



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**EVALUACIÓN DEL DOLOR Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD EN PACIENTES MANEJADOS CON MEDICINA NEURALTERAPÉUTICA
EN LA CONSULTA EXTERNA**

LORENA PLAZA ORDOÑEZ

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad De Medicina
Maestría en Medicina Alternativa
Bogotá D.C. Colombia
2020**

**EVALUACIÓN DEL DOLOR Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD EN PACIENTES MANEJADOS CON MEDICINA NEURALTERAPÉUTICA
EN LA CONSULTA EXTERNA**

LORENA PLAZA ORDOÑEZ

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de:
Magíster en Medicina Alternativa con énfasis en Terapia Neural

Director:

Dr. EDUARDO HUMBERTO BELTRÁN DUSSÁN

Profesor Titular, Facultad de Medicina
Magíster en Medicina Alternativa
Universidad Nacional de Colombia

Co- Directora:

Dra. LAURA BIBIANA PINILLA BONILLA

Docente, Facultad de Medicina
Magíster en Medicina Alternativa
Universidad Nacional de Colombia

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Maestría en Medicina Alternativa
Bogotá D. C. Colombia
2020**

Dedicatoria

A Dios por permitirme este regalo maravilloso de la vida.

A mi familia por su amor esmerado y su apoyo constante.

A mi esposo por su compañía en este caminar.

A mi hijo por ser esa grandiosa sorpresa que llega a mi vida a darme motivación.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional, por acogerme en su alma mater y permitirme desarrollar mis capacidades académicas.

Al Dr. Eduardo Beltrán, por todas sus enseñanzas, su apoyo y colaboración en el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Laura Pinilla, por todas sus orientaciones, su cariño, sus consejos y enseñanzas, por permitirme desarrollar este proyecto de investigación en su sitio de trabajo, por su paciencia y sus aportes en el desarrollo del presente proyecto de investigación.

Al Dr. Juan Pablo Álzate, quien contribuyó con sus valiosos conocimientos en la construcción y análisis epidemiológico del presente trabajo de investigación.

A mis profesores y compañeros, por compartir sus experiencias y acompañarme en este recorrido.

A mis pacientes quienes compartieron sus historias de vida y me permitieron hacer posible esta investigación.

RESUMEN

El dolor crónico genera gran afectación en varias esferas de un individuo, incluyendo el deterioro en su calidad de vida. Por lo tanto, se hace necesario un tratamiento multidisciplinario que implique un manejo integral. El incorporar conceptos como el de calidad de vida nos da una visión más amplia para medir la efectividad e impacto social del manejo médico en una población, siendo fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro del campo de la salud.

El propósito del presente trabajo es el de evaluar si existe una mejoría del dolor como síntoma frecuente en la consulta médica cotidiana y mejoría en la calidad de vida posterior a el manejo con medicina neuralterapéutica en una población de pacientes asistentes a la unidad de consulta externa del hospital El Tunal en la Sub red sur de la ciudad de Bogotá D.C.

Para este trabajo de investigación, se usaron dos instrumentos de evaluación validados: Escala EVA para dolor y el cuestionario SF-36 de calidad de vida, los cuales se aplicaron previa intervención con medicina neuralterapéutica y post intervención con el fin de evaluar las modificaciones presentadas en el transcurso del presente estudio. Para el análisis estadístico se requirió de la asesoría por epidemiología y se usó el programa Stata 13.0.

Los resultados se analizan bajo parámetros epidemiológicos y se correlacionan con los conceptos de la medicina neuralterapéutica, encontrando una asociación

positiva post tratamiento con medicina neuralterapéutica: Mejoría en la escala de dolor y mejoría en los distintos roles que hacen parte de la calidad de vida en aquellos pacientes que fueron tratados.

Los reportes aquí presentados se consideran un aporte para la investigación en medicina alternativa que contribuyen a la salud de las personas y de la sociedad. Sin ser estos resultados concluyentes, pues se necesitan más investigaciones y prolongación del estudio en curso que apoyen los resultados encontrados.

Palabras Clave: Dolor, EVA, Calidad de vida, SF-36, medicina Neuralterapéutica.

I. Tabla de contenido

1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema	2
3. Justificación	4
4. Objetivos.....	7
4.1. Objetivo general.....	7
4.2. Objetivos específicos.....	7
5. Hipótesis	8
5.1. Hipótesis nula.....	8
5.2. Hipótesis alterna	8
6. Marco teórico.....	9
6.1. Generalidades sobre calidad de vida	9
6.2. Calidad de vida en relación con la salud	10
6.3. Medición objetiva de la calidad de vida: Escala short-form healthy Survey.....	13
6.4. Consideraciones teóricas de la medicina neuralterapéutica.....	14
6.5. Dolor y calidad de vida.....	16
7. Metodología.....	18
7.1. Descripción del estudio.....	19
7.2. Criterios de inclusión.....	20
7.3. Criterios de exclusión	21
7.4. Recolección de datos.....	22
7.5. Estrategia de seguimientos.....	23
8. Resultados.....	26
9. Análisis de Resultados.....	36

10. Discusión	40
11. Conclusiones.....	45
12. Notas adicionales	46
13. Anexos	48
13.1. Consentimiento informado para participantes del estudio medicina alternativa: Neuralterapéutica	50
13.2. Modelo de cuestionario SF-36	51
13.3. Escala análoga del dolor (EVA).....	65
13.4. Formato de recolección de datos para el seguimiento de pacientes.	66
14. Bibliografía.....	67

1. Introducción

El dolor es considerado en la actualidad como un problema de salud pública debido al número de personas que afecta en su esfera funcional y psicológica. La International Association for Study of Pain (IASP), recomienda realizar un abordaje del paciente con dolor desde un enfoque interdisciplinario y desde una perspectiva biopsicosocial tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Siendo a partir del año 2014 adoptada la recomendación de incluir a la medicina integrativa como un modelo holístico para el tratamiento de dolor (1).

La medicina integrativa o complementaria se plantea como un modelo para contribuir en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Así como en el tratamiento, rehabilitación y paliación de manera más amplia, entendiendo al derecho fundamental de la salud como universal (2).

La medicina neuralterapéutica como parte de la medicina complementaria y alternativa ofrece opciones de manejo integral, holístico y por tanto aporta en el manejo de patologías en donde es necesario un manejo global.

Considerando al dolor como uno de los síntomas más frecuentes en la consulta médica y su gran afectación en varias esferas de un individuo, se plantea la realización del presente trabajo en el cual se describen casos de pacientes con dolor y algún grado de afectación en su calidad de vida, a los que se les realizará una intervención con medicina neuralterapéutica con posteriores seguimientos médicos, con el fin de evaluar aspectos

clínicos y epidemiológicos relacionados con la salud de los individuos a quienes se realice dicha intervención.

2. Planteamiento del problema

Desde 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo a la ausencia de enfermedad” (2). Lo que describe un bienestar dinámico y cambiante inmerso desde su definición. No obstante, es de señalar que, desde el planteamiento de salud dado por la OMS, existe la idea de la complejidad en cuanto al abordaje por el personal de salud.

La presente investigación es congruente con la estrategia decenal sobre la Medicina Tradicional y Complementaria de la OMS (2014-2023), en la que se plantea que: *“Los estados y sus miembros deben fortalecer la base de sus conocimientos, reunir pruebas científicas y preservar los recursos de estos enfoques”* (2). En general, los objetivos de esta estrategia consisten en prestar apoyo a fin de que aprovechen la contribución potencial de las MAC a la salud, al bienestar y a la atención de salud centrada en las personas. De igual manera, promueven la utilización segura y eficaz de la MAC a través de la reglamentación y la investigación mediante la incorporación de profesionales y prácticas en los sistemas de salud (3), (4).

Siendo en la actualidad el dolor considerado como un problema de salud pública debido al número de personas que afecta y las esferas que involucra: Esfera física, funcional y psicológica (3). Se hace necesario el abordaje médico no solo desde el síntoma si no, desde la perspectiva integral que implica el manejo del dolor con un enfoque interdisciplinario

que contenga una perspectiva biopsicosocial tanto en el diagnóstico como en el tratamiento (4).

Es así que a partir del año 2014 dentro de la recomendación en el manejo del dolor se incluye a la medicina integrativa como un modelo holístico para el tratamiento del dolor, contribuyendo a mejorar múltiples aspectos que mejoran a su vez la calidad de vida de un individuo (4).

La problemática en relación con el inadecuado manejo del dolor es frecuente e importante, puesto que el dolor intenso no controlado puede tener graves efectos adversos a nivel físico, psicológico, emocional, social y espiritual de los pacientes. Lo que repercute sobre todas las actividades de la vida diaria y condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales con trascendencia en una proporción significativa de la población (5). La incapacidad funcional ocasionada por el dolor es causa de sufrimiento en los pacientes, en sus familias y en otras personas cercanas. Afectando en mayor o menor medida el desarrollo de actividades de la vida diaria como: Estudiar o realizar tareas en casa, trabajar fuera de ella, caminar de prisa, en su calidad del sueño, en el estado de ánimo, en la energía y vitalidad; así como, en las relaciones con otras personas de su entorno (6).

De acuerdo con lo anterior, los reportes nacionales en salud señalan que: “Existe un elevado porcentaje de pacientes con un inadecuado manejo del dolor, lo que repercute en una mayor limitación en la realización de las actividades diarias” (7).

Ante esta problemática y con la necesidad de abordar el dolor no solo como síntoma si no como un complemento al manejo que mejore la calidad de vida con respecto a la salud de los individuos, se plantea esta investigación como medio para aportar con la evidencia en la construcción del conocimiento científico.

3. Justificación

Los reportes epidemiológicos, así como las encuestas nacionales de dolor, muestran una clara tendencia en el aumento de dolor crónico que marcadamente se ha asociado a un desmejoramiento en la calidad de vida de las personas que lo padecen (7). Específicamente se reconoce que el manejo inoportuno y el control inadecuado del dolor pueden generar consecuencias desde el punto de vista neurofisiológico en todos los sistemas del organismo, propiciando que se liberen catecolaminas con el favoreciendo de hipoxemia, cambios en las moléculas neurotransmisoras con el desencadenamiento de cambios en el sistema endocrinoneuroinmunológico (8). De la misma manera en que se dan estos cambios se favorece la aparición de ansiedad, depresión, insomnio y otros estados confusionales en los pacientes; generando complicaciones y por tanto una falla en el éxito terapéutico que deseamos tener (9).

Todos estos fenómenos conducen a una mayor utilización de los servicios de salud, a un incremento en el uso de fármacos, a un gran número de incapacidades, un mayor número de hospitalizaciones, así como de días de estancia hospitalaria y, por consiguiente, a un mayor gasto para los sistemas de salud.

Una atención inapropiada del dolor con una carencia de integralidad en su abordaje se constituye además en un problema ético, que termina afectando la dignidad del ser humano, ya que el alivio del dolor representa un derecho humano fundamental con alcances sociales (10), (11).

Las personas que sufren de dolor viven alteraciones en sus aptitudes físicas y mentales, que afectan su campo de desenvolvimiento personal y social. Por lo tanto, el inapropiado manejo del dolor se convierte en una afectación a la dignidad del ser humano (11). De esta manera, es una necesidad casi obligada del profesional tratante el brindar un buen manejo del dolor que incluya oportunidad y calidad en la atención.

Desde el año 2008, en la declaración de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT), se incluyó al dolor como derecho fundamental dentro de los diagnósticos y las terapéuticas, incluyendo unas características deseables para su manejo (12). De igual manera la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), realiza constantemente recomendaciones terapéuticas para el manejo de dolor, considerando cuatro áreas para su abordaje integral: Educación, posibilidad de acceso a los servicios de salud, coordinación en el tratamiento y un adecuado seguimiento de la atención multidisciplinar. Con el fin de evidenciar y evaluar el impacto a mediano y largo plazo en la calidad de vida del individuo y en su entorno social (13).

De esta manera, las investigaciones en el marco del análisis de casos en los que existe dolor y deterioro en la calidad de vida, se convierten en indicadores de la evolución del estado de salud de una población; así como, en una expresión de una estrategia para mejorar las dolencias físicas, emocionales y mantener el funcionamiento vital de los individuos (13).

Considerando estos aspectos, se entiende que los profesionales de la salud y la población en general merecen tener claridad en la información acerca del dolor y de su manejo, siendo importante considerar otros enfoques los cuales cuenten con perspectivas distintas de entender y atender el dolor. Lo que implica ampliar la mirada hacia el ser que lo padece más que hacia el síntoma, siendo necesario trabajar conjuntamente con un equipo de profesionales que sepan enfocarse desde diferentes ámbitos, trabajando muy de cerca con el paciente dentro de una red integrada de salud con relaciones en lo posible no jerárquicas (13).

En el año 2014, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), recomienda finalmente adoptar a la medicina integrativa como un modelo holístico para el tratamiento de dolor. Proponiendo asociar a la medicina convencional con la medicina no convencional o integrativa. De igual manera, el Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria (NCCAM) considera muy oportuno en el manejo de diversas patologías la inclusión del manejo holístico desde las esferas física, psíquica, emocional, ambiental y social del individuo (14).

Con la medicina integrativa se pretende hacer una reconciliación entre la medicina convencional y la medicina alternativa, reuniendo en una sola las dos anteriores sin divisiones entre una y otra, pues considera que ambas son válidas y benéficas para el paciente en un momento determinado. Y justamente en el manejo del dolor, la medicina neuralterapéutica permite el abordaje de pacientes con dolor agudo y crónico en conjunto con la medicina convencional desde la perspectiva de incluir una evaluación y manejo global del “ser padeciente”, integrando todas aquellas particularidades individuales; pero a su vez, teniendo en cuenta la manera de relacionarse con el otro, partiendo de su entorno, de su estado físico y también el aspecto psicológico (14).

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

- Evaluar las modificaciones en el dolor y en la calidad de vida a los pacientes a quienes se les realice intervención neuralterapéutica.

4.2. Objetivos específicos

- Evaluar la calidad de vida pre intervención con medicina neuralterapéutica y post intervención, comparando el valor del cuestionario SF 36 el cual se aplicará en a los pacientes que acudan a la

externa y que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio.

- Evaluar el dolor con escala EVA a pacientes que acudan a la consulta externa y que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio pre intervención y posterior a manejo.
- Determinar el número total de pacientes que alcanzarán un valor EVA final promedio en metas de 4/10 al finalizar el estudio.
- Establecer si existen variaciones significativas del dolor y cambios en la calidad de vida de aquellos pacientes que asistieron a las valoraciones y tuvieron una buena adherencia que permita evaluarlos en el presente estudio.

5. Hipótesis

5.1. Hipótesis nula

- No existe una mejoría del dolor con terapia neural, ni tampoco mejoría en la calidad de vida de los pacientes que asisten a la consulta externa en el hospital El Tunal.

5.2. Hipótesis alterna

- Existe una mejoría del dolor con terapia neural y mejoría en la calidad de vida en los pacientes que asisten a la consulta externa del hospital El Tunal.

6. Marco teórico

6.1. Generalidades sobre calidad de vida

El término calidad de vida pretende describir y englobar los aspectos relacionados con el bienestar físico, emocional y social de una comunidad incluyendo su funcionalidad para las actividades cotidianas, haciendo referencia a la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida en relación con sus objetivos, expectativas e intereses personales y colectivos (15). De esta manera para poder evaluar el beneficio que puede ofrecer una intervención terapéutica sobre la salud de una persona es de importancia hacerlo en el contexto de calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida actualmente se considera como una estrategia de análisis en los programas terapéuticos, reforzando el consenso de indicadores en el área de la salud como lo son: Índices de mortalidad y expectativa de vida. Las cuales no bastan como estimaciones de la eficacia y efectividad de los programas e intervenciones introducidas para evaluar la salud (16). Por lo tanto, la evaluación de calidad de vida en una población determinada promete no solo ser una estrategia útil de evaluación, también es considerada una práctica que permite acercarnos a un entendimiento más holístico de la realidad del paciente, de su familia y de nuestra sociedad (16). Permitiendo el acercamiento médico paciente, con el fin de lograr mejorar las relaciones con los sistemas de salud, pues al hacer parte del proceso al otro como paciente existe un mayor respeto y compromiso hacia su salud, hacia el médico y hacia el sistema de salud mismo.

El incorporar conceptos como el de calidad de vida nos da una visión más amplia para medir la efectividad e impacto social del manejo médico en una población. Siendo fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro del campo de la salud (16), (17).

6.2. Calidad de vida en relación con la salud

La perspectiva subjetiva: “Lo que dice el paciente”, por muchos años no ha tenido el suficiente mérito para ser estudiado, mientras que lo objetivo: “Ha merecido” un sin número de valoraciones y registros que en muchos casos aportan al conocimiento, pero no nos da una valoración integral del proceso de enfermar. Las medidas estadísticas tradicionales de morbimortalidad y expectativa de vida entonces, se hacen insuficientes para describir un proceso tan complejo como lo es el proceso patológico de enfermar (17).

Una de las preocupaciones en salud que evidentemente ha venido deteriorándose es la relación médico-paciente por múltiples factores: La medicalización de los sistemas de salud, el exceso de tecnología, el exhaustivo incremento por el diligenciamiento de indicadores, el afán del diagnóstico y el consecuente tratamiento. Lo que ha permitido dejar a un lado al individuo que padece la enfermedad y poner a la enfermedad en el culmen del escenario médico (18).

Al percibir la necesidad de evaluar la salud de manera integral, se hace necesario implementar mecanismos para evaluar los procesos en salud de manera mixta, en donde

existan instrumentos de valoración objetiva que tengan en cuenta percepciones subjetivas, permitiendo así integrar dos procesos tan dinámicos y cambiantes como el proceso patológico mismo. De igual manera, se hace necesario contar con una perspectiva más amplia de los fenómenos que ocurren en salud y en buena medida mejorar las expectativas que queremos brindar en materia de salud (19).

El concepto de calidad de vida surge desde los años cincuenta, por Ordway, quien desde 1953, uso el término para referirse a los influyentes políticos de la época. La importancia del término en salud radica en reconocer la amplitud y complejidad del concepto, entendiendo que los aspectos subjetivos son fundamentales para la valoración integral en salud (19). Así como lo estima la OMS quien desde 1994 define a la calidad de vida como:

“La percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, de su contexto cultural, en donde se desarrolla y sus sistemas de valores en los que vive en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (20).

Esta es la base del concepto de calidad de vida, de donde se reconoce a la percepción personal el sustrato para reconocer que existe ahí sin duda información valiosa para poder estudiarla. En donde el bienestar físico, psíquico, social y espiritual sean tenidos en cuenta como producto de las diferentes concepciones personales, en donde el contexto sociocultural y la historia de vida de cada persona tengan un valor tan grande como los datos objetivos de los cuales se extraen determinantes para valorar el estado de salud de una población (20).

La calidad de vida en relación con la salud incluye una evaluación subjetiva por parte del paciente acerca de su grado de satisfacción vital, del impacto que tiene la enfermedad en su vida cotidiana e incluso de los efectos secundarios de una intervención o de los tratamientos instaurados (20).

La evaluación de la calidad de vida reúne dos áreas o dimensiones principales: Una de ellas relacionada con las actividades diarias o dimensión funcional como lo son: El autocuidado, actividades relacionadas con el ámbito laboral o domésticas, así como las relaciones con la familia y con la sociedad. Por otro lado, se encuentra una dimensión de autopercepción del individuo: De sus propias emociones, su vitalidad, de su estado de dolor (21). Siendo la primera de estas dimensiones la variable más objetiva o la que literalmente podríamos observar en el plano físico. La segunda dimensión es totalmente intangible.

Los aspectos relacionados con la calidad de vida y la salud, se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas en donde cada una de ellas contribuye a un valor global para un dominio en especial. Al final resulta una escala que es cuantificable estadísticamente hablando y que brinda valores numéricos puntuales para dominios específicos (22). En el ámbito de la investigación clínica, la calidad de vida es medible bajo instrumentos como la SF-36, la cual es una escala estandarizada con la que se pueden obtener puntajes a partir de preguntas subjetivas que más adelante se podrán extraer para dar un concepto objetivo de las respuestas que se han obtenido (22), (23).

Este tipo de evaluaciones han permitido tener una perspectiva más amplia del complejo proceso de enfermar, de las implicaciones no solo personales sino también del entorno familiar, social e institucional.

6.3. Medición objetiva de la calidad de vida: Escala short-form healthy Survey

(SF 36)

Para medir objetivamente la calidad de vida se han diseñado instrumentos específicos que permiten evaluar diversos componentes mediante su aplicación como lo son: El grado de actividad física y autonomía, la percepción de la salud, el apoyo social y familiar percibido, el control y la aceptación de las limitaciones propias, así como, las perspectivas hacia el futuro (24).

La escala SF-36 o SHORT-FORM HEALTHY SURVEY, fue elaborada por Ware y Sherbourne en 1992, desde entonces es un método aceptado en salud y usado para conocer el estado multidimensional de salud de un individuo o de una población. Cumpliendo con estándares psicométricos mínimos para la comparación de grupos y proporcionando una base para la comparación entre ensayos clínicos (25). Esta escala ha sido traducida, estudiada y modificada para diferentes países de habla hispana como el nuestro, en los que ha existido un gran interés por medir la calidad de vida con dicho instrumento.

La versión española ha sido modificada por Alonso y Cols, la cual contiene 36 ítems en los que se evalúan 8 aspectos sobre la salud, siendo aplicable a la población mayor de 14 años. Con este método los aspectos a evaluar son: Función física, dolor corporal, rol físico, vitalidad, función social, salud mental, el rol emocional, la salud en general y un aspecto adicional que es la percepción subjetiva del cambio de la salud en el transcurso del tiempo. Los resultados son codificados y transportados a una escala que va desde 0, siendo este el peor estado de la salud hasta un valor de 100, siendo este el mejor estado de salud alcanzable en la escala. Lo cual permite el cálculo de cada dimensión. Estas puntuaciones facilitan reducir la cantidad de comparaciones de 8 a 2 dimensiones: La Función física y la función mental, si se desea, sin afectar su cualidad de distinguir entre los resultados de la evaluación, ya sea en estudios transversales o longitudinales (24), (25).

La versión de SF-36 de Alonso y Cols, cuenta con una validación satisfactoria con un valor de alfa de Cron Bach superior a 0,7 lo cual la hace un instrumento utilizable para medir modificaciones en calidad de vida en salud de una manera aceptable, válida y confiable actualmente (26).

6.4. Consideraciones teóricas de la medicina neuralterapéutica

La medicina neuralterapéutica como parte de la medicina complementaria y/o alternativa es considerada como un sistema médico complejo, pues cuenta con cinco pilares principales: Un pensamiento propio relacionado con la morfología o anatomía, una fisiología propia, un corpus doctrinario: En el cual se expone la definición de conceptos específicos como el de salud y enfermedad; un diagnóstico y un posterior tratamiento (27).

En ella se tiene en cuenta el papel del sistema nervioso como el coordinador e integrador de todas las funciones fisiopatológicas en el organismo (28); por tanto, es el sistema nervioso quien determina el comportamiento de todos los procesos internos y externos ocurridos en el resto de los sistemas biológicos (28).

Dentro de la definición planteada en el perfil y competencias del médico especialista en medicina neuralterapéutica del ministerio de salud, se plantea la siguiente definición:

“La medicina neuralterapéutica nace en la escuela con el Dr. Julio César Payán, que integra las concepciones de la Terapia Neural según Huneke, integrando las concepciones fundamentales del Nervismo Ruso o fisiología sintética Pavloviana, junto con consideraciones filosóficas y éticas provenientes del pensamiento complejo (corriente sistémica compleja), integra aspectos relevantes de la salud comunitaria y la participación social en sus procesos de salud desde el contexto de cada colectivo. Se caracteriza por tener una cosmovisión propia, una concepción de salud-enfermedad; así como una forma de abordaje diagnóstico y terapéutico.

Esta corriente ha sido enriquecida, además, por reflexiones desde la biología teórica desarrollados por el Dr. Payán, en diálogo con la física cuántica, para unificarlas con la terapia neural con el fin de plantear nuevas vías epistemológicas. Esta corriente se aleja de la llamada “Tecnicista” que surgió en Colombia hacia la década de los 80’s” (29).

Consecuente con lo anterior, la medicina neuralterapéutica como parte de la medicina alternativa, es una estrategia que actúa sobre circuitos biológicos alterados por medio de la estimulación del sistema nervioso en lugares específicos en donde se encuentran

afectaciones que alteran los mecanismos de comunicación (30). En otras palabras, por medio de un diagnóstico de la historia de vida de un individuo, se identifican neurodistrofias que se individualizan y se tratan, permitiéndole al organismo que elabore y transforme dicha información almacenada con el fin de que se pueda autoorganizar y alcanzar su autocuración (30), (31).

6.5. Dolor y calidad de vida

El dolor como síntoma es una percepción subjetiva y compleja que compromete diferentes niveles y sistemas, ya que en esta sensación participan estímulos fisicoquímicos y psíquicos cuya función inicialmente es protectora, pero que cuando persiste puede convertirse en una enfermedad. Según la IASP, la definición de dolor propuesta desde hace más de un siglo plantea aspectos tanto sensoriales como emocionales en su definición, abarcando en ella como: “Aquella sensación o experiencia emocional o sensorial desagradable producida por una lesión presente o potencial” (32).

En la fisiopatología del dolor interviene indudablemente el sistema nervioso con sus estructuras y sus vías de conducción; sin embargo, es innegable la intervención de las emociones, siendo el dolor una unión interdependiente e inseparable de lo que los griegos llamaron: “Psique y soma” (32), (33).

Existe en nuestro sistema nervioso estructuras como los nociceptores, los cuales son receptores que están conformados de terminaciones nerviosas libres de distintas clases de

fibras, dentro de las que se encuentran: Las de conducción rápida o fibras A, las cuales son mielinizadas, las fibras B, que se encuentran poco mielinizadas y las fibras C o de conducción lenta, que no se encuentran mielinizadas (33). Los nociceptores pueden ser activados por temperatura, por presión o por estímulos de alta intensidad, ya sean mecánicos, térmicos o químicos. También pueden ser activados por estímulos internos inflamatorios o químicos que reciben el nombre de silenciosos o viscerales. Para la percepción somática o superficial se tienen receptores en la piel llamados exteroceptivos. En los tejidos musculares se denominan propioceptivos, en las vísceras se encuentran los visceroreceptores, en los grandes vasos o arterias los interoceptivos (33), (34).

De esta manera, anatómicamente estamos diseñados para percibir de manera similar el dolor de acuerdo a la estructura que se vea afectada o comprometida; sin embargo, a pesar de que somos anatómicamente similares, no somos idénticos ni física ni mentalmente. Siendo el dolor una de las manifestaciones de esa singularidad.

Lo simple o lo complejo de una sensación dolorosa es tan única, que no sería apropiado generalizar. Partiendo de esta singularidad, se hace indispensable dejar a un lado el dominio de un modelo orgánico y mecanicista que pretende deshumanizar el dolor y empezar a reconocer la particularidad del dolor en cada ser humano (35). Por lo tanto, se hace indispensable conectar el sufrimiento humano con la ciencia, mejorando aspectos como la calidad de vida en salud.

Teniendo en cuenta que existen un sin número de patologías que se relacionan con este síntoma de dolor, se hace importante la evaluación integral: Física, psicológica y emocional. Mirando al dolor desde una perspectiva más compleja: Como un todo orgánico, temporal, emocional, cognitivo y social; como aquella experiencia continua que interactúa con zonas comunes de interpretación relacionadas con la cultura, la historia y la conciencia individual (36). En otras palabras, se hace una invitación a mirar el dolor envuelto en algún significado que trae consigo una historia de vida.

De esta manera, el manejo del dolor para los profesionales en salud y para todo el sistema integrado de salud es un reto que merece toda la atención si se desea mejorar la calidad de la atención en salud, disminuir los costos médicos y hospitalarios e intervenir en los motivos de consulta más comunes, mejorando así la calidad de vida no solo de pacientes sino también, de sus familias y de su entorno social (37).

7. Metodología

Este estudio se llevó a cabo en la Unidad de Servicios de Salud El Tunal de Bogotá, de la Subred Integrada de Servicios de Salud en el área de consulta externa, se trata de un estudio descriptivo piloto en el que participaron 11 pacientes que fueron seleccionados aleatoriamente. La información analizada se recolectó en cada consulta médica, por lo que, al finalizar las 6 consultas de intervención, se recopilaron 66 historias clínicas. Al inicio del estudio se aplicó el cuestionario SF-36 y en cada consulta se evaluó dolor con escala EVA, posterior a las 6 intervenciones con terapia neural se realiza nuevamente la aplicación de la

escala SF-36 para evaluar la puntuación de calidad de vida al finalizar el tratamiento instaurado.

Durante el seguimiento a los pacientes se tuvieron en cuenta aspectos como el uso de analgésicos y otros medicamentos moduladores del estado de ánimo, el tipo, frecuencia de uso y cantidad de medicamentos para manejo de dolor; así como la evolución del síntoma de dolor referido por cada uno de los pacientes. Para el análisis estadístico de los resultados se usó el software estadístico para datos científicos Stata 13.0. Para la descripción de los datos se usaron medianas y rangos intercuartílicos que posteriormente han sido graficados y descritos en el presente estudio para posterior análisis.

7.1. Descripción del estudio

En este estudio se realiza una descripción de series de casos de pacientes que fueron referidos a la consulta de medicina neuralterapéutica por distintas especialidades médicas, los pacientes captados tenían en común síntomas de dolor de tiempo de evolución prolongado. En el presente estudio se evalúa específicamente el dolor y la calidad de vida de los pacientes al ingreso del estudio y post intervención con medicina neuralterapéutica. Los casos que se tienen en cuenta son aquellos que por asignación aleatoria cumplan con la totalidad de los criterios de inclusión y requieran valoración y manejo por medicina alternativa en el área de medicina neuralterapéutica bajo la modalidad de consulta externa en la Unidad de servicios de salud, Subred Sur del Hospital El Tunal.

Como instrumentos de medición se utilizó en los pacientes la escala SF-36 para valorar la percepción individual de su estado de salud y su calidad de vida, así como la Escala Analógica Visual (EVA) para la evaluación de dolor, datos que son registrados en cada historia clínica de los pacientes evaluados.

La encuesta SF-36 se aplicó en dos momentos al inicio del estudio y posterior al cumplir las 6 sesiones planteadas en el presente estudio. La escala EVA se aplicó en cada consulta médica a las distintas dolencias percibidas por los pacientes.

Posterior al cumplir las 6 sesiones de manejo mínimas planteadas, se analizan los datos recolectados en conjunto con epidemiología, con el fin de confirmar o refutar la hipótesis planteada, analizar el comportamiento de los parámetros evaluados y aportar algunas conclusiones que permitan ampliar las perspectivas en cuanto al manejo de pacientes tratados con medicina neuralterapéutica, de esta manera plantear con argumentos una apertura a la discusión académica para análisis de especialistas en el área y en otros ámbitos del sector salud.

7.2. Criterios de inclusión

Los siguientes son los criterios de inclusión para el presente estudio:

- ❖ Adultos de ambos sexos, quienes asistan a la consulta de manera ambulatoria con síntomas de dolor remitidos por las demás especialidades médicas en el marco del sistema de atención en salud del régimen subsidiado o por convenios institucionales educativos.

- ❖ Pacientes quienes deseen realizar manejo con medicina neuralterapéutica y firmen el consentimiento informado de primera vez.
- ❖ Pacientes con algún grado de alteración en su calidad de vida secundaria a alguna afectación en su salud: Física, mental y/o emocional.
- ❖ Pacientes que se encuentren sin enfermedades agudas que impliquen un riesgo vital, que medicamente se valoren y se encuentren hemodinámicamente estables.

7.3. Criterios de exclusión

Los siguientes son los criterios de exclusión para el presente estudio:

- ❖ Pacientes menores de edad.
- ❖ Pacientes en estado de gestación.
- ❖ Pacientes quienes no den su consentimiento para manejo.
- ❖ Pacientes analfabetas.
- ❖ Pacientes que presenten un compromiso hemodinámico importante en su estado de salud.
- ❖ Pacientes que se encuentren en alguna condición clínica que implique algún riesgo vital.
- ❖ Pacientes que presenten contraindicaciones para manejo con terapia neural.
- ❖ Pacientes que se pierdan del seguimiento médico, sea por cambio de lugar de

residencia o que abandonen el tratamiento por cualquier causa.

- ❖ Pacientes con deterioro cognitivo, cuya condición no permita valorar su propia salud.

7.4. Recolección de datos

Inicia con la aceptación de manera verbal y escrita de la participación al presente estudio de los pacientes quienes cumplan con los requisitos de ingreso ya mencionados. Se realiza el diligenciamiento del consentimiento informado por parte del paciente en el cual se explica las intenciones del estudio, así como las actividades y tiempos para la realización de la consulta médica con los instrumentos de evaluación a aplicar. Posteriormente se le pide al paciente diligenciar la encuesta SF-36 inicial, informándole de manera expresa que los datos registrados serán tratados de forma confidencial solamente con fines de evaluación descritos en el presente estudio. Al finalizar la encuesta, se ingresa al paciente a la consulta médica en donde se le atenderán sus motivos de consulta de manera habitual teniendo en cuenta el modelo de historia clínica en la consulta de terapia neural, la cual se registra detalladamente en el sistema de información que hace parte del Hospital el Tunal, siendo importante dentro de esta información detallar la historia de vida de cada paciente, en ella, se tiene en cuenta la descripción de cada síntoma referido por el paciente con su respectiva valoración EVA.

Para el presente estudio se define toma de datos como: Identificación personal, nombre del paciente, edad, género, valor EVA promedio pre intervención, grupo farmacológico de analgésicos al ingreso, cantidad y frecuencia de uso de los mismos, valor de encuesta SF-36 inicial global, así como la puntuación por cada dimensión: Puntaje en la dimensión función

física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y un aspecto adicional que es la evolución de salud percibida por el paciente en el último año.

La consulta médica se lleva a cabo de manera habitual según la normativa y condiciones vigentes en el Hospital el Tunal, respetando los tiempos destinados para la misma. En la primera consulta médica como en los controles posteriores se diligencia el formato de historia clínica en el sistema de información del Hospital el Tunal, en donde se registra la información detallada de cada paciente de acuerdo a un modelo propio de historia clínica neuralterapéutica. Posterior a las 6 intervenciones con medicina neuralterapéutica, se les solicita a los pacientes evaluados diligenciamiento de encuesta SF-36 por segunda vez, con el fin de recolectar los datos para realizar un análisis comparativo de estas puntuaciones con respecto a la inicial.

En el presente estudio se tienen en cuenta en una segunda instancia datos como lo son: EVA en promedio pos intervenciones, puntaje en la escala SF-36 total posterior a las 6 intervenciones, así como los puntajes en sus respectivas 8 dimensiones o roles de la escala de calidad de vida en la cual se evalúa el puntaje de cada variable: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y el aspecto evolución declarada de salud al finalizar manejo.

7.5. Estrategia de seguimientos

El seguimiento se realiza a los pacientes en cada consulta de control, como estrategia se plantea: Contacto vía telefónica constante ante cualquier inquietud con respecto a su salud y a la terapia instaurada, de esta manera se pretende minimizar las inquietudes que surjan

durante el proceso. De igual manera se usa este medio de comunicación para recordar próxima cita de seguimiento médico.

También se propone el diligenciamiento de un formato único individual para el seguimiento de pacientes el cual se encuentra en los anexos del presente documento. El modelo de seguimiento de pacientes propuesto pretende llevar un registro del paciente atendido con fecha de consulta, número telefónico, edad, género, número de identificación, analgésicos administrados al inicio y al final del presente estudio por grupo farmacológico, dosis y frecuencia de uso, además se incluye el tipo de intervención neuralterapéutica realizada.

7.6. Consideraciones éticas

Este trabajo con fines de investigación se presenta ante el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, de acuerdo a las disposiciones éticas previstas en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Ley 84 de 1989. (38).

Con respecto a los aspectos éticos a tener en cuenta en el desarrollo y ejecución del presente proyecto de investigación se considera que:

- 1.** Este proyecto está clasificado como investigación de riesgo mínimo, según las características establecidas en el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social.

2. En el presente trabajo se garantizará la confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes que hagan parte del grupo de estudio, las cuales reposan en el sistema de información de historias clínicas digitales del Hospital. Se tiene en cuenta el diligenciamiento del formato de consentimiento informado por parte del paciente previa explicación del protocolo de manejo que se realizará en la consulta médica de primera vez a todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión para el estudio en mención. Se les informará de la existencia de este formato, las implicaciones y los riesgos a los cuales se van a enfrentar.

3. En la consulta médica de primera vez se deja claro que tipo de manejo se les dará a los datos consignados, estableciendo un acuerdo verbal y escrito bajo el formato de consentimiento informado. Se promulgará el trato digno a la persona y la confidencialidad del registro de datos, se explican las complicaciones y se establece un número de contacto con el investigador en caso de presentarse alguna duda con respecto al manejo dado en la consulta externa.

4. A los pacientes que entren en el presente estudio se les realiza seguimientos médicos periódicos establecidos en formato de seguimiento para los controles posteriores; los cuales son de gran importancia para el presente estudio.

5. El presente estudio no implica dilemas éticos, ya que los pacientes se encuentran bajo tratamiento médico en el servicio de medicina alternativa área de terapia neural, en consulta

externa de la Unidad de servicios de salud en la subred sur del Hospital El Tunal.

6. El presente estudio no tiene impacto ambiental ni en condiciones de bioseguridad ya que se trata de un estudio retrospectivo.

7. Se anexa consentimiento informado que se usará para la realización de historias clínicas e inclusión de pacientes en el manejo de terapia neural en la Unidad de servicios de salud, Hospital El Tunal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

8. Resultados

En el presente estudio se incluyeron 11 pacientes los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión. Los datos se recolectaron en un periodo de tiempo en promedio de 11 meses, la base de datos se construyó a partir del historial clínico de cada uno de los casos (N=11), de un número de consultas de 6 para un total de 66 historias clínicas. En la totalidad de los casos la información de la evaluación de las escalas previas y post intervenciones se diligencio de manera completa y correcta con previa firma de consentimiento informado por parte de los pacientes.

En ninguno de los casos, se omitió la evaluación de dolor de alguno de los síntomas adicionales, por tanto, se incluyó en la revisión sistemática la evaluación de dolor del motivo de consulta principal (por el cual se remite) y los motivos de consulta adicionales. Además, es de señalar que previo al estudio y en cada consulta médica se llevó un registro de los medicamentos usados en cada paciente para manejo del dolor, incluyendo dosis y frecuencia

de uso. Para la creación de la base de datos, se agruparon cada uno de los síntomas de dolor referenciados por sistemas: Cabeza y ORL, miembros superiores (cintura escapular, hombros, brazos, antebrazos, manos), tórax, vísceras (toracoabdominopelvicas), miembros inferiores (cintura pelviana, cadera, glúteos, muslos, rodillas, piernas, tobillos, pies), columna (cervical, dorsal, lumbosacra). Para posterior cálculo de Eva promedio de cada uno de los sistemas registrados.

Los diagnósticos sindrómicos de los pacientes, se adjuntan en la tabla 1, los cuales fueron registrados en cada historial clínico desde el momento inicial hasta la terminación del presente estudio, por tal razón, el número de diagnósticos por paciente es variable, lo que indica que los diagnósticos se fueron modificando en el seguimiento médico de acuerdo a la condición clínica del paciente y que además se presentó en más de un caso un registro clínico en el que se contaba con más de un solo diagnóstico sindrómico.

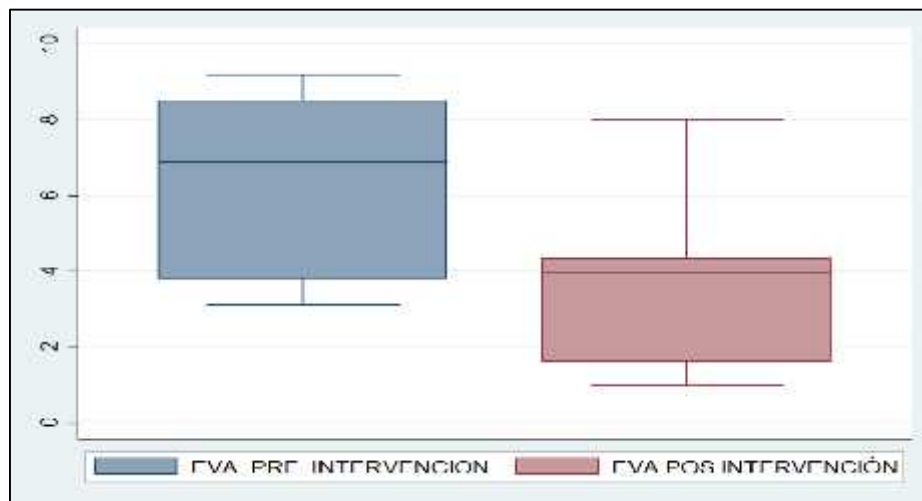
Tabla 1. Diagnóstico sindrómico de pacientes a quienes se les intervino con medicina neuralterapéutica.

Diagnósticos Sindrómicos	CIE 10	N=
Dolor en articulación	M255	9
Cervicalgia	M542	6
Dolor en miembro	M796	6
Lumbago	M545	5
Dolor abdominal superior	R101	3
Trastorno interno de la Rodilla	M239	3
Síndrome de abducción dolorosa de hombro	M754	2
Radiculopatía	M541	2
Sacroilitis, no clasificada en otra parte	M461	2
Dolor en el pecho, no especificado	R074	1
Cefalea	R51x	1
Otros dolores abdominales	R104	1

Con relación a la medición de dolor se usó: Escala Visual Análoga (EVA), pre y post intervenciones. Estimando un promedio EVA calculado para el presente estudio con una mediana inicial de 6.9 con un RIQ de 3.8 – 8.5 para dicha escala, de igual manera se promedia EVA post intervenciones encontrando una mediana de 3.95 con un RIQ de 1.6-4.34, con una $p > |z| = 0.0038$. Variación que estadísticamente resulta ser significativa.

En la siguiente gráfica 1. Se representa el comportamiento del dolor de las escalas EVA pre y post intervenciones.

Gráfica 1. Comportamiento del dolor mediante Escala Visual Análoga (EVA) pre y post tratamiento: EVA inicial: 6.9 (RIQ: 3.8 - 8.5) EVA final: 3.95 (RIQ: 1.6 - 4.34).



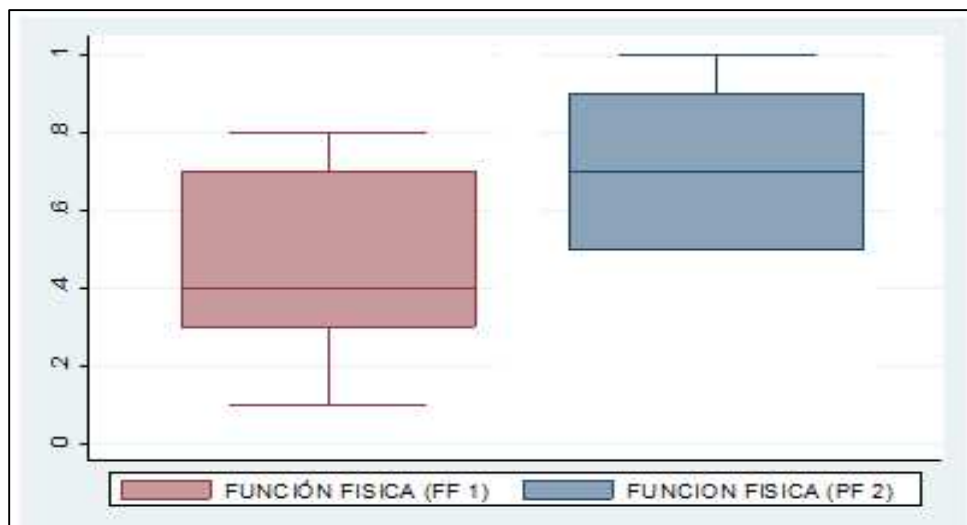
Para la medición de la calidad de vida en relación a la salud, se usó la escala de evaluación: Short form healthy survey (SF-36), en dos momentos: Antes de iniciar el estudio y posterior a las 6 intervenciones realizadas a cada uno de los pacientes, con el fin de evaluar de manera global la calidad de vida y cada uno de los roles o dimensiones que hacen parte de la

evaluación, más el aspecto de evolución declarada de salud (EVDS). Para la evaluación de calidad de vida se incluyen 8 roles o dimensiones, que se analizaron en cada uno de los casos.

Para evaluar las dimensiones de la escala SF-36, se tomaron los datos respectivos para cada dimensión, encontrando que para el área de función física (FF), el valor inicial fue de 0.4 (RIQ: 0.3 - 0.7), con un valor posterior al final del estudio de 0.7 (RIQ: 0.5 - 0.85).

Indicando con este resultado una variación de $p > |z| = 0.0033$, estadísticamente significativo ($p < 0.05$) para esta dimensión como se ilustra en la gráfica 2.

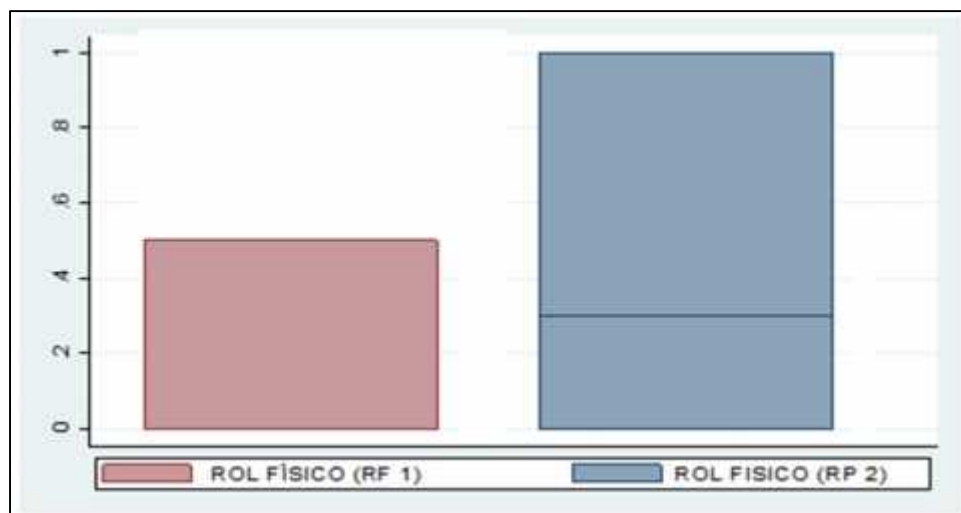
**Gráfica 2. Comportamiento de la Función Física pre y post tratamiento:
FF1: 0.4 (RIQ: 0.3 - 0.7), FF2: 0.7 (RIQ: 0.5 - 0.85).**



En relación con la evaluación del rol físico (RF), los resultados de la mediana inicial al estudio fueron de 0 (RIQ: 0 - 0.5), con un resultado de mediana final de 0.25 (RIQ: 0 - 1). Siendo la variación estadística escasa con una $p > |z| = 0.0655$. Lo que nos indica un aumento estadístico para esta dimensión no significativo.

El comportamiento para esta dimensión se ilustra en la gráfica 3.

**Gráfica 3. Comportamiento del Rol Físico pre y post tratamiento:
RF1: 0 (RIQ: 0 - 0.5), RF2: 0.25 (RIQ: 0 - 1).**



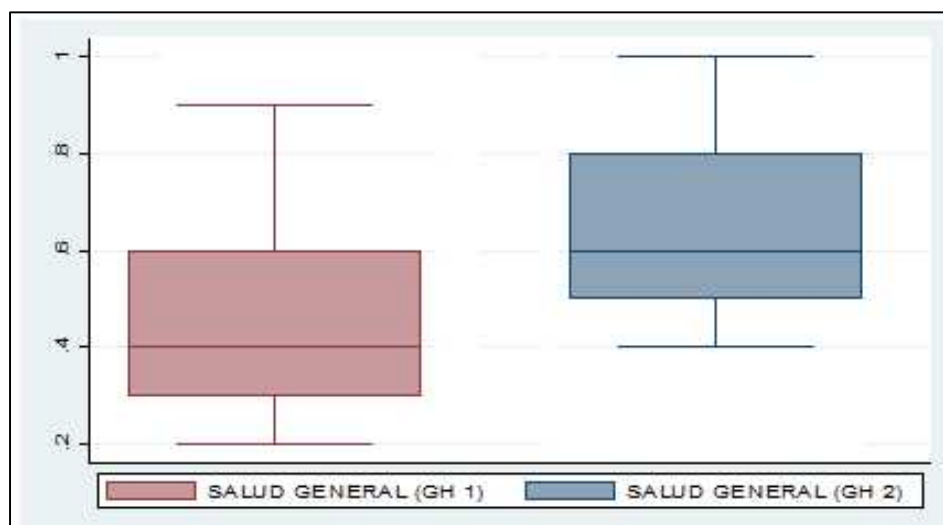
Con respecto al dolor corporal (BP), se evidenció una variación estadísticamente significativa, ($p < 0.05$). Con un resultado de una mediana inicial en la dimensión de dolor al inicio del estudio de 0.25 (RIQ: 0.13 - 0.65) con una mediana post intervenciones para la dimensión dolor corporal de 0.58 (RIQ: 0.33 - 0.78), $p > |z| = 0.0127$. Como se ilustra en la gráfica 4.

**Gráfica 4. Comportamiento del dolor corporal pre y post tratamiento:
BP1: 0.25 (RIQ: 0.13 - 0.65), BP2: 0.58 (RIQ: 0.33 - 0.78).**



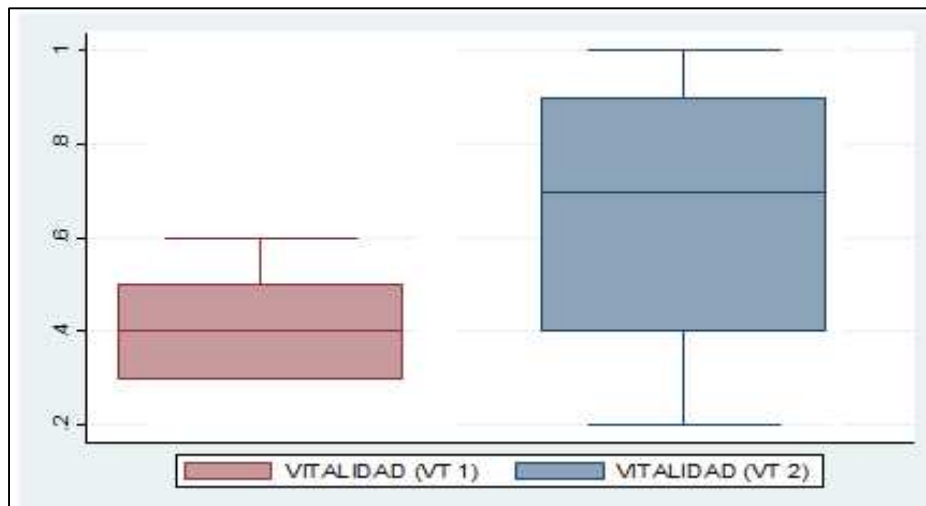
En cuanto a la escala de salud general (GH), los pacientes presentaron una mediana inicial de 0.35 (RIQ: 0.25 - 0.55), con una mediana final de 0.55 (RIQ: 0.45-0.8), diferencia $p > |z| = 0.0033$, con relevancia estadística significativa ($p < 0.05$). Ilustrada en la gráfica 5.

**Gráfica 5. Comportamiento de la Salud General pre y post tratamiento:
GH1 inicial 0.35 (RIQ: 0.25 - 0.55), GH2: 0.55 (RIQ: 0.45 - 0.8).**



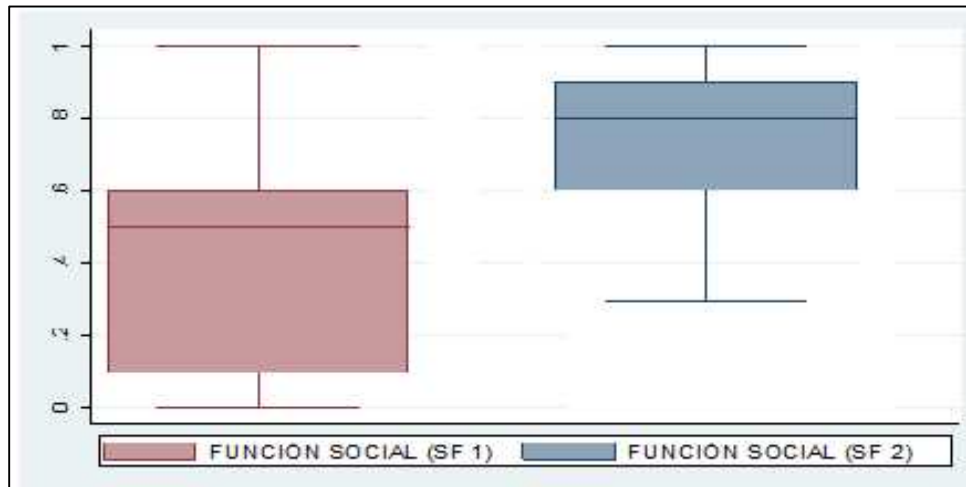
En la dimensión de vitalidad (VT), los pacientes presentaron una mediana pre intervención de 0.4 (RIQ: 0.3 - 0.45). Obteniendo un valor post intervenciones en relación a esta escala de 0.65 (RIQ: 0.35 - 0.85). Con una $p > |z| = 0.0143$, variación con relevancia estadística para esta dimensión la cual se representa en la gráfica 6.

Gráfica 6. Comportamiento en la dimensión de Vitalidad pre y post tratamiento: VT1: 0.4 (RIQ: 0.3 - 0.45), VT2: 0.65 (RIQ: 0.35 - 0.85).



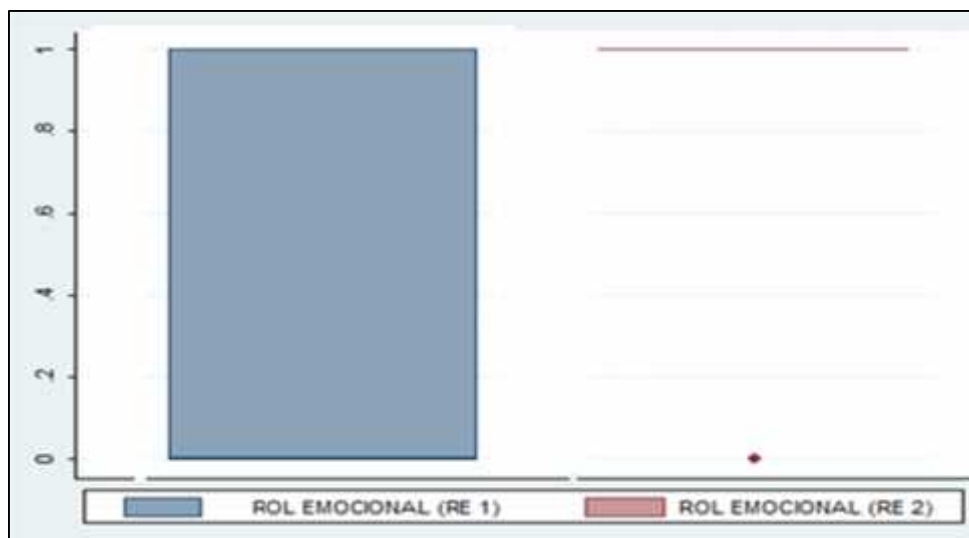
En la dimensión de función social (SF), al inicio del estudio se presentó una mediana de 0.5 (RIQ: 0.13 - 0.63), que comparativamente con el valor de mediana post intervenciones es de 0.75 (RIQ: 0.63 - 0.88), lo que nos indica una variación $p > |z| = 0.0168$. Siendo estadísticamente $p < 0.05$. Resultados que se ilustran en la gráfica 7.

Gráfica 7: Comportamiento en la dimensión de Función Social pre y post tratamiento: SF1: 0.5 (RIQ: 0.13 - 0.63), SF2: 0.75 (RIQ: 0.63 - 0.88).



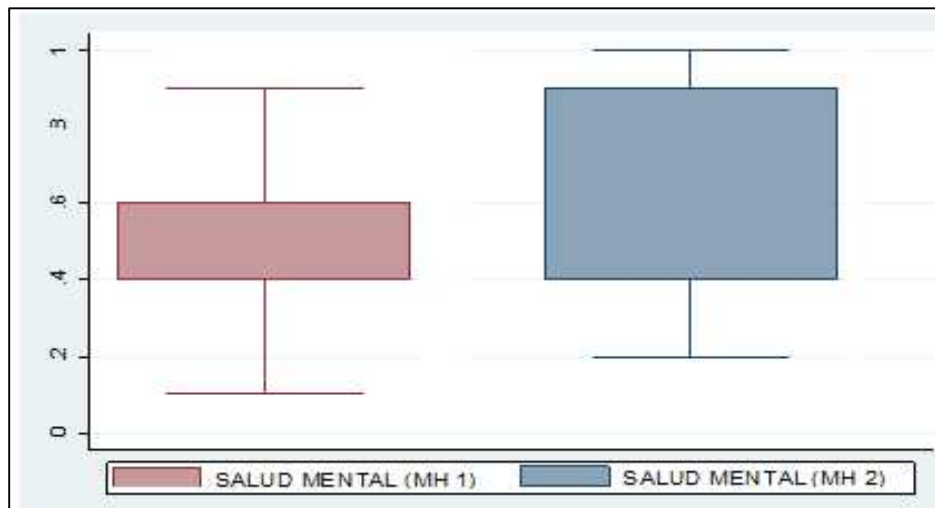
En relación con el rol emocional (RE), al inicio del estudio se presenta una mediana de 0 (RIQ: 0 - 1), con un valor post intervenciones de 1 (RIQ: 1 - 1). Cuya probabilidad $p > |z| = 0.0152$, siendo p estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Resultados que se representan en la gráfica 8.

Gráfica 8. Comportamiento en el Rol emocional pre y post tratamiento: RE1: 0 (RIQ: 0-1) vs RE2: 1 (RIQ: 1-1)



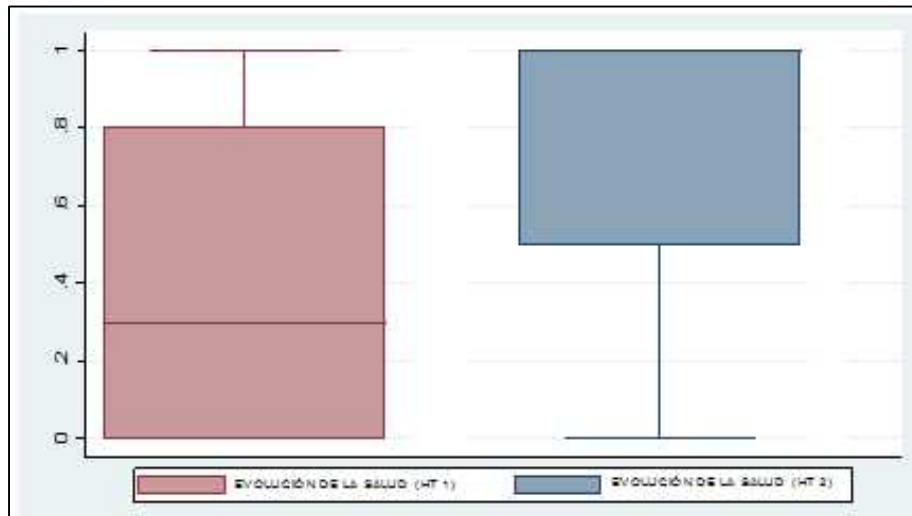
En la dimensión de salud mental (MH), la mediana inicial al estudio es de 0.44 (RIQ: 0.36 - 0.6). Con un valor post intervenciones de 0.76 (RIQ: 0.4 - 0.88). Lo que evidencia una variación pre y post intervenciones estadísticamente significativa con una $p > |z| = 0.0207$, siendo $p < 0.05$, como se representa en la gráfica 9 para la dimensión de salud mental.

Gráfica 9. Comportamiento en la dimensión de Salud Mental pre y post tratamiento: MH1 inicial: 0.44 (RIQ: 0.36 - 0.6), MH2: 0.76 (RIQ: 0.4 - 0.88).



Finalmente, en la escala SF-36 se tiene en cuenta la variable de evolución declarada de salud (HT), cuya mediana inicial pre intervenciones es de 0.25 (RIQ: 0 - 0.75), que comparativamente al final de las 6 intervenciones realizadas es de 1 (RIQ: 0.5 - 1). Con una $p > |z| = 0.0101$. Variación con significancia estadística ($p < 0.05$) para esta variable, representada en la gráfica 10.

Gráfica 10. Comportamiento de la Evolución de Salud pre y post tratamiento: EVDS HT1: 0.25 (RIQ: 0 - 0.75), HT2: 1 (RIQ: 0.5 - 1).



Con los datos mencionados anteriormente de la escala SF-36 en la cual se analizan cada una de las dimensiones, se realiza una valoración global de calidad de vida. Encontrando un valor de SF-36 inicial de 33 (RIQ de 27.5 - 46.75), que comparativamente con el valor de la escala SF-36 global post intervenciones de 69.25 (RIQ: 34.62 - 88.25). Resultados que evidencian un cambio en la puntuación final de SF-36 estadísticamente significativo.

A continuación, se ilustra en la gráfica 11 el comportamiento de evaluación en la escala global de calidad de vida

Gráfica 11. Comportamiento de la valoración global de calidad de vida pre y post tratamiento: SF1: 36:33 (RIQ de 27.5 - 46.75), SF2-36: 69.25 (RIQ: 34.62 - 88.25).



9. Análisis de Resultados

Los anteriores resultados indican una variación importante en los reportes pre y post tratamiento con medicina neuralterapéutica. En el análisis realizado por dominios de la escala SF-36, los resultados nos indican una variación estadísticamente significativa en las distintas dimensiones a excepción del rol físico (RF), para este dominio, se supera la p estadística ($p > 0.0655$), existiendo para esta dimensión una variación clínica importante percibida por los pacientes en relación con los problemas presentados en el trabajo y en otras actividades diarias como resultado de la salud física evaluada en los 4 ítems designados para este rol, mas no una variación estadística representativa ($p > 0.05$).

En los siguientes 7 dominios se encontró relevancia clínica y estadística concordante que evidencian el impacto en la calidad de vida de los pacientes evaluados con porcentajes en

escala de calidad de vida SF-36 inicial al estudio que van desde el 16.87% al 69.87%. Lo cual comparativamente con los resultados obtenidos al final del estudio, se analizan porcentualmente en valores que van del 30.75% al 90.5%.

Por otra parte, en el seguimiento clínico realizado a los pacientes se pudo evidenciar que la dimensión Función física (FF), está estrechamente relacionada con el rol físico (RF) y dolor corporal (BP), puesto que aquellos pacientes quienes presentaron un dolor más intenso, fueron quienes reportaron una mayor limitación para realizar actividades diarias como bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar peso, realizar esfuerzos moderados e intensos, así como mayores inconvenientes en sus actividades laborales.

De igual manera, los resultados obtenidos evidencian un hecho constante en aquellos pacientes con dolor crónico severo o muy severo y puntaje bajo en la dimensión de SF-36 para salud mental (SM), pues son quienes con mayor frecuencia presentaron puntajes muy bajos en el dominio de sensación de energía o vitalidad (VT), y en el dominio de función social (FS). En cuyos casos la puntuación de calidad de vida por dimensión respectiva se vio deteriorada; poniendo en evidencia la estrecha relación entre los dominios de salud mental, rol emocional y función social, puesto que en los casos en donde se presentó un porcentaje alto en salud mental, se evidenció un mejor desempeño en los otros dos dominios, situación que nos indica una estrecha relación existente entre el dolor y la dimensión de salud mental, así como la correlación entre el grado de severidad de dolor y el grado de afectación en la calidad de vida en los pacientes evaluados.

En base a estos resultados se puede inferir que la totalidad de los pacientes evaluados presentaron una variación ascendente en la escala de 0 a 100, posterior al tratamiento con medicina neuralterapéutica. Siendo el resultado de la valoración global en calidad de vida, representado por una mediana inicial de 33 vs un 69.25 posterior al uso de medicina neuralterapéutica, lo que indica un aumento porcentual del 36.25% en la escala SF-36 al final del presente estudio.

Por otra parte, en la evaluación de dolor mediante escala EVA, se puede inferir por los resultados aquí presentados que al inicio de este estudio la mediana de dolor se clasificó como un dolor severo o muy severo, con un promedio estimado en 6.9/10, siendo este valor un representativo promedio de todas las dolencias corporales evaluadas en terapia neural. Sin embargo, al finalizar el tratamiento la escala EVA promedio obtenido fue de 3.9/10, para una clasificación de dolor moderado. Lo cual indica que la variación presentada es estadística y clínicamente representativa, siendo el porcentaje de pacientes con dolor controlado: EVA 4/10 del 63.63%. Es decir, más de mitad de los pacientes reportaron un dolor leve o controlado al final del presente estudio.

Consecuente con la mejoría del dolor, a pesar de que este estudio no está enfocado en valorar la parte terapéutica farmacológica, en cuanto al consumo de medicamentos para manejo de dolor, se pueden apreciar variaciones considerables durante el seguimiento clínico realizado en cada intervención. Lo cual fue gradualmente progresivo, teniendo en cuenta que más de la mitad de los pacientes no necesitaron tomar sus dosis habituales de medicamentos al

finalizar las intervenciones pese a que fueron prescritos a los pacientes. Como se indica a continuación en Tabla 2. Figura 1 y Tabla 3. Figura 2.

Tabla 2. Figura 1: Fármacos prescritos a los pacientes para manejo de dolor.

GRUPO FARMACOLÓGICO			
Opioides	Moduladores del ánimo	Coadyudantes	aines
Tramadol	Amitrptilina	Metocarbamol	Naproxeno
Codeína	Sertralina	Cannabis gotas	Diclofenaco
Hidrocodona	Paroxetina	Ungüentos tópicos	Ibuprofeno

Tabla 3. Figura 2: Variaciones en el consumo de fármacos al final del tratamiento.

ASPECTO EVALUADO	No. CASOS	%
Disminución de cantidad y frecuencia de uso	6	54,5
Disminución en la frecuencia de uso	3	27,2
No uso de medicación	1	9
Cambio de medicación	1	9
TOTAL	11	100

De esta manera, los resultados aquí presentados indican que la intervención realizada con medicina neuralterapéutica en los pacientes de la Unidad de Servicios de Salud El Tunal de Bogotá, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur en el área de consulta externa, es favorable para el control de dolor de distinta etiología y que además los pacientes tratados mejoraron su calidad de vida. Resultados que son respaldados por otros estudios reportados en la literatura en donde existe la evidencia de la efectividad de la terapia neural con estudios de diseño transversales, casos y controles, estudios comparativos y multicéntricos (39), (40), (41), (42). Como observación adicional, en el presente estudio se encuentra que la mayoría de causas de dolor son de origen musculoesquelético, lo cual posee un precedente en los resultados obtenidos con estos hallazgos que de igual manera se han reportado en otras investigaciones con análisis estadísticos y clínicos confiables (43), (44).

10. Discusión

La creciente necesidad de buscar estrategias que mejoren el dolor no solo como síntoma sino en el contexto de calidad de vida nos motivó a realizar esta primera investigación, en la que no solo se evalúan las modificaciones en la escala de percepción de dolor, sino que adicionalmente se evalúa la calidad de vida a través de la escala validada SF-36, cuyos resultados concuerdan con los reportes presentados por otros estudios realizados y presentados en la literatura en los que se evalúa la efectividad de la terapia neural en el manejo de dolor de distinta etiología. En varios de ellos teniendo en cuenta una muestra mayor de pacientes con periodos de tiempo en el seguimiento clínico mucho más amplios; sin embargo, al igual que en el presente estudio se evidenció una tendencia a la mejoría

clínica post tratamiento con medicina neuralterapéutica. Siendo en la mayoría de pacientes las principales causas de dolor de origen musculoesquelético (44), (45), (46).

De igual manera, se pueden comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones previas realizadas y encontradas en la literatura en cuanto a la mejoría del dolor, el grado de satisfacción post tratamiento, la reducción en el uso de fármacos que conlleva a menores costos para el sistema de salud, así como menores reacciones adversas, mejorando de esta manera las expectativas en la salud en general y la calidad de vida de los pacientes (44), (45), (46), (47).

Todos estos hallazgos que clínicamente se hacen evidentes posterior al uso de medicina neuralterapéutica, han sido explicados en varios estudios por mecanismos neuroinmunofisiológicos, así como del nervismo ruso y de otros aportes realizados desde la escuela alemana y colombiana a la medicina neuralterapéutica. Fundamentados en la capacidad del sistema nervioso de ser el rector e integrador de todas las funciones fisiopatológicas en el organismo (nervismo) (48); y en esta medida, el tipo de intervención realizada busca mejorar los mecanismos de regulación y adaptabilidad en un momento determinado para este sistema. Siendo la procaína usada en medicina neuralterapéutica como el impulso que estimula al sistema nervioso a generar un cambio reflejo en los mecanismos de autorregulación que constantemente se presentan en el organismo (48), (49).

Para el caso de dolor crónico, la terapéutica instaurada se usó para modular y/o extinguir la irritabilidad patológica almacenada y procesada en el sistema nervioso (50), interrumpiendo

de esta manera el círculo vicioso de dolor. Siendo uno de los posibles mecanismos de acción del fenómeno observado, la modificación de la respuesta inflamatoria presente, modulando la liberación de mediadores inflamatorios y citoquinas como: El TNF, IL-1, MSH, glucocorticoides, HMGB1, IL-10 y otros mediadores relacionados con la cascada de inflamación (51), (52), (53), (54).

En este trabajo de investigación a diferencia de otros estudios del dolor realizados anteriormente como por ejemplo en los trabajos de Vinyes, Fischer y colaboradores (55), (56). Se evalúa de manera más amplia la salud en general, incluyendo a la escala SF-36 validada para Colombia como instrumento para evaluar cada dimensión de salud global, más el aspecto del grado de evolución declara de salud. Datos que se registran de forma personalizada por cada uno de los pacientes, para luego puntuar las respuestas obtenidas y analizar de manera objetiva las escalas de valoración subjetiva. Lo que genera dos evaluaciones: Dolor y calidad de vida, de una muestra que ha sido tomada de la consulta médica habitual del servicio de consulta externa.

Dentro de las limitantes principales en este estudio están: El tipo de diseño, puesto que no es un estudio de casos y controles, ni es un estudio multicéntrico, que permita analizar de manera controlada y amplia si la mejoría tanto en dolor como en la calidad de vida se presentó por el manejo con medicina neuralterapéutica o por otras circunstancias; por tal razón la ausencia de grupos de control nos da la posibilidad de sesgos. De igual manera en la presente investigación no se tienen en cuenta en los criterios de inclusión el tiempo de evolución del cuadro clínico previo al manejo, ni tampoco se explora por el manejo con otras

terapias previas al estudio, lo que consideramos como un posible sesgo para esta investigación- Por otra parte, el tamaño de la muestra no permite determinar con exactitud si el efecto específico de la medicina neuralterapéutica puede reproducirse a un grupo poblacional más amplio; sin embargo, no se considera que los resultados expuestos en el presente estudio se deban a una mejora espontánea, puesto que anterior al tratamiento con medicina neuralterapéutica los pacientes presentaban cuadros de dolor crónico y alguna afectación en su calidad de vida que previo al estudio fue valorada, presentando cambios estadísticamente significativos posterior a la intervención.

Para esta investigación en comparación con otros estudios, no se tuvieron en cuenta para el análisis de resultados el sexo de los pacientes ni grupos etarios, tampoco el número de síntomas al ingreso del estudio, pues la mayoría de pacientes que acuden al servicio de consulta son de sexo femenino. Que en el presente estudio el equivalente al 90.9% de la muestra son mujeres, la edad comprendida de los pacientes oscila entre los 32 y 68 años, siendo el primer motivo de consulta prevalente el dolor de origen osteomuscular. Sin embargo, cabe resaltar que, en este estudio a diferencia de otras investigaciones, en todos los casos se incluyeron todos los motivos de consulta referidos por los pacientes, haciendo el seguimiento en cada consulta de control de todos los síntomas reportados, siendo importante para nosotros como grupo de investigación el reconocimiento y el acompañamiento médico realizado a cada uno de los pacientes en su experiencia compleja del sufrimiento.

Por lo tanto, en este estudio, se permite entender desde la medicina neuralterapéutica todas las interrelaciones asociadas al proceso de enfermar; y de esta manera se observa a la enfermedad como un suceso que puede ser orgánico o psicológico generado por un estímulo irritativo que puede estar localizado en un órgano o en un lugar a distancia del sitio de la manifestación clínica, incluso puede encontrarse en un sitio no tangible, como en su esfera emocional o psicológica (57).

En todos los casos los pacientes que fueron admitidos en el presente estudio cumplieron con los criterios de inclusión y venían de un proceso de valoraciones por otras especialidades médicas sin presentar mejoría.

Por otra parte, en el presente estudio se destaca la importancia de la valoración del dolor antes, durante y después del tratamiento, debido a la importancia y utilidad desde el punto de vista de la terapia neural, puesto que, después de una intervención consideramos que el individuo sufre un proceso de reorganización de todo el organismo en su totalidad (Speranky, A.D.1954) (58), que se hace posible mediante un sistema de circuitos reguladores que se encuentran entrelazados y son interdependientes, generando una retroalimentación positiva o negativa en un momento determinado para el organismo. Dicha retroalimentación dependerá de sistemas de comunicación de señales por las cuales nuestro organismo interactúa constantemente consigo mismo y con el medio ambiente (59).

11. Conclusiones

La medicina neuralterapéutica como sistema médico complejo es un apoyo complementario para el tratamiento de manera global de diversas patologías que cursan con dolor. Siendo de gran importancia en la mejoría clínica de aquellos pacientes que cursan con dolor crónico de distinta etiología, por lo que se sugiere considerar este tipo de enfoques en el manejo de pacientes con dolor, que sean incluyentes, eficaces, sostenibles, ayudando con ello a disminuir las barreras culturales, educativas, políticas y económicas (59), (60).

Este estudio permite demostrar que la medicina neuralterapéutica es una estrategia clínica útil en el manejo de dolor crónico, pues influye directamente en la modulación del dolor a través de mecanismos de inhibición y excitación del sistema nervioso, quien es el coordinador del resto de sistemas en el organismo, el cual por medio de sistemas de comunicación envía señales que permiten contribuir en la disminución y en algunos casos eliminación del síntoma de dolor percibido por los pacientes, logrando un EVA controlado; y que además mejora la escala de calidad de vida de los individuos. Atendiendo con ello a la necesidad del personal de salud de encontrar un manejo multicausal del sufrimiento no centrado únicamente en el tratamiento del dolor en su dimensión física, permitiendo tener mayor conciencia de las múltiples dimensiones de la experiencia algida, y como a través de la intervención neuralterapéutica podemos intervenir positivamente en la mejoría de cada rol particular que hace parte de la calidad de vida global de un individuo (61).

Así mismo, la medicina neuralterapéutica contribuye en la disminución en el consumo de fármacos usados para paliar el dolor, disminuyendo la posibilidad de presentar reacciones

medicamentosas y sobrecostos para el sistema de salud.

Por ser este, un estudio de reporte de casos, la finalidad no es encontrar una asociación causal como si se haría en otro tipo de estudios. Pero si, atender a una problemática y evidenciar una realidad experimentada por los médicos quienes realizamos medicina neuralterapéutica diariamente.

Con base a los resultados obtenidos en esta investigación se puede inferir que tanto la calidad de vida como el dolor tuvieron una variación relevante en los pacientes evaluados en la Unidad de consulta externa del Hospital el Tunal de la Sud red Sur, confirmando con ello la hipótesis planteada al inicio del presente estudio, con una significancia estadística en los dos aspectos evaluados.

12. Notas adicionales

No es posible generalizar estos resultados a otras poblaciones similares, por lo que se esperaría el desarrollo de otras investigaciones que permitan ampliar el conocimiento acerca de los mecanismos de acción y los efectos de la medicina neuralterapéutica en el manejo de dolor y la influencia en los distintos roles que hacen parte de la calidad de vida, encaminadas en abrir espacios para la discusión académica que permitan mejorar la atención en salud, por el bien de nuestros pacientes y de nuestra sociedad.

Uno de los grandes retos en realizar este estudio, fue precisamente el de integrar la visión sintética de la medicina alternativa neuralterapéutica con la visión convencional analítica de la medicina y la estadística. Para lograr consensuar se requirió de la opinión de profesionales en las áreas correspondientes y del estudio de las mismas para lograr establecer una dinámica que integre la subjetividad y la objetividad, por lo que se estableció los instrumentos multidominio de medición planteados en el presente estudio, lo que hace posible determinar la naturaleza de un cambio en la puntuación por dominio y en la salud general de un individuo.

Los resultados nos señalan un panorama positivo para la medicina neuralterapéutica en el manejo de dolor de cualquier etiología. La evidencia nos muestra una modulación significativa del dolor y mejoría en la calidad de vida global de un individuo. Los mecanismos que pueden explicar dicho efecto están basados en la neuroinmunofisiología moderna bajo el modelo de sistemas médicos complejos, dinámicos, con aportes de varias especialidades de la ciencia como la física cuántica, las matemáticas no lineales, entre otras.

La hipótesis planteada en la presente investigación, pretende ser una guía para que otros se animen a ampliar el presente estudio y proponer otras estrategias para la valoración de los efectos producidos por la medicina neuralterapéutica en relación con la salud.

13. Anexos

Modelo de consentimiento informado consentimiento informado para participantes del estudio medicina alternativa: Neuralterapéutica

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza del estudio clínico; así como de su papel en él como participantes. La presente investigación clínica es conducida por: _____ de la Universidad Nacional de Colombia, siendo la meta de este estudio: *Valorar si existe alguna relación positiva entre la terapia neural, el dolor y la calidad de vida de los pacientes que asisten a nuestra consulta externa.*

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contar con unos 30 minutos de su tiempo para ser atendido por el médico permitiendo el manejo de sus datos que hacen parte de su historia de vida, a los cuales se les dará un manejo confidencial y no serán usados para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Se le pedirá responder preguntas para diligenciar datos de una encuesta que tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo, los datos recolectados se guardarán por el investigador para después transcribir las ideas que usted haya expresado de manera verbal y escrita a un programa para interpretación de los mismos. Sus respuestas serán codificadas usando su número de identificación y por lo tanto serán anónimas. Al hacer parte del estudio, se le pedirá su número telefónico para poder realizar seguimiento médico, recordándole sus controles.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Una vez que haya comprendido el estudio si usted desea participar se le pedirá que firme este formato de consentimiento en el cual autoriza al personal médico para que se le realice la intervención neuralterapéutica en cada consulta, seguimiento médico y autoriza al manejo de sus datos de manera confidencial.

Desde ya les agradecemos su participación.



**13.1. Consentimiento informado para participantes del estudio medicina
alternativa: Neuralterapéutica**

Yo, _____ de _____ años de edad.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por _____

de la **Universidad Nacional de Colombia**. He sido informado (a) de que la meta

de este estudio es: *Valorar si existe una relación positiva entre la terapia neural,*

el dolor y la calidad de vida de los pacientes que asisten a nuestra consulta

externa. Me han indicado también que tendré que responder a las entrevistas,

cuestionarios y llamadas que se me hagan. Lo cual tomará aproximadamente de

_____ minutos para la consulta, y _____ minutos para diligenciar las encuestas.

Me informaron que los datos que provea en el curso de esta investigación son

estrictamente confidenciales y no serán usados para ningún otro propósito fuera

de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo

hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas

sobre mi participación en este estudio puedo contactar a:

_____ al teléfono: _____.

Entiendo que es un estudio para fines académicos y que puedo pedir información sobre los

resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Fecha:

Firma

CC.

13.2. Modelo de cuestionario SF-36

El siguiente cuestionario SF 36 es un modelo del cuestionario que se aplicaría para el estudio, teniendo en cuenta la escala SF-36 modificada y adaptada para nuestro país.

Las siguientes preguntas se han tomado de la versión original, la propuesta incluye: Evaluación de la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, rol emocional, función social, salud mental y percepción de la salud global por sí mismo.

Se plantea este modelo de cuestionario SF-36, el cual cuenta con 36 preguntas con distintas opciones de respuestas con puntajes de evaluación que van de 0 a 100, siendo 0 el peor estado de salud y 100 el mejor estado óptimo de percepción de salud.

Modelo de encuesta SF- 36 para aplicar versión española 1.4. Por favor marque con una la opción que considere, se encuentra más cercana o más acorde con su actual estado de salud.

1. EN GENERAL, USTED DIRÍA QUE SU SALUD ES:

1. Excelente
2. Muy Buena
3. Buena

4. Regular

5. Mala

**2. ¿CÓMO DIRÍA QUE ES SU SALUD ACTUAL, COMPARADA CON LA DE
HACE UN AÑO?**

1. Mucho mejor ahora que hace un año

2. Algo mejor ahora que hace un año

3. Más o menos igual que hace un año

4. Algo peor ahora que hace un año

5. Mucho peor ahora que hace un año

*** Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría
hacer en un día normal.**

**3. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA HACER ESFUERZOS
INTENSOS, TALES COMO CORRER, LEVANTAR OBJETOS
PESADOS, ¿O PARTICIPAR EN DEPORTES AGOTADORES?**

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco

3. No, me limita nada

4. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA HACER ESFUERZOS MODERADOS, COMO MOVER UNA MESA, PASAR LA ASPIRADORA, ¿JUGAR A LOS BOLOS O CAMINAR MÁS DE UNA HORA?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

5. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA COGER O LLEVAR LA BOLSA DE LA COMPRA?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, me limita nada

6. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA SUBIR VARIOS PISOS POR LA ESCALERA?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

7. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA SUBIR UN SOLO PISO POR LA ESCALERA?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada

8. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA AGACHARSE O ARRODILLARSE?

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada

9. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA CAMINAR UN KILÓMETRO O MÁS?

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada

10. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA CAMINAR VARIAS CUADRAS O METROS)?

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada

11. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA CAMINAR UNA SOLA CUADRA (100 METROS)?

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada

12. SU SALUD ACTUAL, ¿LE LIMITA PARA BAÑARSE O VESTIRSE POR SÍ MISMO?

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada

*** Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas**

13. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿TUVO QUE REDUCIR EL TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO O A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?

1. Sí

2. No

14. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HIZO MENOS DE LO QUE HUBIERA QUERIDO HACER, A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?

1. Sí

2. No

15. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿TUVO QUE DEJAR DE HACER ALGUNAS TAREAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?

1. Sí

2.No

16. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿TUVO DIFICULTAD PARA HACER SU TRABAJO O SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS COSTANDOLE MÁS DE LO NORMAL A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA?

1. Sí

2. No

17. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿TUVO QUE REDUCIR EL TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO O A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, A CAUSA DE ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL (¿COMO ESTAR TRISTE, DEPRIMIDO O NERVIOSO?)

1. Sí

2. No

18. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HIZO MENOS DE LO QUE HUBIERA QUERIDO HACER, A CAUSA DE ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL (COMO ESTAR TRISTE, DEPRIMIDO, ¿O NERVIOSO)?

1. Sí
2. No

19. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿NO HIZO SU TRABAJO O SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS TAN CUIDADOSAMENTE COMO DE COSTUMBRE, A CAUSA DE ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL (como estar triste, deprimido, ¿o nervioso)?

1. Sí
2. No

20. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HASTA QUÉ PUNTO SU SALUD FÍSICA O LOS PROBLEMAS EMOCIONALES HAN DIFICULTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES HABITUALES CON LA FAMILIA, LOS AMIGOS, ¿LOS VECINOS U OTRAS PERSONAS?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

21. ¿TUVO DOLOR EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS?

1. No, ninguno
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

22. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HASTA QUÉ PUNTO EL DOLOR LE HA DIFICULTADO SU TRABAJO HABITUAL (INCLUIDO EL TRABAJO FUERA DE CASA Y LAS TAREAS DOMÉSTICAS)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

***Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. en cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.**

23. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ LLENO DE VITALIDAD?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

24. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿ESTUVO NERVIOSO?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

**25. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿SE SINTIÓ TAN BAJO (A)
DE ANIMO QUE NADA PODÍA ANIMARLE?**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

26. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿SE SINTIÓ CALMADO Y TRANQUILO?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

27. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿TUVO DEMASIADA ENERGÍA PARA SUS ACTIVIDADES?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

28. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ DESANIMADO Y TRISTE?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

29. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ AGOTADO?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

30. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ FELIZ?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez

6. Nunca

31. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿CUÁNTO TIEMPO SE SINTIÓ CANSADO?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

32. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA LA SALUD FÍSICA O LOS PROBLEMAS EMOCIONALES LE HAN DIFICULTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES (COMO VISITAR A LOS AMIGOS O FAMILIARES)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. Nunca

***Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases**

33. CREO QUE ME PONGO ENFERMO MÁS FÁCILMENTE QUE OTRAS PERSONAS.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34. ESTOY TAN SANO COMO CUALQUIERA.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. ¿CREO QUE MI SALUD VA A EMPEORAR?

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. MI SALUD ES EXCELENTE.

1. Totalmente cierta

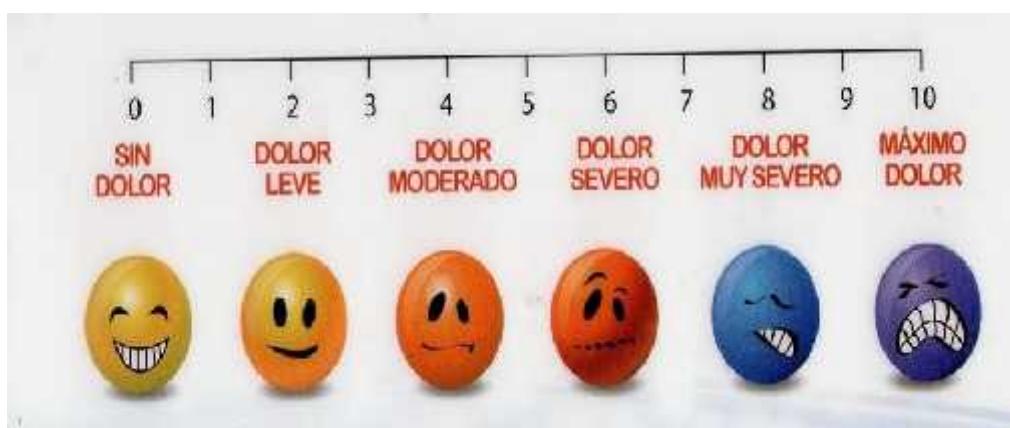
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

¡FIN DE LA ENCUESTA!

Agradecemos su participación. Su opinión es muy importante para nosotros

13.3. Escala análoga del dolor (EVA)

Esta escala EVA, nos permite evaluar objetivamente el dolor dando una calificación que va de 0 a 10 con su respectiva representación gráfica y gestual del dolor.



13.4. Formato de recolección de datos para el seguimiento de pacientes.

FECHA DE LA CONSULTA:	
NOMBRE DE PACIENTE:	
GÉNERO:	
ID:	
EDAD:	
TELÉFONOS DE CONTACTO:	
EVA ACTUAL PROMEDIO:	
SF- 36 PUNTAJE TOTAL:	
SF-36:	
1.FUNCIÓN FISICA:	2. SF- ROL FISICO:
4.DOLOR CORPORAL:	5. SALUD GENERAL:
7.FUNCIÓN SOCIAL:	8.ROLEMOCIONAL:
	3.VITALIDAD:
	6. SALUD MENTAL:
	*EVDS:
ANALGESICOS EN USO (GRUPO FARMACÉUTICO):	
INTERVENCIÓN NEURALTERAPEUTICA REALIZADA:	
PROXIMA CITA DE CONTROL:	

14. Bibliografía

1. IASP. Clasificación de Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, ISAP Press, Seattle, [Internet]. 1994. [citado; agosto de 2018]; Part III: (pp 209-214). Disponible en: <http://www.iasp-pain.org>.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. [Internet]. 2013. Organización Mundial de la Salud. [citado; agosto de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. Miro, J. Dolor crónico: ¿Un problema de salud pública también entre los más jóvenes? Rev. sociedad española de dolor. [Internet]. 2010; España. [citado; agosto de 2018]; 17 (7): 301-303. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n7/editorial.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Mesa de Trabajo en Medicinas y las Terapias Alternativas y Complementarias. Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del sistema general de seguridad social en salud. [Internet]. 2018. Bogotá, Colombia. [citado; agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>
5. Gómez, M; Grau, J. Dolor y sufrimiento al final de la vida. [Internet]. 2006. Madrid- España. Copyright. Aran ediciones. [citado; agosto de 2018].

Disponible en:

https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=7oCzd9KVgC&oi=fnd&pg=PA27&dq=Dolor+y+sufrimiento+al+final+de+la+vida+Marcos%3B+G%C3%B3mez%3B+Grau,+Jorge+A.+madrid+2006&ots=PRyk9wFDjL&sig=edcbGft07yCGcmoO8xk5mzz8icE&redir_esc=y#v=onepage&q=Dolor%20y%20sufrimiento%20al%20final%20de%20la%20vida%20Marcos%3B%20G%C3%B3mez%3B%20Grau%2C%20Jorge%20A.%20madrid%202006&f=false

6. C. González; Rendón, M; Moreno Monsiváis, G. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev. Sociedad Española de dolor. [Internet]. 2007; [citado; agosto de 2018]; 6:422-427. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n6/original3.pdf>
7. Díaz, R; Marulanda, F; Sáenz, X. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). Rev. Scielo; Acta Médica Colombiana. [Internet]. 2009 [citado; agosto de 2018]; Vol. 34 N° 3:17. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n3/v34n3a2.pdf>
8. Ortega Navas, C. La psiconeuroinmunología y la promoción de la salud. XII congreso internacional. [Internet]. 2011. [citado; diciembre de 2018]; Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Neurociencia/15.pdf>
9. Piqueras, J.A; Ramos, V; Martínez, A. E; Oblitas, L.A. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Rev. Suma Psicológica, [Internet]. 2009. [citado; diciembre de 2018]; Vol. 16 No 2: 85-112, Bogotá, Colombia.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>

10. Alarcóna, W; Díaz, A; García, A; Mendinueta, J.C; Granja, P; Urdanetaa, E; Salinas A; Et al. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. Rev. Sociedad Española del Dolor; [Internet]. 2009 [citado; septiembre 2018]; 16 (4):246-255. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v16n4/colaboracion.pdf>
11. Betty, F. Ethical Perspectives on Pain and Suffering. Rev. ELSEVIER. [Internet], 2005 [citado; septiembre de 2018]; Enfermería para el manejo del dolor, Vol. 6 (3): 83-90. Disponible en: scihub.tw/10.1016/j.pmn.2005.06.001
12. Rabah, E. Dolor en el adulto mayor. Dolores crónicos: Como mejorar la adherencia al tratamiento. Guías de dolor: Federación latinoamericana de sociedades de dolor (FEDELAT). [Internet], 2016. [citado; diciembre de 2018]; Disponible en: <http://fedelat.com/wp-content/uploads/2020/02/DolorCronicoAdherenciaTratamiento-min.pdf>
13. Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. Material educativo escrito para distribución general a proveedores de asistencia médica por un equipo multidisciplinario y multinacional de autores. IASP. [Internet]. 2010. [citado; diciembre de 2018]; pp: 37- 44. Washington, D.C. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf

- 14.** Medicina integrativa del dolor: Un modelo holístico de atención. Pain: clinical updates. Rev. IASP. [Internet]. 2014. [citado; diciembre de 2018]. Medicina integrativa del dolor. Vol; XXII 2. Washington, EE.UU. Disponible en:
https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/FileDownloads/ClinicalUpdates/PCU_22-2_web_Spanish.pdf
- 15.** Manterola, D.C; Urrutia, S; Otzen, H.T. Calidad de vida relacionada con salud. Una variable resultada a considerar en investigación clínica. Instituto. J. Morphol. [Internet]. 2013. [Citado; octubre de 2018]; 31 (4): 1517-1523. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v31n4/art59.pdf>
- 16.** Tuesca Molina, R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Rev. Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Salud Uninorte. [Internet].; 2005 [Citado; octubre 2018]; N0.21. 76-86. Colombia. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/817/81702108.pdf>
- 17.** Salas, C; Garzón, M. La noción de calidad de vida y su medición. CES Salud Pública. [Internet]. 2013; [citado; octubre de 2018]; 4: 36-46. Disponible en:
http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2751/194
- 18.** Payán De La Roche, J. Desobediencia Vital. Terapia. Instituto de terapia Neural; [Internet]. 1999. [citado; octubre de 2018]. Popayán. Disponible en:
<https://emakbakea.files.wordpress.com/2016/11/desobediencia-vital-julio->

[payan-gomez.pdf](#)

19. Schwartzmann, L. Calidad de Vida Relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Rev. Scielo, ciencia y enfermería. [Internet]. 2014 [citado; octubre de 2018]; (2):9-21. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>

20. Cardona, A. D; Agudelo, G., Byron, H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia [Internet]. 2005 [citado; octubre de 2018]; Vol. 23, N0.1: 79-90 Disponible en: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c569269-fd71-4c59-9e19-0e241ef0b1e3/2005_Construcci%C3%B3n+cultural+del+concepto+calidad+de+vida.pdf?MOD=AJPERES

21. Urzúa, A; Caqueo, A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. [Internet]. 2012 [Citado; octubre de 2018]; 30,1:61-71. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

22. Hays, R.D; Hahn H; Marshall, G. Use of the SF-36 and Other Health-Related Quality of Life Measures to Assess Persons With Disabilities. Rev. Elsevier [Internet]. 2002 [octubre de 2018]; Vol.83 (2):4-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12474166>

23. Alonso, J; Prieto, L. Antó, J.M. La versión española del SF-36 Health Survey, (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Rev. Medicina

clínica. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM). [Internet]. 2005; [citado; enero de 2019]. Universidad Autónoma de Barcelona. 104: 771-776.

Disponible en:

<https://www.uv.es/~docmed/documed/documed/705.html>

24. Cuestionario de salud SF-36. Versión española 1.4. [Internet]. (1999). [citado; enero de 2019]. Disponible en:

<http://www.chime.ucla.edu/publications/docs/sf-36%20spain.pdf>

25. Perfil del estado de salud de beneficiarios de ISAPRES. Departamento de Estudios, gobierno de Chile. [Internet]. 2005. [citado; enero de 2019].

Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-1062_recurso_1.pdf

26. Ruiz de Velasco, I; Quintana, J; Padierna, J; Aróstegui, I; Bernal, A; Pérez, J; et. al. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. Rev. de calidad asistencial. [Internet]. 2009. [citado; enero de 2019]; 17(4): 206-12.

Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-validez-del-cuestionario-calidad-vida-S1134282X02775064>

27. Urrego, D.Z. Abordaje de la medicina alternativa como sistema médico complejo en la Universidad Nacional del Colombia. Rev. Facultad de medicina Unal. [Internet]. 2010; [citado; marzo 2020]. 58:155-7.

Disponible en: <file:///C:/Users/10%20Spring%20Creators/Downloads/16023->

[49506-1-PB.pdf](#)

- 28.** Speranky, A.D. Bases para Una Nueva Teoría de la Medicina. Editorial Psique. 1954. Buenos aires Argentina. Cap. XII; 159 -178, Cap. XIII; 179- 195.
- 29.** Observatorio de Talento Humano en Salud, Salas temáticas, Medicina y terapias alternativas y complementarias, Perfil y competencias de médicos especialistas en Medicina Alternativa y Complementaria. MAC [Observatorio de Talento Humano en Salud]; [Internet]. (2018). [Citado; mayo 2020]. Bogotá D. C. Disponible en:
<http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/salas-tematicas/Paginas/Medicina-alternativa-terapias-alternativas-complementarias.aspx>
- 30.** Payán De La Roche, J. Curso Terapia Neural Medicinas Alternativas. Libro Coloquio de Payán. 2004. [citado; agosto de 2018]. Popayán; pp:184-194
- 31.** Speransky, A.D. Bases para una nueva teoría de la medicina. Libro de texto, editorial Psique. 1954. Buenos Aires Argentina. Cap: XIV, XV, XVI, XVII, pp: 199- 242.
- 32.** The International Association for the Study of Pain definition of pain: As valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. IASP. [Internet]. 2018 [citado; diciembre de 2018. Disponible en:
https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2018/04000/The_International_Association_for_the_Study_of.2.aspx
- 33.** Moreno, C.; Prada, D. Fisiopatología del dolor clínico. ACN-Asociación Colombiana de Neurología [Internet]. 2004. [citado; diciembre de 2018]; 1-13. Bogotá. Disponible en:

<http://www.acnweb.org/guia/g3cap2.pdf>

- 34.** Martínez, M. Tesis: Canales iónicos que participan en la nocicepción. Universidad de Colima. [Internet]. 2007. [citado; diciembre de 2018]. México, D.F. Disponible en:
http://www.lareferencia.info/vufind/Record/MX_54c37eae2bcaeade3c5712450ab16419
- 35.** Fernández, C; Gómez, M. Dolor: Más allá del sistema nervioso. Dolor agudo y posoperatorio. Rev. ACED. [Internet]. 2011. [citado; diciembre de 2018]. Bogotá. pp:15-19. Disponible en:
<https://dolor.org.co/biblioteca/libros/Dolor%20Agudo%20y%20Postoperatorio.pdf>
- 36.** Cardozo Pabón, A; Andrade, L; Pinilla Bonilla, L. Tesis: El enfermar como proceso evolutivo y emergente. Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. 2011; [citado; diciembre de 2018]. Bogotá, Colombia: pp: 19-23. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/11136/1/598636.2011.pdf>
- 37.** Gordon, D; Watt Watson, J. y Hogans, B. Educación interprofesional sobre el dolor: Con y desde y sobre equipos de práctica competentes y colaborativos para transformar la atención del dolor. IASP [Internet]. 2018 [citado; diciembre de 2018]; vol. 3, número 3: 1-6. Disponible en:
https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2018/06000/Interprofessional_pain_education_with_from_and.10.aspx

- 38.** Ministerio de salud, República de Colombia. Resolución 8430 de 1993. [Internet]. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [citado; octubre de 2018]; 1-19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- 39.** Villamizar, C; Rojas, D. Eficacia de la terapia neural en dolor cervical o lumbar. Rev. Colombiana de medicina física y rehabilitación. [Internet]. 2017 [citado; abril de 2020]; 27 (1): 25-37. Disponible en: <https://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/190/162>
- 40.** Peraza, R; Hernández, D; Gil, V; Garrido, R. Eficacia de la terapia neural en el tratamiento de pacientes con epicondilitis humeral. Rev. Scielo. [Internet]. 2011. [citado; mayo de 2020]; AMC vol. 15. N0.2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000200007
- 41.** Lóriz, O; Sabanich, S; Oriol, C; Palacios, M; Et al. Efectividad de la terapia neural en el control del dolor en mujeres con gonartrosis. Rev. CAMFiC iBioibérica, Butlleti. [Internet]. 2015. [citado; mayo de 2020]; vol. 33 iss:2-3. Disponible en: http://www.terapianeural.com/images/stories/practic/ARTROSIS_RODILLA_MUJERES_Y_TN.pdf
- 42.** Medrano, R; Varela, A; De la Torre, M; Mendoza, R; Acosta Y. Resultados de la aplicación de la terapia neural en la lumbalgia inespecífica. Rev. Scielo. [Internet]. 2011. [citado; mayo de 2020]; AMC. Vol. 15 N.1. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000100007&script=sci_arttext&tlng=pt

- 43.** Lóriz Peralta, O., Raya Rejón, A., Pérez Morales, D., Girona Amores, A., Vinyes Casajona, D., & Puente de la Vega Costa, K. Estudio de intervención sobre el dolor subagudo y crónico en atención primaria: Una aproximación a la efectividad de la terapia neural. Rev. Elsevier. [Internet]. 2011; [citado; diciembre 2019]; 43 (11): 604-610. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671100062X>
- 44.** Egli, S; Pfister, M; Ludin, S; Puente de la Vega, K; Busato, A; Fischer, L. Resultados a largo plazo de la anestesia local terapéutica (terapia neural) en 280 pacientes remitidos con dolor crónico refractario. Rev. BMC Complementary and Alternative Medicine. [Internet]. 2015. [citada en mayo de 2020]; Disponible en: <https://terapianeural.life/resultados-a-largo-plazo-de-terapia-con-anestesia-local-terapia-neural-en-280-pacientes-con-dolor-cronico-refractario-al-tratamiento/>
- 45.** Molnár, I; Hegyi, G; Kovács, Z; Kapócs, G; Szôke H. El efecto de la terapia neuronal paliativa en la mejora del dolor crónico. Rev. Pubmed. [Internet]. 2019; [Citado; junio de 2020]; vol. 72 (1-2):23 31. doi:10.18071/https://doi.org/10.18071/isz.72.0023. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30785243/?from_term=pain+and+quality+f+life+studies+neural+therapy&from_pos=10
- 46.** Altınbilek, T; Terzi, R; Ba aran, A; Tolu, S; Küçüksaraç, S. Evaluación de los efectos de la terapia neural en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Rev. Turk

J Phys. Medicina de Rehabilitación. 2019; vol. 65(1):1-8. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6648183/>

47. Katz, N. The Impact of Pain Management on Quality of Life. Journal of Pain and Symptom Management. Rev. Elsevier. [Internet]. 2002; [citado; marzo de 2020]. New York, EEUU. 24:1-10. Disponible en:

<file:///C:/Users/10%20Spring%20Creators/Desktop/ARTICULOS%20%20MEDICOS%20DOLOR%20Y%20QUALITE%20LIFE/EL%20IMPACTO%20DEL%20MANEJO%20DE%20DOLOR%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20JULIO%202012.pdf>

48. Sarmiento Rodriguez, LD. Historia e institucionalización de la terapia neural en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. 2014); [citado en mayo de 2020]. Bogotá, Colombia. pp: 16-28. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/43119/1/52145193.2014.pdf>

49. Beltrán Dussán, E. La medicina neuralterapéutica. Formación académica fundamentada en competencias. Universidad Nacional de Colombia. 2013. [citado; mayo de 2020]. Bogotá, Colombia. pp: 34-48. Disponible en:

<file:///C:/Users/10%20Spring%20Creators/Desktop/ARTICULOS%20%20MEDICOS%20DOLOR%20Y%20QUALITE%20LIFE/Medicina%20neuralterapeutica%20Formacion%20academica%20fundamentada%20en%20%20COMPETENCIAS%20%20U.NACIONAL.pdf>

50. Álvares Fres, O. Factores Epigenéticos de la neuroplasticidad: Un enfoque basado en la minería de textos. UOC. Universitat Oberta de Catalunya. [Internet]. 2018. [citado; mayo de 2020]; pp: 13-19. Disponible en:

<http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/81886/6/omarafresTFM0618memoria.pdf>

- 51.** Andersson, J. The inflammatory reflex- introduction. Rev. journal of internal medicine (JIM). [Internet]. (2005). [Citado; junio de 2020]; vol. 257(2), 122–125. Disponible en: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01440.x>
- 52.** Tracey, K.J. The inflammatory reflex. Laboratory of Biomedical Science; Nature. [Internet]. 2002. [Citado; junio de 2020]; vol. 420: 19-26. New York, USA. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1038/nature01321>
- 53.** Pavlov, V. A., & Tracey, K. J. The cholinergic anti-inflammatory pathway. Brain, Behavior, and Immunity. Rev. ELSEVIER. [Internet]. 2005. [Citado; junio de 2020]; vol.19 (6), 493–499. Disponible en: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.bbi.2005.03.015>
- 54.** Huston, J. M. The Vagus Nerve and the Inflammatory Reflex: Wandering on a New Treatment Paradigm for Systemic Inflammation and Sepsis. Surgical Infections. NCBI. [Internet]. 2012. [Citado; junio de 2020]; Vol.13(4), 187–193. Disponible en: <https://www.sci-hub.tw/10.1089/sur.2012.126>
- 55.** Lóriz Peralta, O., Raya Rejón, A., Pérez Morales, D., Girona Amores, A., Vinyes Casajona, D., & Puente de la Vega Costa, K. Estudio de intervención sobre el dolor subagudo y crónico en atención primaria: Una aproximación a la efectividad de la terapia neural. Rev. Elsevier. [Internet]. 2011; [citado; diciembre 2019]; 43 (11): 604-610. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671100062X>

- 56.** Egli, S; Pfister, M; Ludin, S; Puente de la Vega, K; Busato, A; Fischer, L. Resultados a largo plazo de la anestesia local terapéutica (terapia neural) en 280 pacientes remitidos con dolor crónico refractario. Rev. BMC Complementary and Alternative Medicine. [Internet]. 2015. [citada en mayo de 2020]; Disponible en: <https://terapianeural.life/resultados-a-largo-plazo-de-terapia-con-anestesia-local-terapia-neural-en-280-pacientes-con-dolor-cronico-refractario-al-tratamiento/>
- 57.** Sarmiento Rodriguez, L. Historia e institucionalización de la terapia neural en Colombia. Universidad Nacional de Colombia (2014); [junio de 2020]. Bogotá, Colombia. pp: 28. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43119/1/52145193.2014.pdf>
- 58.** Speranky, A.D. Bases para Una Nueva Teoría de la Medicina. Editorial Psique. 1954. Buenos aires Argentina. Cap. XV; pp: 215-241, Cap. XVI; pp: 242-283.
- 59.** Beltrán Dussán, E. La medicina neuralterapéutica. Formación académica fundamentada en competencias. Universidad Nacional de Colombia. 2013. [junio de 2020]. Bogotá, Colombia. pp: 34-48. Disponible en: <file:///C:/Users/10%20Spring%20Creators/Desktop/ARTICULOS%20%20MEDICOS%20DOLOR%20Y%20QUALITE%20LIFE/Medicina%20neuralterapeutica%20Formacion%20academica%20fundamentada%20en%20%20COMPETENCIAS%20%20U.NACIONAL.pdf>
- 60.** López Sánchez J.R; Rivera Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. Rev.

Ciencias de la Salud. [Internet]. 2018; [citado; junio 2020]. 16 (2):340-356.

Disponibles con Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>

- 61.** Martínez C., Collado F., Rodríguez J., Moya J. El alivio del dolor: Un derecho humano universal. Rev. Sociedad Española del Dolor [Internet]. 2015 [citado; junio 2020]; 22 (5): 224-230. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n5/07_aespecial.pdf