



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

Cuidados Paliativos
con **Auriculoterapia**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGIA
PRESENTA:

LEONOR LOPEZ TORRES

2011-2012

Asesor:

Tanatólogo: Javier Enciso Alvarado

Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia. A.C.



Morelia, Mich., 28 de abril de 2012

Dr. Felipe Martínez Arronte
Presidente de la Asociación
Mexicana de Tanatología

P R E S E N T E

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

Leonor López Torres
Integrante de la Generación 2011 -2012

El nombre de la tesina es:

“CUIDADOS PALIATIVOS CON AURICULOTERAPIA”

Atentamente
Director de la Tesina

Tanatólogo: Javier Enciso Alvarado

DEDICATORIA:

A Dios, energía suprema infinita y creadora, por la existencia.

A mí, por darme la oportunidad de cumplir esta meta.

A mis hijas, que con su presencia son la brújula que orienta mi vida.

*A María Carmen de Fátima, por mostrarme el hermoso camino de la tanatología,
agradeciendo siempre sus enseñanzas.*

*A Javier Enciso, por ser el maestro excelente y generoso en el saber, por su
extraordinaria calidad humana, mi gratitud.*

A la vida, que me ha dado tanto.



“Te amo... te acompaño”

Autor: José López 2012

CONTENIDO:

CAPITULO I .- Fundamentos de los Cuidados Paliativos.

CAPITULO II.- La Medicina Alternativa El Dolor Tratamiento del dolor.

CAPITULO III.- La Auriculoterapia

CAPITULO IV.- Conclusiones

INDICE

Justificación	8
Objetivos	9
Introducción	10
CAPITULO I	11
Historia De Los Cuidados Paliativos	12
Los Hospicios, Objetivos Y Definición	12
Su Historia	13
Desarrollo De Hospices En Londres	14
Clínicas Del Dolor Y Cuidados Paliativos En México	14
Dra. Cecily Saunders	15
Ministros De La Buena Muerte	16
El Origen De La Buena Muerte Y Los Artes Morendi	16
Convergencia De Enfermedades, Fines Y Enfoques	17
Antecedentes Teóricos	18
Fundamentación De Los Cuidados Paliativos	20.
Los Cuidados Paliativos: Un Equipo: Interdisciplinario.	21
Características De Un Equipo Eficiente	24
Relación Entre Tanatología Y Bioética	25
Objetivos De La Tanatología	25
Axiología Y Psicología; Puntos De Congruencia	27
Cuidado Paliativo Y Encarnizamiento Terapéutico	28
Derechos Humanos En México	28
Derechos Humanos de los Enfermos en Europa	29
CAPITULO II	34
La Medicina Alternativa	35
Terapias Alternativas y/o complementarias	36
El Dolor	37

Escala Analgésica de la OMS	38
Clasificación del Dolor	42
Tratamiento del Dolor	43
CAPITULO III	44
La Auriculoterapia	45
Historia	45
Ventajas	46
Desventajas	47
Precauciones	48
Fundamentos Y Bases De La Auriculoterapia	49
El Pabellón Auricular	51
Zonas Somatotopicas	52
Zonas De La Oreja	54
La Estimulación	55
Puntos De La Auriculoterapia	55
Técnicas De La Auriculoterapia	57
Puntos Principales	58
Observaciones Importantes	60
Procedimiento	61
Ejemplo De Tratamientos Con Esquemas	62
Otros Tratamientos Con Esquemas	65
CAPITULO IV	69
Conclusiones	70
BIBLIOGRAFIA	71

JUSTIFICACION

¿Es posible la práctica de cuidados paliativos apoyados en la auriculoterapia? ¿Hasta dónde se puede disminuir el dolor en pacientes adultos no terminales, con el uso de esta herramienta?

Abordar el tema de cuidados paliativos en el contexto tanatológico implica un enfrentar, acompañar y compartir el dolor y el sufrimiento humano en su totalidad y, en el afán de aliviar o aminorar hasta donde sea posible el mismo, me surgen interrogantes: ¿Ya es todo lo posible que se ha hecho por el paciente?, ¿Podríamos hacer algo o un poco más por ellos, sin llegar al encarnizamiento terapéutico? ¿Qué aportaciones podemos dejar en beneficio de estas personas mejorando su calidad de salud? ¿Y al hacerlo tengan la serenidad y la tranquilidad suficiente para un buen descanso?

Al informarme sobre el tema he observado que a lo largo de la historia de la medicina y aún de la humanidad, han existido estos cuidados, aunque existen datos desde la aparición de la escritura. Por lo que volviendo los ojos hacia las terapias tradicionales y alternativas, encontrando técnicas diferentes y muy antiguas como la auriculoterapia, que pueden aportar conocimientos importantes que nos lleven a la ampliación de la visión en cuidados paliativos.

“Primero curar sin dañar Hanneman.

OBJETIVOS:

Conocer la práctica de los cuidados paliativos.

Estos cuidados son necesarios en la vida diaria y su ejercicio debe hacerse con responsabilidad para que no se cometan errores que puedan poner en peligro al enfermo.

Comprender la importancia de estos cuidados.

Los cuidados paliativos son tan importantes que se recomienda que esta práctica se encomiende a cuidadores profesionales o enfermeras, ya que en estos pacientes suelen presentarse emergencias imprevistas y el personal debe ser capacitado para enfrentarlos.

Acercar la medicina alternativa a los cuidados paliativos.

Es ésta una herramienta que hasta ahora se considera preventiva, incorporándola, a la ciencia médica, puede servir de gran ayuda aportando algunos elementos que proporcionen comodidad y la sensación al paciente de que no está tomando “medicina” y por consiguiente se sienta mejorado.

Analizar la auriculoterapia aplicada en cuidados paliativos, siendo esta una terapia refleja de energía, contacto, estímulos, de efectos inmediatos, precisos, con fundamentos científicos desde una filosofía humanista, hacen posible ofrecer al enfermo crónico una notable disminución a sus molestias, por mínimas que parezcan, encaminándolo hacia una mayor comodidad y bien-estar.

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se propone la unión de tres temas importantes para el trabajo terapéutico: Acercar la Medicina Alternativa a la ciencia médica como complemento y herramienta preventiva en el cuidado y atención del dolor.

La Práctica de los cuidados Paliativos:

Estos cuidados son necesarios para promover el bienestar en la vida diaria del paciente, de ahí la importancia de comprenderlos y aplicarlos adecuadamente, evitando errores que pongan o expongan a mayor sufrimiento o peligro al enfermo o sus cuidadores.

La auriculoterapia:

Su milenaria práctica está enfocada en aplicar estímulos localizados utilizando puntos reflejos muy precisos, elementos todos que hacen posible ofrecer al enfermo crónico una notable disminución de sus molestias, particularmente la del dolor.

Por lo tanto: ***¿Será posible que la auriculoterapia sea entonces, una herramienta de la medicina alternativa para el tratamiento del dolor físico dentro del cuidado paliativo?***

CAPITULO I

Fundamentos de Los Cuidados Paliativos

HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

“Después de los siglos de huir de la muerte, hace falta fomentar en nosotros el arte morir” (José Ortega y Gasset).

Los expertos dicen que morir con dignidad es un don que depende en gran medida, de cómo se haya abordado en la vida la cuestión de la muerte, el dolor y la enfermedad. ¿Se tiene miedo a la muerte o a la forma de morir?

Los hospicios, objetivos y definición.

Son espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, el ambiente más parecido a su hogar, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal, mantenerlos libres de dolor, conscientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí.

Los cuidados paliativos, estos no alargan la vida, tampoco la aceleran, simplemente trata no sólo de cubrir las necesidades de salud, comodidad o bienestar físico si no, también se ocupan de la problemática psicológica, social y hasta espiritual por la que atraviesa el paciente y su familia.

Esta es la filosofía que da en la década de los sesenta cuando Cecily Saunders funda el St. Christopher's Hospice en el sur de Londres.

Su historia:

Los movimientos de Hospice, según Robert Tywcross, son los hospicios medievales de fines de siglo XIX.

Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia, ya que no se podía hacer nada por ellos. Los médicos de épocas anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar.

La muerte es un hecho de vida cotidiana y como tal, era vivido con naturalidad. Siglos atrás podemos ver que los primeros hospices aparecieron en el mundo bizantino, desde el siglo IV existieron instituciones cristianas y fue en el periodo de Constantino donde se les da el nombre de hospitales y hospicios. En Roma, Fabiola, una discípula de San Jerónimo, funda el primer hospital en el año 400 con el fin de atender a todos los peregrinos que llegaban a Ostia, puerto de Roma, que recibía gente de África, Asia y el Este. Estos hospicios estaban instalados en rutas transitadas; atendían a viajeros, huérfanos y peregrinos; se enfocaban más en lo caritativo que en lo curativo; no eran lugares enfocados sólo para enfermos. En el año de 1842, el término Hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia. Existen dos profesionales claves en el surgimiento de esta ciencia: Cicely Saunders y Elizabeth Kubler Ross.

En esa época se da cuenta que los pacientes utilizan opiáceos en promedio cada cuatro horas, comienza a escucharlos y a tomar nota de sus necesidades. Este método se fue aplicando en el Hospital St. Luke's, a través de capacitación al personal del cuidado y atención a este tipo de pacientes. De inmediato se ve su eficiencia, por lo que se difunde rápidamente entre el personal dedicado a la salud.

Posteriormente pone en marcha el "movimiento hospice", que daría lugar a lo que hoy se conoce como "cuidados paliativos" que proporciona atención integral, activa y continuada a los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario.

Desarrollo de hospices en Londres.

En 1996 comienzan a surgir nuevos centros con el nombre de movimiento hospice, ya que esta modalidad fue rápidamente imitada en el Reino Unido, Desde 1970 tres hechos importantes determinan los Cuidados Paliativos:

- 1.- La visita domiciliaria.
- 2.- El cuidado al paciente en centros de día.
- 3.- Equipo de soporte en hospitales.

La fundación Macmillan Cáncer Relief. Esta fundación también cuenta con profesorado como médicos oncólogos.

Marie Curie, dedicada al soporte social. La Medicina Paliativa es reconocida como especialidad, no sólo en el Reino Unido, sino también en Austria, Polonia y Canadá

Clínicas del dolor y cuidados paliativos en México.

El fundador de las “Clínicas de Dolor” en la ciudad de México es el Dr. Vicente García Olivera, quien fue entrenado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica. 1972, Inicia la Clínica de Dolor en el Instituto Nacional de Nutrición Cd. De México, bajo la responsabilidad del Dr. Ramón de Lille Fuentes.

1992. En el Hospital Civil de Guadalajara (Juan I Dr. Menchaca) se instala la primera “Unidad de Cuidados Paliativos” por el Dr. Gustavo Montejo Rosas.

1999. En Guadalajara, Jalisco da inicio el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, bajo la dirección de la Dra. Gloria Domínguez Castillejos.

2002. En agosto abre sus puertas “Hospice Cristina”, Institución privada primera en su tipo en la República Mexicana. Utiliza en todo su contexto el movimiento hospices creado por Cicely Saunders; Cuenta con un equipo interdisciplinario, incluye el apoyo de Médicos Algólogos Paliativistas y ayuda Psicológica, Tanatológica y Espiritual, la cual se brinda tanto al paciente como a la familia. Ofrece “Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo” en estancia y visita domiciliaria.

Dra. Cecily Saunders pionera de los cuida paliativos.

Cecily Saunders, mujer que transformo el cuidado de los moribundos, Cecily Saunders (1918-2005), fallecida el 14 de julio a los 87 años.

Fue la culminación de una vida dedicada al cuidado de los moribundos, coincidentalmente murió el día en que se venera a San Camilo de Lelis; Santo Patrono de los enfermos terminales y moribundos. Su logro fue empezar en 1967 el moderno movimiento Hospice.

Debido en parte a su influencia, los cuidados paliativos han llegado a ser reconocidos como una especialidad médica. Cicely sabía que cuidar a los moribundos no se reduce a tratar el dolor.

Por eso desarrolló la teoría del “dolor total”, que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. “La experiencia total del paciente comprende ansiedad, la preocupación por la pena que afligirá a la familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en que confiar.

En 2002 constituyó la *Cicely Saunders Fundación*, para promover la investigación en cuidados paliativos. Según una nota necrológica del “Times” de Londres, hace muchos años dijo que prefería morir de cáncer, pues le daría tiempo para reflexionar sobre su vida y poner en orden sus asuntos materiales y espirituales. Y así ocurrió. Murió en St. Christopher’s de cáncer de mama. Desde el punto de vista médico, Cicely Saunders seguramente será recordada por un método relativamente novedoso para aliviar el dolor, administrar sedación continua para dejar al paciente en una situación estable en la que esté consciente y tenga una razonable calidad de vida, en vez de una sedación intermitente ante cada aumento del dolor. Se opuso a la eutanasia, argumentando *que todo el mundo tenía derecho a morir bien, sin dolor y con dignidad, y que la muerte podía ser una experiencia positiva.*

Fue también una mujer de convicciones cristianas profundas, cuyos hospicios estaban abiertos a personas de todas las creencias y a las que no tenían ninguna. Era capaz de hablar de la muerte como una parte natural y positiva de toda una vida, traduciendo algunos rasgos de su propio enfoque cristiano a un lenguaje profano.

“Los que trabajan en cuidados paliativos han de tener en cuenta que también ellos deben encarar esta dimensión para sí mismos”.

Ministros de la buena muerte: San Camilo de Lelis. (1550-1614)

Nació en Italia, se le considera el santo patrono de los enfermos terminales y trabajadores de la salud. Su día se celebra 14 de julio. Fundó la comunidad de “Siervos de Cristo” para atención de enfermos, que después dio origen a la congregación de los CAMILOS en Roma y posteriormente se extendió por todo el mundo.

Los Camilos tienen como misión: *“Servir a los enfermos con humanidad y competencia, especialmente a los más desfavorecidos y promover la salud y una nueva cultura de la vida”.*

Uno de sus principales representantes en la actualidad es el Dr. Arnaldo Pangrazzi docente en el Instituto Internacional Camilianum de Roma, ha impartido cursos sobre el duelo, el suicidio, cuidados paliativos.

El Origen de La Buena Muerte y los Artes Morendi.

Los Artes Morendi son libros muy antiguos que tuvieron una gran fama entre los años 1450 y 1540. Llevan como título *El arte de morir* y como subtítulo *Apuntes sobre la Buena Muerte*.

Estaban destinados a las personas que acompañaban a los moribundos, sacerdotes o laicos y tenían por objeto ayudar a los cristianos a bien morir, o sea, a morir cristianamente. Diez capítulos exponen e ilustran las cinco pruebas que el moribundo debe vencer para morir bien y llegar al cielo. Las tentaciones sutilmente presentadas y que la clínica contemporánea las confirma ampliamente son: la tentación de la ira, de la desesperanza, la del apego a las cosas del mundo y la del orgullo o de la vanagloria.

Definen específicamente, para cada tentación, sus causas más frecuentes y ponen las maneras más comunes de ser explicadas. Por ejemplo: la desesperanza es el fruto combinado del dolor, y la indiferencia de los sobrevivientes; la duda puede minar tanto la fe en Dios, como la confianza en sí mismo, etc.

Convergencia de Enfermedades, Fines y Enfoques.

En este caso al analizar el quehacer de la tanatología, cuidados paliativos y religión nos llevan al servicio del ser humano como algo total, integral bio-psico-social y espiritual.

Se ve como las actividades en los conventos y hospitales tienden hacia un mismo fin: *“Curar el dolor de la muerte y el de la desesperanza”*. Los fines son los mismos; los enfermos y los medios son diferentes. El servidor público es el medio; el bienestar del paciente es el fin.

“La muerte no es más que un cambio de misión” (León Tolstoy)

ANTECEDENTES TEÓRICOS:

“Como la muerte logra permanecer en la mente de aquellos que continúan viviendo”

(Cicely Saunders)

Definición de los cuidados paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, *“cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”*. Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: *“Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”*.

Principios sobre los cuidados paliativos.

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y después en el duelo.

- Utilizan un equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

“SER: Es libertad hacia la muerte” (Heidegger).

FUNDAMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

En Psicología se puede notar una íntima relación con la corriente Humanista de Abraham Maslow (con su jerarquía de necesidades o pirámide) y Carl Rogers (con su creatividad de desarrollo de sus potencialidades para ser feliz). También está en el Pragmatismo de Willian James (El cual dice que hay que hacer práctica la teoría). Hablando de Filosofía es ahí donde más se fundamentan los cuidados paliativos por que todo se centra en el ser (ontología), en sus valores (axiología), en el absoluto (Dios), en el hombre (antropología), en el orden (lógica y ética), en el conocimiento (epistemología).

Frases de algunos filósofos en el área de cuidados paliativos:

Sócrates: *“Conócete a ti mismo”*

Platón: *“El cuerpo es la cárcel del alma”*

Aristóteles: *“El hombre es bueno por naturaleza porque proviene de origen divino (Eudemonismo)”*.

San Agustín: *“La fe le da sentido a la vida y a la muerte”*.

Séneca: *“Hay que meditar constantemente en la muerte, para no temerla”*.

“La ceniza iguala a los hombres”.

“La muerte es un don que Dios nos ha dado para regresar a él”.

Marco Aurelio: *“El hombre es un alma que arrastra a un cadáver”*.

Víctor Frankl: *“Si el dolor es malo, sufrirlo sin encontrarle un sentido es todavía peor”*.

El equipo de cuidados paliativos, un equipo interdisciplinario

Por supuesto que nos estamos refiriendo al Dolor Total, al Humano, que no es únicamente dolor físico.

Para que el Paciente pueda ser entendido y comprendido de una manera adecuada para él, los miembros del Equipo de Salud deberían ser capaces de intervenir apropiadamente en cada uno de estos campos: el físico, el psicosocial y el espiritual: cualquiera que sea el que esté provocando el dolor; lo que nos exige tener una pericia y un conocimiento especiales.

Sin embargo debemos tomar en cuenta dos cosas: por una parte, es prácticamente imposible que un solo individuo domine los asuntos del cuerpo, de la psique, los sociales y los religiosos y espirituales. Y por otra, debemos fijarnos que los pacientes se relacionen con otras personas de manera individual.

Un Equipo multi e interdisciplinario, podrá estar compuesto de muy variadas maneras, dependiendo del grado de desenvolvimiento de los programas, de sus objetivos y de los recursos que estén a la mano.

El equipo paliativo está integrado por: Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Tanatólogos, Trabajadoras Sociales y Guías Espirituales. La creación de unidades de tratamiento del dolor y manejo de enfermos terminales, mitigar el sufrimiento y dar alivio al ser humano en todas las áreas que lo constituyen. Esta visión tiene que ir en aumento aunado al cambio en las pirámides poblacionales, a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y de calidad de vida. Por lo que, la población en general debe estar enterada de esta alternativa es viable para mitigar el sufrimiento.

El paciente y su familia.

Tanto el Enfermo Terminal como su familia, deben ser considerados como miembros del Equipo de Cuidados Paliativos. (generalmente en la familia hay un cuidador primario y a veces es el único que cuida, incluso el mismo cuidador primario llega a tener desgaste o enfermarse a causa del propio familiar al que atiende; por lo tanto incluso se llega a necesitar de cuidados para los cuidadores).

La información que ellos pueden dar acerca de cómo se van sintiendo, tanto física como emocionalmente, y de cuál ha sido la respuesta del paciente al tratamiento, de esta manera el paciente queda bien informado sobre lo que está sucediendo y tiene la oportunidad de platicar con alguna persona, miembro del equipo de salud; el paciente y su familia deben participar en lo posible con el equipo médico en las decisiones.

Por otra parte, únicamente el propio paciente será el que diga cuál de todos sus problemas es el que, en ese momento, tiene más importancia; a lo que el Equipo de Cuidados Paliativos había identificado como la principal o más urgente.

Médico.

Los Médicos Paliativistas deben ser competentes en lo que se refiere a la medicina general, pero también en todo lo relacionado al Cuidado Tanatológico. Realizando el previo entrenamiento especial de Algólogos y Paliativistas.

Estos deben tener un conocimiento básico de muchas especialidades, entre ellas cirugía, anestesia, medicina familiar, oncología, psiquiatría y medicina interna.

Además de sus conocimientos profesionales, una buena herramienta sería la de usar su sentido humanista como la compasión, paciencia, madurez y confianza durante todo el proceso hasta la muerte.

Enfermera.

La/el que está más en contacto directo con el paciente y con la familia, incluso en los Hospitales. Este prolongado y cercano acercamiento da a la enfermera/o una oportunidad

única de conocer al paciente y de saber sus necesidades, qué es lo que le da alivio y qué es lo que se lo quita.

Trabajadora social

Su función principal es ayudar, tanto al paciente como a su familia, a lidiar con los problemas personales y sociales que traen consigo la enfermedad, la impotencia y la Muerte. La Trabajadora Social puede ser verdadera ayuda al Equipo de Cuidados Paliativos especialmente cuando hay problemas familiares y económicos.

Ministros religiosos.

El Ministro Religioso es un miembro del Equipo que tiene un papel clave. Sus conocimientos, su sensibilidad y sus palabras son las que podrán dar respuesta profunda al Sentido de la Vida y del sufrimiento del Paciente y de la Familia en sus momentos más difíciles; son quienes continuamente se enfrentan a estas preguntas. Limpiar la conciencia de los pecados cometidos, culpas reales o imaginarias, necesidad de perdón, a los que el Sacerdote puede absolver. Y es quien podrá ofrecer consuelo, guía, claridad, Esperanza o Fe.

El Tanatólogo.

Dentro del Equipo de Salud su misión es la propia del Especialista en enfermos terminales y en fase terminal, y en sus familiares y sobrevivientes. Su razón de ser es única: ayudar a sanar el dolor y sufrimiento de la muerte y el de la desesperanza. Para lograr su cometido debe tener un conocimiento auténticamente profesional de lo que es el proceso de morir, lo que es la muerte y la trascendencia, y cuáles son las necesidades del enfermo y de la familia en cada uno de los momentos que crucen a lo largo de cada etapa, y cuáles las emociones que se entremezclan dentro de cada uno de los involucrados.

Se necesita una formación psicológica especializada, tener los conocimientos médicos pertinentes sobre la enfermedad y los tratamientos, un profundo entendimiento de la Espiritualidad y de la Religión; un sentido del humor que sepa llevar la sonrisa en donde se encuentra solamente dolor, humildad para aprender, saber trabajar en Equipo, y un amor verdaderamente incondicional.

Características de un equipo eficiente.

1. Un Equipo es orgánico: en él, el Todo es mayor que la suma de los individuos que forman parte del mismo.
2. Es interdependiente: sus miembros tienen responsabilidades propias y autonomía de acción.
3. Es optimista. Sus miembros deben gozar de un sentido de pertenencia y de camaradería.
4. Es Civilizado y Estructurado. Sus miembros aprenden a supeditar sus intereses personales a favor de un objetivo mayor y, al mismo tiempo, aprenden a compartir y a interactuar.
5. Los miembros del Equipo saben generar confianza; pueden hablar entre ellos, tanto de sus problemas y de aquello que los hace sentir más vulnerables, como de sus cualidades o de lo que los hace sentirse con más fuerza y más vigor.
6. Cuando un tema de conversación es difícil de tratar, o es conflictivo, los miembros del Equipo pueden encararlo frontalmente, con respeto mutuo pero con toda sinceridad.
7. El intercambio de ideas, conocimientos, experiencias de los que forman el equipo, derivan necesariamente en el crecimiento profesional de cada uno de sus miembros.

LA RELACIÓN ENTRE TANATOLOGÍA Y BIOÉTICA.

“*La muerte es el mejor invento*” (Steve Jobs)

Abordaje breve entre estas dos ciencias.

Hablando filosóficamente la Tanatología es la ciencia integral y multidisciplinaria que se encarga de encontrar y de darle sentido a los procesos de la vida y la muerte, donde no se puede hablar de una sin contemplar a la otra.

Para ejemplificar un poco lo anterior nos permitimos enunciar algunos pares de palabras para reflexionar en su relación y complementación: *Nacer-morir, Amor-odio, Tristeza-alegría, Pérdida-ganancia, Liberar-reprimir, Día-noche, Muerte-sueño, Absoluto-relativo, Ideal-real, Teoría-práctica, Sensible-latente, Salud- enfermedad, EROS-THANATOS.*

Objetivos de la tanatología en el proceso terminal

- a) Persistencia de las relaciones significativas del enfermo.
- b) Intervalo permisible y aceptable para el dolor.
- c) Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo.
- d) Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre.
- e) Consumación en la medida de lo posible, de los deseos predominantes y de los instintivos del enfermo.
- f) Creencias del enfermo en la oportunidad.
- f) Todo lo anterior será dentro del marco ideal del ego del paciente.

En lo que se refiere a Bioética se puede decir que es la fusión de dos ciencias (Biología–Ética). Este término surgió hace unos 20 años, por Van Reusselaer Potter. La Bioética es la aplicación de las ciencias biológicas a la salud y a la calidad de vida. Es lo moral, de los actos relacionados con la vida y la salud.

La Bioética es la nueva ética médica que expresa la crisis y la reforma que está ocurriendo. Hablar de Ética nos conlleva a mencionar a la moral y la virtud. La primera es una ciencia práctica del buen vivir para con Dios, con el prójimo y con nosotros mismos. La segunda, proviene del latín “vir” que significa hombre enérgico, hombre de carácter.

Las virtudes se dividen en dos:

- 1) *Teologales o divinas:* Fé, Esperanza y Caridad.
- 2) *Morales o del hombre:* Son las que mueven a ordenar nuestras costumbres conforme a la recta razón, ilustrada por la fe.

Las virtudes morales son cuatro:

- 1) *La Prudencia:* (discreción, docilidad, circunspección, diligencia).
- 2) *La Justicia* (Piedad filial, respeto, obediencia, gratitud, veracidad, etc.)
- 3) *La Fortaleza* (confianza, paciencia, magnanimidad, perseverancia)
- 4) *La Templanza* (sobriedad, castidad, clemencia, mansedumbre, humildad, modestia, etc.)

Creíamos necesario ampliar un poco la terminología ética, para lograr su comprensión al juntarla con la Biología y formar el término Bioética, la cual al sumarse con la tanatología se puede apreciar que las tres unidas buscan el bienestar del hombre, luchando y respetando la vida en todas sus formas y manifestaciones.

Paliativo – son acciones que pretenden encubrir, disimular, mitigar, aminorar, suavizar, calmar, atenuar una dolencia física o moral.

La Escatología es el conjunto de creencias y doctrinas referentes al destino último del hombre y del universo.

Axiología y Psicología; puntos de congruencia.

“Los valores se derivan del concepto que se tenga del hombre” (A.V.R.)

Max Scheler (1874- 1928) aplicó la fenomenología al campo de los valores, del hombre y de Dios.

Los Cuidados Paliativos descansan en una fundamentación psicológica de la corriente humanista de Abraham Maslow, por lo cual se agrega su pirámide de necesidades en la cual se puede apreciar igual que la anterior como su punto máximo al que se aspira, esa *“AUTORREALIZACIÓN”*

“¡Vida nada me debes! ¡Vida estamos en paz!”

(Amado Nervo)

CUIDADO PALIATIVO Y EL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO:

El cuidado debe ser tal que permita al paciente una buena calidad y comodidad tanto física como emocional, mental y espiritual. Al mismo tiempo no debe excederse o abusar de los tratamientos terapéuticos tanto que pueda causar dolor o sufrimiento en el paciente, o tanto que pueda causar crisis emocionales, las cuales son de profundo dolor hasta casi llegar a la crueldad.

Debe haber un equilibrio entre la terapéutica que esta no sea demasiado agresiva, y el cuidado también no sea indolente o irresponsable.

Para encontrar este punto medio se recordarán los principios humanos, tanatológicos y bioéticos en los que nuestro primero y único fin es dar la mayor tranquilidad y felicidad posible a esa persona que se encuentra en situación de enfermedad.

Los Derechos Humanos en México:

Es por eso que existe ya la Legislación sobre cuidados paliativos en México donde se hace notar “El derecho a ser atendido por una enfermedad terminal y recibir cuidados paliativos, constituye un avance en el reconocimiento de los derechos humanos. El elevar a rango de ley, en materia de salubridad general, el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos en los servicios de salud, sienta bases para mejorar la calidad de vida de los usuarios de servicios médicos.”

Entre los derechos humanos mencionados en esta ley encontramos:

CAPÍTULO I. Disposiciones comunes 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.

CAPITULO II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal.

CAPITULO III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento.

CAPITULO IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo.

CAPITULO V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y

CAPITULO VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermos en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Derechos Humanos de los Enfermos en Europa:

La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Esta tarea debe llevarse a cabo especialmente en beneficio de los miembros más vulnerables de la sociedad, tal y como demuestran muchas experiencias de sufrimiento del presente y del pasado más próximo.

De la misma forma que el ser humano comienza su vida en la debilidad y la dependencia, necesita protección y apoyo al morir. Los derechos fundamentales que derivan de la dignidad del paciente terminal o moribundo se ven amenazados por diversos factores:

- a) Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor.
- b) La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales.
- c) La prolongación artificial del proceso de muerte, ya sea por el uso desproporcionado de medios técnicos, ó por la continuación del tratamiento sin consentimiento del paciente.
- d) La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa.
- e) La insuficiencia de apoyo y asistencia a los familiares y amigos de los pacientes, que también puede aumentar el sufrimiento humano en sus distintas dimensiones.
- f) El temor de los pacientes a perder el control sobre sí mismos y convertirse en una carga, en

seres dependientes por completo de sus familiares o de instituciones.

g) La carencia o inadecuación de un entorno social e institucional en el que uno pueda separarse para siempre de sus familiares y amigos en paz.

h) La insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos.

i) La discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte.

La asamblea insta a los estados miembros a que su derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra estas amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y en particular sobre:

a. El morir sometido a síntomas insoportables (por ejemplo, dolor, ahogo, etc.).

b. La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal.

c. El morir en el aislamiento social.

d. El morir bajo el temor de ser una carga social.

e. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas.

f. La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo.

Por tanto, la Asamblea recomienda que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos:

A). Afirmando y protegiendo el derecho de los enfermos terminales o moribundos a los cuidados paliativos integrales, de modo que se adopten las medidas necesarias para:

I. Asegurar que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual en todos los Estados miembros.

II. Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal.

III. Garantizar que los familiares y amigos son animados a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño. Si la familia y/o las asociaciones de cualquier tipo resultan ser insuficientes o limitadas, se deben facilitar métodos alternativos o a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño. Si la familia y/o las asociaciones de cualquier tipo resultan ser insuficientes o limitadas, se deben facilitar métodos alternativos o complementarios de asistencia médica.

IV. Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada.

V. Asegurar la cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o la persona en fase terminal.

VI. Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo.

VII. Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor, (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida.

VIII. Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles.

IX. Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinaria.

X. Garantizar que al menos los grandes hospitales cuentan con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico.

XI. Asegurar que la medicina y los cuidados paliativos se asientan en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina.

B). Protegiendo el derecho de las personas en fase terminal o moribunda a la autodeterminación, al tiempo que se adoptan las medidas necesarias para:

XII. Dar eficacia al derecho de la persona en fase terminal o moribunda a una información veraz y completa, pero proporcionada con compasión, sobre su estado de salud, respetando, en su caso, el deseo del paciente a no ser informado.

XIII. Hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consultar a otro médico distinto del que le atiende habitualmente.

XIV. Garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad y que en esta materia no actúa bajo la influencia o presión de un tercero. Además, se debe garantizar que su voluntad no se configura bajo presiones económicas.

XV. Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en las directivas avanzadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda serán respetadas. Por otra parte, se deben definir criterios de validez sobre la coherencia de tales directivas avanzadas, así como sobre la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo. También se debe garantizar que las decisiones de las personas próximas que se subrogan en la voluntad del paciente que habrán de estar basadas en los deseos expresados con anterioridad por el paciente o en presunciones sobre su voluntad, se adoptan sólo si el paciente implicado en esa situación no ha formulado deseos expresamente o si no hay una voluntad reconocible.

En este contexto, siempre debe haber una conexión clara con los deseos expresados por la persona en cuestión en un periodo de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión, deseos referidos específicamente al morir, y en condiciones adecuadas, es decir, en ausencia de presiones o incapacidad mental.

Se debe asimismo garantizar que no serán admisibles las decisiones subrogadas que se basen en los juicios de valor generales imperantes en la sociedad, y que, en caso de duda, la decisión se inclinará siempre por la vida y su prolongación.

XVI. Garantizar que no obstante la responsabilidad última del médico en materia terapéutica se

tienen en cuenta los deseos expresados por un enfermo terminal o persona moribunda en relación con formas particulares de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana.

C). Respaldo la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas, al tiempo que se adoptan las medidas necesarias para:

I. Reconocer que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, es garantizado por los Estados miembros, de acuerdo con el artículo 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual "nadie será privado de su vida intencionadamente...".

II. Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero.

III. Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.

CAPITULO II

La Medicina Alternativa

El Dolor

Tratamiento del dolor

MEDICINA ALTERNATIVA

Los cuidados paliativos existen desde antes del razonamiento en el hombre, ya que el cuidado de los seres queridos y la protección de la familia están arraigados, a un sentimiento instintivo tanto en el hombre como en los animales por ser una forma de vida cotidiana, es hasta en la edad moderna que se ha estudiado de manera profesional integrándole como una rama de especialidad en la medicina.

De la tradición oral poco se ha rescatado, y lo que se ha conservado es lo que se ha observado en los pueblos pequeños donde existen etnias nativas, y es de ellos de quienes hemos aprendido que la primera y principal aportación son los cariños, el trato amoroso, el trato comprensivo, el trato paciente, pero sobretodo, la convivencia constante con la familia y los seres queridos de cualquier paciente terminal o no, que se encuentre en situación de enfermedad. Y es precisamente en ese contexto natural, no civilizado y en diferentes regiones del planeta tierra, donde de manera espontánea van teniendo sus orígenes muchas de las terapias alternativas de las cuales se ha derivado la ahora llamada medicina alternativa, por ofrecer diferentes maneras de curar, disminuir o aliviar el dolor y de las cuales podemos adoptar la que mejor convenga o esté al alcance de las posibilidades de los solicitantes de la atención.

En fin, son tantas las formas que el hombre ha ideado y desarrollado para curar el dolor, que solo he citado algunas; cabe hacer notar que algunas de ellas carecen de fundamento científico y no han sido comprobadas y las que ha estudiado la medicina científica dando respaldo por medio de la secretaria de salud, son: Homeopatía, auriculoterapia, acupuntura, herbolaria, la terapia neural, también llamada acupuntura alemana, “milagro en minutos” la cual según mi criterio es la más dolorosa de todas las anteriores, por lo que muy personalmente recomendaría solo recurrir a ella en casos extremos.

Mencionando también que la explosión del “fenómeno social” y la potente intrusión de los poderes públicos en el mundo de la medicina han acelerado la separación entre la medicina “humana” y la medicina “científico-estatal”. De aquí proviene la necesidad de recurrir a formas de curación más simples, dulces, menos coercitivas y dolorosas, y sobretodo más humanas. Por ello se renueva el interés por la “medicina del pueblo”, “de los abuelos” o tradicional.

De las terapias, a la que quiero referirme de manera muy breve, dada la amplitud y extensión

del tema es a la acupuntura.

Terapias alternativas y/o complementarias:

Acupuntura auricular: La evidencia localizada es escasa y sólo referida a la auriculopuntura en el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer sin resultados concluyentes.

Musicoterapia: Tiene un efecto estadísticamente significativo en el alivio del dolor y de necesidad analgésica pero de importancia clínica incierta.

Aromaterapia y masaje: existe limitada evidencia sobre eficacia en la ansiedad, sin pruebas suficientes sobre su efecto sobre el dolor.

Otros tratamientos: hay escasa evidencia sobre otros tratamientos, como la relajación muscular, la hipnosis o la meditación.

Masoterapia: son diversos los masajes que se pueden ofrecer para fines varios, relajante muscular, relajante holístico, reductor, linfático, shiatsu, tonificante, de cráneo,(craneopatía), de manos, de pies, de oreja (auriculoterapia), curativo, quiropraxia.

Además encontraremos la herbolaria, la acupuntura, la moxa (estas de la medicina china), la acupuntura rústica, (de la medicina china y maya), la cura por los cuatro elementos, fuego, tierra, agua y aire; la aromaterapia, las flores de Bach, la urinoterapia, la magnoterapia (aplicación e imanes), la biomagnética, (manejo de la energía viva, humana), la musicoterapia, equinoterapia, reflexología. De las cuales tampoco se tienen resultados concluyentes

EL DOLOR

Es definido como una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial”.

La naturaleza multidimensional del dolor en cuidados paliativos requiere un modelo de intervención que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras entre otras. Algunos autores han propuesto el concepto de “dolor total” para referirse a la suma de la sensación nociceptiva junto a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de cada persona. Los abordajes parciales de la persona con dolor pueden explicar muchos fracasos en el tratamiento.

La evaluación de la intensidad del dolor se puede hacer mediante una escala validada. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas, escalas numéricas o escalas verbales de clasificación del dolor.

La valoración de la importancia de los signos y síntomas puede no coincidir entre la persona que los sufre y los profesionales que le atienden. La búsqueda intencionada de síntomas a través de preguntas dirigidas sobre lo que preocupa o molesta al paciente puede favorecer una mejor valoración. *Es necesario que la valoración sea multidisciplinar.*

Los síntomas son cambiantes en el tiempo, lo que determina que la evaluación y reevaluación constantes del paciente y su entorno sea una necesidad y una característica esencial de los cuidados paliativos para la atención a los síntomas.

Este se clasifica según la duración en agudo (inicio brusco y de poca duración), crónico (dura más de un mes), irruptivo, (de intensidad moderado o severo) que aparece sobre un dolor crónico, puede ser de inicio inesperado o previsible. O según su fisiopatología en somático, se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales.

Dolor visceral, este es causado por infiltración, distensión o compresión de los órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal.

Dolor neuropático: causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión

directa o tumoral, por consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado, el paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión.

Dolor Mixto: aquí tenemos coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.

Escalera analgésica de la OMS

- 1) Primer escalón: Analgésicos no opioides como el paracetamol y el metamizol.
- 2) Segundo escalón: Opioides débiles como la codeína, dihidrocodeína y tramadol.
- 3) Tercer escalón: Opioides potentes como la morfina, fentanilo, oxycodona, y metadona.
- 4) Existe la “posibilidad de usar coadyuvantes en cualquier escalón según la situación clínica y causa específica del dolor”. Por lo que la medicina alternativa considera que se use la auriculoterapia, la acupuntura o placebos, que serán de gran utilidad en los escalones primero y segundo.

Las hay apropiadas para una evaluación inicial y las recomendadas para el seguimiento.

La observación de los síntomas por parte de los allegados es importante en pacientes incapaces, pero la fiabilidad disminuye, especialmente cuando se trata de síntomas psicosociales o de otra índole, por lo que se recomienda:

- Que la valoración sea multidisciplinar, individualizada y adaptada al paciente.
- El uso de escalas de valoración con instrumentos validados.
- Para un principio de control efectivo de síntomas; un tratamiento a cada uno de ellos haciendo uso de fármacos y no fármacos que se tengan al alcance.
- La vía de administración preferente debe ser la oral, en algunos casos se usara la vía transdérmica.

La naturaleza multidimensional del dolor en cuidados paliativos requiere un modelo de intervención multimodal que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras.

Algunos autores han propuesto el concepto de “dolor total” para referirse a la suma de la sensación nociceptiva junto a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de cada persona. Los abordajes parciales pueden explicar muchos fracasos en el tratamiento.

Principios generales para atender al paciente con dolor:

- Evaluar detalladamente el dolor; su intensidad, causas, cronología y repercusiones.

- Reevaluar continuamente la respuesta analgésica, así como la aparición de efectos secundarios de la medicación.

- Abordar a la persona con dolor y su entorno mediante técnicas psicosociales y tratamientos analgésicos adecuados.

- Comenzar por el escalón analgésico más adecuado según el tipo e intensidad del dolor (posibilidad de asociar tratamientos adyuvantes).

- Tratar adecuadamente el dolor irruptivo.

- No usar de forma conjunta opioides potentes y débiles.

- Adelantarse a posibles efectos secundarios de los fármacos con medidas preventivas.

- Instruir al paciente y a su familia sobre las pautas a seguir en caso de dolor irruptivo, respuesta analgésica insuficiente o aparición de efectos secundarios.

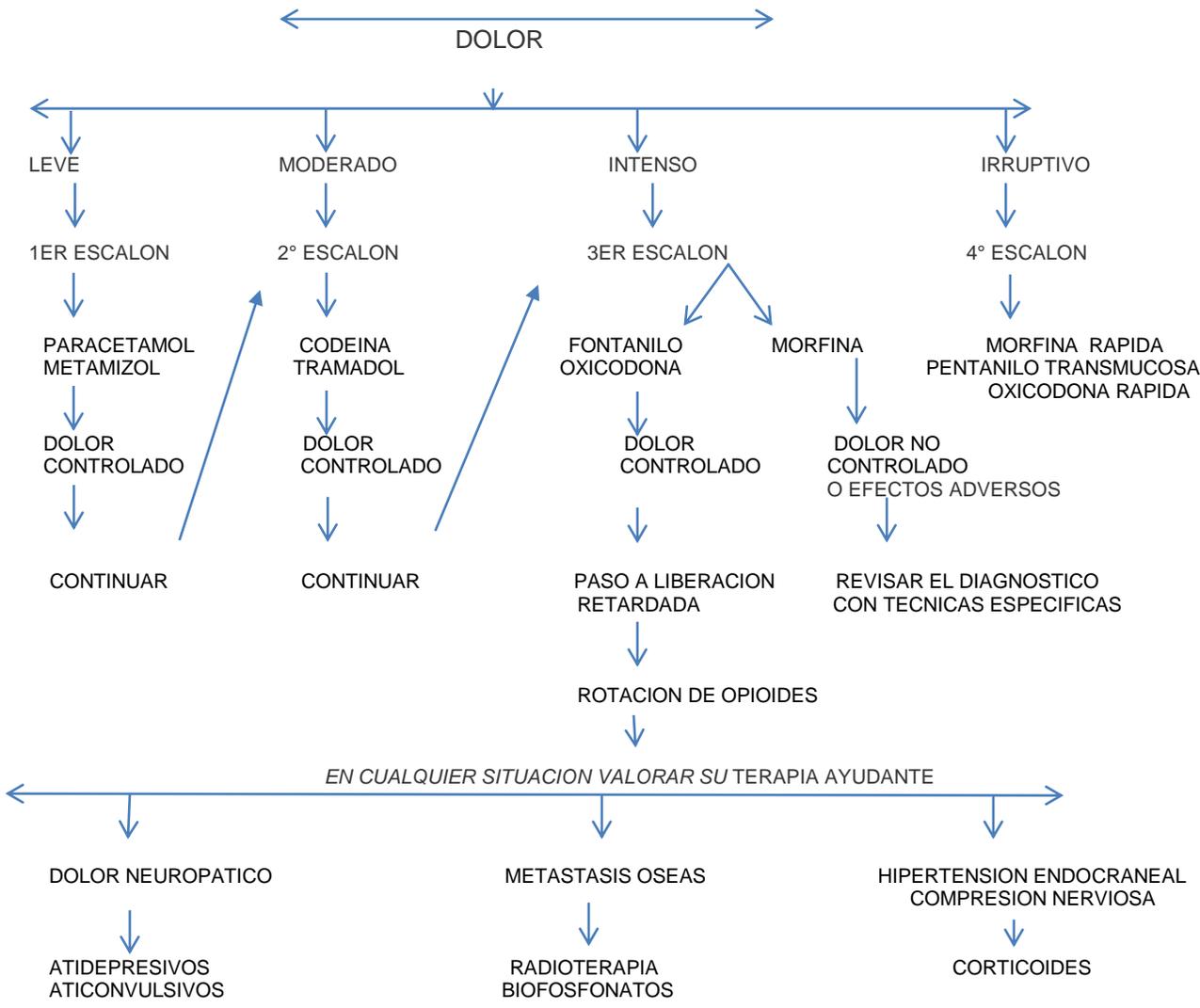
- Impartir instrucciones claras sobre la forma de contacto con el equipo profesional que atiende al paciente en caso de dudas o problemas con el tratamiento.

- Priorizar la vía oral para la administración de analgésicos.

- Disponer de la administración pautada de analgésicos.

Para la evaluación de la intensidad del dolor se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), escalas numéricas o escalas verbales de clasificación de dolor. En caso de deterioro cognitivo se pueden utilizar escalas más específicas.

ESCALERA ANALGESICA DE LA OMS



El dolor es considerado en la medicina alternativa como “un desequilibrio de la energía vital manifestado por sensaciones de malestar, de desagrado físico y emocional a consecuencia de alguna lesión o daño orgánico de tipo real o mental.” Para su evaluación, clasificación y tratamiento se recomiendan diferentes técnicas según la terapia que se adopte para ello.

La observación, es sin duda la primera herramienta utilizada por el médico alternativo y práctico. Los aspectos en los que se pone especial atención son los siguientes:

-La piel; esta debe ser rosada tersa, limpia, brillante, humectada, para una persona sana.

-Las áreas; en el cuerpo, la cara, las orejas, los pies y manos, uñas pelo y los ojos.

- Las posiciones corporales; sus movimientos, al caminar, al sentar, al mirar.

- El dialogo; también de suma importancia ya que se escucha la voz, su tono, suavidad, ansiedad, acento y pasividad.

-La temperatura; debe ser normal, las áreas de dolor son más calientes o demasiado frías.

-El color; rojizo o pálido, amarillento o verdoso y hasta morado o azulado indica un desequilibrio orgánico y por consiguiente malestar.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

- Frío; como si se tuviera un pedazo de hielo sobre la piel o lugar afectado.
- Caliente; parecido al causado por acercamiento al fuego.
- Quemante es semejante al producido por una quemadura, puede ser interno o externo.
- Pulsante: es la sensación recibir piquetes con alfiler o agujas.
- Cortante: como una cortada.
- De gota: como si cayeran gotas de agua helada sobre la piel.
- Agudo; Similar al apuñalamiento.
- Crónico; que ha permanecido por algún tiempo.
- Movable; se cambia de lugar.
- Fijo; siempre está en el mismo sitio.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

El tratamiento del dolor depende específicamente de la terapia que el paciente ha elegido para ello.

La herbolaria.- ésta recomienda el uso de plantas de tipo analgésico, entre las cuales encontramos la hierba buena o menta, manzanilla, cedrón, hinojo, caléndula, sábila , nurite, todas estas de acción muy suave y de efectos cortos en tiempo de duración.(recomendadas por vía oral).

Las plantas clasificadas como de uso ilegal (drogas) belladona, higuera, palo bobo, cannabis, el peyote, son de niveles más amplios y delicados que requiere de dosificaciones muy cuidadosas por lo que recomendamos que sean manejadas por expertos.(puede ser vía oral o cutánea).

La acupuntura.- existen puntos específicos para cada órgano, que al estimular causan disminución del dolor, son los de Intestino delgado e intestino grueso, hígado y riñón quienes producen una analgesia que puede ser de primer nivel o de segundo, depende del tipo de aguja que se use corta, larga o caliente y del tiempo de aplicación.

Auriculoterapia.- esta ofrece al igual que la anterior los mismos beneficios, y su aplicación es únicamente en el aurículo, pudiendo usar el punto shenmen como maestro del equilibrio de la energía general ocasionando que disminuya el malestar, (de primer y segundo nivel) dependiendo de la condición del paciente.

Masoterapia.- Para todo caso, es recomendable porque ofrece un apapacho cariñoso que da la sensación de relax físico y mental disminuyendo el estrés y la ansiedad ,(no para personas que sufren dolores óseos).

CAPITULO II

La Auriculoterapia

LA AURICULOTERAPIA

“Es la curación del enfermo a través de la estimulación del pabellón auricular”.

Es una ciencia oriental muy antigua, datos de la misma nos han quedado muy pocos documentos históricos, porque como pasa con todas las ciencias antiguas aparecidas antes de la invención de la escritura, esta disciplina se ha transmitido oralmente.

Historia

El texto más antiguo de medicina china, el “Huang Di Nei Jing” (libro de medicina corporal del emperador amarillo), se remonta a más de dos mil años atrás. La primera mención data aproximadamente entre el 475 y el 221 a. c. El primer médico chino especializado en la terapia auricular fue Pian Que (400. 310 a. c.) y fue el padre del estudio diagnóstico por el pulso.

La estimulación del pabellón auricular, utilizada para influir sobre la evolución de las enfermedades internas, tuvo una difusión muy amplia.

Los egipcios conocían también el uso de la estimulación pabellón auricular con fines terapéuticos, Hipócrates (S.IV a. c.) lo menciona después de un viaje a Egipto. Seguramente algunas nociones de terapia auricular fueron conocidas por los pueblos nómadas, como los gitanos, quienes exportaron de oriente y difundieron por Europa.

En 1637, Zacutus Lusitanus, un médico portugués, dejó informes documentados sobre la utilidad de la cauterización auricular en caso de ciática. Valsalva escribió en 1717 una obra titulada *De aura Humana Tractatus*, donde se mencionaba la cauterización de la oreja.

Más tarde en 1810 Ignazio Colla, médico de Parma, en colaboración del cirujano Cecconi, realizó observaciones importantes sobre la auriculoterapia.

En 1850, Aulker, médico de Cincinnati (USA), curó la ciática con la cauterización de la oreja. Hasta 1950 en china y en Europa se vuelve a examinar y estudiar esta forma de terapia. Luego de una larga experimentación de los médicos de la República Popular China, para precisar la localización y los mecanismos de acción de la auriculoterapia.

En la Medicina Tradicional Mexicana, sangran el borde de la oreja para bajar la fiebre en los animales de carga, y mediante tirones del lóbulo reducen el dolor de cabeza.

Los estudios e investigaciones descubren y confirman la existencia de muchos puntos en la oreja, actualmente se conocen 200 específicos. Se han tratado con auriculoterapia miles de pacientes con diferentes padecimientos obteniendo buenos resultados en 150 enfermedades, aún en cirugía se usa con frecuencia para anestesiarse y también en la inducción y conducción de partos. En Alemania existen clínicas que dan tratamiento utilizando únicamente acupuntura de oreja. También en china, hay hospitales de acupuntura.

Los campesinos chinos mediante la punción en el lóbulo de la oreja o sacando sangre rozando apenas la vena que corre por detrás del pabellón de la oreja lograban curar el dolor y la irritación de los ojos, con trozos de porcelana, raspando el borde de la oreja, aliviaban los dolores del tórax y la diarrea, y con leves tirones y masajes del lóbulo curaban el dolor de cabeza.

Ventajas:

Económica.-Solo se necesitan algodón, alcohol y semillas de mostaza, (aun sin material, con solo hacer presión con los dedos de la mano).

Fácil de aprender.- Los puntos de la oreja corresponden exactamente a la ubicación de los órganos de un niño en la matriz materna antes de nacer (se representa de cabeza); Los puntos llevan el nombre del órgano que dominan, por eso son fáciles de aprender.

Fácil manejo.- No requiere elementos complicados, es manuable y puede realizarse en cualquier momento o lugar.

Tiene poco riesgo de causar daño.- Su acción se limita al órgano o partes del cuerpo que se trata. En algunos puntos puede sentirse pesantez, náuseas, frío o entumecimiento en miembros inferiores, que desaparecen al retirar las agujas. (o semillas).

Tratamiento rápido y eficaz. - Es potente analgésico, trata golpes, fracturas, cefaleas, calma inmediatamente hasta hacerlas desaparecer comezones, alergias, erupciones en piel, en tratamiento de emergencia como desmayo, alta o baja presión, calenturas; Localiza rápidamente órgano afectado, localizando los puntos dolorosos en la oreja y comparándolo con el área representada en la misma.

Como medicina preventiva.- Mejora el sueño, apetito, la función de algunos órganos y aumenta la resistencia a las enfermedades.

Desventajas :

Si se ocultan signos y síntomas importantes, pueden retrasar la atención y tratamiento de alguna enfermedad grave.

Notas Importantes:

- 1.- En la oreja es importante la limpieza cuidadosa para evitar infección.
- 2.- Si existen puntos con lesiones (traumatismos o golpes), o con infecciones (sabañones, barros, granos, etc.) está confirmado contraindicado este método.
- 3.- Si posteriormente al tratamiento aparecen signos de infección se debe tratar el caso inmediatamente en forma local.
- 4.- Si hay antecedentes de infecciones contagiosas como sífilis o hepatitis, se debe individualizar las agujas o desecharlas.
- 5.- Este método está contraindicado en mujeres embarazadas con antecedentes de aborto habitual.

6.- En los pacientes ancianos con hipertensión o con arterioesclerosis deben descansar bien antes del tratamiento y después de éste para evitar accidentes.

7.- Cuando el tratamiento es a pacientes nerviosos, débiles, con fatiga excesiva o ayuno, el paciente debe permanecer acostado durante el tratamiento para evitar desmayo. Cuando esto ocurre, se retiran las agujas y el problema desaparece rápidamente.

8.- Después del quinto mes de embarazo no se aplique auriculoterapia en los puntos de útero, ovarios, secreción glandular, abdomen, pelvis y cuello de útero.

9.- En personas que no tienen buena limpieza personal no dejar agujas permanentes.

Precauciones:

Quien sufra hipertensión alta, insuficiencia coronaria, asma crónico, úlceras sangrantes internas. Dolores muy intensos de abdomen, embarazo, hasta el tercer mes. En pacientes que consumen mucho fármaco, y las posibilidades de encontrar respuesta aunque confusa y retardada. Y en el caso de enfermedades irreversibles la mejoría es mínima, se recomienda como analgésico-calmante.

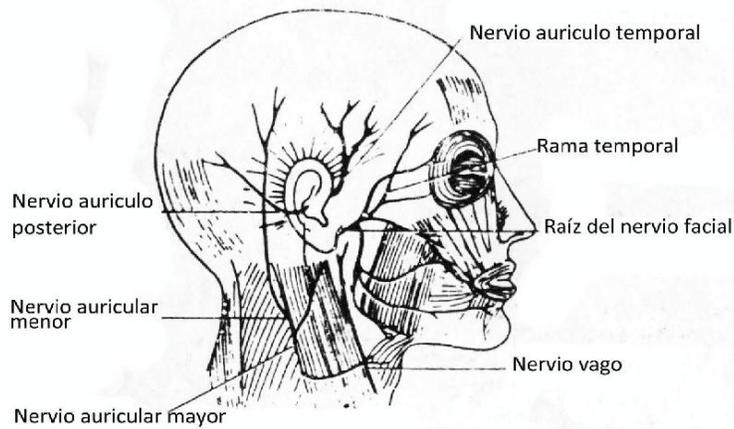
FUNDAMENTOS Y BASES DE LA AURICULOTERAPIA

Muchos han sido los morfólogos, antropólogos y otorrinolaringólogos que ha dedicado un gran tiempo al estudio de las orejas humanas, encontrando una serie de rasgos muy importantes desde el punto de vista filogenético racial y hereditario.

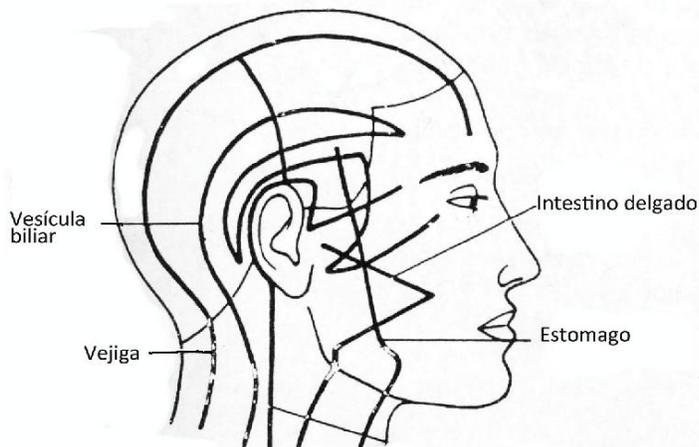
Cada individuo presenta características propias en sus orejas en cuanto la forma, anchura, longitud, posición con respecto a la cabeza, inclinación de eje longitudinal, forma y tamaño del trago y del antitrago y grado de desarrollo del tubérculo auricular.

Como parte del aparato de la audición, las orejas cumplen la función de captar, concentrar y dirigir las ondas sonoras al meato acústico externo, sin embargo la presencia de enfermedades y anomalías en su desarrollo no implica una alteración esencial de la audición. Por estas razones muchos se han atrevido a plantear que las orejas solo tienen un significado estético, al no conocer que en ellas están representadas una gran cantidad de órganos somáticos y viscerales en forma de zonas reflejas las cuales se tornan muy sensibles ante las afectaciones de dichos órganos. Estas áreas y la presencia de otros puntos conforman el llamado microsistema auricular.

“Todo el organismo se refleja en la oreja, con un masaje en los puntos de reflejo se recupera de inmediato el bienestar”



Los 7 nervios principales que llegan a la oreja



Los 7 nervios principales que llegan a la oreja

Figuras 1 y 2 Medicina china: Canales de energía que tienen terminales en la oreja.

En estas imágenes podemos apreciar claramente la relación existente de siete nervios principales que llega a la oreja y los canales de energía que tienen terminales en la misma, lo que explica claramente el por qué su funcionamiento reflejo.

EL PABELLON AURICULAR

Existen variaciones anatómicas de la oreja; cada órgano de nuestro cuerpo presenta características individuales en cuanto a su forma, construcción y tamaño, siendo las orejas que presentan mayor número de estas. Fue Schalbe quien estudió un grupo de variantes en relación con el desarrollo del tubérculo auricular agrupándolo en seis formas.

De Macaco.- Presenta un ángulo posterior a nivel del tubérculo auricular.

Cercopitecido.- Cuando se forma un ángulo a nivel de la parte más superior del hélice.

Punta de Darwin.- Presenta un desarrollo exagerado del tubérculo auricular hacia delante.

Tubérculo auricular.- Cuando está presente el mismo.

Vestigio del tubérculo de Darwin.- Sólo hay un ligero rudimento del tubérculo.

Sin tubérculo de Darwin.- Ausencia total del tubérculo.

Además de estas, otros investigadores han encontrado más como : **Oreja de Wildermuth** .- Es la prominencia hacia afuera del ante hélice, visible sobre todo de perfil.

Oreja de embudo.- Cuando el hélice está poco desarrollado.

Oreja en asa, en pantalla u oreja de murciélago.- Cuando el ángulo que forma la porción libre de la oreja y la superficie craneana supera con cierta amplitud los 30 grados, quedando la oreja extremadamente separada.

Encontramos también malformaciones congénitas, las más frecuente son:

Apéndices auriculares.- son formaciones únicas o múltiples en forma de colgajo y producida por la persistencia de los tubérculos auriculares.

Fístula auris congénita.- es un trayecto ciego interno, por lo general único y unilateral aunque puede ser múltiple y bilateral, presenta una desembocadura puntiforme situada casi siempre en la incisura supratrágica.

Hipertrofia.- Ausencia y división vertical del lóbulo.

Macrotia.- Cuando la oreja tienen un tamaño exagerado.

Microtia.- Orejas pequeñas dado por una retención en el desarrollo.

Anotia.- Ausencia total por falta de desarrollo de los seis tubérculos auriculares.

Poliotia.- Pequeños nódulos de cartílagos, situados por lo general delante del trago.

Orejas accesoras.- Uno o más esbozos de orejas.

Fístula y quiste preauricular.- Se encuentra en la región del extremo anterior del hélice y está dado por la fusión incompleta de los tubérculos, puede formarse un quiste en el trayecto.

Zonas Somatotopicas

Según la fisiología china, el corazón, los pulmones, los riñones, el hígado, el bazo y el páncreas son órganos relacionados. Cada uno con ellos con una víscera (intestino, delgado, intestino grueso, vejiga, estómago) y con cada uno de los órganos de los sentidos.

Es en estos órganos de los sentidos donde se concentra la especificada fisiología tanto del órgano como de la víscera correspondiente, determina la presencia de somatotopías (zonas específicas de reflejo inmediato) particulares, pequeños mapas que reproducen la anatomía humana en las distintas zonas del cuerpo.

La oreja en particular, reproduce en sí una cartografía humana “ancestral” embrionaria, la cual se representa de cabeza.

(Ver figura 3 y 4).

Las somatotopías se encuentran en todas las zonas de elevada sensibilidad: en la oreja, en el ojo, en la nariz, en las manos y en los pies; sobre estas zonas se proyectan “mapas” que reproducen de manera bastante clara, los “homúnculos” que hallamos en las numerosas proyecciones de la corteza cerebral, tanto en la zona motora parietal ascendente auricular, el cual es de gran importancia ya que posiblemente sea éste el que haya dado origen a esta técnica. Todo ello facilita el trabajo cuando se trata de determinar el diagnóstico y la terapia estimulante. Resulta suficiente con tener presente las diversas somatotopías para guiarse en la selección de los puntos oportunos



(FIGURA 3)



(FIGURA 4)

Las somatotopías funcionan como terminales que reciben una vasta gama de señales externas (luz, calor, presión, masaje, electromagnetismo) y de señales internas (estado funcional y de malestar de los órganos, vísceras y sistemas).

Es por ello el que pueden utilizarse tanto para profundizar conocimiento del estado de salud del individuo en un determinado momento (diagnóstico), como para decidir la curación que debe llevarse a cabo, a fin de aliviar el dolor (terapia).

La oreja en particular es una de las zonas de más fácil acceso, puede palpase sin dolor, y puede estimularse fácilmente en las pequeñísimas zonas (puntos) de terapia. En la medicina tradicional china, también la cara y la lengua reflejan energéticamente los diversos órganos y funciones del cuerpo humano.

Los puntos auriculares han sido identificados por medio del examen de infinidad de pacientes ambulatorios y en los hospitales chinos y occidentales. El amplio número de sujetos examinados ha llevado a la elaboración de mapas estadísticos fiables. Podemos subdividir los experimentos según las características. Los puntos sensibles y dolorosos, puntos terapéuticos, puntos con función anestésica. y los de valor psicoterapéutico.

Zonas de la Oreja.

El pabellón de la oreja, ó simplemente oreja es una formación laminar, oval, situada en la cara lateral de la cabeza.

Para su mejor comprensión anatómica, la dividiremos en las siguientes zonas:

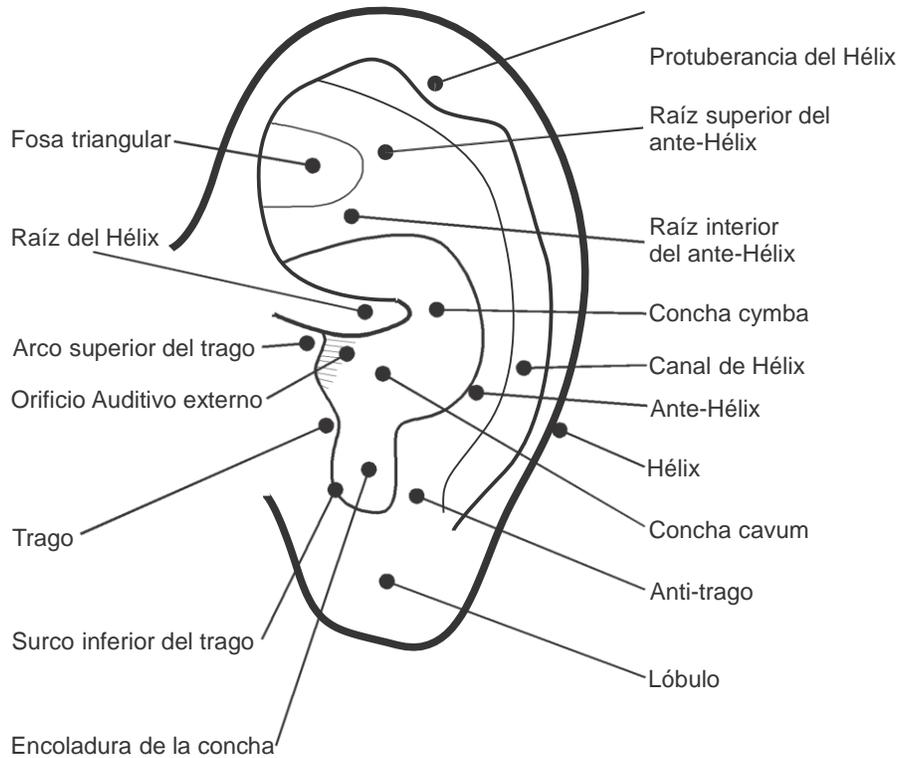


FIGURA 5

La Estimulación:

Es con diferentes materiales, pequeños balines de oro, plata, acero inoxidable, granitos de cuarzos, semillas pequeñas, de uva, chicalote, cilantro, la más usada es la de mostaza roja blanca y negra; las agujas de diferentes medidas, según el propósito de la terapia, la más común es la tachuela; sin olvidar el masaje.

PUNTOS DE LA AURICULOTERAPIA

Son puntos específicos para tratar enfermedades por medio de su estimulación. Cuando alguno de los órganos del cuerpo o alguna parte del cuerpo sugiere un trastorno, en las partes correspondientes de la oreja aparecen reacciones tales como dolor, cambios morfológicos y de color. Se puede tomar esos fenómenos como referencia en el diagnóstico y se puede aplicar el estímulo en estos puntos sensibles para la prevención y el tratamiento de las enfermedades. A estos puntos sensibles se les denomina puntos dolorosos a la presión, puntos de mayor conductividad o puntos sensibles.

Principios para la selección de los puntos.

1.- Selección de los puntos de acuerdo a la zona de la enfermedad, es decir, se seleccionan los puntos correspondientes a las zonas de la enfermedad. Por ejemplo, se selecciona el punto del estómago para tratar el dolor estómago, el punto del hombro para tratar el dolor de éste.

2.- Selección de puntos de acuerdo a la teoría de los canales y colaterales (de acupuntura órganos Zang-fu y Jing-luo) es decir, se pueden seleccionar los puntos auriculares basándose en la fisiología (su funcionamiento) de los canales y colaterales. Por ejemplo, en las enfermedades de la piel, se usa el punto pulmón, ya que éste controla la piel y el pelo, en caso de palpitations se usa el punto de intestino delgado, ya que este tiene relación externa-interna con el canal de corazón. En migraña (jaqueca), se usa el punto de vesícula biliar, ya que este canal maneja la región temporal de la cabeza.

3.- Selección de los puntos en términos de la medicina moderna. Es decir, se usan los puntos auriculares según la fisiología y patología (cómo funcionan las partes del cuerpo y sus enfermedades) modernas. Por ejemplo, en menstruación irregular, se usa el punto de secreción glandular y para el dolor abdominal el punto sistema nervioso vegetativo. A veces se seleccionan los puntos de acuerdo a los síntomas y signos presentados durante la enfermedad. Por ejemplo, en caso de dolor e inflamación de los ojos se usa el punto superior y en caso de dolor de garganta se emplea alguno de los puntos de hélix 1-6.

Se pueden tomar los métodos mencionados separadamente o en combinación. En la selección de los puntos se debe aplicar el principio de menos puntos pero más eficaces. Generalmente se usan puntos del lado afectado, rara vez se usan los del lado opuesto ó de ambos lados. Solo si fuere necesario se puede aplicar acupuntura corporal para incrementar los efectos terapéuticos.

TÉCNICAS DE LA AURICULOTERAPIA

El método más frecuentemente usado para la práctica de la auriculoterapia es el siguiente:

1.- Localización de los puntos sensibles. Después de haber hecho la prescripción de los puntos es necesario explorar los puntos sensibles en las zonas donde se localizan los puntos afectados. Hay varios métodos de localización, pero sólo hablaremos de los puntos dolorosos a la presión. Para éste método sólo se necesita un lápiz de punta roma (chata). Se aplica una presión uniforme sobre el área auricular correspondiente al órgano o parte afectada; esta exploración se realiza en forma concéntrica y ordenada parte por parte de cada área. Se hace una marca con una pluma o marcador delgado que pinte en la oreja, donde se ubica el punto en forma exacta. Se hace una anotación en un papel para comparar con el área afectada según el mapa de los puntos de la oreja.

2.- Esterilización: Hay que esterilizar los puntos auriculares con alcohol o agua y jabón. Hay que lavarse las manos con agua y jabón antes de cada tratamiento. Las agujas hay que lavarlas con agua y jabón después ponerlas en alcohol ó benzal, o desechar.

3.- Inserción de la aguja: se inmoviliza el pabellón auricular con la mano izquierda y con la mano derecha se inserta la aguja. Se usa un aplicador para hacer más rápida y fácil la

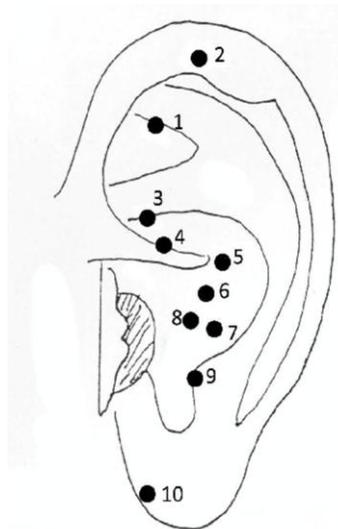
inserción (El aplicador se puede hacer con un tubito de vidrio o un pedazo de repuesto de pluma de escribir). La punción del punto exacto, tomando en cuenta el ángulo de inserción son bases para la mejor aplicación de nuestra terapia. Para obtener mejores resultados, a veces es bueno retirar un poco las agujas sin sacarlas completamente y variar el ángulo de inserción (que puede ser de 90 a 45 grados). En Todos los casos hay que evitar atravesar el pabellón auricular, en caso de etapa aguda en enfermedad, la profundidad debe ser mejor atravesando el cartílago, pero no la piel de la pared posterior, y en etapa crónica, la punción puede ser más superficial, atravesando la pared anterior pero sin atravesar el cartílago.

4.- Retención de aguja ó estímulo: después de insertada la aguja se deja por 20 o 30 minutos, ó hasta 2 horas en inflamaciones agudas ó en dolores severos. Durante este periodo puede manipularse intermitentemente la aguja para aumentar el estímulo, también se pueden usar varias agujas; 2 o 3 para un solo punto, siendo muy profunda la estimulación. En general, el paciente tiene la sensación de dolor, distensión con calor, dolencia o pesantes. En general si se tienen estas sensaciones los resultados son efectivos.

5.- Extracción de las gujas: al extraer la aguja se presiona el punto con un algodón para evitar la sangría. En casos crónicos o cuando las sesiones son espaciadas, se deja un estímulo muy suave y constante con agujas permanentes; "tachuelitas" ó con semillas pequeñas (de mijo, lenteja, chicalote, mostaza etc.) , en los sitios de los puntos más indicados, ó bien usar balines metálicos. Se debe recomendar dar masaje a la oreja reanimando el estímulo dejado.

6.- Periodicidad del tratamiento: diario, diez sesiones constituye un curso y con una suspensión de 5 a 7 días se inicia un nuevo curso, una vez a la semana ó cada diez días. Será a criterio del terapeuta conociendo las condiciones individuales de su paciente y la gravedad de la enfermedad que trata.

Fig. 6



Puntos básicos

1. Shenmen (energía)
2. Dolor
3. Riñón
4. Intestino grueso
5. Hígado
6. Pulmón
7. Pulmón

Puntos Principales:

Son los que estimulan de manera directa el órgano y afecta su función de inmediato, disminuyendo las molestias, por lo que podemos observar una respuesta en breves minutos, (si el punto fue tocado correcta y exactamente). Estos son, shenmen, cerebro, corazón, hígado, riñón, pulmón, intestino grueso, ansiolítico. Dolor, (varios, ya que cada órgano, víscera o miembro tiene su punto muy particular).

Descripción de los puntos y su localización:

VER FIGURA 6

1. Shenmen este punto es el maestro de la energía vital del cuerpo humano, por lo que se recomienda para todo uso (en ocasiones con solo tocarlo ya hay notable mejoría).
2. **Dolor:** Colocar una semilla o aguja en ésta área, nos ayudara a disminuir el dolor en órgano más próximo. Esta se encuentra en toda la orilla externa del hélix
3. **Riñón:** Cálculos y problemas de riñón, afecciones urinarias y genitales, problemas de tejido óseo, sordera, analgésico, fracturas, angustia, ansiedad, falta de apetito (*muy útil en enfermedades viejas*).
4. **Intestino grueso:** Regula el aparato digestivo y la función intestinal, útil en diarrea y disentería, e indigestión y dolores relacionados.
5. **Hígado:** Regula la energía de éste, ayudando en la cura de las enfermedades relacionadas como Hepatitis, hemorragias, mareos, ojos, digestivos, dilatación por gases, angustia, depresión, fiebre.
6. **Pulmón:** Atiende problemas del aparato respiratorio como tos, asma, gripe, mejora la oxigenación de la sangre, piel, sudor, nocturnos o excesivos, laringitis y las relacionadas con la boca.
7. **Corazón:** Una buena circulación es importante para todo tratamiento, se recomienda en enfermedades del corazón, circulación y sexualidad; depresión y ansiedad; Enfermedades mentales, angina de pecho, fatiga.
8. **Cerebro:** Como su nombre lo indica, administra la energía, canalizando hacia él, o los órganos que sean estimulados. Actúa sobre la glándula hipófisis, ayuda a regular el crecimiento, sedante, cefaleas, insomnio, asma, ayuda en artritis y reumatismo.
9. **Ansiolítico:** Este punto nos ayuda en enfermedades mentales y nerviosas como ansiedad, depresión, presión alta o baja (es equilibrador de esta); de gran apoyo en todo tratamiento.

Materiales:

Los materiales que necesitamos son, alcohol o benjuí, algodón, semillas o tachuelas, una lupa de tamaño regular, una lámpara pequeña, un aplicador u localizador de puntos. (De estos últimos podemos prescindir, si fuese necesario).

Si no tuviésemos ninguno de estos materiales será suficiente hacer masaje con la yema de los dedos, o suavemente con la uña, estimulando los puntos cada cinco o diez minutos.

Observaciones importantes:

Es necesario recordar asimismo que al estimular estos puntos estamos afectando las funciones y las emociones que estos órganos manejan.

Por ejemplo: un dolor de cabeza por indigestión lo trataríamos de la siguiente manera, shenmen, cerebro, dolor en cabeza y estómago, intestino delgado e hígado; de esta manera estamos usando solo seis puntos en aurícula izquierdo únicamente.

Cuando sea necesario un tratamiento de seguimiento (por varios meses) se estimulara auriculos alternos, primera semana, derecho, a la siguiente semana se retiran las tachuelas y se aplicarán en auriculo izquierdo, y así sucesivamente hasta termino del tratamiento o si fuere necesario cambiar algún punto.

De ninguna manera recomiendo la estimulación en auriculos paralelos, porque altera muchísimo el flujo de la energía causando con ello innumerables molestias, como dolor con orejas calientes, irritabilidad, insomnio, mareo; todo debido una sobre estimulación, con lo que se ocasiona más daño que beneficio.

Otra forma de abuso en el estímulo, será la de usar demasiados puntos, en un solo auriculo; lo moderadamente manejable sin causar molestia es hasta diez, usar más de diez puntos causa también las molestias antes dichas.

Es responsabilidad del terapeuta observar los siguientes cuidados: no aplicar masajes corporales, ventosas u otros antes o después de la auriculoterapia hasta pasadas más de 24 hrs. (a excepción de casos especiales en los que el cuidado lo requiera).

Procedimiento:

- a. **Lavar** manos y desinfectarlas cuidadosamente o usar guantes.
- b. **Antes** de tocar al paciente, observar muy atentamente las características de su piel, color, textura, sombras manchas claras u oscuras, lunares, calor y puntos alterados.
- c. **Para** que la observación sea más plena se recomienda usar lupa de aumento y pequeña lámpara de luz.
- d. **Notar** que al manipular el aurículo, este cambia de características, mismas que se confundirían si no se ha observado antes.
- e. **Limpiar** con algodón o gasa y alcohol, toda la oreja retirando la grasa de la piel.
- f. **Aplicar** la semilla o tachuela en los puntos seleccionados, fijando con un pequeño cuadrado de cinta microporo.
- g. **A** cada punto que se aplique, observar la reacción de la piel, y del paciente.
- h. **Luego** del último, esperar de cinco a diez minutos para ver reacciones.
- i. **En** caso de mucho dolor por hipersensibilidad de la persona retirar algún punto.
- j. **En** caso de mejoría se da por terminada la aplicación, recomendando que se duerma del lado que no fue tratado.

Ejemplo de tratamientos con esquema:

(Ver figuras, 7, 8, y 9)

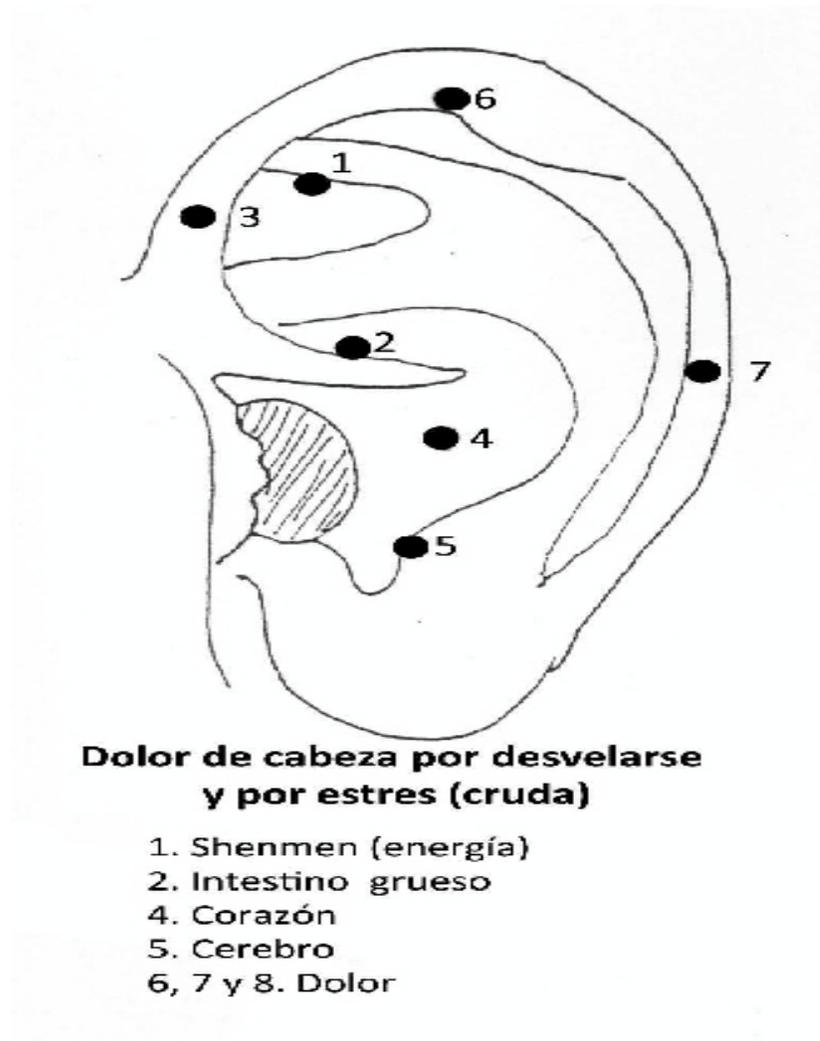
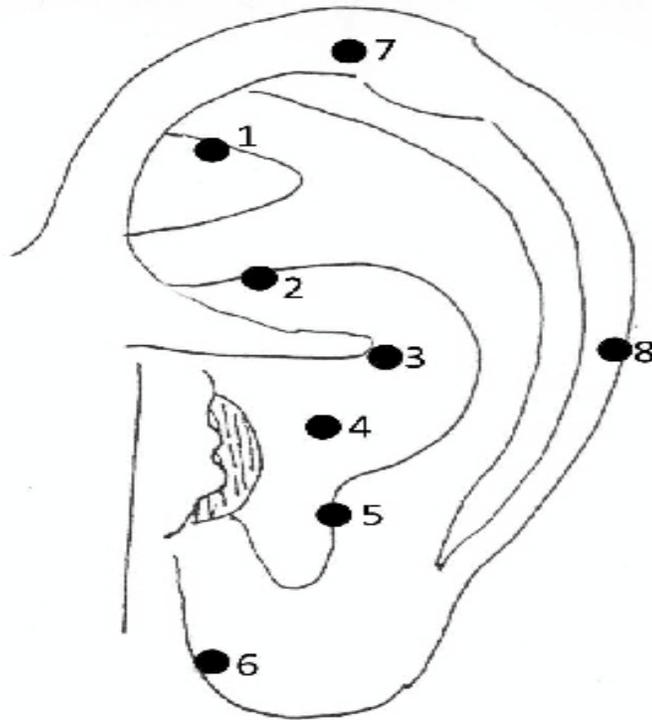


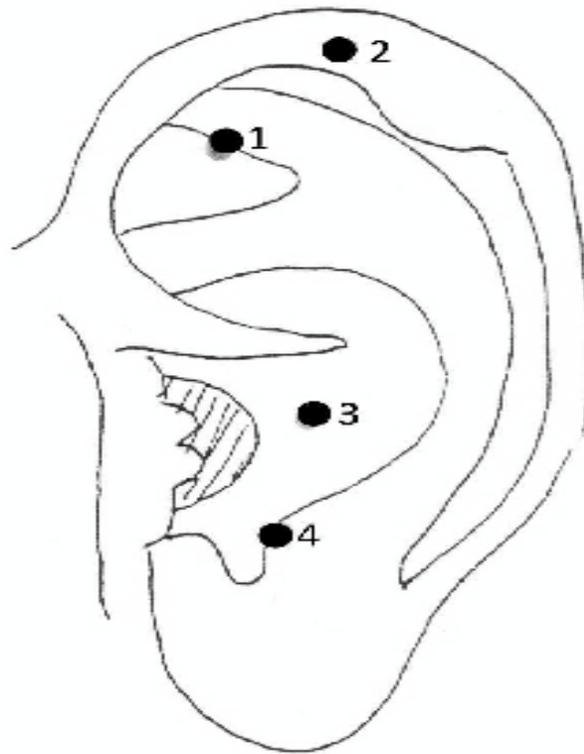
FIGURA 7



Cólico digestivo por exceso de comida

1. Shenmen (energía)
2. Riñon
3. Intestino delgado
4. Corazón
5. Cerebro
6. Ansiolítico
- 7 y 8. Dolor

FIGURA 8



Dolor de cabeza cansancio

1. Shenmen (energía)
2. Dolor
3. Corazón
4. Cerebro

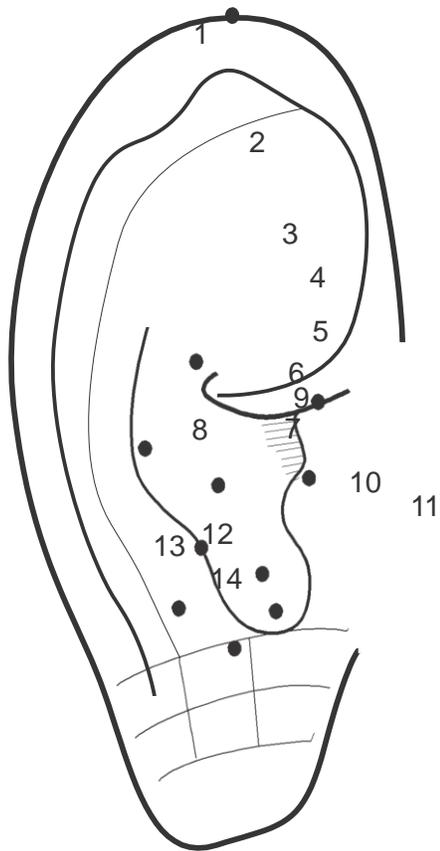
FIGURA. 9

OTROS TRATAMIENTOS CON ESQUEMAS

Enfermedades Neuro -Psiquiatricas
(usar solo los puntos necesarios, máximo 12)
(FIGURA 10)

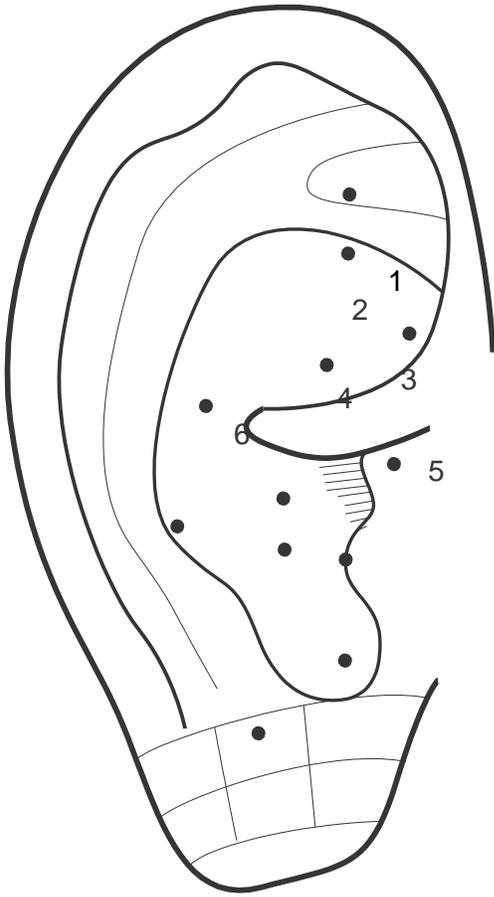


**HISTERIA
(FIGURA 11)**



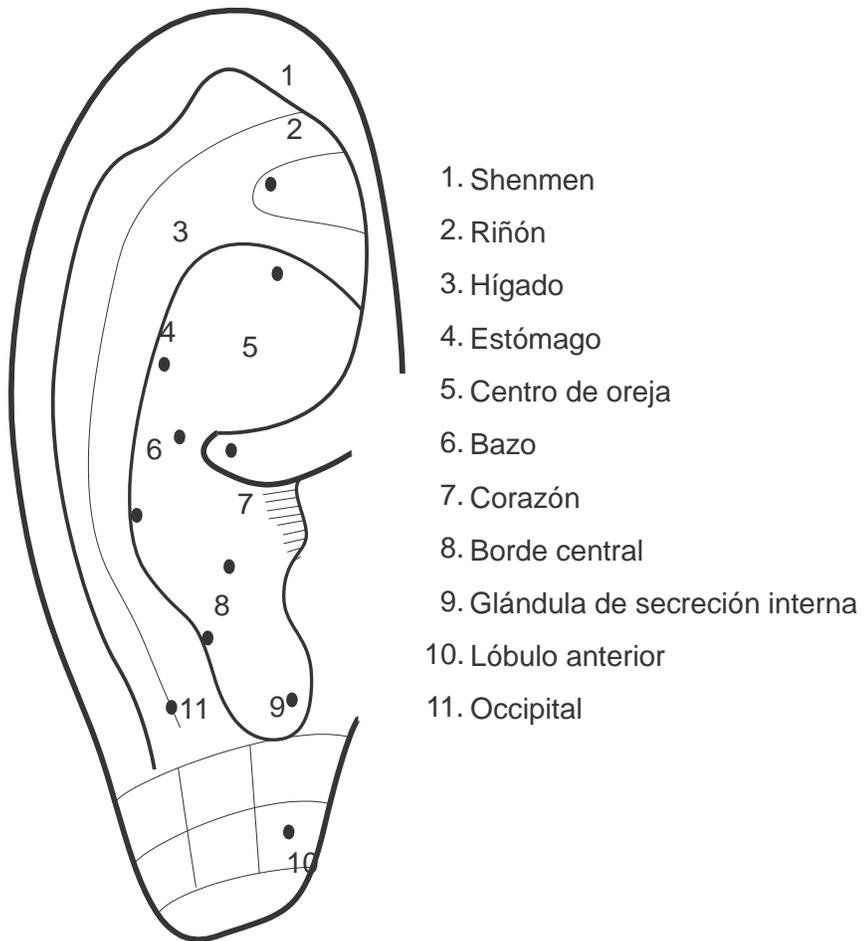
1. Punta oreja
2. Shenmen
3. Riñón
4. Hígado
5. Estómago
6. Boca
7. Garganta
8. Corazón
9. Bazo
10. Tronco cerebral
11. Triple calentador
12. Glándula de secreción interna
13. Occipital
14. Frente

**ESTOMATITIS
(FIGURA 12)**



- 1 .Shenmen
- 2. Riñón
- 3. Intestino grueso
- 4. Intestino delgado
- 5. Boca
- 6. Estómago
- 7. Bazo

NEUROSIS
(FIGURA 13)



CAPITULO IV

Conclusiones

CONCLUSIONES

Por todo lo anterior ya expuesto, considero que Sí es posible que esta técnica de medicina alternativa ayude a los pacientes recibiendo una buena atención, y a los cuidadores a dar una buena calidad de vida a quienes esperan ser atendidos con amor, sin incurrir en el escarnio terapéutico ya que la práctica de esta terapia recomendada para todas las dolencias, en cualquier situación, es muy útil, por lo que considero de importancia incluirla como una herramienta en la práctica de los cuidados paliativos.

Una vez establecidos los derechos legales de las personas de ejercer su libertad y atenderse medicamente con la terapia que prefieran, informados acerca de lo humano moral, y médico, queda la invitación abierta para médicos y pacientes de acercarse a esta terapia, que repito, sin duda alguna le será de mucha ayuda en algún momento.

Ante lo expuesto anteriormente considero que es recomendable en todo manual, que los enfermos sean atendidos por personas capacitadas y profesionales en el cuidado paliativo, ya que el profundo conocimiento y práctica, es una base para un eficiente tratamiento.

Que la incorporación de la medicina alternativa al cuidado paliativo crea una sinergia positiva y enriquecedora para ambas en pro del paciente.

Que el análisis y práctica de la auriculoterapia, y su correcto ejercicio puede promover el alivio o mejora del dolor sin sumar daño o inconvenientes al paciente.

Que la auriculoterapia es una herramienta accesible y eficaz probada ancestralmente.

BIBLIOGRAFIA

Ejercicio Clínico y Espiritualidad ANALES DE PSICOLOGÍA, junio, año 2007, vol. 23, número 001 Univ. Murcia España.

Guía Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos Versión resumida, Guías de Práctica Clínica del SNS , Ministerio de Sanidad y Consumo; Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Fernández Ramírez Patricia. MANUAL PARA EL BUEN MORIR PARA ENFERMOS DE SIDA, Fundación Mexicana Para La Lucha Contra el Sida.

<http://bioeticaweb.com-bioetica> en la red.
www.unav.es/cbd/acoerec99-1418.html
www.revistaiberoamericanadedolor.org REV.
IBEROAMERICANA DEL DOLOR No. 2, Vol 4, 2009

González Socorro y Valdovinos Alfonso. “DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A UNA MUERTE DIGNA”. Tesina para Diplomado en tanatología, AMTAC. 2011.

Dr. Acosta Martínez Bernardo, Mir Peña Niurka AURICULOTERAPIA TEXTO DE APRENDIZAJE. 1ª. Edición. Ambato Ecuador, Ilustraciones Pum.

Millet Stanley. ACUPUNTURA RÚSTICA, MANUAL DEL PROMOTOR DE SALUD CUADERNO NO. 3, Ph. D. Ed. Herbal 2005.

Li Chun Huang. “ER XUE ZHEN DUAN ZHI LIAO XUE” (el diagnóstico y tratamiento con auriculoterapia). Beijing Kexue Jishu Wenxian Chubanshe 1995.

Apuntes de Auriculoterapia. Instituto de Acupuntura Ryodoraku, A. C.

Fundamentos de Acupuntura y Moxibustion de China

Ediciones Extranjeras en lenguas extranjeras, Beijing China.

Chin Chao P. Lien. AURICULOTERAPIA.

Gaspani Franco AURICULOTERAPIA. Colección Mándragora Editorial Ibis.

IMMTAC (Instituto Mexicano de Medicina Tradicional A. C.) MANUAL DE AURICULOTERAPIA.

Dr. Díaz Jaramillo Alejandro AURICULOTERAPIA, Manual del promotor de salud. Editorial Herbal.2008

García Hernán, Sierra Antonio, Balám Gilberto . MEDICINA MAYA TRADICIONAL. Confrontación con el sistema conceptual chino. Hemes Impresores 1996.