque.

Á hora de medir a dor, a escala visual analóxica foi a encargada por excelencia desta tarefa, seguida do cantidade de medicación analxésica administrada.

Por último, analizando cada unha das tres terapias de toque por separado, non se atopan diferencias destacables na súa eficacia para aliviar a dor, as 3 se atopan na mesma situación: aproximadamente na metade dos ensaios clínicos obtéñense resultados favorables, e na outra metade non se obteñen resultados significativos. Nas intervencións con TT, que é a terapia con maior proporción de resultados positivos, atópanse tamén os 2 ensaios clínicos nos cales aparece máis melloría no grupo control que coa propia terapia, polo que a evidencia é nula para calquera das terapias.

Reflexionando acerca dos resultados podemos apreciar que, conforme aumenta o número de estudos acerca dalgunha das variables medidas, aumentan tamén os resultados contraditorios. Con ningunha das variables empregadas (cadros clínicos dos participantes, duración das sesións...) se obteñen resultados unánimes avalados por un elevado número de estudos (o máximo son 5 para as os pacientes con cancro non operados).

O número de estudos nos que se obteñen resultados que proban a eficacia das terapias de toque é similar aos que proban a súa ineficacia independentemente das clasificacións ou agrupacións por patróns que se fagan debido posiblemente a que as terapias enerxéticas son moi inespecíficas e amplamente subxectivas.

Aínda que os defensores das terapias de toque se apoian nunha voluminosa e crecente cantidade de investigacións, tan só uns poucos estudos están ben deseñados. Algúns ensaios clínicos, maioritariamente teses doutorais de enfermería, reportaron resultados positivos, pero aínda así, os métodos, a credibilidade e o valor destes estudos foi seriamente cuestionado.⁹¹ Moitos críticos argumentan que os beneficios das terapias de toque son debidos primeiramente ao efecto placebo. Sen dúbida, este parámetro non pode ser ignorado cando se utilizan este tipo de terapias, porque calquera intervención que se realice coa intención de axudar ou curar pode desencadear as condicións para unha resposta placebo inespecífica. Clínicamente, o placebo é definido como unha substancia ou procedemento presumiblemente inerte ou neutro, tales como as expectativas, que provoca unha resposta terapéutica. Os efectos placebo son pouco entendidos e considerados como unha molestia polos investigadores médicos. Se as terapias de toque realmente teñen un efecto terapéutico asociado a respostas placebo, as persoas en situacións de enfermidade son ideais para estas intervencións. O placebo seguramente poida atenuar unha serie de comportamentos de saúde e enfermidade, e está demostrado que alivia a dor.⁹² Con todo, nesta revisión atopámonos con que dos 16 estudos que inclúen unha forma de control con placebo, en 10 ensaios o alivio da dor é estatisticamente maior coa intervención das terapias de toque que coa aplicación de intervencións placebo.

Quizais a mellor explicación para xustificar estes resultados tan controvertidos se atope nun famoso estudo realizado por Rosa et al. O obxectivo do seu traballo foi investigar se os terapeutas de TT podían realmente percibir o campo enerxético humano, base fundamental de calquera terapia enerxética. Para iso, contactaron con 21 terapeutas cunha ampla experiencia (de 1 a 27 anos) no tratamento mediante terapias enerxéticas. Estas persoas foron postas en condicións de cegueira para realizar a seguinte proba: identificar correctamente cal das súas mans estaba máis cerca da man do investigador, que colocaba a súa extremidade superior á esquerda ou dereita do terapeuta seguindo un patrón de escolla determinado mediante o lanzamento dunha moeda. 14 terapeutas foron testados 10 veces, e outros 7 terapeutas enfrontáronse á proba 20 veces. Para mostrar a validez das teorías nas que se basea o TT, os terapeutas deberían acertar todas as veces. Un resultado do 50% sería o esperable se as respostas fosen proporcionadas polo azar. Finalmente, os terapeutas identificaron correctamente que man tiñan máis preto no 44% das veces (123 de 280 repeticións), polo que se chegou á conclusión de que os terapeutas de TT non son capaces de detectar os campos enerxéticos, e polo tanto a terapia carece de efectividade⁹¹

6.2 LIMITACIÓNS DO TRABALLO

A principal limitación deste estudo é a ampla heteroxeneidade e variabilidade das mostras, así como da metodoloxía de intervención utilizada nos estudos no referente á duración e ao número de sesións. É moi complexo o proceso de agrupamento e comparación duns artigos con outros cando estes son, en moitos casos, tan distintos.

Outra limitación foi a escasa presenza de intervencións placebo nos ensaios clínicos, xa que especialmente no caso destas terapias, cobran unha gran importancia.

Para finalizar, poderíase considerar un aspecto mellorable o feito de que só un avaliador realizou a busca, a selección dos artigos, a análise dos mesmos e a discusión. Cun número maior de avaliadores poderíanse evitar ou minimizar erros humanos e outorgarlle unha maior calidade a esta revisión.

6.3 RECOMENDACIÓNS

Recomendacións para a práctica clínica

Os resultados desta revisión amosan que ningunha das 3 terapias de toque ten evidencia suficiente para ser utilizada no ámbito clínico co obxectivo de reducir calquera dor, polo que

non se recomenda o seu emprego nas intervencións analxésicas levadas a cabo por profesionais sanitarios.

Tan só se atopou evidencia forte da efectividade das terapias de toque para aliviar a dor en persoas con cancro non intervidas cirurxicamente e en persoas con queimaduras, pero debido ao baixo número de artigos que avalían estes resultados, ao descoñecemento do mecanismo de acción destas terapias e á ausencia dun protocolo de actuación específico, tampouco se recomenda a abordaxe destes cadros clínicos mediante terapias de toque polo momento.

Recomendacións para a investigación

É preciso realizar máis estudos, cun maior número de participantes, máis homoxeneidade e mantendo unha calidade metodolóxica elevada, para poder obter unha evidencia máis clara. Sería recomendable que se elaborasen liñas de investigación e protocolos de actuación para que os investigadores teñan un marco de referencia ante o cal planificar e levar a cabo un ensaio que poida ser facilmente comparado e reproducibile ou cuxos efectos poidan ser sumados a outros estudos para obter unha evidencia máis clara. Sería interesante tamén que se levasen a cabo tanto ensaios clínicos como revisións nas que que aborden as terapias de toque en conxunto, xa que o procedemento de intervención de cada unha delas é similar, o que cambia é a historia e o pensamento detrás delas. Deste xeito, con máis e mellores estudos avaliando a imposición de mans, poderíanse probar cientificamente cales son os efectos das terapias de toque e establecer en que síntomas poden ser de axuda e en cales non.

Así mesmo, para evitar as melloras froito da suxestión, sería recomendable que se controlasen os estudos mediante unha intervención placebo, xa que as crenzas e os pensamentos poden verse influenciados pola psique das persoas, falseando ou influíndo sobre algo tan subxectivo e persoal como é a dor.

7. CONCLUSIÓNS

- Non hai unha evidencia clara acerca da efectividade das terapias de toque no alivio da dor.
- A evidencia para afirmar que as terapias de toque diminúen máis a dor que a intervención control (placebo ou non intervención) é insuficiente.
- Atopouse unha evidencia forte de que as terapias de toque diminúen a dor en persoas queimadas ou con cancro non intervido mediante cirurxía, e unha evidencia limitada en cadros de infección por VIH, cefalea tensional, alteracións das células falciformes e limitacións crónicas da mobilidade.
- Non hai evidencia de que a efectividade das terapias de toque dependa da duración da intervención.
- Non hai evidencia de que a efectividade das terapias de toque dependa do número de sesións, aínda que parece que o aumento das mesmas mellora os resultados.
- Non hai evidencia de que o reiki, o toque terapéutico ou o toque curador sexan eficaces para aliviar a dor.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Larrañeta A. Dos hospitales públicos aplican ya terapias de sanación con las manos [Internet]. 20minutos.es. 2007. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/279335/0/hospitales/manos/terapias/>
2. Richards V. NHS advertises for “reiki or spiritual healer” for Essex hospital [Internet]. The Independent. 2015. Disponible en: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/nhs-advertises-for-reiki-or-spiritual-healer-for-essex-hospital-a6685866.html>
3. Marchant J. Consider all the evidence on alternative therapies. Nature [Internet]. 2015; 526(7573): 295–295. Disponible en: <http://www.nature.com/doi/10.1038/526295a>
4. El reiki, expulsado definitivamente de los hospitales madrileños [Internet]. redacciónmédica.com. 2017. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/el-reiki-expulsado-definitivamente-de-los-hospitales-madrilenos-8446>
5. Lee TYA. Therapeutic touch: the conventional versus the alternative. Aust J Holist Nurs. 2004; 11(1):33–6.
6. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent Pain and Well-being. JAMA. 1998; 280(2):147–52.
7. Escuela Quirosoma. Reiki (Formación Completa) [Internet]. Escuela Quirosoma. 2017. Disponible en: <http://escuelaquirosoma.com/curso/reiki/>
8. Departamento de Fisioterapia. Guía docente de la asignatura: Terapias Alternativas Complementarias. Univ Granada. 2016
9. Tabish SA. Complementary and Alternative Healthcare: Is it Evidence-based? Int J Health Sci. 2008; 2(1):V-IX
10. Zhang X. OMS | Medicina tradicional: definiciones. WHO [Internet]. 2010; Disponible en: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
11. Miles P, True G. Reiki--Review of a biofield therapy. History, theory, practice, and research. Altern Ther. 2003;9(2):62–72.
12. U.S. Department of Health & Human Services. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What’s In a Name? | NCCIH [Internet]. National Institutes of Health, USA. 2016. Disponible en: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
13. Rindfleisch JA. Biofield Therapies: Energy Medicine and Primary Care. Prim Care Clin Off Pract. 2010;37(1):165–79.

14. Gronowicz G, Bengston W, Yount G. Challenges for Preclinical Investigations of Human Biofield Modalities. *Glob Adv Heal Med.* 2015; 4(Suppl):52–7.
15. Oschman JL. *Energy medicine : the scientific basis.* Elsevier Health; 2015. 392 p.
16. Bassett CA, Mitchell SN, Gaston SR. Pulsing electromagnetic field treatment in ununited fractures and failed arthrodeses. *JAMA.* 1982; 247(5):623–8.
17. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data.* 2004;(343):1–19.
18. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. 2007; 12:1-24
19. DiNucci EM. Energy healing: a complementary treatment for orthopaedic and other conditions. *Orthop Nurs.* 2005; 24(4):259–69.
20. Engebretson J, Wardell DW. Energy-Based Modalities. *Nurs Clin North Am.* 2007; 42(2):243–59.
21. 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;12(1):113–20.
22. Vitale AT, O'Connor PC. The effect of Reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies: a quasi-experimental pilot study. *Holist Nurs Pract.* 2006;20(6):263-72-4.
23. Slater VE. Curación por el tacto. In: Micozzi MS, editor. *Fundamentos de medicina alterantiva y complementaria.* 1ª edición. Paidotribo; 2000. p. 147–63.
24. Williams AM, Davies A, Griffiths G. Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: Preliminary development of clinical practice guidelines. *Int J Nurs Pract.* 2009 Jun;15(3):145–55.
25. Anderson JG, Taylor AG. Biofield Therapies in Cardiovascular Disease Management. *Holist Nurs Pract.* 2011;25(4):199–204.
26. So PS, Jiang JY, Qin Y. Touch therapies for pain relief in adults. In: So PS, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons. 2013; 11.
27. Ther Reiki Alliance. Aprender Reiki - The Reiki Alliance [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.reikialliance.com/es/article/become-a-student>
28. VanderVaart S, Gijzen VMGJ, de Wildt SN, Koren G. A Systematic Review of the Therapeutic Effects of Reiki. *J Altern Complement Med.* 2009;15(11):1157–69.
29. Thrane S, Cohen SM. Effect of Reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Manag Nurs.* 2014;15(4):897–908.

30. Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*. 2008; 62(6):947–54.
31. Therapeutic Touch International Association. The Process of Therapeutic Touch | Therapeutic Touch International Organization [Internet]. 2017. Disponível em: <http://therapeutictouch.org/what-is-tt/history-of-tt/>
32. Potter P. What Are the Distinctions Between Reiki and Therapeutic Touch?. *Clin J Oncol Nurs*. 2003; 7(1):89–91.
33. O'Mathuna DP. Evidence-Based Practice and Reviews of Therapeutic Touch. *J Nurs Scholarsh*. 2000; 32(3):279–85.
34. Monroe CM. The Effects of Therapeutic Touch on Pain. *J Holist Nurs*. 2009; 27(2):85–92.
35. Healing Touch Program. What is Healing Touch? - Healing Touch Program™ | Worldwide Leaders in Energy Medicine [Internet]. 2017. Disponível em: <http://www.healingtouchprogram.com/about/what-is-healing-touch>
36. Anderson JG, Taylor AG. Effects of Healing Touch in Clinical Practice. *J Holist Nurs*. 2011;29(3):221–8.
37. Wardell DW, Weymouth KF. Review of studies of healing touch. *J Nurs Scholarsh an Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2004; 36(2):147–54.
38. Ebell M. Information at the point of care: answering clinical questions. *J Am Board Fam Pract*. 1999; 12(3):225–35.
39. Blanco E, Espinosa JM, Marcos H, Rodriguez MJ. Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento. Madrid: International Marketing & Communications; 2004. p. 17-27.
40. Serrano-Ateroro MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9(1):94–108.
41. Kreitler S, Beltrutti D, Lamberto A, Niv D. The handbook of chronic pain. 1ª. New York: Nova Biomedical Books; 2007. 148 p.
42. Herr K, Spratt KF, Garand L, Li L. Evaluation of the Iowa Pain Thermometer and Other Selected Pain Intensity Scales in Younger and Older Adult Cohorts Using Controlled Clinical Pain: A Preliminary Study. *Pain Med*. 2007; 8(7):585–600.
43. Richeson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults. *Res Gerontol Nurs*. 2010; 3(3):187–99.
44. Thomas LS, Stephenson N, Swanson M, Jesse DE, Brown S. A pilot study: the effect of healing touch on anxiety, stress, pain, pain medication usage, and physiological measures in hospitalized sickle cell disease adults experiencing a vaso-occlusive pain episode. *J*

- Holist Nurs. 2013; 31(4):234–47.
45. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol.* 1988; 15(12):1833–40.
 46. Cleeland CS. *The Brief Pain Inventory User Guide.* Houston; 2009; p. 1–63.
 47. McCormack GL. Using non-contact therapeutic touch to manage post-surgical pain in the elderly. *Occup Ther Int.* 2009; 16(1):44–56.
 48. Smith A, Kimmel S, Milz S. Effects of Therapeutic Touch on Pain, Function and Well Being in Persons with Osteo-Arthritis of the Knee: A Pilot Study. *J Adv Nurs Pract.* 2008; 10(2).
 49. van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for Spinal Disorders. *Spine.* 1997;22(20):2323–30.
 50. Escala PEDro-Español. [Internet] 2012 Disponible en: https://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/PEDro_scale_spanish.pdf
 51. Linda Baldwin A, Vitale A, Brownell E, Kryak E, Rand W. Effects of Reiki on Pain, Anxiety, and Blood Pressure in Patients Undergoing Knee Replacement A Pilot Study. *Holist Nurs Pract.* 2017; 31(2):80–9.
 52. Notte BB, Fazzini C, Mooney RA. Reiki's effect on patients with total knee arthroplasty: A pilot study. *Nursing.* 2016; 46(2):17–23.
 53. Sagkal Midilli T, Ciray Gunduzoglu N. Effects of Reiki on Pain and Vital Signs When Applied to the Incision Area of the Body After Cesarean Section Surgery: A Single-Blinded, Randomized, Double-Controlled Study. *Holist Nurs Pract.* 2016; 30(6):368–78.
 54. Bremner MN, Blake BJ, Wagner VD, Pearcey SM. Effects of Reiki With Music Compared to Music Only Among People Living With HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2016; 27(5):635–47.
 55. Midilli TS, Eser I. Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Pain Manag Nurs.* 2015; 16(3):388–99.
 56. Baldwin AL, Fullmer K, Schwartz GE. Comparison of physical therapy with energy healing for improving range of motion in subjects with restricted shoulder mobility. *Evidence-based Complement Altern Med.* 2013; 2013:329731.
 57. Bourque AL, Sullivan ME, Winter MR. Reiki as a pain management adjunct in screening colonoscopy. *Gastroenterol Nurs.* 2012; 35(5):308–12.

58. Park J, McCaffrey R, Dunn D, Goodman R. Managing Osteoarthritis. *Holist Nurs Pract*. 2011; 25(6):316–26.
59. Hulse RS, Stuart-Shor EM, Russo J. Endoscopic procedure with a modified Reiki intervention: a pilot study. *Gastroenterol Nurs*. 2010; 33(1):20–6.
60. Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. Reiki for the Treatment of Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med*. 2008; 14(9):1115–22.
61. Gillespie EA, Gillespie BW, Stevens MJ. Painful diabetic neuropathy: impact of an alternative approach. *Diabetes Care*. 2007; 30(4):999–1001.
62. Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot Crossover Trial of Reiki Versus Rest for Treating Cancer-Related Fatigue. *Integr Cancer Ther*. 2007; 6(1):25–35.
63. 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; 26(5):990–7.
64. Singg S, J Dressen L. Effects of Reiki on pain and selected affective and personality variables of chronically ill patients. *Subtle Energies Energy Med J Arch*. 1998; 9(1):51–82.
65. Nourbakhsh MR, Bell TJ, Martin JB, Arab AM. The Effects of Oscillatory Biofield Therapy on Pain and Functional Limitations Associated with Carpal Tunnel Syndrome: Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study. *J Altern Complement Med*. 2016; 22(11):911–20.
66. Busch M, Visser A, Eybrechts M, van Komen R, Oen I, Olf M, et al. The implementation and evaluation of therapeutic touch in burn patients: an instructive experience of conducting a scientific study within a non-academic nursing setting. *Patient Educ Couns*. 2012; 89(3):439–46.
67. Bulette Coakley A, Duffy ME. The Effect of Therapeutic Touch on Postoperative Patients. *J Holist Nurs*. 2010; 28(3):193–200.
68. Aghabati N, Mohammadi E, Pour Esmail Z. The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2010; 7(3):375–81.
69. Smith Frank L, Frank JL, March D, Makari-Judson G, Barham RB, Mertens WC. Does Therapeutic Touch Ease the Discomfort or Distress of Patients Undergoing Stereotactic Core Breast Biopsy? A Randomized Clinical Trial. *Pain Med*. 2007; 8(5):419–24.
70. Denison B. Touch the Pain Away: New Research on Therapeutic Touch and Persons With Fibromyalgia Syndrome. *Holist Nurs Pract*. 2004; 18(3):142–51.
71. Smith DW, Arnstein P, Rosa KC, Wells-Federman C. Effects of Integrating Therapeutic Touch into a Cognitive Behavioral Pain Treatment Program. *J Holist Nurs*. 2002;

- 20(4):367–87.
72. Blankfield RP, Sulzmann C, Fradley LG, Tapolyai AA, Zyzanski SJ. Therapeutic touch in the treatment of carpal tunnel syndrome. *J Am Board Fam Pract.* 2001; 14(5):335–42.
 73. Turner JG, Clark AJ, Gauthier DK, Williams M. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *J Adv Nurs.* 1998; 28(1):10–20.
 74. Lin Y-S, Taylor AG. Effects of Therapeutic Touch in Reducing Pain and Anxiety in an Elderly Population. *Integr Med.* 1998; 1(4):155–62.
 75. Gordon A, Merenstein JH, D'Amico F, Hudgens D. The effects of therapeutic touch on patients with osteoarthritis of the knee. *J Fam Pract.* 1998; 47(4):271–7.
 76. Samarel N, Fawcett J, Davis MM RF, J F, MM D, FM R. Effects of dialogue and therapeutic touch on preoperative and postoperative experiences of breast cancer surgery: an exploratory study. *Oncol Nurs Forum.* 1998; 25:1369–76.
 77. Eckes Peck SD. The Effectiveness of Therapeutic Touch for Decreasing Pain in Elders with Degenerative Arthritis. *J Holist Nurs.* 1997; 15(2):176–98.
 78. Meehan TC. Therapeutic Touch and Postoperative Pain: A Rogerian Research Study. *Nurs Sci Q.* 1993; 6(2):69–78.
 79. Keller E, Bzdek VM. Effects of therapeutic touch on tension headache pain. *Nurs Res.* 1986; 35(2):101–6.
 80. Foley MKH, Anderson J, Mallea L, Morrison K, Downey M. Effects of Healing Touch on Postsurgical Adult Outpatients. *J Holist Nurs.* 2016; 34(3):271–9.
 81. Anderson JG, Suchicital L, Lang M, Kukic A, Mangione L, Swengros D, et al. The Effects of Healing Touch on Pain, Nausea, and Anxiety Following Bariatric Surgery: A Pilot Study. *Explor J Sci Heal.* 2015; 11(3):208–16.
 82. Wong J, Ghiasuddin A, Kimata C, Patelesio B, Siu A. The Impact of Healing Touch on Pediatric Oncology Patients. *Integr Cancer Ther.* 2013; 12(1):25–30.
 83. Lu D-F, Hart LK, Lutgendorf SK, Perkhounkova Y. The effect of healing touch on the pain and mobility of persons with osteoarthritis: a feasibility study. *Geriatr Nurs.* 2013; 34(4):314–22.
 84. Hardwick ME, Pulido PA, Adelson WS. Nursing Intervention Using Healing Touch in Bilateral Total Knee Arthroplasty. *Orthop Nurs.* 2012; 31(1):5–11.
 85. Decker S, Wardell DW, Cron SG. Using a Healing Touch Intervention in Older Adults With Persistent Pain. *J Holist Nurs.* 2012; 30(3):205–13.
 86. MacIntyre B, Hamilton J, Fricke T, Ma W, Mehle S, Michel M. The efficacy of healing touch in coronary artery bypass surgery recovery: a randomized clinical trial. *Altern Ther Health*

- Med. 2008; 14(4):24–32.
87. Wardell DW, Rintala DH, Duan Z, Tan G. A Pilot Study of Healing Touch and Progressive Relaxation for Chronic Neuropathic Pain in Persons With Spinal Cord Injury. *J Holist Nurs.* 2006; 24(4):231–40.
 88. Loveland Cook CA, Guerrero JF, Slater VE. Healing touch and quality of life in women receiving radiation treatment for cancer: A randomized controlled trial. *Altern Ther Health Med.* 2004;10(3):34–41.
 89. Post-White J, Kinney ME, Savik K, Gau JB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic Massage and Healing Touch Improve Symptoms in Cancer. *Integr Cancer Ther.* 2003; 2(4):332–44.
 90. Wardell DW. Response to “Commentary on ‘A Pilot Study of Healing Touch and Progressive Relaxation for Chronic Neuropathic Pain in Persons With Spinal Cord Injury.’” *J Holist Nurs.* 2006; 24(4):243–4.
 91. Rosa L, Rosa E, Sarner L, Barrett S. A Close Look at Therapeutic Touch. *JAMA.* 1998; 279(13):1005.
 92. Carlson JL, McCormack GL. Noncontact Therapeutic Touch. In: *Complementary therapies and wellness : practice essentials for holistic health care.* 1ª. New Jersey: Prentice Hall; 2003. p. 186–98.

10. ANEXOS

ANEXO I. ESCALA PEDRO

Escala PEDro-Español

-
- | | | |
|---|---|--------|
| 1. Los criterios de elección fueron especificados | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 2. Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos (en un estudio cruzado, los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente a medida que recibían los tratamientos) | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 3. La asignación fue oculta | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 4. Los grupos fueron similares al inicio en relación a los indicadores de pronóstico más importantes | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 5. Todos los sujetos fueron cegados | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 6. Todos los terapeutas que administraron la terapia fueron cegados | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 7. Todos los evaluadores que midieron al menos un resultado clave fueron cegados | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 8. Las medidas de al menos uno de los resultados clave fueron obtenidas de más del 85% de los sujetos inicialmente asignados a los grupos | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 9. Se presentaron resultados de todos los sujetos que recibieron tratamiento o fueron asignados al grupo control, o cuando esto no pudo ser, los datos para al menos un resultado clave fueron analizados por "intención de tratar" | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 10. Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados para al menos un resultado clave | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
| 11. El estudio proporciona medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | donde: |
-