



asociación
mexicana de
tanatología, a. c.

“Los Cuidados Paliativos y la Medicina
Alternativa, dos valiosas herramientas en el
Tratamiento para Pacientes Sin Cura”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL

DIPLOMADO EN TANATOLOGIA

PRESENTA:

MARIA ANTONIETA LÓPEZ LÓPEZ



ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA Y A DISTANCIA, A.C.

México, D. F. a 14 de Marzo de 2014.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGIA, A.C.
Insurgentes Sur 1160 Piso 3
Col. Del Valle
México, D.F.

Estimados Señores:

Por medio de la presente informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

- **María Antonieta López López**

Integrante de la Generación 2012 – 2013

El nombre de la tesina es:

**“LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y LA MEDICINA ALTERNATIVA, DOS VALIOSAS HERRAMIENTAS
EN EL TRATAMIENTO PARA PACIENTES SIN CURA”**

Atentamente,



Dr. Felipe Martínez Arronte
Director de Tesina

“Los Cuidados Paliativos y la Medicina Alternativa, dos valiosas herramientas
en el Tratamiento para Pacientes Sin Cura”

ÍNDICE

• Capítulo I – Cuidados Paliativos	07
- Concepto	07
- Filosofía	08
- Historia	09
- Cicely Saunders	10
• Capítulo II – Valoración de los Cuidados Paliativos	14
• Capítulo III – Cuidados Paliativos en personas con Cáncer	16
• Capítulo IV – Cuidados Paliativos en personas con SIDA	19
• Capítulo V – Cuidados Paliativos en personas con enfermedades Neurológicas	24
• Capítulo VI – Cuidados Paliativos en personas en Fase Terminal	27
• Capítulo VII – Medicina Alternativa como parte de Cuidados Paliativos	30
- Flores de Bach	30
- Reiki	33
- Musicoterapia	34
- Risoterapia	36
- Magnetoterapia	36
- Reflexología	39
- Terapia con Animales	40
• Capítulo VIII – Necesidades Espirituales	44
• Capítulo IX – Cuidados Paliativos en México	48
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007 – Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de Cuidados Paliativos - 22 Diciembre 2008	48
- Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos – 05 Enero 2009	49
- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas	

disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud
en Materia de Prestación de Servicios de Atención
Médica – 01 Noviembre 2013

	53
• Conclusiones	55
• Bibliografía	56

Dedicatoria:

Este trabajo te lo dedico a ti, que como yo hemos experimentado el dolor, la angustia y la desesperanza ante una pérdida, cualquiera que ésta haya sido..., y que hubiéramos deseado tener en esos últimos momentos con nuestro ser querido, algo más que ofrecerle a fin de aminorar un poco su dolor y sufrimiento.... Espero este documento te sirva de apoyo para el acompañamiento a tu ser querido en la recta final de su vida...

Agradecimiento:

Gracias a Dios por acercarme al vasto mundo del conocimiento humano, a sensibilizarme y concientizarme sobre mi propio dolor y el del prójimo, y presentarme la maravillosa opción de desarrollar el valioso don de ayudar a las personas ... Dudo me alcance la vida para comprenderlo y asimilarlo todo, al menos me siento ya satisfecha y feliz de entender algunas conductas humanas ante situaciones no favorables y contribuir con las herramientas que he adquirido a beneficiar en tan solo un instante y por lo menos a una persona a experimentar una mejoría y visualizar una sonrisa también en los pacientes que están al final de su proceso de enfermedad.

Gracias a mis dos Guerreros de la Luz, quienes han librado y continúan librando batallas a diario con victorias indiscutibles y me han enseñado a tener una perspectiva diferente de mi propia vida. **Tadeus y Andros**, los amo profundamente.

Justificación:

Los Cuidados Paliativos son una incipiente materia en los servicios médicos de nuestro México. Solo unas pocas instituciones las han incorporado como parte activa en sus áreas para beneficio de los pacientes. Además, en un mundo que crece, se modifica y se anula también en forma vertiginosa, hemos experimentado la llegada de muchas clases de Medicinas Alternativas. Por todos los medios de comunicación estamos infestados de sus “bondades”. Basta abrir el periódico, hojear una revista, estar frente al televisor, escuchar la radio, o navegar en el ciberespacio, que aún sin buscarlo, nos llegan cientos de artículos publicitarios que aseguran un alivio o total sanación a padecimientos tan comunes, como un simple resfriado, hasta algunos tipos de cáncer, padecimientos neurológicos o cardiovasculares, por nombrar algunos. Y entre tantas aseveraciones y simpleza en seguir estos tratamientos, la duda nos acecha en relación a su veracidad, eficacia y seguridad, y la pregunta surge de forma natural, - por qué si esto lo venden o lo promocionan como una maravilla, no es que forma parte ya de la medicina convencional, es decir probada científicamente-; y la respuesta la tenemos casi inmediatamente: No serán éstos tan buenos y geniales, porque de ser así, ya estarían en el cuadro básico del Sector Salud de nuestro país.

En este tema como en cualquier otro, debemos ser muy cuidadosos al seleccionar el tipo de medicina alternativa que nos convendría probar en un determinado momento; es decir, partamos de la base de ser un poco escépticos e indaguemos a fondo los orígenes y la seriedad de las fuentes para, en lo posible, evitar caer en charlatanerías baratas, que lejos de aminorar nuestra carga o encontrar mejoría a determinado mal, se convierta en algo perjudicial para la salud de nuestro paciente o la propia, o en otros casos venga a empeorar el pronóstico inicial o la misma enfermedad.

Existen autores y médicos que en la práctica diaria han experimentado mejorías importantes en el estado de salud y han ido incorporando paulatinamente este tipo de medicina como parte de los Cuidados Paliativos, sobre todo a los enfermos que no tienen cura, pero que hacen la gran diferencia al sentirse mejor, o no tan mal, y obtener una calidad de vida digna durante su proceso.

Ya en las culturas prehispánicas se puede apreciar el conocimiento de los náhuatl o mayas en el campo de la medicina tanto en recetas como técnicas curativas que iban desde los hechizos y las oraciones a sus dioses hasta complejas prácticas quirúrgicas. Entre las principales fuentes encontradas está el Códice de la Cruz – Badiano (Librito de las hierbas medicinales de los Indios), cuyo título en latín es *Libellus de medicinalibus indorum herbis*. Este documento fue escrito en 1552 por un médico tlatelolca (De la Cruz) y traducido al latín por Juan Badiano, un letrado xochimilca. Este documento ofrece una visión general de la medicina practicada por los médicos indígenas y que prácticamente son recetas del con qué y cómo preparar y la forma de administrarlos para combatir algunas enfermedades de la cabeza a los pies, continuando con enfermedades generales, problemas con el parto y finalmente aborda los signos clínicos de la proximidad de la muerte.

Otro documento importante que se puede citar son los Códices Matritenses del Real Palacio y de la Real Academia de Historia finalizados alrededor de 1570 con los documentos que recopiló Fray Bernardino de Sahagún, fraile franciscano que vino en pro de la evangelización y que se interesó muchísimo por la manera en que los indígenas curaban sus enfermedades. Ya en 1570 se había inventariado alrededor de tres mil plantas como medicinales de las cuales se había investigado sus resultados.

En la actualidad toda esta documentación ha servido para que se rescaten algunas plantas medicinales de ese entonces y aprovechar sus beneficios bajo el rubro de Medicina Alternativa.

Objetivo y Alcance:

El objetivo y alcance al realizar esta investigación es aportar en una minúscula parte a que la sociedad en general conozca el abanico de posibilidades que existe hoy en día en materia de Medicina Alternativa y los beneficios que pudiera aportar a los Cuidados Paliativos, que en nuestro país están tan recientes de manera formal y se logre penetrar a más instituciones de salud de manera gratuita y sin excluir a ningún grupo social.

También hacer presentes los valores que se consideran universales, como el respeto a la vida y a la dignidad. La equidad en el acceso al alivio del dolor y control de síntomas. Igualdad en las diversas zonas geográficas de nuestro país. La justicia en la atención a pacientes y familiares.

Por último, hacer extensivo a la sociedad el conocimiento que la atención de Cuidados Paliativos ya está regulado en México a través de leyes expresas y precisas que se deberán cumplir tanto en hospitales públicos como privados; y que los pacientes y/o sus familiares pueden exigir este servicio sin ningún condicionamiento.

Capítulo I

Cuidados Paliativos

Concepto

Se llama así a las atenciones, cuidados y tratamientos médicos que se otorgan a las personas que padecen enfermedades en fase avanzada y enfermedades terminales. El objetivo es conseguir una mejor calidad de vida y que la persona pueda estar sin dolor la mayoría del tiempo. Los Cuidados Paliativos no atrasan ni adelantan la muerte, fungen como un verdadero soporte integral para el paciente y su familia.

Aunque existen varias definiciones para los Cuidados Paliativos, según algunas sociedades y entidades médicas, la Organización Mundial de la Salud engloba muy bien el concepto: *“Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales.”* (http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_paliativa 23 Nov 2013).

Los Cuidados Paliativos consideran a la muerte como un proceso natural, por lo que no hay afán alguno ni en acelerarla y tampoco en retrasarla. Los cuidados paliativos no están a favor de la Eutanasia. Los Cuidados Paliativos se administran para mantener la mejor calidad de vida posible hasta que llegue la muerte, según afirma la Carta de Praga firmada el 20 de Diciembre de 2012 y donde se estipula ya como un Derecho Humano.

Los cuidados paliativos ayudan a las personas con enfermedades que no se pueden curar. El objetivo es dar consuelo y paz. Brindan alivio del dolor y los síntomas y el apoyo va en primer lugar hacia el paciente sin olvidar a su familia.

Se administran por un equipo interdisciplinario donde se puede incluir a médicos, terapeutas, enfermeras, trabajadores sociales, consejeros, y algún

miembro religioso. Este equipo de cuidados paliativos trabaja mancomunadamente con el fin de brindar al paciente y a su familia consuelo y apoyo. Se debe tener en cuenta que el equipo completo interdisciplinario deberá estar disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Los servicios abarcan: control del dolor, tratamiento de los síntomas, atención espiritual, brindar descanso, afrontar el miedo y la soledad, compartir sentimientos y necesidades materiales, entre otros.

Los cuidados paliativos pueden brindarse en variados lugares como las necesidades de los pacientes lo dicten, esto es, puede ser en el propio hogar, en casa de un familiar, en el hospital o en un centro especializado en cuidados paliativos.

La asesoría para el cuidador primario también es parte de los cuidados paliativos. Así se tiene contemplado que el cuidador primario sepa decidir, accionar y/o solicitar ayuda cuando sea el caso.

Filosofía

Recientemente se está entendiendo que los Cuidados Paliativos son una nueva filosofía, un nuevo modelo de hacer medicina. Representan una novedad solo a nivel institucional, es decir porque han surgido y se han desarrollado iniciativas o políticas sanitarias, algunos programas específicos, equipos especializados, hospitales, unidades, etc.

Los Cuidados Paliativos consideran más la vida que la muerte.

Curar y prolongar la vida fueron los objetivos de la Medicina hasta el siglo XX, a partir del siglo XXI esto ha cambiado, ahora la meta es prevenir las enfermedades y lograr que los pacientes en el momento de su muerte tengan una muerte digna.

La comunicación es la herramienta más importante en los cuidados paliativos y más en el paciente terminal. El equipo de salud y la familia evita la comunicación por miedo a lo que pueda pasar.

El paciente necesita información, sentimientos y pensamientos. Se espera que la persona que ofrece cuidados paliativos no debe dejar de hablar con el paciente, el contacto físico y la presencia son también sumamente importante; hay que tener en cuenta que se debe evitar conversaciones que sean ajenas al paciente. Sólo hay que hacerle sentir que se está con él/ella y tener unión y vínculo con la persona.

Asimismo se debe conocer la enfermedad del paciente, documentarse lo más posible sobre los síntomas, desarrollo y avance de la misma. Por otro lado hay que realizar una evaluación, ser empático con la persona, y desarrollar el don de la atención.

La agonía del paciente en fase terminal es un momento importante e íntimo donde la presencia de la persona que acompaña va a significar una relación especial con él/ella y su familia.

Por lo que respecta al equipo de salud en cuanto al acompañamiento del paciente moribundo, debe saber ser, tener la formación necesaria y adecuada, tener buena actitud que se refleje y que el paciente lo perciba; así también como valores, afecto, respetar la autonomía del paciente, reconocer que necesita afecto y amor, y también deberá tener en cuenta las necesidades psicosociales.

Elisabeth Kübler-Ross en su libro “Aprender a morir – Aprender a vivir, Preguntas y Respuestas” menciona que las personas tenemos cuatro cuadrantes: el corporal, emocional, intelectual y espiritual y que todos ellos deben ser atendidos si realmente se quiere ayudar a que los moribundos alcancen una armonía y paz en sus últimos momentos. Siempre habrá que dar prioridad al corporal, esto es, mantenerlos libres de dolor y posteriormente continuar con los siguientes cuadrantes. Cuando hay dolor, la persona no piensa con claridad, el dolor no se lo permite y no se puede avanzar con otra cosa.

Historia

Durante la época Medieval existían lugares de paso para el peregrino que iba de una ciudad a otra y no tenía protección, alimento ni atención. A estos lugares

se les llamó Hospicios y estos sitios de alguna manera sentaron las bases para los hospicios modernos que se interesaron por la gente que estaba próxima a morir. Adicional a esto, hubo dos grupos sociales interesados en ayudar: el Voluntariado y los Religiosos, destacándose de manera importante San Jerónimo y San Agustín. Estos grupos daban afecto a fin de que las personas no murieran sintiéndose solas, básicamente daban acompañamiento ya que en ese entonces no había gente interesada en el acompañamiento a personas próximas a morir.

Por otro lado en Francia en el siglo XIX aparece Joanne Garnier quien fue la fundadora de la organización Las Damas del Calvario. El grupo se difundió a otros lugares en los Estados Unidos de América. Hoy en día sigue existiendo en Nueva York el hospicio llamado “El Valle del Calvario”. Joanne Garnier fundó en Paris y el Lyon otras casas de este tipo.

En Londres y con tan solo 30 camas, el Hospicio Saint Joseph se funda gracias a cinco religiosas irlandesas, e igualmente hasta la fecha sigue dando servicio.

La primera unidad de Cuidados Paliativos fue en Montreal, Canadá, en el Hospital Royal Victoria, donde se destaca la importancia de la Muerte Familiar, esto es, la muerte con paz y tranquilidad se logra cuando está el paciente rodeado y acompañado de su familia.

En la década de los 60's aparecen casi de forma simultánea las dos grandes mujeres que sembraron la semilla para mejorar el cuidado de los enfermos en la etapa última de la vida: Elisabeth Kubler Ross y Cicely Saunders, ésta última conocida como la pionera en los Cuidados Paliativos.

Cicely Saunders

A mediados del siglo XX, una dama inglesa, Cicely Mary Saunders (22 Junio 1918 Barnet, Hertfordshire, Inglaterra – 14 Julio 2005 South London, Inglaterra), con sus propios recursos funda un hospicio para atender a la gente que sufría. Cicely fue una prominente enfermera Anglicana, trabajadora social, médico y escritora. A la señora Saunders se le conoce por su rol en el nacimiento del

movimiento de hospicios, enfatizando la importancia de los cuidados paliativos en la medicina moderna. Durante la Segunda Guerra Mundial se acercó a los enfermos que morían con mucho dolor y se sensibilizó en las enfermedades psicosociales. La señora Saunders propuso un programa para el paciente moribundo pero no fue aceptado porque ella no era médico. Entonces estudió Medicina y volvió a presentar su proyecto y de esta manera sí fue aceptado. En 1967 con donativos y otras ayudas ella logra fundar el Hospicio Saint Christopher convirtiéndose en el más importante bajo el concepto de cuidados paliativos. La meta de este hospicio era conseguir la calidad de vida al final de la vida de los enfermos moribundos, así como en su familia o cuidadores primarios. Este programa se difunde a otras ciudades en Europa y finalmente llega a América.

La vida de Cicely Saunders es apasionante por el hecho de que no paró hasta conseguir la ayuda para los pacientes moribundos, no importando los obstáculos en el camino, ella siguió hasta alcanzar su objetivo. En 1948 se enamoró de un paciente judío polaco, David Tasma, quien habiendo escapado del gueto en Varsovia, trabajó como mesero. David se estaba muriendo de cáncer. Él le legó 500 libras esterlinas, equivalentes ahora a 13,106 libras esterlinas. Esta donación le ayudó a Cicely a germinar la idea de lo que se convertiría en el Hospicio de Saint Christopher. Hoy en día este hecho es recordado con una placa de cristal que se encuentra a la entrada del hospicio. En 1940 después de haber tenido una experiencia de conversión al convivir con gente de la religión Cristiana haciendo algunas prácticas de trabajo social, empezó a trabajar medio tiempo en la Casa de San Lucas para los Moribundos Pobres situada en Bayswater, y esto fue clave para que en 1951 empezara a estudiar medicina en la Escuela de Medicina del Hospital Santo Tomás. Se convirtió en médico y en 1957 consiguió la Maestría en Medicina y Cirugía (MBBS, por sus siglas en inglés).

Un año después, en 1958 empezó a trabajar en el Hospicio de St Joseph, que era una institución católica situada en Hackney, en la parte Este de Londres. Ahí se mantuvo por siete años haciendo investigaciones sobre el control del dolor. En ese hospicio conoció a otro polaco, de nombre Antoni Michniewicz, un paciente del cual se enamoró. Antoni muere en 1960, mismo año en que muere el padre de Cicely y otro amigo cercano de ella. Estos hechos la colocaron en lo que más tarde llamaría un estado de “duelo patológico”. Ella ya había decidido establecer su

propio hospicio, enfocado a los pacientes con cáncer y mencionó que la muerte de Antoni le había enseñado que “así como el cuerpo se vuelve débil, el espíritu se fortalece”.

En 1967 ella funda el Hospicio de St. Christopher. Los principios de combinar la enseñanza y la investigación clínica, la experiencia del dolor y la mejoría de los síntomas con cuidados holísticos enfocados a las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales de los pacientes, sus familiares y amigos. El hospicio fue un lugar donde los pacientes podían convivir, escribir, hablar y también arreglarse el cabello. Siempre enfatizaba ella que había más por hacer y lo conseguía, como Director Médico desde 1967, y después, como Gerente de 1986 a 2000 que fue cuando se convirtió en Presidente.

Habían transcurrido tres años de la muerte de Antoni, cuando Cicely conoció y se hizo amiga de otro emigrante Polaco que se dedicaba al arte, era el Profesor Marian Bohusz-Szysko. Una cantidad importante de la obra de Marian está colgada en las paredes del Hospicio St. Christopher. Él estaba casado y su esposa vivía en Polonia y era un muy devoto católico. En 1980, cinco años después de la muerte de su esposa, contrajo matrimonio con Cicely Saunders. Ella tenía 61 años y él 79. El Prof. Bohusz-Szysko murió en 1995 y pasó sus últimos días en el Hospicio St Christopher.

En 2002 Cicely Saunders fue co-fundadora de la fundación de caridad Cicely Saunders International. La misión de caridad es promover la investigación para mejorar el cuidado y tratamiento de todos los pacientes con alguna enfermedad progresiva y hacer que los cuidados paliativos sean de alta calidad y estén disponibles a cualquiera que lo necesite, ya sea en un hospicio, hospital o casa. Esta fundación fue co-creadora del primer Instituto de Cuidados Paliativos a nivel mundial – el Cicely Saunders Institute.

Cicely Saunders fue nombrada en 1989 miembro de la Orden del Mérito por la Reina Elizabeth II, y el título de Dama Comandante del Imperio Británico en 1979. En 2001 recibió el premio más grande en el campo humanitario, el Conrad N. Hilton Humanitarian Prize valuado en cerca de 700,000 libras esterlinas a nombre del Hospicio St Christopher. Fue miembro del Colegio Real de Médicos, Royal College

of Physicians, miembro del Colegio Real de Enfermería del Royal College of Nursing y también miembro del Colegio Real de Cirujanos Rroyal College of Surgeons.

La señora Cicely Saunders en 2005 murió de cáncer a la edad de 87 años en el hospicio que ella misma había fundado, el Hospicio de St Christopher.

Capítulo II

Valoración de los Cuidados Paliativos

Es de suma importancia que una vez que el equipo médico diagnostique al paciente como incurable de inmediato se le apoye con algún plan específico de Cuidados Paliativos de acuerdo a su enfermedad y a la fase en la que se encuentre.

Además para el cuidador primario y la familia debe incluirse el plan a medida que todos estén involucrados y el beneficio sea y llegue en forma global.

El equipo médico interdisciplinario no debe perderse de vista, ya que en muchas ocasiones puede darse una fractura si no se tiene un plan bien establecido y/o se deja fuera a las posibles problemas que pueden surgir, tales como el estrés, el llamado burn-out, que no es otra cosa que el agotamiento a un nivel importante y puede estancar tanto a lo que se supone el paciente debe recibir y se ve afectado por ende a los cuidadores primarios y la familia.

En un inicio solo se tenía contemplado a los pacientes con cáncer y que tenían una expectativa de vida no mayor a seis meses para que fueran beneficiados por la atención de los Cuidados Paliativos, abriéndose posteriormente a otra clase de pacientes y no teniendo ningún tiempo pronosticado de vida, así entonces hoy en día se extiende la atención hacia los enfermos de Sida, pacientes con enfermedades neurológicas, cardiovasculares, crónico-degenerativas, los ancianos, y pacientes en fase terminal de cualquier tipo de enfermedad.

La valoración de los cuidados paliativos es una tarea específica de acuerdo al paciente y a su enfermedad. No aplica el mismo cuidado a un paciente con cáncer que a otro con insuficiencia renal crónica, por nombrar algún ejemplo.

Hay que tener presente que cuidados paliativos es un todo, es un cuidado total que se hace posible gracias al equipo interdisciplinario, el acceso de una alta tecnología y un alto acercamiento con el paciente; es decir, hacerse presente, estar ahí, disponible cuando el paciente lo requiera. Hay que conformar una triada básica: el paciente, la familia y el equipo de trabajo en cuidados paliativos.

Varios estudios realizados sobre Cuidados Paliativos indican que son benéficos para la salud y el bienestar del paciente y de su familia. Se ha demostrado recientemente que los pacientes que tienen bajo control sus síntomas y que comunican sus necesidades emocionales tienen una mejor experiencia hablando de calidad de vida.

Capítulo III

Cuidados Paliativos en Personas con Cáncer

Los cuidados paliativos se administran desde el momento del diagnóstico y durante el proceso de la enfermedad. Generalmente se administran por un especialista que trabaja con un equipo de profesionales médicos, psicólogos, enfermeras, nutriólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales, sin descartar en lo posible algún miembro religioso. Los pacientes pueden recibir estos cuidados ya sea en el hospital o en su casa. Se debe considerar dentro de los cuidados paliativos a todos los problemas emocionales, físicos, prácticos y espirituales que vienen a consecuencia de un diagnóstico de Cáncer. Como ya se había mencionado antes, se debe incluir al o a los cuidadores primarios y a su núcleo familiar del paciente dentro de la planeación del programa de Cuidados Paliativos.

La meta es mantener la mejor calidad de vida en lo posible. La mayoría de las veces los especialistas en cuidados paliativos laboran como parte del equipo multidisciplinario coordinando el cuidado médico y sería el médico de atención primaria quien fuera el que administrara los cuidados paliativos.

Hay que recordar que los cuidados paliativos son adicionales al tratamiento para el cáncer, sin embargo cuando el tratamiento ya no puede justificarse, los cuidados paliativos pasan a ser el enfoque total y absoluto de atención al paciente hasta el final de la vida.

Ahora bien, los cuidados paliativos tratan una amplia gama de problemas e integran las necesidades específicas de la persona en su atención médica. Los efectos físicos y emocionales del cáncer y su tratamiento pueden ser muy diferentes de una persona a otra.

Según la OMS el enfermo con cáncer puede presentar un promedio de 10 síntomas a la vez, por lo que se considera utilizar un número importante de fármacos para controlar los síntomas. Cuando el paciente dice que le duele, es que le duele, no hay que dudarlo ni un segundo y se deberá de diagnosticar el mecanismo que produce tal dolor. El control es multimodal y no sólo farmacológico.

Así tenemos entonces los siguientes problemas a encarar:

Los síntomas físicos pueden ser el dolor, úlceras cutáneas, fatiga, náuseas, vómitos, insomnio, falta de apetito, falta de respiración. Algunos de estos pueden controlarse con medicamentos o con otro tipo de terapias, como la nutricional, la fisioterapia o algunas técnicas de respiración profunda.

Puede presentar dolor agudo o crónico. El dolor irruptivo es la exacerbación transitoria del dolor crónico. También está el dolor somático que es la estimulación de receptores periféricos cutáneos y musculo esqueléticos. Otro tipo de dolor es el llamado sordo, constante o intermitente que está bien localizado, como en metástasis óseas, contractura muscular o herida quirúrgica. Está también el dolor visceral que se presenta por infiltración, compresión o distensión visceral.

La OMS en 1986 propuso la metodología del tratamiento al dolor en la Escalera Analgésica que consta de cuatro escalones. En el primer escalón se encuentran los analgésicos suaves, como el paracetamol y los AINES (antiinflamatorios no esteroideos). En el segundo escalón están los opioides suaves como la codeína. En el tercer escalón se encuentran los opiáceos potentes como la morfina. Los bloqueos a columna vertebral son utilizados en el escalón número cuatro. Cabe mencionar que los opiáceos suaves del segundo escalón se deberán añadir a los fármacos del primer escalón. Cuando se está con el grupo de medicamentos del tercer escalón se retiran los del primer y segundo escalón.

La depresión, la ansiedad y la angustia se pueden tratar de manera favorable con los cuidados paliativos. Se pueden realizar reuniones familiares, proveer orientación, el acercar al enfermo a un psicólogo o psiquiatra sería lo óptimo. Estos servicios pueden hacerse extensivo a los cuidadores primarios y/o familiares.

Las inquietudes financieras, bancarias, notariales, laborales o legales son naturales que emerjan, al igual que algunas cuestiones sobre seguros médicos y de vida, entre otros. El equipo de cuidados paliativos puede aligerar esta carga coordinando los servicios profesionales y ayudando a aclarar dudas o resolver cuestiones concretas. Es decir pueden solicitar orientación legal, financiera, bancaria, notarial, etc., a fin de que el paciente adquiera tranquilidad a medida que va resolviendo sus asuntos pendientes.

Los problemas espirituales que enfrentan los pacientes y sus familiares con diagnóstico de cáncer pueden ser de gran peso. Es una oportunidad de buscar el significado de su vida, la trascendencia que dejarán a los suyos y finalmente conseguir la aceptación de su realidad. Depende de cada persona y de la manera en que ha llevado su vida conseguir esta paz, tranquilidad y aceptación. Se espera que un experto en cuidados paliativos ayude a las personas a indagar sus creencias y valores para conseguir esta meta.

Los cuidadores primarios y familiares también deben recibir cuidados paliativos. Es común que también ellos se sientan desconcertados, desorientados, sobrepasados por el pronóstico y la carga moral, emocional y económica que enfrentan. Para algunas familias no es fácil cuidar a un familiar enfermo y al mismo tiempo cubrir otras necesidades, como atender un empleo y cuidar niños, por poner un ejemplo. Es un reto también para ellos y en un momento dado también pueden enfermar. El equipo de cuidados paliativos puede ofrecer el apoyo que necesitan, al establecer un plan y horario de los cuidadores primarios hacia el enfermo de cáncer, no perdiendo de vista el descanso y esparcimiento en lo posible de estos cuidadores para que puedan ofrecer un cuidado y atención de calidad a su paciente.

Capítulo IV

Cuidados Paliativos en Personas con Sida

Los cuidados paliativos se administran desde el momento del diagnóstico y durante el proceso de la enfermedad. Generalmente se hace a través de un especialista que trabaja con un equipo de profesionales médicos, psicólogos, enfermeras, nutriólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales, sin descartar en lo posible algún miembro religioso. Los pacientes pueden recibir estos cuidados ya sea en el hospital o en su casa. Se debe considerar dentro de los cuidados paliativos el alivio de todos los dolores físicos, psicológicos, espirituales, sociales, además de lidiar con el estigma y la discriminación que afrontan la mayoría de las personas con este padecimiento. Es un proceso complejo debido a la evolución impredecible y con muchas variadas complicaciones de esta enfermedad, lo que hace que los cuidados paliativos se vuelvan un verdadero reto al buscar el equilibrio entre el tratamiento agudo y el control de los síntomas crónicos, ya que habrá pacientes con períodos alternos de creciente dependencia con episodios de dolencia aguda, u otros en contraste, con ningún síntoma grave durante un tiempo considerable.

Aunque en la actualidad hay una gran variedad de medicamentos antirretrovirales que son altamente eficaces, también es cierto que su costo es elevado lo que los hace no tan accesibles para todos los pacientes y que los hace vulnerables para algunas infecciones oportunistas.

Entre los principales rubros a tener en cuenta están los siguientes:

- Dolor. Es primordial atender el dolor a fin de mantener al paciente lo más alerta y activo posible. A diferencia de los pacientes con cáncer, el dolor no es permanente para las personas con Sida, está asociado a las infecciones, por lo que si se tratan adecuadamente éstas, el dolor disminuye. Al mismo tiempo existe más de una fuente de dolor y debe diagnosticarse y tratarse cada una. El dolor físico si no está bien tratado puede resultar en ansiedad y/o depresión y éste a su vez puede disminuir el umbral de dolor. Los pacientes muy deprimidos o muy

ansiosos pueden necesitar un medicamento psicotrópico adecuado además de los analgésicos a fin de evitar que el dolor se vuelva intratable.

- Diarrea y estreñimiento. Si no se encuentra la causa de la diarrea y no habiendo sangre en las heces o fiebre constante se puede tratar con agentes antidiarreicos, además de suministrar al paciente una cantidad importante de líquidos o bebidas rehidratantes. Por otro lado, el estreñimiento puede producirse después de una estadía prolongada en la cama, por pérdida de peso considerable (caquexia), por una dieta pobre o por el consumo de algunos opiáceos. El tratamiento podría ser una buena dieta con líquidos y frutas y/o con algún tipo de laxante.
- Náuseas, vómito, anorexia y pérdida de peso. Las náuseas y vómito pueden ser originados por el tratamiento de fármacos, por infecciones en el sistema nervioso central, por infecciones gastrointestinales o por alguna obstrucción de la salida gástrica o del duodeno proximal por tumores intraabdominales (los más comunes serían un linfoma o sarcoma de Kaposi). Algunas dosis de fármacos antidopaminérgicos pueden ser de gran ayuda cuando las náuseas son a raíz de trastornos en el sistema nervioso central. Aquí el apoyo del nutriólogo es importante para revisar la dieta y considerar el apoyo de suplementos multivitamínicos y micronutrientes, así como hacer comidas más pequeñas y más frecuentes puede mejorar la ingesta. Los pacientes sufren pérdida de peso y masa muscular importante cuando están en una fase avanzada de la infección por el VIH, y el pronóstico puede ser no tan óptimo aunque se traten con antieméticos, estimulantes del apetito, tratamientos para la diarrea y esteroides anabolizantes.
- Tos y problemas respiratorios. Algunas ocasiones aparece la tuberculosis como un agente asociado con la infección por el VIH, por lo que cualquier tos que continúe por más de tres semanas después de un tratamiento con antibiótico normal debería de tomarse en cuenta a fondo, incluyendo una radiografía torácica. Otras causas de la tos podría ser por alguna neumonía bacteriana y fúngica. Además del tratamiento de las infecciones subyacentes, se podría utilizar algún agente antitusivo. Por lo que respecta a la sensación de dificultad respiratoria pueden ser

tratadas con morfina o codeína a fin de disminuir esa dificultad respiratoria. El administrar oxígeno puede prolongar la agonía en vez de mejorar la calidad de vida, así que tal vez no sea apropiado su uso.

- Malestar, fatiga y debilidad. Estos síntomas son comunes en las personas afectadas por el Sida. La fatiga se percibe como dolorosa en un 40% a 50% de las personas que están en una etapa avanzada de la enfermedad. La fatiga puede estar asociada a: efectos directos del Sida en el sistema nervioso central y neuromuscular, anemia, malnutrición, infecciones secundarias, tumores, efectos adversos del tratamiento farmacológico, dolor crónico, insomnio y depresión. Algunos ejercicios de rehabilitación y fisioterapia pueden ser de gran ayuda para la fatiga. Igualmente hacer algún cambio en las responsabilidades del hogar o trabajo permiten que las personas con fatiga afronten de una mejor manera la enfermedad y aumenten la calidad de vida.
- Fiebre. Normalmente son un signo de infecciones secundarias y el diagnóstico acertado podría hacer disminuir este síntoma. Además de la ingesta de antipirético se puede ayudar al paciente pasando una toalla húmeda sobre su piel y administrar líquidos adecuados.
- Problemas cutáneos. Casi el 90% de las personas afectadas por el Sida presentan problemas cutáneos. Es importante que el equipo médico reconozca la causa subyacente, ya que algunos problemas pueden tratarse con medicamentos simples y nada costosos. Un buen tratamiento mejorará la calidad de vida ya que los problemas cutáneos muchas veces causan sufrimiento psicológico y conducen al paciente al aislamiento social.
- Trastornos cerebrales. El trastorno cerebral es una afección importante de las etapas tardías de esta enfermedad. Entre un 15% a 20% pueden presentar alteración cognitiva y/o motriz, y trastorno cerebral en algún grado. Algunos síntomas pueden ser apatía, falta de concentración, trastornos de la memoria y cambios de humor; posteriormente se pueden encontrar algún tipo de comportamiento desinhibido, agitación, falta de sueño y finalmente en las últimas etapas se pueden presentar demencia global, parálisis e incontinencia. Es importante saber reconocer una enfermedad depresiva de las alteraciones cerebrales leves a raíz del

VIH. Normalmente los fármacos antirretrovirales son excelentes para tratar la demencia por este padecimiento, el problema es que no siempre están disponibles y es una pena ya que las alteraciones cerebrales son irreversibles y progresivas. También pueden ser de gran utilidad para mejorar la memoria algunos ejercicios con fotos familiares, calendarios o relojes. Cuando se presenta delirio o agitación en la última etapa de la demencia el origen puede ser provocado por algunos fármacos de tipo neurolépticos.

Sin duda son muchos los síntomas físicos que puede presentar el paciente con VIH, además vienen en conjunto algunos problemas psicológicos y psiquiátricos, siendo los principales la depresión y la ansiedad.

La depresión es muy común, si se presenta de manera leve puede tratarse con asesoramiento y compañía, en caso de no responder se pensaría en el apoyo psicológico, y si se presentaran síntomas graves, es recomendable un tratamiento con antidepresivos tricíclicos que el médico psiquiatra prescriba de primera instancia.

El suicidio es un pensamiento recurrente en algunos pacientes con VIH, por lo que se debe estar muy atento a las llamadas de atención que el paciente presente. El apoyo psicológico y/o psiquiátrico es lo más indicado, así como el apoyo y red familiar con que se cuente y en gran medida el apoyo y acompañamiento espiritual acorde al paciente.

Otro síntoma común en personas que viven con VIH es la ansiedad que puede producir taquicardias, palpitaciones, problemas respiratorios y ataques de pánico. Aquí también se debe incluir un tratamiento psicológico y no descartar alguna terapia de relajación acompañada con algún tipo de benzodiazepinas para la ansiedad, y los bloqueadores beta para las palpitaciones, siempre monitoreadas por el médico tratante.

El apoyo espiritual es bienvenido como un gran consuelo, ya sea con el asesoramiento de un consejero religioso en particular de la religión que sea practicante el paciente, o con algún asesor espiritual cuando sea necesario.

No debe evitarse el hecho de hablar de la muerte con el paciente. Es un mito extendido que si se toca este tema se aproximará al enfermo a su final. Nada más alejado de la realidad. Se ha confirmado que los pacientes que hablan de su muerte con sus familiares y éstos no se escandalizan, se sienten mejor, se sienten escuchados acerca de lo que les aflige y de lo que quisieran arreglar, por ejemplo: la custodia de sus hijos, apoyo familiar, la situación económica que se avecina, arreglar papeleo legal, acercamiento con los familiares y amigos que se tenga algún asunto pendiente, etc.

Capítulo V

Cuidados Paliativos en Personas con Enfermedades Neurológicas

Las enfermedades neurológicas son trastornos del cerebro, la médula espinal y los nervios de todo el cuerpo, es decir son los órganos que controlan todas las funciones humanas. Cuando no funciona bien alguna parte del sistema nervioso, posiblemente se presenten dificultades para hablar, respirar, aprender, moverse o hablar, sin descartar problemas con la memoria, los estados de ánimo o los sentidos; además el patrón evolutivo hacia la muerte no es lineal, por lo que la complejidad en su atención es todo un reto para el equipo médico interdisciplinario ya que es necesario que dispongan de un alto nivel de experiencia con este tipo de pacientes así como la continua asistencia que permita replantear la toma o cambio de decisiones en cuanto al cuidado especializado que cada paciente requiere.

Se conocen más de 600 tipos de estas enfermedades, los más conocidos son:

- Enfermedad de Huntington y distrofia muscular, que son causadas por genes defectuosos.
- Espina bífida que tiene que ver con problemas del desarrollo del sistema nervioso.
- Enfermedades degenerativas, como el Parkinson y el Alzheimer, donde las células nerviosas están dañadas o mueren.
- Derrames cerebrales.
- Trastornos convulsivos como la epilepsia.
- Algunas infecciones como la meningitis.

El dolor y las náuseas que pueden presentar los pacientes resultan muy molestos y si no están bien controladas seguro es que no se podrá aspirar a tener éxito en los siguientes cuidados donde el paciente pueda participar.

La valoración del estado de conciencia, así como el proceso del pensamiento, la memoria, la orientación, la cognición, la respuesta del dolor al tacto, cambios en la visión son de gran importancia como indicador esencial de un daño neurológico importante que se debe monitorear continuamente.

Otra de los requerimientos para el paciente es la oxigenación, por lo que la vía aérea deberá mantenerse lo más permeable posible, así como la aspiración de secreciones nasales y bucales, por supuesto estar atentos a algunas manifestaciones o signos de asfixia. En cuanto a las aspiraciones se debe tener en cuenta la molestia causada o el dolor que esto produce.

Los ojos deberán estar bien lubricados con gotas oculares evitando así algunas ulceraciones corneales, queratitis o algún tipo de inflamación o irritación.

Cuando el paciente tiene una sonda nasogástrica, la lubricación a las narinas y retirar algunas costras que se van formando será importante ya que se evitará al mínimo la resequeidad y en ocasiones sangrado cuando la mucosa se lesiona.

Se debe cuidar que los labios estén lubricados y la boca limpia además de limpiar cualquier tipo de secreción o residuo de vómito o sangre. Los dientes deben ser cepillados tres veces al día.

La alimentación de algunos pacientes neurológicos puede ser a través de sonda nasogástrica o por gastrostomía para asegurar el equilibrio nutricional. El cuidado a esta sonda es importante ya que en ocasiones suele no mantenerse en su sitio. Otra tarea aquí es vigilar que el abdomen del paciente no presente distensión cuando se pasa el alimento, así también vigilar que no se presenten náuseas o intolerancia cuando el alimento es a través de gastroclisis.

Regular la temperatura del paciente es sumamente importante para conseguir confort. Se puede apoyar con algunas mantas y lámparas. El baño diario caliente o tibio según se requiera, así como un ambiente fresco ayudará a que el paciente se sienta seguro y cómodo. No olvidar después del baño con jabón neutro, algún tónico hidratante a fin de evitar resequeidad o prurito.

En algunos casos el estado patológico neurológico da como resultado la incontinencia urinaria y fecal. Para algunos pacientes es necesaria sonda urinaria o

catéter permanente. No olvidar el uso del pañal desechable y su cambio continuo puede ayudar a evitar las úlceras en la piel por la humedad, incluso algún tipo de infección. Otra alteración puede ser el estreñimiento que llega a ser una verdadera molestia. Aquí lo indicado puede ser una dieta alta en fibra y asegurar un adecuado consumo de líquidos, incluyendo incluso un masaje abdominal matutino o algunos ablandadores de heces o enemas evacuantes.

Otro de los enfoques en este tipo de pacientes es el evitar la atrofia muscular porque el paciente realmente no presenta mucho movimiento. Lo que se sugiere es que algún familiar o amigo dedique un tiempo diario para algunos ejercicios pasivos.

Como se ha manifestado en este documento en los capítulos anteriores, además de los problemas físicos, se debe tener en cuenta las necesidades de cada paciente en el ámbito emocional, psiquiátrico, legal y espiritual. Contar con las personas adecuadas en estos campos resultará una gran ayuda para el paciente y sus familiares.

Capítulo VI

Cuidados Paliativos en Personas en Fase Terminal

Estas personas necesitan una atención integral en todos los aspectos. El paciente y su familia son la unidad a tratar. Se debe crear en lo posible una atmósfera de respeto, confort y comunicación. El equipo médico interdisciplinario deberá evaluar antes de llevar a cabo algún tratamiento, ya que el arte de la medicina es decidir cuándo el mantener con vida es inadecuado y reconocer que la muerte está cerca y no impedir este hecho. También recae en el equipo médico la manera de explicar las causas de los síntomas en términos que el paciente y su familia pueda comprender y finalmente optimizar el grado del control de síntomas.

Es común que el paciente se encuentre profundamente débil, en cama todo el tiempo, confuso por períodos largos, desorientado en el tiempo, con una atención limitada, no tiene interés en la ingesta de alimentos y líquidos, muestra dificultad para tomar los medicamentos.

Se deberá de evaluar detenidamente si algunas prácticas son apropiadas o no, como: la resucitación cardíaca, la respiración artificial, la solución intravenosa, las sondas nasogástricas, algunos antibióticos, ya que algunas de estas intervenciones ocasionan sufrimiento.

La primera situación que deberá ser tratada es la finitud de la vida biológica y puede ser aplicado a las últimas horas, los últimos días, semanas o incluso meses cuando la enfermedad es irreversible, progresiva y múltiples síntomas están presentes y el pronóstico de vida es muy limitado. Esta fase finalizará con el evidente fallo múltiple orgánico, de manera lenta o rápidamente progresivo.

Aquí el enfoque paliativo será reducir el número de síntomas y su intensidad tratando de lograr un incremento en la calidad de vida del paciente, es decir el equipo médico interdisciplinario tendrá presencia las 24 horas del día los siete días de la semana ofreciendo un cuidado global sin modificar el curso de la enfermedad, solo mejorando en lo que sea posible las condiciones del enfermo y apoyando a su familia.

Independientemente del diagnóstico se confirma la presencia de múltiples síntomas en esta fase, predominando el dolor en un 80% de los pacientes. Este dolor no es limitado a lo orgánico y al paciente, sino que se extiende hasta la manera que este dolor afecta a los familiares e incluso al equipo médico interdisciplinario. El dolor que se relaciona con una enfermedad grave e incurable se asocia en muchas ocasiones al significado de la vida, de la muerte y de la razón de su origen, todas estas situaciones están cargadas de conceptos negativos y aterradores que incrementan el sufrimiento y se convierte en un agobio constante frente a los sucesos por venir que son irreversibles. Resumiendo, es un cúmulo de eventos pluridimensionales donde lo biológico, psicológico, social y espiritual afecta al paciente y su familia.

El alivio del dolor cobra una gran importancia, por lo que se estará administrando el medicamento muy apegado a lo indicado por el médico de cabecera, sin olvidar la observancia de posibles reacciones adversas. El cambio de posición del paciente es otra tarea que debe tenerse en cuenta.

La alimentación del paciente es otro rubro donde hay que prestar mucha atención habiendo que estimular y controlar la ingesta de los nutrientes diarios que son necesarios para el paciente. Se recomienda en este caso la ingesta de pequeñas porciones de comida en forma frecuente, así también como los líquidos para evitar deshidratación el estreñimiento. Si las condiciones del paciente lo permiten, se sugiere al momento de la ingesta estimularlo con alguna conversación agradable y de su interés.

El cuidado de la piel del paciente no debe olvidarse, por lo que el baño o aseo diario es recomendable, así como la aplicación de cremas o soluciones corporales y un masaje en las zonas de riesgo que pudieran presentar la aparición de úlceras. No se recomienda el uso de talcos o polvos aplicados directamente sobre la piel. Mantener al paciente en cambio de posición por lo menos cada dos horas es útil para evitar el entumecimiento, falta de circulación y aparición de úlceras.

Es importante el aseo bucal tres veces al día o con más frecuencia si presenta vómito o secreciones. La limpieza de los ojos para retirar secreciones o residuos, así como la limpieza de genitales cada vez que se realice cambio de pañal

es importante. El mantener al paciente peinado, vestido con pijamas o bata limpias y su cambio diario o dos veces al día si se ha manchado con cualquier tipo de líquido es un gran aliciente y le hace sentirse mucho mejor. No olvidar tampoco el aseo de las uñas de manos y pies, bien recortadas y un masaje también lo agradecerá el paciente.

En caso de que el paciente tenga algún tipo de sonda habrá que vigilar intermitentemente el equipo y su funcionamiento. También se deberá observar las características de la orina y cuantificarla. Las heces fecales son también parte de la revisión diaria.

Procurar el mayor confort para el paciente y favorecer un ambiente adecuado con la limpieza y ventilación requerida es otro punto a tener en cuenta. Vigilar que en la habitación donde se encuentre el paciente no haya ruidos de forma estruendosa.

El apoyo psicológico para el paciente y su familia se debe mantener en todo momento. Se procurará una comunicación adecuada y fluida, no engañarlo ni generar falsas esperanzas, en cambio mitigar sus miedos y angustias y propiciar al revisar algunos pasajes de su vida, la trascendencia que deja en los suyos y basándose en la religión que profese el paciente o aún si no profesa ninguna, hacerle ver el ser espiritual que es y las huellas que está por dejar. Ante todo no se deberá juzgar los sentimientos o pensamientos y respetar los mecanismos de negación que pueda presentar. Practicar la escucha activa, ver al paciente a los ojos, tocarlo o estrecharlo y hacer conexión con su sentir es algo tan valioso que deja paz y tranquilidad al paciente.

Capítulo VII

Medicina Alternativa en Cuidados Paliativos

La accesibilidad que se tiene hoy en día a disponer de algún tipo de medicina alternativa que vaya de la mano con los cuidados paliativos en determinadas enfermedades puede hacer la gran diferencia en los pacientes teniendo como resultado una mejor calidad de vida, visualizar la muerte asumiendo este hecho con dignidad y sin dolor, aceptando la finitud del cuerpo humano pero trascendiendo y dejando a los suyos lo mejor de ese paciente.

En los siguientes párrafos se revisará de manera general algunas opciones que pudieran ser favorecedoras en determinada fase o proceso de ciertas enfermedades. Se debe considerar en todos los casos con el equipo médico interdisciplinario cualquiera de estas alternativas antes de hacer que el paciente las practique, siempre considerando el riesgo-beneficio.

Flores de Bach

El Dr. Edward Bach, médico y homeópata inglés desarrolló entre los años 1926 y 1934 una nueva medicina, sutil y eficiente relacionada con uno de los campos más descuidados por la medicina tradicional: las emociones. Es un sistema holístico, es decir integral, ya que reúne la mente y las emociones con el cuerpo del paciente. El Dr. Bach logra 38 diferentes remedios basados en flores; 34 de éstos vienen de flores silvestres, 3 de flores de cultivo y hay uno que no se basa en una flor, sino en agua de manantial. Cada uno de estos 38 remedios se aplica específicamente a un tipo de personalidad con problemas mentales o emocionales como: frustración, desesperación, diferentes traumas, miedos y depresión.

Basta con ingerir unas cuantas gotas de los remedios florales para que una persona pueda superar miedos, depresión, impaciencia, soledad o traumas del pasado entre otros problemas emocionales y se encamine a resolver posteriormente los problemas físicos asociados con esas emociones. La teoría del Dr. Bach es que

las enfermedades físicas tienen un origen emocional y si los conflictos emocionales continúan por mucho tiempo, la enfermedad del cuerpo empieza a aparecer.

A continuación el listado de las 37 flores y el agua de manantial que se sugiere en el tratamiento de diversas enfermedades, emociones o síntomas:

Flor usada en el Remedio número	Aplicaciones
1 – Agrimonia (agrimony)	Ocultas emociones tortuosas, angustia inconsciente. Tendencia a adicciones como tabaco, alcohol, drogas, juego, trabajo, comida y compras. Busca ser aceptado.
2 – Álamo temblón (aspen)	Miedo a lo sobrenatural, a situaciones no precisas por las que se siente amenazada y a la muerte. Presagios. Temor inexplicable, agorafobia, claustrofobia.
3 – Haya (beech)	Tendencia a ser intolerante y a criticar despiadadamente. Juzgar sin sensibilidad. Intolerante a las ideas y costumbres diferentes. Arrogancia.
4 – Centáurea (centaury)	Reacción exagerada a los deseos de los demás. Incapacidad para decir “no”. Vulnerabilidad al dominio y al abuso de otros. Voluntad débil.
5 – Ceratostigma (cerato)	Busca aprobación y consejo de los demás, no confía en su propio juicio, intuición o decisiones y opiniones. Convicciones no firmes. Cambia fácilmente de opinión. Indecisión.
6 – Cerasífera (cherry plum)	Miedo a perder el control de sus actos, a cometer acciones extremas y enloquecer. Pensamientos irracionales persistentes. Arrebatos incontrolables.
7 – Brote de castaño (chestnut bud)	Repite errores. No escarmienta de sus experiencias no favorables.
8 – Achicoria (chicory)	Sobreprotección y dominio de sus seres queridos. Manipulación excesiva. Considera saber más que sus dependientes. Personalidad posesiva y egoísta.
9 – Clemátide (clematis)	Evasión de la realidad. Difícilmente se ubica en el aquí y ahora. Distracción, poca atención a los sucesos a su alrededor. Vive en un mundo de fantasía como mecanismo de escape a su infelicidad.
10 – Manzano silvestre (crab apple)	Sensación de estar sucio y ser impuro, con baja autoestima y terror a

	contaminarse.
11 – Olmo (elm)	Abrumado por sus responsabilidades. Piensa que no puede cumplirlas.
12 – Genciana de campo (gentian)	Depresión por causas conocidas. Pesimismo. Escepticismo. Poco control ante la frustración.
13 – Aulaga (gorse)	Desesperación. Sin ninguna esperanza. Siente que no tiene caso nada.
14 – Brezo (Heather)	Ensimismado. Centrado en sí mismo. Necesita público para ser escuchado. Habla en exceso, no escucha.
15 – Acebo (holly)	Celos, desconfianza, envidia, odio y rencor. No compasión.
16 – Madreselva (honeysuckle)	Nostalgia. Añoranza del pasado y los buenos tiempos. No vive el presente.
17 – Hojarazo o carpe (hornbeam)	Agotamiento mental por hastío.
18 – Impaciencia (impatiens)	Soledad. Impaciencia. Irritabilidad.
19 – Alerce (larch)	Sentimiento de inferioridad. Espera fracasar.
20 – Mímulo (mimulus)	Miedo a lo conocido. Timidez.
21 – Mostaza (mustard)	Depresión y tristeza de causa no conocida, aparece y desaparece sin motivo aparente.
22 – Roble (oak)	Dedicación obsesiva al trabajo. Lucha desesperada contra la corriente y sin descanso.
23 – Olivo (olive)	Agotamiento total, físico y mental.
24 – Pino (pine)	Desesperación por sentimiento de culpa y autorreproche.
25 – Castaño rojo (red chestnut)	Miedo o preocupación por que suceda algún daño a los seres queridos.
26 – Heliantemo o Jarilla (rock rose)	Pánico y terror paralizante. Estados de angustia agudos. Pesadillas.
27 – Agua de manantial (rock wáter)	Perfeccionismo. Severidad. Rigidez consigo mismo.
28 – Scleranthus (sclerantus)	Indecisión entre dos extremos opuestos.
29 – Leche de gallina (star of bethlehem)	Secuelas de traumatismos físicos y mentales.
30 – Castaño dulce (sweet chestnut)	Desesperación profunda. Sentimiento de haber llegado al límite del sufrimiento.
31 – Verbena (vervain)	Fanatismo. Fortaleza. No comparte ni delega la carga.
32 – Vid (vine)	Avidez por el poder. Dominador. “pequeño tirano”.
33 – Nogal (walnut)	Indecisión para iniciar etapas nuevas o manejar situaciones difíciles.
34 – Violeta de agua (water violet)	Soledad de los orgullosos. Distanciamiento por sentimiento de superioridad.
35 – Castaña de Indias (White chestnut)	Rumiación torturante de ideas. Diálogos

	internos.
36 – Avena silvestre (wild oat)	Falta de metas. Descontento e incertidumbre por desconocimiento de la misión en la vida.
37 – Rosa silvestre o escaramujo (wild rose)	Desinterés, apatía, resignación. Falta de motivación.
38 – Sauce (willow)	Resentimientos. Sentimiento de ser víctima del destino.

Reiki

Reiki en japonés significa “energía de vida universal” y es una forma de terapia que usa solo las manos, pero no toca en ningún momento la piel, es sin contacto directo con el paciente. El objetivo es conseguir que el flujo de la energía vital en una persona se incremente. Los terapeutas en esta disciplina están entrenados para detectar y aliviar problemas de flujo de energía a nivel físico, emocional y espiritual. Esta terapia es utilizada para aliviar el dolor y el estrés y para mejorar las condiciones de salud. También consigue la estimulación del sistema inmune e incrementa la energía. Se han reportado casos de éxito en pacientes con enfermedades crónicas y agudas que van desde el asma y artritis hasta la recuperación de algún traumatismo y/o cirugía. El Reiki es una técnica segura y amable y en varios hospitales de algunos países se ha introducido ya su práctica.

El Reiki fue desarrollado alrededor de 1850 por el Dr. Mikao Usul, un estudiante de religión Cristiana japonés que estaba intrigado por la idea de que Cristo pudo haber sanado a la gente al tocarlos con sus manos. Buscando una explicación a los secretos de esta técnica, Usul visitó muchas sectas religiosas y se dio al estudio de éstas. Algunos maestros de reiki proclaman que Usul encontró las claves yendo hacia atrás unos diez mil años sobre las artes del sanar o curar que se originó en el antiguo Tíbet. Durante sus intensos estudios, Usul dijo haber tenido alguna experiencia espiritual la que le permitió curar con sus propias manos. Usul dedicó su vida a ayudar a gente pobre y enferma. Su reputación creció al aliviar a personas por muchos años en Kioto, Japón. Antes de morir, Mikao Usul legó sus conocimientos al Dr. Chujiro Hayashi, un cercano colaborador de él y Hayashi a su vez legó toda esta sabiduría a Hawayo Takata, mujer japonesa que vivía en Hawai y

a quien él había curado de una enfermedad que amenazaba su vida usando los métodos del Reiki. De esta manera Takata se convirtió en una ferviente creyente y proponente del Reiki y durante los años 70's inició un programa de entrenamiento para maestros a fin de preservar las enseñanzas originales del Dr. Usul. Posteriormente Phyllis Lei Furumoto, nieta de Takata fue la encargada de continuar el linaje y fundó la Alianza Reiki y en los Estados Unidos se dio una organización hermana llamada American Reiki Association, también conocida como Radiance Technique Association International, dirigida por Barbara Ray. Hoy en día existen más de mil maestros de Reiki que practican esta técnica alrededor del mundo.

Una sesión de Reiki se desarrolla normalmente de hora a hora y media. El paciente se acuesta vestido sobre una mesa de masajes. El maestro o terapeuta de Reiki se concentra y posa sus manos sin tocar sobre el o los órganos afectados y/o sobre las glándulas endócrinas y se enfoca en dar energía usando una visualización mental para enviar energía curativa a las áreas donde sea necesaria.

La terapia del Reiki ha sido utilizada en algunas clínicas y hospitales como parte de la práctica de la medicina alternativa, y doctores, odontólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud han sido entrenados para aplicar estas técnicas como parte de su práctica usual. Se ha constatado que disminuye el grado de estrés y que aumenta la respuesta del sistema inmune, y en general el estado anímico de los pacientes es positivo dejando pesares, miedos y angustias al ser tratados con esta técnica.

Musicoterapia

La musicoterapia es el manejo de la música y sus elementos musicales (sonido, melodía, armonía y ritmo) que se realiza a través de un terapeuta especializado a una persona o un grupo de personas para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, y otros objetivos terapéuticos importantes, para llegar a satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas de los individuos. Es a la vez una profesión de la salud y un campo de investigación científica que estudia las

correlaciones entre el proceso de la terapia clínica y biomusicología, acústica musical, teoría musical, psicoacústica y musicología comparada.

En la actualidad, como disciplina de Salud se ha extendido alrededor del mundo y se han desarrollado carreras a nivel de grado y post-grado.

Uno de los países que están a la zaga en el impulso y desarrollo de esta terapia es España, por otro lado, Argentina se destaca por ser el primer país de habla hispana que contó con la carrera de Musicoterapia en 1967 en la Universidad del Salvador en Buenos Aires.

Se trata de un proceso interpersonal en la que un terapeuta musical calificado y entrenado usa la música y todas sus facetas: física, emocional, mental, social, estético y espiritual para ayudar a los clientes a mejorar o mantener su salud.

Los musicoterapeutas ayudan a que las personas mejoren su nivel de funcionamiento y una mejor percepción en la calidad de vida en diversos ámbitos (funcionamiento cognitivo, habilidades motoras, desarrollo emocional y afectivo, comportamiento y habilidades sociales, etc.) mediante algunas experiencias musicales, como serían: cantar, escuchar música, escribir canciones, moverse al ritmo de la música, etc., y así alcanzar las metas y objetivos de cada tratamiento.

Las metodologías de trabajo varían de acuerdo a la población y a las necesidades específicas de los pacientes, destacando la palpable mejoría con personas con necesidades especiales y lo favorecedor que se puede apreciar la orientación y relajación en los ancianos, así también como parte importante en la rehabilitación física de las víctimas de accidentes cerebrovasculares.

Algunas investigaciones clínicas han constatado que cuando se utiliza la musicoterapia en conjunto con la terapia médica tradicional, el porcentaje de éxito es significativo y ayuda a los pacientes a lograr una mejor calidad de vida, además de que la música afecta favorablemente las emociones y las interacciones sociales.

Algunos de los beneficios pueden ser conseguir bajar el nivel de hipertensión sanguínea, y también los niveles de ansiedad en los pacientes con enfermedades cardíacas.

Risoterapia

Es la técnica aplicada a una persona o a un grupo de personas a través de juegos, humor, espontaneidad y lo inesperado. Penetra en la mente y cuerpo estimulando los sentidos, descargando emociones y sentimientos. Cuando una persona ríe, además de mejorar su estado de ánimo, mejora su estado psicológico y el estrés disminuye, también se generan las betaendorfinas, sustancia benéfica para el organismo de cara a diferentes patologías y/o enfermedades. En China lo practican para asegurar la longevidad y la salud. En la edad media, los bufones alegraban a la Corte (reyes y nobles) también eran enviados a los enfermos para alegrarlos. Está confirmado científicamente que practicar la risoterapia libera al organismo de la energía negativa. Un ejemplo palpable y real fue la introducción de esta terapia en USA en 1971 con el Dr. Hunter Doherty Adams, posteriormente fue llevado al cine en 1998 con "Patch Adams". Actualmente en España existen talleres de risoterapia dirigido a todo el público. En las sesiones o talleres se educa a los participantes en todos los conceptos de la risa, sus tipos, ejercicios de relajación, cómo provocar la risa y la práctica para fomentar toda la positividad de los participantes y hacer pasar un muy buen rato de diversión, risas y beneficio psicológico y físico al mismo tiempo. Se ha comprobado a través de estudios científicos cómo el córtex, la sustancia gris que recubre los hemisferios cerebrales, libera impulsos eléctricos negativos tan sólo una fracción de segundo después de haber empezado a reír. Los beneficios que tiene una risa profunda, entre otros son: aumento de presión sanguínea igual que los ejercicios aeróbicos, fortalece el corazón, dilata los vasos sanguíneos, los pulmones y músculos pectorales obtienen mayor capacidad al respirar, hay menor humedad que es igual a menos bacterias, por lo tanto menos infecciones, se relajan los músculos, hay un aumento del estado de alerta y lucidez mental, reduce el estrés y la depresión. Aumenta la capacidad para aceptar los eventos adversos. Con esta técnica en la actualidad se pueden curar algunas enfermedades, o al menos ayuda a sobrellevarlas.

Magnetoterapia

Se define en forma sencilla: es el tratamiento de enfermedades mediante el uso de campos magnéticos que pueden ser producidos por imanes permanentes o electroimanes los cuales pueden tener un campo magnético variable.

En ocasiones existe confusión acerca de los conceptos Biomagnetismo y Magnetoterapia. El Biomagnetismo es una de las ramas de la Biofísica que estudia los efectos del magnetismo en los organismos vivos. La energía magnética es fundamental para la vida. La Magnetoterapia forma parte del Biomagnetismo y está orientada a la prevención y curación de las enfermedades de los seres vivos, ya sea que sean originadas por la alteración del equilibrio de la energía interna del organismo o por otras causas.

Existen muchos trabajos de investigación que demuestran que el metabolismo y el potencial de hidrógeno (pH) de los seres vivos son afectados por los campos magnéticos.

El campo magnético del planeta que está afectando permanentemente a todos los humanos se modifica localmente con frecuencia, debido a las explosiones solares, el movimiento de la Luna y las tormentas eléctricas. Los campos magnéticos internos del organismo humano también se alternan por intoxicaciones, infecciones, traumatismos, tensiones, calidad y cantidad inadecuada de alimentos y componentes del aire, entre otros. Todo esto tiende a modificar el comportamiento del cuerpo humano, el cual gracias a su función homeostática o de autocontrol reacciona para restablecer y conservar el estado de balance dinámico entre la mente, masa anatómica, composición, metabolismo, funciones y energía, pero cuando se rebasan ciertos límites, la homeostasis no es capaz de restablecer el equilibrio y se presentan las enfermedades.

El resultado se observa más fácilmente cuando desaparece un dolor muscular o un dolor de cabeza a los pocos minutos de usar un imán. De igual forma, y más sorprendente aún es cuando disminuyen o desaparecen los tumores en el cuerpo, o cuando las fracturas sueldan rápidamente en personas de edad avanzada o cuando desaparecen los moretones producidos por un golpe.

Los magnetos pueden estar conformados de distintos materiales, como el Hierro, la Ferrita o materiales de las llamadas "tierras raras", como el Neodimio-

Hierro-Boro (NIB o NiFeB), Aluminio-Níquel-Cobalto (A1NiCo), entre otros. Los más comunes son los de Ferrita.

Algunos imanes pueden tener más flujo magnético que otros. En la interacción de los campos magnéticos con los seres vivos algo muy importante es la densidad del flujo magnético. Significa que un imán pequeño puede tener la misma fuerza magnética aparente que uno más grande, si el pequeño tiene más densidad. Esta densidad está determinada casi en exclusiva por el material con que esté hecho el magneto. La densidad se mide en teslas (en el sistema MKS) o en gauss (sistema cgs). Los que se usan en Magnetoterapia usualmente se miden en gauss. Los imanes de alta densidad se aplican para hacer diagnóstico de enfermedades o padecimientos y para tratar ciertas enfermedades, como tumores cancerosos o fracturas.

Una de las características más importantes de los magnetos es la polaridad. Todos los imanes o magnetos tienen dos polos: norte y sur, o negativo y positivo, respectivamente. La forma puede variar, lo hay cilíndricos, de base cuadrada o rectangular, en forma de dona, delgados, alargados, gruesos, etc.

Los que se usan en Magnetoterapia por lo general son delgados y de base circular, como una moneda, ya que hacen su uso más fácil al estar pegados al cuerpo. También se utilizan los de base rectangular para hacer diagnóstico.

Los imanes pueden ser usados solos o pegados a la parte del cuerpo afectada mediante tela adhesiva y su tamaño depende de la aplicación.

La polaridad es el punto más importante al usarlos, ya que si se colocan equivocadamente en la parte del cuerpo afectada se podría aumentar el dolor, la infección, el exceso de energía, en lugar de disminuirlo. Asimismo la densidad adecuada es un aspecto preponderante, pues se podría provocar resultados indeseables.

Las personas que usan marcapasos u otros equipos electrónicos en su cuerpo deben mantener los magnetos o imanes alejados de ellos.

Esta terapia tiene la bondad de ser barata, un imán puede ser usado durante mucho tiempo y con múltiples personas. Son tan baratos que el terapeuta puede

permitir que el paciente se lo lleve puesto y se quede con él. Es muy conveniente en lugares o situaciones donde no haya posibilidades de usar técnicas o terapias más caras.

Algunas de enfermedades/síntomas que pueden presentar una mejoría considerable o incluso sanar por completo son las siguientes:

Cefalea, cistitis, cólicos biliares/estomacales/intestinales, colon irritable, diabetes, fracturas, cáncer, cálculos renales/biliares, bronquitis, artritis, afecciones del aparato respiratorio, angustia, asma, fibromas, dispepsia e indigestión, hemorroides, hepatitis, hipertensión/hipotensión arterial, impotencia masculina, insomnio, várices, úlcera, afecciones de la piel, entre otras.

Reflexología

Llamada también terapia zonal o reflexoterapia es el ejercicio de estimular puntos clave sobre los pies, manos, nariz u orejas, que son las zonas de reflejo, y que se basa en la creencia pseudocientífica de que tal masaje tendrá un efecto benéfico en un órgano determinado situado en el cuerpo humano. Es una ayuda terapéutica, no un remedio definitivo, puede complementar a la acción de los medicamentos.

La reflexología proviene directamente de la acupuntura que afirma que el hombre posee una energía invisible e inmensurable que es el chi, que circula por los canales llamados meridianos. En estos canales están unos puntos precisos que se pinchan con las agujas especiales de acupuntura. En el caso de la reflexología estos puntos se masajean y se oprimen para regular la circulación de esa energía. Se dice que cuando esta energía no avanza dentro de un órgano o en un punto del trayecto, se produce un desequilibrio que repercute las funciones orgánicas y finalmente produce una enfermedad.

Algunas dolencias que pueden ser tratadas son: dolor de espalda, de cuello, menstruales, cefalea, así como estreñimiento, gastritis y asma, entre otros.

La historia de la reflexología data de 1913, cuando el médico otorrinolaringólogo estadounidense William Fitzgerald que trabajaba en el Hospital

St. Francis en Connecticut empezó una investigación y publicó sus ideas en el libro llamado “Terapia de Zonas”, junto con el Dr. E.F. Bowers. El Dr. Fitzgerald interesado en la hipótesis de la acupuntura que dice que el cuerpo humano se encuentra atravesado en sentido longitudinal por diez meridianos divididos en otras zonas ocupadas por determinados órganos cuyo reflejo se encuentra en los pies y las manos. Por otro lado, otro médico el Dr. Riley realizó los diagramas y detalles en dibujos y su localización precisa de los puntos reflejos en los pies. Hoy en día se sostiene que cualquier masaje de pies es una terapia reflexológica.

Ciertos puntos en los pies se vuelven más sensibles cuando hay algún tipo de enfermedad en otro punto del cuerpo, por ejemplo un aumento de dolor en ciertos puntos de los pies indicaría la presencia de la dolencia, y el masaje en dichos puntos la aliviaría. Es por ello que la reflexología no es un simple masaje de placer porque produce dolor cuando se presionan los puntos doloridos del pie.

En el interior de la nariz existen puntos reflexológicos situados en las zonas anterior, media y posterior de los cornetes medio e inferior. Así pues la estimulación por ejemplo de la parte anterior del cornete inferior produce un efecto curativo en el vientre bajo; la estimulación en la parte intermedia del cornete resulta un efecto curativo en el abdomen; la estimulación de la parte posterior del cornete se va directo a tener un efecto curativo en la cabeza; y la estimulación de la parte anterior del cornete medio produce un efecto curativo en los pulmones.

Terapia con Animales o Zooterapia

La terapia asistida con animales (TAA) es una actividad donde se selecciona, entrena y certifica a ciertos animales para que sean apoyo en tratamientos y terapias para pacientes de todas las edades que padecen enfermedades que los debilitan y los afectan en el plano social, emocional y cognitivo.

La historia se refiere hacia 1792 cuando en Inglaterra se usó a mascotas como apoyo de terapias convencionales principalmente para enfermos mentales. En 1867 los animales de compañía se introducen en el tratamiento de pacientes epilépticos en Alemania. Las especies más utilizadas son caballos y delfines, sin dejar fuera a los perros y gatos por ser animales de compañía o mascotas de

acceso fácil a cualquier persona. Los delfines se utilizan con éxito para tratar a personas con Síndrome de Down, parálisis cerebral y autismo, entre otras enfermedades.

La meta es mejorar la calidad de vida emocional y proporcionar seguridad en los pacientes que han perdido la motivación ante las situaciones de la vida, ya sea por algún tipo de depresión o falta de interacción con la sociedad por estar hospitalizados, o bajo la supervisión de profesionales de la salud que tienen en control la salud de las personas debido a alguna enfermedad crónica o terminal, así como ciertos trastornos o dolores físicos o emocionales. También se incluyen principalmente a los niños que tienen ciertos problemas de atención y aprendizaje.

El hablar a los animales y ser testigo de la fidelidad que tienen hacia los seres humanos, es motivador y alentador para el paciente. También viene a reforzar la relación y comunicación entre médico y paciente, es decir podría incrementar el nivel de confianza y disminuir los temores del paciente con el fin de que se conviertan en pensamientos positivos y ayuden a reforzar el valor de la esperanza en algunas enfermedades.

Equinoterapia – Es la terapia que utiliza al caballo como el instrumento natural para su rehabilitación física, psíquica y social. Se consigue a través de la interacción entre el paciente, el caballo y el terapeuta. El caballo trasmite ciertas características a través de su lomo y movimientos, como son; su calor corporal que es de 38°C y su impulso rítmico que pasa al cinturón pélvico, piernas, columna vertebral hasta la cabeza del paciente. El patrón de locomoción del equino es equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana, esto es una serie de oscilaciones tridimensionales como es el avance y retroceso, la elevación, el descenso y desplazamiento son grabados en el cerebro y se automatizan después de un tiempo.

Existen dos terapias con caballos, una es la Hipoterapia, orientada a personas con disfunciones neuromotoras y sensomotoras; y la Monta Terapéutica, aplicada a personas con disfunción sensomotora, psicomotora y sociomotora.

Los beneficios de estas terapias se dividen en:

- Beneficios funcionales – Estimulación de la peristalsis, estimulación del sistema circulatorio y respiratorio.
- Beneficios sociomotores – Desarrollo de la comunicación análoga y verbal, aumento de la atención y concentración mental, confrontación de temores personales, incremento de autoconfianza y autoestima, desarrollo de la voluntad, aumento de la capacidad de adaptación, disminución de impulsos agresivos, desarrollo del comportamiento cooperativo, desarrollo de la responsabilidad.
- Beneficios neuromotores – Regulación del tono muscular, disminución de reflejos tónicos y reacciones asociadas, grabación y automatización del patrón locomotor.
- Beneficios psicomotores – Estabilización del tronco y de la cabeza, desarrollo del equilibrio horizontal y vertical (estimulación del sistema vestibular), construcción de la simetría corporal, fomento de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, desarrollo de la lateralidad, incremento de la elasticidad, agilidad y fuerza muscular.
- Beneficios sensomotores – Desarrollo de la sensopercepción táctil, desarrollo del sistema propioceptivo y vestibular, fomento de la integración sensorial (táctil, visual y auditivo), desarrollo de la conciencia e imagen corporal.

Delfinoterapia – Es la interacción con delfines, principalmente los *Tursiops truncatus* y se realiza dentro de piscinas de acuarios y espacios naturales delimitados. Los terapeutas afirman que mejora la calidad de vida de niños con algunas discapacidades relacionadas con el sistema nervioso central. También puede aplicarse a adultos en proceso de desintoxicación de drogas, con personas con depresión, estrés, e incluso mujeres embarazadas.

Está demostrado que los delfines son animales que poseen una alta sensibilidad y emiten ondas ultrasónicas de diferentes tipos que circulando el cuerpo de la persona tratada y operan endorfinas y otras sustancias que ayudan a mejorar la conexión entre las neuronas, además de incentivar el funcionamiento de los hemisferios cerebrales. Los cambios neurológicos y neuroquímicos que se generan se traducen en diferentes beneficios físicos, emocionales e intelectuales, como

mejorar el sistema inmune, la coordinación motora, el estado de ánimo, el lenguaje y el contacto social.

Esta terapia consiste en baños entre 15 y 30 minutos donde la persona o el grupo de personas son acompañados por un fisioterapeuta o biólogo marino quien dirige los ejercicios del delfín.

El tratamiento puede aplicarse también a personas con síndrome de Down, padecimientos del sistema nervioso, algunos tipos de cáncer, impedimentos motores congénitos o adquiridos y algunos problemas mentales.

Capítulo VIII

Necesidades Espirituales

La espiritualidad se refiere a una disposición psíquica, moral o cultural de las personas. Se relaciona con la práctica de la virtud. También hace referencia generalmente a la búsqueda del sentido de la vida y de crecimiento personal que supera la habitual mirada de reproche frente a la existencia y la transforma en una base de aceptación, comprensión y contento.

Algunas características de la espiritualidad humana básica son: compasión, empatía y misericordia (entendiéndose como la experiencia en el perdón), la bondad y amor.

Lo espiritual en todas las personas es algo importante, y en la gente que está cursando la última etapa de vida se vuelve un tema de suma relevancia y debe ser tratado con delicadeza dando al paciente la pauta para que pueda abrirse y de tal manera conocer exactamente los motivos que le agobian. Hay que olvidarse de todo y estar abiertos hacia la otra persona, escuchando, escuchando solamente. Hacer que los pacientes descubran lo que son, recuerden quiénes son, cuánto han reído, gozado, deleitado; las actitudes que han tenido ante la vida, es sin duda uno de los objetivos primordiales en el campo espiritual, teniendo en cuenta que no importa qué religión profesen y también si no tienen ninguna, hacerles ver que lo espiritual está en todos los seres humanos, está dentro de ellos.

La fé proporciona fuerza para superar el dolor. Es adecuado hacer lo necesario para que estos pacientes hagan introspección y descubran lo trascendente que están dejando a sus seres queridos. La muerte es el retorno a ese Dios que existe para cada persona. No hay diferencia en morir, la diferencia está en la manera en cómo se vivió. La fortaleza es el valor de la fé. Se genera confianza y paz en los pacientes cuando se les comenta que continuarán vivo(a)s en sus seres queridos por sus acciones y vivencias.

Los apegos y la manera en que se educa al ser humano para acumular y no dejar ir, incluyendo cosas y personas, se vuelve algo difícil de tratar en esta etapa de la vida; en algunas culturas la meta es no acumular ni aferrarse a nada ni nadie,

de esta manera cuando alguien está próximo a su muerte es más fácil para él como para su familia el dejarse fluir por el ciclo natural de la vida y evitar por lo tanto el sufrimiento; el dolor natural viene, se permiten sentirlo, pueden manejarlo y asimilarlo y continuar con sus vidas con el recuerdo y la herencia de vida que les deja su familiar.

Ser misericordioso, aprender a escuchar, detener la culpa, hacer que el paciente no se lamente por lo hecho o no hecho en su vida, sino aceptar y asegurarse que optó por la mejor alternativa en un momento determinado y tomó las herramientas que tenía a su alcance, eso alivia y da paz y confort espiritual a las personas.

En cuidados paliativos la ayuda tanatológica es ofrecer y proporcionar acompañamiento, respeto a su voluntad, escucha incondicional sin ningún tipo de juicio, mostrar calidez y ser empático en todo momento.

Para algunas personas la espiritualidad se apoya en la religión. En base a las religiones que en México tienen más penetración y número de fieles, a continuación se enlistan algunas necesidades que pueden ser cubiertas de acuerdo a cada una de ellas:

Católico – Servirá mostrarle compasión, expresarle que puede confiar en el tanatólogo, miembro del equipo interdisciplinario. Puede ser benéfico para la persona católica animarlo a recibir los sacramentos designa para esos momentos (confesión, unción de los enfermos y comunión), con el fin de estar en paz en sus últimos momentos. Adicionalmente, si lo desea y permite, hacer algunas lecturas espirituales. Recordarle que todo en la vida es un proceso natural, así como el nacer, el ciclo termina con la muerte, pero es un paso importante para entrar a la presencia de Dios y a la vida eterna, según el catolicismo. También es conveniente preguntarle si algo en especial le aqueja o angustia y hacer lo que esté en las manos para ayudarle a solucionar estos pendientes.

Cristiano – Recordarle la enseñanza que Jesús dejó a la humanidad en cuanto a perdonarse a sí mismo y a todos los que le hayan hecho algún daño, amar a los enemigos, creer en la promesa respecto de volver a reunirse con sus seres queridos y disfrutar de la eternidad. También hacer oración y mencionar que Dios es

un ser de amor y misericordia. Proponerle tomar la eucaristía como alimento del alma. Ayudarle a solucionar algún pendiente que lo aqueje o le cause angustia.

Judío – Reconfortarlo diciéndole que de acuerdo a su religión, el proceso de su enfermedad propicia que encuentre la paz. Mencionarle que Dios le está otorgando en ese proceso de enfermedad, tiempo para arreglar asuntos importantes y reencontrarse y reconciliarse con familiares o amigos, si fuera el caso. Si lo apetece y permite el paciente, podrá rezar junto con él. Adicionalmente podría preguntársele si desea confesarse, esto con mucho tacto, expresándole que no por confesarse esté próximo a la muerte, solo sería para acrecentar su paz interior. Como en los casos anteriores, indagar si algo lo aqueja o angustia y tratar de ayudarlo a solucionar tales pendientes.

Hinduista – Hacerle recordar que de acuerdo a su religión, el alma, (que es eterna – SAT; llena de conocimiento – CIT; y bienaventurada – ANANTA) no muere, por lo tanto que tenga presente la trasmigración de su alma y el ciclo de Samsara. El tanatólogo, miembro del equipo multidisciplinario, debería tener la capacidad y el amor para tranquilizar al paciente al expresarle lo anterior. También se le deberá transmitir la resignación con conciencia ya sea orando y/o afirmándole que todo va a estar bien. Si el paciente lo apetece y lo permite, entonar junto con él/ella algún mantra para conseguir paz. Preguntarle si algo requiere y hacer lo que sea posible para ayudarlo a solventar tales asuntos.

Budista – Sugerirle y recordarle una de las características fundamentales de la existencia, según el Budismo, que es la transitoriedad y hacer hincapié en que puede refugiarse internamente en las Tres Joyas: el Buda, el Dharma y la Sangha. Al igual que en los casos anteriores, tratar de ayudarlo en algunas cuestiones que lo aquejen o inquieten.

Ateo – Para las personas que no practican ninguna religión y a pesar de la ausencia de fé en lo trascendente, es importante hacerle ver que tiene una gran espiritualidad porque ha buscado y conseguido la plenitud y crecimiento personal, ha vivido en el amor y la compasión. Hacerle ver de una manera amable que los apegos como dependencias o codependencias solo le está dejando sufrimiento y culpa, por lo que sería buena opción si optara por fluir y dejar ir todo asunto que le angustie. De igual manera es importante hacerle sentir que es acogido,

comprendido, escuchado y acompañado por sus seres queridos. Nunca descartar que aunque la persona sea atea, requiera o apetezca de la visita de algún miembro religioso, ya que algunas personas al final de sus días, lo pueden solicitar.

Hay que tener presente que sea la religión que profese la persona próxima a morir, la ayuda que el tanatólogo puede ofrecer entre otras, sería acercarlo más a su familia, dirigirlo para que las relaciones que tenga un tanto lastimadas con algunos miembros de su familia o amigos las pudiera sanar al tener un acercamiento con ellos. Con estas acciones el paciente gana armonía y paz interior.

Se debe tener presente en esos momentos la historia de vida que el paciente haya tenido y hacerle ver que ha hecho cosas positivas que trascenderán indudablemente en sus seres queridos. En ocasiones el paciente puede desmotivarse por algunas acciones no acertadas que pudo haber tenido a lo largo de su vida; es aquí precisamente que el tanatólogo hará énfasis en que es propio de los humanos errar y que no hay perfección, y que al final del camino habrá seguramente muchos más puntos favorables y que por lo tanto su historia de vida es un legado invaluable que deja para los suyos. Es esencial hacerle sentir al paciente que es un ser único e irrepetible y que está dejando huellas importantes emocionales y espirituales.

Otro punto que debe tenerse presente con el paciente es sobre la experiencia del perdón y la gratitud. Se considera oportuno hacer lo posible por acercar a las personas que para el paciente sean importantes y a las cuales quiera pedir perdón. Asimismo, tratar que el paciente perdone cualquier acción de un semejante lo hará sentir en equilibrio con su propia vida. Hacer que el paciente haga el ejercicio mentalmente de perdonar y pedir perdón, en caso de no tener oportunidad de estar las personas presentes, es tan valioso e igualmente se consigue un equilibrio espiritual. Acerca de la gratitud, persuadir al paciente a expresar las gracias por todo lo recibido a lo largo de su vida genera un sentimiento reconfortante. Esta gratitud puede ser expresada a su Ser Supremo, a la Vida, al Universo, a su familia, a sus amigos; en fin a todo lo que él/ella considere importante.

Capítulo IX

Cuidados Paliativos en México

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007 – 22 Diciembre 2008

En nuestro país la legislación empieza el 22 de Diciembre de 2008 cuando la Secretaria de Salud incluye los cuidados paliativos y es publicado en el Diario Oficial de la Federación, el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007, donde se establecen los criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos. Esta fue la primera publicación sobre el tema y el objetivo básico es establecer los procedimientos y criterios mínimos que hagan posible el otorgar la aplicación de los cuidados paliativos adecuados a los pacientes que pasan por un proceso de enfermedad en fase terminal y que les provean de una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte. Promueven conductas de respeto y fortalecen la autonomía del paciente y su familia, además previenen de alguna manera acciones y conductas que puedan tener como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía. Estos cuidados son aplicados a través de los equipos interdisciplinarios de salud.

Esta Norma Oficial ya menciona que el campo de aplicación es obligatorio para todos los establecimientos y prestadores de servicios de atención médica cubriendo los sectores público, privado y social que de manera específica oferten o cuenten con un área o servicio para atender cuidados paliativos a pacientes que cursen una enfermedad en fase terminal.

Dentro de las generalidades de esta Norma Oficial se menciona que los cuidados paliativos deben proporcionarse con estricto apego a los principios científicos y éticos que están orientados hacia la práctica médica, y deberá evitarse en todo momento incurrir en acciones desproporcionadas y extraordinarias. También se menciona que los cuidados paliativos podrán ser de carácter ambulatorio u hospitalario y deben contar con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos para controlar el dolor y los síntomas que estén asociados y que generen un deterioro en la calidad de vida del paciente, así como que el médico

tratante es el responsable de prescribir un plan terapéutico y además explicarlo de forma sencilla, comprensible y suficiente al paciente y a sus familiares y mencionar el beneficio que tendrá el paciente sobre la condición terminal de la enfermedad y manejo de los signos y síntomas.

Otro de los puntos importantes que se mencionan en esta Norma Oficial dentro de sus generalidades, es el documento que el paciente deberá firmar y que es el consentimiento bajo información específico. Dicho documento enfatizará el compromiso del equipo y personal de salud que no se causará un sufrimiento mayor al paciente, y que todas las acciones se apegarán al plan terapéutico.

Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos – 05 Enero 2009

Posteriormente el 5 de Enero de 2009 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. De esta reforma se desprende el Art. 33 correspondiente a las actividades de atención médica donde en el punto IV, menciona que estas actividades médicas son paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte del equipo profesional multidisciplinario.

El Artículo 166 Bis en su Capítulo I sobre Disposiciones Comunes que corresponde al Título Octavo Bis de los Cuidados Paliativos a los enfermos en situación terminal tiene los siguientes seis objetivos:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;

- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y
- VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Fuente:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009

A su vez, el Capítulo II habla de los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal y se expresan como sigue en el Artículo 166 Bis 3:

- I. Recibir atención médica integral.
- II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica.
- III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables.
- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida.
- V. Recibir información, clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca.
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.
- VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor.
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario.
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular.
- X. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo hagan en su representación.

- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza, y
- VII. Los demás que las leyes señalen.

Fuente:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009

En este mismo Capítulo II, los siguientes apartados cobran importancia para el tema de los Cuidados Paliativos y merece la pena que el equipo interdisciplinario incluyendo al tanatólogo conozcan a fondo:

Artículo 166 Bis 4. Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 5. El paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.

En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación

de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

Artículo 166 Bis 8. Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 9. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

Artículo 166 Bis 10. Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de este título.

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

Artículo 166 Bis 12. Todos los documentos a que se refiere este título se registrarán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento y demás disposiciones aplicables.

Fuente:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009

El Capítulo III corresponde a las facultades y obligaciones de las Instituciones de Salud, donde precisa que dichas Instituciones proporcionarán cuidados paliativos de acuerdo al tipo y grado de enfermedad desde el momento en que sea diagnosticado el paciente y hasta el momento de su muerte.

En el Capítulo IV se encuentran los derechos, facultades y obligaciones de médicos y personal sanitario y lo que se resume básicamente es que los médicos deberán dar toda la información que el enfermo en situación terminal necesite con el fin de tomar una decisión libre sobre su tratamiento, cuidados y atención, así como también tendrá derecho a que se le informe cuando el tratamiento curativo no esté dando resultados y sobre las opciones de cuidados paliativos que existan y pueda tomar una decisión. Y también estará informado antes de comenzar la aplicación del tratamiento para aliviar el dolor y los síntomas, si dicho tratamiento podrían disminuir el tiempo de vida, como un posible efecto secundario.

Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica – 01 Noviembre 2013

Recientemente, el 1º de noviembre de 2013 se da el decreto presidencial por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en específico lo referente a las Disposiciones para la prestación de Servicios de Cuidados Paliativos se encuentra en el Capítulo VIII Bis que va del Artículo 138 Bis, a 138 Bis 5. En la Sección Primera habla de los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal y se encuentra en el Artículo 138 Bis 6 a 138 Bis 11. Por su parte, la Sección Segunda de este Artículo 138 Bis 12 a 138 Bis 21 concierne a las Facultades y Obligaciones de las Instituciones de Salud. Por último la Sección Tercera enfoca a las Directrices Anticipadas en el Artículo 138 Bis 22 a 138 Bis 27.

Resumiendo lo marcado en estas disposiciones, se destacan los siguientes objetivos de los Cuidados Paliativos:

1.- Proporcionar bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de la muerte del paciente.

2.- Prevenir posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono u obstinación terapéutica, así como la aplicación de medios extraordinarios, respetando en todo momento la dignidad de la persona.

3.- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas severos asociados a las enfermedades en estado terminal.

4.- Establecer los protocolos de tratamiento que se proporcionen a los enfermos en situación terminal a través de los cuidados paliativos, a fin de que no se interfiera con el proceso natural de la muerte.

5.- Proporcionar al enfermo en situación terminal, los apoyos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que se requieran, a fin de brindarle la mejor calidad de vida posible.

6.- Dar apoyo a la familia o a la persona de confianza para ayudarla a sobrellevar la enfermedad del paciente, y en su caso, el duelo.

Fuente:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013

Se espera que con estas modificaciones a la ley, los Cuidados Paliativos penetren a todos los hospitales del país, siendo beneficiada la población que así lo requiera.

Conclusiones:

Para el ser humano hay pocas situaciones tan aterradoras como el encarar la muerte, y más la propia en caso de tener la oportunidad de atravesar un proceso de enfermedad larga y dolorosa. Los métodos en la prevención, diagnóstico acertado y el adecuado tratamiento han avanzado en los últimos años.

Al término de esta investigación, podemos concluir que tanto los Cuidados Paliativos, como la diversidad de Medicina Alternativa formal y seria existente en el mercado pueden fusionarse y trabajar de la mano en beneficio de los pacientes, en especial de los que desafortunadamente no tienen cura, pero sí pueden aspirar a una calidad de vida mejor, tratando de evitar el dolor y sufrimiento en lo posible, o en escenarios no muy optimistas, a que el dolor y sufrimiento sean tolerables y puedan continuar llevando su vida dentro de un marco digno.

Cuando la vida o las circunstancias nos acerquen a un paciente que no tenga cura y que necesite de los Cuidados Paliativos, tratemos de contribuir con nuestros conocimientos y voluntad, pero sobre todo con ternura y humildad a que tengan al menos unas horas, o días, o meses de mejoría; y no perdamos de vista las diversas estrategias que la Medicina Alternativa ofrece y que podrían estar al alcance de casi cualquier persona, siempre tomando en cuenta el riesgo-beneficio para el paciente y su familia.

Se concluye que los Cuidados Paliativos son los cuidados activos de la vida, el cuidado integral y continuo al paciente que aguarda el fin, no perdiendo de vista también a su familia.

“La gran sinfonía de la vida deberá terminar en un gran final de paz y serenidad, de seguridad material y emocional, así como atención espiritual; y no con el golpe estridente de un tambor que se rompe o unos címbalos que se estrellan...”

Lin Yu Tang

Bibliografía

Kübler-Ross, E. (2003). *Aprender a morir – Aprender a vivir, Preguntas y Respuestas*. Barcelona, España: SIRPUS, S.L.

Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP*. Houston: IAHPC Press

Barba, S. (Marzo 2013). *Espiritualidad en Tanatología*. Presentación en Diplomado Tanatología. México: Asociación Mexicana de Tanatología.

Martínez, F. (Agosto 2013) *Cuidados Paliativos*. Presentación en Diplomado Tanatología. México: Asociación Mexicana de Tanatología.

http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC453-PalliCare-TU_es.pdf

22Nov 2013

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009 20 Dic

2013

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5075308&fecha=22/12/2008 20 Dic

2013

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013 20 Dic

2013

http://en.wikipedia.org/wiki/Cicely_Saunders 31 Oct 2013

<http://en.wikipedia.org/wiki/Hospice> 31 Oct 2013

http://en.wikipedia.org/wiki/Palliative_care 31 Oct 2013

[http://en.wikipedia.org/wiki/Reflexolog%C3%ADa_\(terapia\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Reflexolog%C3%ADa_(terapia)) 17 Oct 2013

http://es.wikipedia.org/wiki/Cuidados_paliativos 31 Oct 2013

<http://es.wikipedia.org/wiki/Delfinoterapia> 18 Oct 2013

http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_paliativa 23 Nov 2013

<http://es.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia> 16 Oct 2013

<http://es.wikipedia.org/wiki/Zooterapia> 09 Dic 2013

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Reiki> 16 Oct 2013

<http://www.biocyber.com.mx/magnetoterapia.htm> 17 Oct 2013

<http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/apoyo-recursos/cuidados-paliativos> 13 Nov 2013

<http://www.cemaac.com.mx/CEMAAC/Equinoterapia.html> 18 Oct 2013

http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/09_sep_2k10.pdf 10 Ene 2014

<http://www.floresdebach.info/flores-de-bach-origen.htm> 15 Oct 2013

<http://www.monografias.com/trabajos32/enfermeria-paciente-terminal/enfermeria-paciente-terminal.shtml> 03 Dic 2013

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases.html> 27 Nov 2013

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm> 27 Nov 2013

http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art26/abr_art26.pdf 03 Dic 2013

<http://www.risoterapia.es/historia.es.html> 16 Oct 2013

<http://www.salud.bioetica.org/reflexologia.htm> 18 Oct 2013

<http://www.salud180.com/salud-z/conoce-los-beneficios-de-la-delfinoterapia> 18 Oct 2013

<http://www.slideshare.net/underwar69/manual-de-cuidados-paliativos-en-urgencia-extrahospitalarias> 27 Nov 2013

<http://www.tanalotologia.amtac.com/descargas/tesinas/46%20cuidados%20paliativos%20al%20paciente.pdf> 03 Dic 2013

<http://www.who.int/cancer/palliative/es/> 13 Nov 2013