



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Control no farmacológico del dolor en pacientes
paliativos - Terapias alternativas y
complementarias.**

Estudiante: Osvaldo Guirola Fuentes

Tutelado por: Montserrat Ballesteros García

Curso académico: 2016-2017

Soria, 17 de Julio de 2017

RESUMEN

Introducción: existe un auge de las terapias alternativas y complementarias evidenciado y demostrado por múltiples estudios. Son muchas las personas que actualmente usan estas terapias para todo tipo de dolencias, y también en los cuidados al final de la vida, por ello debemos conocer e investigar sobre este tema con el objetivo de brindar cuidados integrales y de forma holística a los pacientes paliativos, para aliviar el dolor, el sufrimiento y mejorar su bienestar. Eliminando la brecha existente entre los usuarios y los profesionales sanitarios, sobre la utilización de estas terapias. Constituyen un elemento de apoyo y no de sustitución al tratamiento convencional.

Objetivo: Conocer los distintos tratamientos no farmacológicos del dolor que se aplican en pacientes paliativos.

Metodología: revisión bibliográfica narrativa de artículos científicos sobre el “Control no farmacológico del dolor – Terapias alternativas y complementarias”. Se utilizaron las bases de datos Elsevier, Scielo, Pubmed, Cuiden Plus, Dialnet y Cochrane Plus. Además de los motores de búsqueda Google Académico y Pubmed. Se emplearon las palabras clave Cuidados Paliativos, Enfermería, Tratamiento no farmacológico del dolor, Terapias alternativas y complementarias. Aplicando criterios que respondieran a los objetivos planteados, sobre el tema a investigar, los que van desde 2007 hasta 2017 y los que estaban en castellano e inglés. Se excluyeron los anteriores al año 2007 o que contaban con más de 10, los artículos que no se adecuan a los objetivos de la revisión bibliográfica y aquellos que no estaban ni en castellano ni en inglés.

Resultados y Discusión: las terapias alternativas y complementarias constituyen un elemento de apoyo al tratamiento convencional, con el objetivo de paliar los síntomas que puedan aparecer, mejorando la calidad de vida de los pacientes paliativos. Además, se busca su integración en programas de salud para tratar disímiles patologías en los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud y de esta forma garantizar la calidad, seguridad y eficacia en los cuidados. Igualmente, conocer las clasificaciones, definiciones y/o conceptos, para su mejor estudio y conocimiento, constatado las terapias más utilizadas para el alivio del dolor y del sufrimiento en los pacientes terminales. Para su aplicación hay poner en práctica el razonamiento crítico ya que se debe tener en cuenta a la persona como un ser bio-psico-social y espiritual. Asimismo, comprobamos que el trabajo del equipo multidisciplinar de ser coordinado para brindar unos cuidados integrales y de calidad.

Conclusiones: constatamos el importante valor adyuvante de las terapias alternativas y complementarias para el control no farmacológico del dolor ya que componen un abanico de posibilidades que ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes paliativos por las múltiples ventajas que ofrecen para el alivio del dolor, el sufrimiento y otros síntomas, siempre y cuando sean aplicados como un apoyo al tratamiento de convencional. Además, de verificar la necesidad de desarrollar nuevas líneas de investigación, de fomentar la formación de los profesionales y el trabajo de educación de Enfermería desde una visión holística para con los usuarios.



ÍNDICE

Glosario de abreviaturas.....	1
1.Introducción.....	2
1.1. Persona y Dolor.....	3
1.2. Cuidados Paliativos.....	4
1.3. Dolor Oncológico.....	5
1.4. Dolor en Cuidados Paliativos.....	6
1.5. Control del dolor en pacientes al final de la vida.....	6
1.6. Tratamientos convencionales en Dolor en Cuidados Paliativos.....	7
2. Justificación.....	8
3. Competencias.....	8
4. Objetivos.....	9
5. Metodología.....	9
6. Resultados y Discusión.....	11
6.1. Necesidad de otros tratamientos.....	11
6.2. Medicina alternativa.....	11
6.3. Tipos de Medicina alternativa.....	13
6.4. Diferencia entre medicina alternativas y chamanismo.....	20
7. Conclusiones.....	22
8. Bibliografía.....	23

Listado de abreviaturas.

NCCAM: National Center of Complementary and Alternative Medicine

MAC: Medicina Alternativa y Complementaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

TAC: terapias alternativas y complementarias

CP: Cuidados Paliativos

AINE: antiinflamatorio no esteroideo



1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años han aumentado el uso de las terapias complementarias y alternativas, de ahí la importancia que le damos a este tema, los profesionales de Enfermería¹. Constituyen un elemento de apoyo y no de sustitución al tratamiento convencional. Son muchas las personas que actualmente usan este tipo de terapias para todo tipo de dolencias, y también en Cuidados al final de la vida.

Remon Masip J et al¹ sostiene que el National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de Estados Unidos definen las terapias complementarias y alternativas (TAC) como “un conjunto de terapias que se usan asociadas o no al tratamiento médico convencional” (p1). Constituyen terapias adyuvantes al tratamiento farmacológico prescrito por los facultativos¹, que intentan fortalecer el sistema inmunológico, disminuir los niveles de dolor y ayudan a la relajación, aumento de la autoestima y sensación de bienestar². Además, se conocen con el nombre de terapias o medicina alternativa y complementaria o natural².

Alex Flores R et al³ define como Medicina Complementaria/Alternativa (MCA) a un “amplio grupo de recursos terapéuticos que incluye todos los sistemas, modalidades, prácticas de salud, teorías y creencias que los acompañan, diferentes a aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad particular en un período histórico dado” (p1).

La medicina integrativa (Integrative Medicine en Estados Unidos) o medicina integrada (Integrated Medicine en Europa), se refiere a la práctica de la medicina que incorpora al sólido sistema de diagnóstico y tratamiento de la medicina convencional un amplio rango de técnicas y terapias de la medicina no convencional (medicina alternativa, medicina complementaria) para las que se ha demostrado la mejor evidencia de seguridad y eficacia en un contexto de tratamiento holístico e integral⁴. Para Páez Aguirre, SF⁵, la Medicina Alternativa y Complementaria (MAC) es “un grupo de sistemas, prácticas y productos diversos para el cuidado de la salud que no están considerados hoy por hoy como parte de la medicina convencional” (p1).

Por otro lado, las terapias alternativas o naturales se clasifican en cinco grupos principales según el National Center of Complementary and Alternative Medicine, siendo: terapias médicas “integrales” (medicina tradicional china, homeopatía); intervenciones cuerpo-mente (relajación, meditación, yoga, visualizaciones); manipulación y métodos basados en el cuerpo (quiropática, osteopatía, masaje terapéutico); terapias biológicas (vitaminas, fitoterapia) y terapias energéticas (Tai-chi, Qi-gong)¹.

En un estudio de pacientes paliativos, se realizó una encuesta y alrededor del 60-88% utilizó alguna terapia alternativa¹. Otro estudio evidenció que las vitaminas y los suplementos de hierbas fueron las terapias más utilizadas 63%, seguidos de las terapias manuales (60%)¹. Igualmente, existe una brecha entre el reconocimiento de los pacientes de su utilización y la comunicación con el médico, aproximadamente un 63-72% de los pacientes que las usan no lo comunican, sea porque no lo cree necesario (61%) o porque el facultativo no se lo han preguntado (60%)¹. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), refleja que más de 100 millones de europeos utilizan este tipo de tratamientos, y según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011, el 4.9% de la población española mayor de 15 años ha recurrido a



las terapias alternativas y complementarias (TAC) en el último año⁶. Por ello, como profesionales sanitarios debemos conocer e informarnos sobre el auge de estos tratamientos, para poder informar de los riesgos y beneficios de estos.

Existe una gran variedad de terapias no convencionales, algunas de ellas no cuentan con la suficiente evidencia científica para demostrar su efectividad y seguridad, constituyendo elementos fundamentales para afirmar que dichos tratamientos, no son la terapia de elección y siempre que se utilicen se debe informar al médico. Las limitaciones principales que pueden aparecer en la práctica son: falta de grandes estudios que permitan generalizar los resultados, la necesidad de profesionales titulados y que dichas terapias no están financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS)¹.

El desarrollo de las terapias alternativas y complementarias (TAC) ayuda y colabora a mejorar la circulación sanguínea, mejora la calidad del sueño, fomenta el correcto funcionamiento, equilibrio y/o homeostasis de nuestro organismo²; además de mantener la esperanza, a aceptar la muerte como un proceso natural y a encontrar el significado de la vida⁷.

Estos tratamientos constituyen un complemento de los fármacos de elección y hará que los pacientes reciban unos cuidados integrales y siempre tratando de favorecer una relación personal de enfermería- paciente y con ello, mejorar la confianza y el proceso de sufrimiento al que podrían estar sometidos. El principal objetivo del uso de la medicina alternativa y complementaria (MAC) es el de ayudar y apoyar a los pacientes de manera efectiva a paliar los síntomas que puedan presentar y principalmente en el control dolor, debido a que constituye un de los síntomas que más frecuentemente aparecen y por ello es objeto de esta revisión bibliográfica, además de ser un tema poco estudiado.

1.1. Persona y Dolor

En el centro de los cuidados enfermeros se encuentra la persona, su entorno y la salud. Las actuaciones de los profesionales de Enfermería irán dirigidas principalmente al cuidado y atención de la salud de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como, “no solamente la ausencia de enfermedad, sino la presencia de bienestar físico, mental y social”⁸. También, define la calidad de vida como “la percepción por parte de una persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores”⁸. En el paciente oncológico, el temor a presentar dolor genera ansiedad e incertidumbre ante el sufrimiento, desasosiego ante la aparición de un síntoma que se desconoce en cualidad e intensidad, pero que se da como cierto⁹.

Por ejemplo, en la fase agónica se reconoce por una pérdida de la actividad y funciones del paciente presentando: somnolencia, oliguria, disminuye el peristaltismo intestinal, aparece descoordinación temporoespacial, cambia la coloración de piel¹⁰. En esta fase debemos proporcionar cuidados al paciente para que el proceso en el que pasa de la vida a la muerte suceda de la forma más serena posible con dignidad, sin sufrimiento, ni dolor¹⁰. Por otro lado, el dolor se puede clasificar según su origen, evolución, fisiopatología (somático, visceral, neuropático) y según su intensidad (leve, moderado, severo, insoportable)¹¹.



El dolor condiciona todo el entorno vital del paciente y, además, es el síntoma más frecuente en el cáncer⁹, ya que se estipula que ocurre en una cuarta parte de los pacientes en el momento del diagnóstico, en un tercio de los que están siendo sometidos a tratamiento y en tres cuartas partes de los pacientes con enfermedad avanzada, por lo que, dada la alta incidencia del cáncer en nuestro país, que aproximadamente afecta a 400 pacientes por cada 100.000 habitantes por año⁹ y cerca de 80% de los pacientes con enfermedad metastásica, sufren de dolor causado por la infiltración tumoral directa¹¹, por ello debemos ayudar a paliar y a aliviar el dolor en los pacientes terminales.

El dolor oncológico constituye un importante problema sociosanitario⁹ y es un indicador importante de la progresión de la enfermedad¹¹. Actualmente se dispone de suficientes recursos farmacológicos para el control del dolor en más del 95% de los pacientes⁹. Además, de favorecer una atención integral y de forma multidisciplinaria⁹. También deben considerarse el uso de terapias alternativas, en el control del dolor o la ansiedad relacionada, así como atender los aspectos relacionados con las creencias y las necesidades espirituales⁹.

1.2. Cuidados Paliativos

La definición que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) al referirse a los Cuidados Paliativos (CP) es: “una forma de aproximación al enfermo que hace primar la calidad de vida de pacientes y familias, se enfrenta a los problemas asociados con la enfermedad que amenaza la vida mediante la prevención y el alivio del sufrimiento mediante su identificación precoz, la valoración continua y el tratamiento del dolor y de los demás problemas físicos, psicosociales y espirituales”¹². Los cuidados paliativos (CP) consisten en brindar una atención integral, individualizada y mantenida de los pacientes y sus familias con una enfermedad terminal¹³.

La atención paliativa mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, quienes se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal¹⁴. Los cuidados paliativos (CP) son una forma particular de asistencia encaminada a preservar la dignidad del paciente en situación terminal, evitar la utilización fútil de recursos extraordinarios y garantizar una asistencia no maleficente encaminada a proporcionar aquellos cuidados que la familia y sociedad no podrían proporcionar por sí mismos¹⁵. También se debe asumir el principio básico de Organización Mundial de la Salud (OMS) que sostiene: “todas las personas tienen derecho a recibir cuidados de calidad durante sus enfermedades más serias y a dignificar su muerte liberándola de dolores insoportables y prestando atención a sus necesidades espirituales y religiosas”¹².

La palabra “paliativa” deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta. Si la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos¹³. Los cuidados paliativos proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas; son una afirmación de la vida y consideran la muerte como un proceso natural; no pretenden adelantar ni aplazar la muerte e integran los aspectos psicológicos y espirituales en la atención del paciente, entre otros¹⁴. El concepto de terminalidad más comúnmente admitido es el que habla de “considerar que un “estado es terminal” cuando la expectativa de vida es menor de 6 meses”. Durante muchos años la mayoría de los pacientes admitidos en cuidados paliativos han sido oncológicos, pero sabemos que un gran número de pacientes con afecciones no oncológicas tienen una esperanza de vida inferior a los seis meses, especialmente entre



aquellos de más edad. Las principales causas no oncológicas de terminalidad son las enfermedades neurológicas degenerativas y las insuficiencias orgánicas en estadios avanzados, situaciones todas ellas de alta prevalencia en el adulto mayor¹⁶.

Por otro lado, la declaración del Comité Europeo de Salud Pública afirma que: “Se muere mal cuando la muerte no es aceptada; se muere mal cuando los profesionales no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes; se muere mal cuando se abandona la muerte al ámbito de lo irracional, al miedo, a la soledad en una sociedad donde no se sabe morir”, dicha afirmación continúa vigente y en muchos países se precisa una gran acción solidaria de todos para cambiarla¹⁶. En la mayoría de los países desarrollados la sobrevida a cinco años es más de un 50%, a pesar de esto, cerca del 70% de todos los pacientes con cáncer necesitarán tarde o temprano de los cuidados paliativos¹³. Los cuidados paliativos (CP) y los tratamientos del dolor, por la calidad de vida que proporcionan, se deben considerar un derecho humano esencial, una realidad para todos¹⁶ y una práctica que basada en la evidencia ayude a aliviar el sufrimiento y la diversa sintomatología que pueden padecer los pacientes al final de sus vidas.

1.3. Dolor Oncológico

Cuando a una persona se le comunica que tiene un cáncer, asocia casi automáticamente la enfermedad con la idea de sufrir dolor. ¿Qué representa el dolor para el paciente oncológico? Algunas de las primeras frases que con frecuencia escuchamos en la consulta tras comunicar el diagnóstico, son preguntas o afirmaciones relacionadas con el dolor y formuladas por el paciente o sus familiares: “¿Tendrá muchos dolores?”, “Queremos que no sufra”, “¿Se podrá controlar el dolor?”, son frases que denotan miedo ante el sufrimiento insuperable, estrechamente relacionado con el diagnóstico de cáncer¹⁸.

Cabezón-Gutiérrez L, et al¹⁹ utilizaron la definición del dolor irruptivo, que lo enuncia como “una exacerbación aguda del dolor de rápida aparición, corta duración y de intensidad moderada o elevada, que ocurre de forma espontánea o en relación con un evento (trigger: gatillo) predecible o no predecible a pesar de existir un dolor basal estabilizado y controlado” (p2).

El dolor irruptivo es más frecuente en las fases avanzadas 89% de la enfermedad neoplásica, tiene un mayor impacto en las fases iniciales 35%, donde debe ser evaluado de una forma más exhaustiva¹⁹. El número medio de episodios de dolor irruptivo era de 3 al día, el tiempo medio para alcanzar la máxima intensidad del dolor era de 10 minutos y aquellos de tipo incidental eran más lentos. La duración media del episodio era de 60 minutos, siendo la intensidad del dolor leve en el 4%, moderado en el 34% y grave en el 62% de los casos¹⁹.

El dolor oncológico produce un gran impacto en la vida de los pacientes con cáncer, que se manifiesta por la disminución de su capacidad funcional y la aparición de síntomas físicos, afectivos y emocionales que alteran sustancialmente la calidad de vida. Como consecuencia de todo ello, se producen diversas alteraciones y manifestaciones clínicas, como astenia, disminución de la capacidad de trabajo, percepción de minusvalía para desplazarse, desinterés por el entorno y sentimientos de aislamiento del mundo, dando todo ello lugar a la pérdida de la interacción familiar y social¹⁸. En España, un estudio realizado en 2002 en pacientes oncológicos bajo cuidados paliativos presenta una prevalencia de dolor irruptivo del 41%, con una frecuencia de 1-5 episodios por paciente y día y una intensidad de 7,3 utilizando



la escala analógica visual. Este estudio también objetivó cómo el 25% de los pacientes con dolor irruptivo no recibían tratamiento¹⁹.

Por otro lado, las principales recomendaciones en el manejo del dolor crónico son, la concienciación (siempre pensar en el dolor); detección del dolor (siempre preguntar); llevar a cabo una valoración que incluya: dimensión sensorial (características, localización, intensidad), dimensión cognitivo-afectivo, impacto (funcional, social, global en la calidad de vida); la causa del dolor; y la reevaluación²⁰.

La principal regla farmacológica es comenzar despacio y ajustar lentamente la dosis de acuerdo a una continua reevaluación, con objetivos realistas del alivio del dolor y utilizando la “polifarmacia racional”²⁰. EL tratamiento del dolor es un derecho de los enfermos con cáncer y un aspecto importante de su bienestar, por lo que hay que convencer a los gobernantes de que la adicción a la morfina en estos casos es irrisoria (4 de 12.000 pacientes) más aún cuando éstos tienen una expectativa de vida tan limitada¹⁶.

1.4. Dolor en Cuidados Paliativos

Para Astudillo et al¹⁶ el dolor es el síntoma más frecuente en la mayoría de pacientes con cáncer, por lo que su manejo inadecuado es un grave problema de salud pública que puede y debe afrontarse. La International Association for the Study of Pain define el dolor como “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño”¹⁷. La correcta aplicación de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incorpora los opioides como elementos esenciales, está universalmente recomendada por ser capaz de dar un alivio importante a un 70-80% de las personas con dolor maligno¹⁶. El dolor también se puede clasificar: atendiendo a su evolución en el tiempo: agudo y crónico. Atendiendo a su pronóstico vital: benigno y maligno. Atendiendo a su mecanismo etiopatogénico. Los tipos de dolor según su etiopatogenia son: nociceptivo (somático y visceral), neuropático (central, periférico, simpático), idiopático y psicógeno¹⁷.

1.5. Control del dolor en pacientes al final de la vida

El control del dolor es parte esencial del cuidado de un paciente terminal¹³; el correcto tratamiento del dolor comienza con una evaluación integral del mismo y sobre las consecuencias que tiene en el estado funcional del paciente¹¹; se debe evaluar cuidadosamente su origen y hacer un control adecuado de los diferentes analgésicos propuestos para el alivio del dolor oncológico basado en la escalera de la Organización Mundial de la Salud (OMS), método secuencial y relativamente poco costoso, pero eficaz para manejar el dolor en un 90% de los casos¹³.

Se debe comenzar por una historia clínica completa, una semiología minuciosa del dolor: fecha de inicio, modo de inicio, sitio, tipo, intensidad, duración, frecuencia, irradiación, progresión, fenómenos que lo precipitan, fenómenos que lo aumentan, fenómenos que lo disminuyen, impacto en actividades cotidianas, medicación empleada, dosis y vía de administración, tiempo y frecuencia del tratamiento, resultados y reacciones secundarias¹¹. La meta del control óptimo del dolor implica prolongar la supervivencia, maximizar el bienestar y optimizar la función, una meta no siempre alcanzable⁹.



En los últimos 20 años, el tema de la analgesia y el conocimiento de la fisiopatología del dolor ha avanzado más que en toda la historia de la humanidad²¹. Hoy en día el dolor afecta al 80% de los pacientes con cáncer y puede ser manejado en forma eficiente en la gran mayoría de los casos¹³.

El dolor es multicausal y en el cáncer tiene habitualmente un origen mixto¹³. Los aspectos más importantes en su manejo son la evaluación, su tratamiento y el seguimiento posterior. El tratamiento debe ser temprano y no se debe demorar, por lo que el diagnóstico y el tratamiento se deben instaurar de modo simultáneo⁹.

La vía oral es la más recomendada para la prescripción de opiáceos por ser la más fisiológica, seguida de la rectal, la transdérmica y la subcutánea. La vía subcutánea es una excelente alternativa, sobre todo porque se puede usar en casa, no es tan invasiva y es raro que se infecte el sitio de inyección. Otra alternativa son las bombas de perfusión continua subcutánea²¹.

1.6. Tratamientos convencionales en Dolor en Cuidados Paliativos

La historia de los cuidados paliativos es tan antigua como la propia medicina, y con el devenir de los tiempos esta se ha ido adaptando y evolucionando a las distintas circunstancias y etapas de la historia²². En latín “Hospitium” hace referencia al sentimiento cálido que se produce entre el visitante y el anfitrión y también denota el lugar donde se produce ese acercamiento. En la Edad Media se dieron las transformaciones más importantes en cuanto la actitud frente a la muerte; y los hospicios tenían una finalidad puramente caritativa y no clínica, en la cual se albergan a peregrinos y pobres²².

No sería hasta 1842 en Lyon, Francia, que se utilizaría por primera vez la palabra hospice refiriéndose a los moribundos²². El proceso de establecimiento de la medicina paliativa en el hemisferio norte ocurre como resultado de un amplio proceso cultural, antropológico y político¹³. En la década de los 60, en Reino Unido, surge el hospice moderno y se debe principalmente a Cicely Saunders, a partir de una conversación que tuvo con una enferma terminal²². En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó con una campaña para fomentar el desarrollo de programas de control del cáncer llamada “Alivio del Dolor en cáncer”. Este movimiento se generalizó cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la definición de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea como “Cuidados activo total de los enfermos, cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo” y decreta como parte de sus cuidados prioritarios el manejo del dolor en el cáncer terminal¹³.

El correcto tratamiento del dolor comienza con una evaluación integral del mismo y sobre las consecuencias que tiene en el estado funcional del paciente¹¹. Monzón Marín, JL. et al²³ sostiene que “la mitad de los pacientes en los últimos tres días de su vida sufrieron dolor de moderado a grave” (p2). Como parte del tratamiento convencional se encuentra la aplicación de las distintas escalas del dolor, como la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el primer escalón (dolor leve) de esta escala, se encuentra la administración de analgésicos menores o AINE, si es necesario agregar un coadyuvante, es decir se trata con analgésicos no opioides, como paracetamol, o un antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Cuando se utilizan por mucho tiempo es recomendable utilizar fármacos que protejan la mucosa gástrica, y se debe tener precaución con los medicamentos nefrotóxicos¹¹.



En el segundo escalón (dolor moderado) se prescribe un opioide menor solo o asociado a un AINE y/o coadyuvante, en otras palabras, combinados que contienen paracetamol, ácido acetilsalicílico o un AINE, asociado con un opioide como la codeína, dehidrocodeína, tramadol o propoxifeno. También puede asociarse un AINE con un opioide potente, como la oxicodeona o morfina¹¹.

En el tercer escalón (dolor intenso) se pauta un opioide solo o asociado a un AINE y/o coadyuvante y se prefiere la administración oral; si se emplea la vía parenteral, la dosis es un tercio a la administrada por vía oral. Los parches son el tratamiento de elección para los pacientes con incapacidad para utilizarla vía oral¹¹. En el cuarto escalón se encuentra técnicas de neuromodulación y métodos ablativos¹¹.

2. JUSTIFICACIÓN

Para la realización del Trabajo de Fin de Grado he elegido el tema “Control no farmacológico del dolor en pacientes paliativos – terapias alternativas y complementarias”, porque es un tema interesante, siendo uno de sus objetivos conocer las distintas terapias alternativas y complementarias, así como las más utilizadas y conocidas. Se necesita más información e investigaciones al ser un campo poco estudiado, para demostrar los múltiples beneficios y efectos positivos que puede aportar la medicina alternativa a los pacientes al final de sus vidas. En mi opinión creo que sería una experiencia enriquecedora, desde la práctica enfermera, poder ayudar a los usuarios y a sus familiares a superar esta sensible situación. En disímiles ocasiones los pacientes presentan dolor sobrevenido por un cáncer. Asistirles y cuidarles en esta etapa es primordial para los profesionales de Enfermería, para mejorar el sufrimiento y dolor al que están sometidos.

Aunque desde la historia de la humanidad se han venido utilizado las terapias alternativas, teniendo una base teórica y práctica, no están reconocidas como oficiales, por ejemplo, en España, aunque están recogidas en algunas leyes, todavía no se ofertan como un tratamiento complementario para curar el dolor. En muchas ocasiones los usuarios recurren a estas para tratar sus dolencias, pero sin comunicarlo a los profesionales sanitarios. De ahí la importancia de establecer una buena comunicación, empatía y educación, mejorando la relación enfermera - paciente.

La medicina alterativa es un tema desconocido, no obstante, en los últimos años ha tenido un auge significativo a nivel mundial. Por otro lado, la aplicación de las terapias alternativas traería consigo un mejor control del dolor, una disminución de la sintomatología que tiene por etiología el cáncer, favoreciendo el bienestar, la calidad de vida y ofreciendo una visión holística del tratamiento de los enfermos terminales. de los pacientes.

Finalmente, su estudio me aportaría capacidades y cualidades para mejorar como persona y como futuro profesional. Creo que es un tema muy apasionante en el cual queda mucho por aprender e investigar para garantizar la seguridad, calidad y bienestar de los pacientes paliativos.



3. COMPETENCIAS

Las competencias que se quieren alcanzar con este trabajo son las siguientes.

3.1 Competencia General:

C G 3 Deben demostrar la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (dentro del área de enfermería) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.

3.2 Competencias transversales:

C T 2 Capacidad para aplicar el razonamiento crítico.

C T 3 Capacidad de análisis y síntesis.

C T 7 Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.

C T 17 Capacidad para usar adecuadamente medios informáticos y nuevas tecnologías.

3.3 Competencias específicas:

Capacidad de integrar las competencias adquiridas en las materias que componen el Plan de Estudios del Título de grado en Enfermería en el diseño, planificación, presentación y defensa de la resolución de un problema o situación de salud determinada.

4. OBJETIVOS

General:

- Conocer los distintos tratamientos no farmacológicos del dolor que se aplican en pacientes paliativos.

Específicos:

- Identificar las distintas alternativas para el control no farmacológico del dolor.
- Verificar los efectos positivos que producen en los pacientes al final de sus vidas.
- Analizar su aplicación en el paciente y su entorno.

5. METODOLOGÍA

Este trabajo Fin de Grado es una revisión bibliográfica de tipo narrativa, que dio comienzo en diciembre de 2016 hasta junio de 2017. Se recoge toda la información para la realización de esta memoria.

Se comienza con una búsqueda de diferentes artículos y libros, aplicando los criterios de inclusión y de exclusión. A posteriori se seleccionó los artículos oportunos para su análisis y síntesis. Se ha consultado un libro de la Universidad de Valladolid; motores de búsqueda Google Académico y Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud, portal bibliográfico Dialnet y las bases de datos Elsevier, Scielo, Cuiden Plus y Cochrane Plus.

- Las palabras clave utilizada en esta búsqueda han sido: Cuidados Paliativos, Enfermería, Tratamiento no farmacológico del dolor, Terapias alternativas y complementarias.
- Los criterios de inclusión: artículos que respondieran a los objetivos planteados, sobre



el tema a investigar, los que van desde 2007 hasta 2017 y los que estaban en castellano e inglés.

– Los criterios de exclusión: artículos con más de 10 o anteriores al año 2007, artículos que no se adecuan a los objetivos de la revisión bibliográfica y aquellos que no estaban ni en castellano ni en inglés.

Tabla 1: Metodología utilizados (elaboración propia)

Palabras clave	Buscador	Artículos encontrados	Artículos incluidos
Cuidados Paliativos/Enfermería	Scielo	19	2
	Dialnet	207	1
	Elsevier	575	3
	Pubmed-Medline	1116	2
Tratamiento no farmacológico del dolor	Scielo	37	5
	Dialnet	336	0
	Elsevier	41	3
	Pubmed-Medline	1026	0
Terapias alternativas y complementarias	Scielo	4	1
	Dialnet	82	0
	Elsevier	1840	9
	Pubmed-Medline	7	0
Terapias no farmacológicas para el control del dolor	Scielo	0	0
	Dialnet	42	0
	Elsevier	28	2
	Pubmed-Medline	462	0
Cuidados Paliativos/Terapias alternativas y complementarias	Scielo	0	0
	Dialnet	0	0
	Elsevier	161	2
	Google Académico	2980	3
Tratamiento no farmacológico del dolor/Terapias alternativas y complementarias.	Scielo	0	0
	Dialnet	3	0
	Elsevier	5	1
	Pubmed-Medline	12	0



TOTAL		8983	34
--------------	--	------	----

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las terapias alternativas y complementarias constituyen un elemento de apoyo al tratamiento convencional, con el objetivo de paliar los síntomas que puedan aparecer. Además, mejorar la calidad de vida de los pacientes paliativos.

6.1. Necesidad de otros tratamientos

Existen diversas razones para el creciente uso de la Medicina Complementaria y Alternativa (MAC). Muchos de los usuarios refieren que “no es consecuencia de que se sientan insatisfechos con la medicina convencional, sino, en buena parte, porque consideran que estas alternativas de asistencia sanitaria son más congruentes con sus propios valores, creencias y orientaciones filosóficas ante la salud y la vida”²⁴. Además, muchos grupos culturales pueden utilizarla como consecuencia de sus valores y creencias culturales²⁴. Son comúnmente usadas por los pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida, reducir los efectos adversos derivados del tratamiento e incrementar la sensación de control y manejo sobre su enfermedad, así como aumentar su bienestar general²⁵.

Como un medio de entender e integrar las diferentes modalidades que incluyen las terapias complementarias y los tratamientos de la biomedicina tradicional, se ha aceptado ampliamente el modelo de tratamiento holístico. Este paradigma integra las terapias complementarias y la biomedicina tradicional en un concepto coherente de opciones de tratamiento²⁴. Los pacientes recurren a las terapias alternativas y complementarias (TAC) como una herramienta útil que ayuda a la reducción de los efectos adversos indeseables, al manejo de ciertos síntomas y al restablecimiento y promoción de un sentido de control y vitalidad, el cual resulta indispensable en estos pacientes²⁵.

También es prudente aplicar el sentido común para sopesar los riesgos y beneficios cuando se toman decisiones terapéuticas. En la práctica clínica, las cuestiones éticas específicas varían en las diferentes situaciones. Si una terapia es tan segura como efectiva, el médico está obligado desde un punto de vista ético a recomendar y alentar su uso al igual que haría para cualquier otro tratamiento de la medicina convencional²⁴.

Hoy en día, se recurre con mayor frecuencia a la utilización de terapias alternativas y complementarias para encontrar en ellas, herramientas eficaces que permitan controlar ciertos factores que pueden contribuir en la génesis y mantenimiento del dolor y que no son valorados en el tratamiento analgésico convencional²⁵. También, enfoque integral, como las terapias alternativas, para contrarrestar los efectos adversos y mejorar la respuesta terapéutica, aunque existe mucha controversia por la falta de evidencia científica²⁶.

Además, no solo están basados en la aplicación de un determinado tratamiento, sino en virtud de esa valoración y conociendo la raíz del dolor o de los otros síntomas. Dado que la mayor parte de las veces va a ser necesaria la aplicación de varias técnicas, para conseguir la finalidad de un buen control del dolor o de cualquier otro síntoma²⁷.

6.2. Medicina alternativa



La Medicina Complementaria y Alternativa históricamente recibió el nombre de **Medicina Alternativa**, debido a que se consideraba a la Medicina Convencional como la única oficial, sin embargo, tras ser reconocida por los sistemas de salud norteamericano y chileno, pasó a denominarse Medicina Complementaria³. En la actualidad, con nueva evidencia clínica sobre su eficacia terapéutica y su integración en los protocolos de algunas patologías como el cáncer, náuseas y dolor, se le reconoce como Medicina Integrativa (una vez que se integra al sistema de salud deja de ser “alternativa”)³.

El origen de la historia de la medicina data desde el comienzo e inicio de la humanidad, donde se empezó a tratar las enfermedades a través de la acumulación de experiencias del íntimo contacto con la naturaleza, observación de los animales, las costumbres y hábitos obtenidos, y en muchas ocasiones al azar²⁸.

En los países occidentales se sabe de la existencia de herbarios desde la época de los asirios, babilonios, fenicios y sumerios. Isis es considerada en la mitología egipcia como la diosa de la salud, la cual reglamentaba los procedimientos sobre cultivos de alimentos, especies medicinales y la salud²⁸. A los esclavos que trabajaban en la construcción de las pirámides egipcias se les daba ajo para prevenirlos de dolencias, además de ello se cita aproximadamente setecientas variedades de plantas utilizadas con fines curativos en el año 1700 a.C. recogido en el papiro de Ebers²⁸. Por otro lado, Pitágoras 600-500 a.C. realizó las primeras orientaciones de salud mientras que Hipócrates 460-377 a.C. desarrolló compendios de distintas escuelas, creando la primera colección Hipocrática, de aproximadamente cincuenta tratados, base para la medicina clásica griega, conocida hoy en día como Naturopatía²⁸.

La Medicina Alternativa es cualquier sistema no convencional usado en lugar de un tratamiento médico convencional. La medicina complementaria es cualquier método no convencional usado en conjunción con el tratamiento médico convencional⁵.

El Congreso de Estados Unidos, creó en 1992 la Oficina de Medicina Alternativa adscrita a los Institutos Nacionales de Salud, que posteriormente pasó a ser el National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), facilitando la evaluación formal y clasificación de tratamientos alternativos y complementarios y examinó la integración de esta disciplina a los currículos de las escuelas de medicina y enfermería².

Según la bibliografía consultada se espera que la Medicina Complementaria y Alternativa (MAC) tenga un profundo efecto sobre la medicina del s. XXI, porque ante las limitaciones de la medicina convencional, se está buscado un enfoque integral que tenga en cuenta la globalidad de la persona y todos los modos de curación². Estados Unidos cuenta, actualmente, con once centros de investigación para el estudio de la Medicina Complementaria y Alternativa (MAC) y para desarrollar protocolos de investigación entorno a diversos temas, como medicina alternativa o complementaria en materia de cáncer, sida, manejo del dolor, asma, dependencia de sustancias, rehabilitaciones neurológicas². Algunas de las instituciones de investigación de este país respecto a la Medicina Alternativa y Complementaria (MAC) son: la Universidad de Maryland, Universidad de Columbia en Nueva York, Universidad de Harvard en Massachusetts y el Memorial Sloan-Kettering Cáncer Centre en Nueva York².



Hasta el momento Europa no ha investigado este ámbito de la atención a la salud de forma suficiente. A excepción de Reino Unido, Noruega y Suiza, la prevalencia de uso de Medicina Complementaria y Alternativa (MAC) por los ciudadanos y pacientes europeos es prácticamente desconocida. Las necesidades de los ciudadanos con respecto a la prestación de Medicina Complementaria y Alternativa (MAC) tampoco han sido estudiadas en la mayoría de los países europeos, y muy poco se conoce acerca de las preocupaciones de los proveedores de esta modalidad de atención sanitaria²⁹.

Otro punto importante en este apartado es debido al auge de las terapias alternativas y complementarias a nivel mundial, existe una desconexión entre los usuarios y/o demandantes de este tipo de tratamiento, con los profesionales sanitarios que les atienden. La Organización Mundial de la Salud (OMS) trazó sus directrices para los años venideros donde promovía el estudio y la investigación, la integración en los sistemas sanitarios según las características de cada región. También marcaba la regulación de estas alternativas, definir las competencias y evitar el intrusismo laboral. Los pacientes seguirán haciendo uso de estas, un ejemplo de ello es que aproximadamente 100 millones de europeos utilizan las terapias alternativas y complementarias²⁸. El vacío, la brecha y el aislamiento existente debemos eliminarlo para garantizar la calidad de los servicios, así como la seguridad y eficacia²⁸. También se debe favorecer y promover la investigación para en un futuro las terapias alternativas y complementarias puedan ser incluidas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de programas de salud.

6.3. Tipos de MA

Para su mejor conocimiento y comprensión proponemos la clasificación elaborada por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) de los Estados Unidos, compuesta por cinco grupos de terapias. También, utilizamos la clasificación planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Debido a que existen numerosas definiciones, clasificaciones y aún no existe unanimidad o un acuerdo sobre la nomenclatura de las terapias complementarias y alternativas; según el área, región o país donde se practica se le denomina de una forma u otra. Por ello empleamos dicha clasificación de las terapias alternativas o naturales de cinco grupos o categorías, siendo una de las más conocidas, aceptada y encontrada en la bibliografía revisada^{1,28,30}.

A continuación, explicamos de forma resumida algunas de las terapias y las más utilizadas de manera complementaria o adyuvante al tratamiento prescrito por los facultativos para el control no farmacológico del dolor, siempre en base a los estudios y evidencia científica encontrada. Asimismo, debemos mencionar que el tratamiento con las terapias complementarias será individualizado e irá vinculado a las características de cada paciente (culturales, religiosas, sociales, patológicas) y con previo consenso y comunicación entre el profesional sanitario, que debe respetar la elección de la terapia elegida por parte del usuario en base al principio de autonomía.

Clasificación según el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) de los Estados Unidos^{1,28,30}.

- Terapias médicas integrales: métodos de atención completos con base teórica y práctica (medicina tradicional china, homeopatía, naturopatía, Medicina Tradicional China).



- Intervenciones mente-cuerpo: potencian la capacidad de la mente para influir en las funciones del cuerpo y los síntomas (relajación, meditación, yoga, visualizaciones, musicoterapia, psicoterapia y risoterapia).
- Manipulación y métodos basados en el cuerpo: manipulación o movilización de una o varias partes del cuerpo (quiropática, osteopatía, masaje terapéutico).
- Terapias biológicas: emplean sustancias o elementos de la naturaleza (vitaminas, fitoterapia, hidroterapia y fangoterapia).
- Terapias energéticas: orientan su uso a los campos de energía (Tai-chi, Reiki, Acupuntura, Qi-gong).

Otra clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y similar a la anterior sobre la terapias alternativas y complementarias (TAC) es:

Clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁸

Medicina tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Ayurvérica • Medicina Tradicional China • Medicina Unani • Medicina Indígena 				
Según el tipo de terapia:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"><u>1.Terapias con medicación</u></td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Plantas medicinales y medicina herbaria • Materiales minerales • Materiales animales • Régimen alimentario y nutrición </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><u>2.Terapias sin medicación</u></td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Terapia manual • Ejercicios tradicionales (yoga) • Terapias de conjunción mente y cuerpo </td> </tr> </table>	<u>1.Terapias con medicación</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Plantas medicinales y medicina herbaria • Materiales minerales • Materiales animales • Régimen alimentario y nutrición 	<u>2.Terapias sin medicación</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Terapia manual • Ejercicios tradicionales (yoga) • Terapias de conjunción mente y cuerpo
<u>1.Terapias con medicación</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Plantas medicinales y medicina herbaria • Materiales minerales • Materiales animales • Régimen alimentario y nutrición 				
<u>2.Terapias sin medicación</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Terapia manual • Ejercicios tradicionales (yoga) • Terapias de conjunción mente y cuerpo 				

6.3.1. Terapias médicas integrales

Los sistemas médicos globales incluyen métodos completos de teoría y práctica que han evolucionado y avanzado con independencia de la medicina occidental convencional o de forma paralela. Incluyen la homeopatía, naturopatía, medicina tradicional china, medicina ayurvédica (sistema de medicina tradicional de la India), y sistemas curativos de los indios americanos/nativos de Alaska, africanos, de Oriente Medio, tibetanos y otras poblaciones indígenas^{24,28,30,31}.

A. Homeopatía: Se basa en la teoría de la similitud o analogía, “lo semejante cura lo semejante”, que significa que al paciente se le administran pequeñas cantidades infinitesimales de una sustancia o preparado para curar los síntomas, cuando estas mismas sustancias administradas en dosis más altas o más concentradas en realidad causarían dichos síntomas en un individuo sano. Fue creada en el siglo XVIII por Samuel Hahnemann. Busca con la administración de los medicamentos homeopáticos la activación y potenciación de las



defensas del organismo, trayendo consigo la mejoría o curación de la enfermedad. A diferencia de la farmacología clásica, la homeopatía sigue la teoría de que, cuanto mayor es la dilución, mayor es la potencia del preparado^{24,28,30,31}. Algunos estudios han demostrado que los preparados homeopáticos pueden ayudar a paliar el dolor y a acelerar al proceso de resolución²⁵. Por otro lado, la utilización o no de esta terapia es muy discutida. En España el 30% de la población utiliza en alguna ocasión las terapias complementarias y alternativas³⁰, por ello los facultativos deben conocer estos tratamientos para utilizarlos de forma complementaria en los cuidados paliativos para el control del dolor y otros síntomas.

6.3.2. Intervenciones cuerpo-mente

Algunas de las terapias cuerpo-mente son la visualización, la relajación, meditación, yoga, la plegaria, la terapia cognitivo-conductual, la hipnosis y el biofeedback²⁴.

La representación guiada de imágenes visuales, la hipnosis y el biofeedback han demostrado ser terapias adyuvantes eficaces del tratamiento médico para procesos habituales, como el dolor crónico, agudo y recurrente; la ansiedad y trastornos de estrés; enuresis; encopresis; trastornos del sueño; desregulación del sistema nervioso autónomo; trastornos de la atención y el aprendizaje; asma; cáncer y diabetes. En general estas terapias no se asocian a efectos adversos o éstos son insignificantes²⁴.

La curación espiritual incluye la plegaria y, en Estados Unidos, es la terapia complementaria más prevalente. El 82% de los norteamericanos creen en el poder de curación de la plegaria personal, el 73% creen que rezar por una persona puede curar su enfermedad y el 77% creen que en ocasiones Dios interviene para curar a aquellos con una enfermedad grave²⁴.

A. Psicoterapia: Son las diversas técnicas que se emplean en Psicología para aprender a enfrentarnos a diversas situaciones. Cuando se aplican al paciente con dolor, este disminuye e incluso puede reducirse la medicación²⁷. El dolor tiene factores fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales, por ello las técnicas van dirigidas a únicamente a tratar la parte conductual del dolor. A su vez, reducen o eliminan las conductas de dolor (expresiones verbales y no verbales de dolor, conductas de evitación y cambios posturales). Fomentando la realización de las actividades de la vida diaria y de ejercicio físico³². El tratamiento farmacológico cada vez es más eficaz en el alivio del dolor, pero en muchas ocasiones el sufrimiento mental y emocional no se trata apropiadamente, por ello buscamos asistir de manera holística a todos los pacientes³³. Las técnicas utilizadas van encaminadas a trabajar y manejar los pensamientos, conductas, emociones que incrementan el sufrimiento³². Por otro lado, la depresión coexiste con otras alteraciones como la ansiedad, trastornos de la personalidad y el dolor. Siendo una de las justificaciones para la intervención psicológica complementaria³⁴. Se observó en pacientes con tratamiento médico y psicoterapia una mayor reducción del dolor, incapacidad y de los estados de ánimos negativos. Igualmente, un estudio realizado a una muestra de 710 enfermos de dolor crónico y lumbar subagudo demostró la eficacia de la aplicación de esta terapia adyuvante al tratamiento médico prescrito, además de su coste-efectividad³².

B. Visualización: Técnica que consiste en hacer que el paciente imagine una situación que desearía vivir o bien utilizar imágenes agradables para él, ayudando a paliar el dolor. Esta terapia combinada con la musicoterapia da excelentes resultados²⁷. Se ha utilizado en niños



como en adultos, mostrando su eficacia ante el dolor y el cáncer. Mediante la integración de las imágenes se rompe el ciclo de dolor/tensión/ansiedad/dolor, el paciente se relaja con una postura cómoda, produciendo una disminución del dolor al reducirse la tensión muscular y los espasmos. También, con esta terapia, indirectamente se atenúan los niveles de ansiedad y mejora las alteraciones del sueño. Finalmente, la visualización de las imágenes ayuda al alivio del dolor y aún más cuando se emplea de forma complementaria al tratamiento farmacológico³⁰.

C. Risoterapia: Mediante la risa se liberan endorfinas, por la producción de cerebral de catecolaminas, logrando una sensación de bienestar y de satisfacción²⁷. Se ha investigado en la utilización y empleo de la risoterapia para el tratamiento de patologías crónicas que presentan dolor o en el ámbito de la oncología pediátrica, demostrando efectos positivos y beneficios que se producen cuando reímos, segregando endorfinas (encefalinas), que alivian el dolor³⁵. La risa aporta beneficios psicológicos, aumentan el umbral del dolor y la tolerancia³⁶, y se pueden emplear cuando el paciente tiene la capacidad de movilidad o puede colaborar en el desarrollo de la terapia³⁵. La risoterapia se basa además en las emociones positivas, agradables y del humor para combatir la ansiedad, el temor y el dolor, síntomas que pueden aparecer en pacientes paliativos³⁰.

D. Relajación: Es una de las técnicas más usadas, aumenta el umbral del dolor, reduciendo la ansiedad, la disnea o el temor. Coordina el tono muscular del paciente, así como su capacidad mental. Su práctica se debe realizar en un entorno tranquilo y relajado, con los ojos cerrados y en la posición adecuada²⁷. Esta terapia puede ser utilizada individualmente o integrada al tratamiento en conjunto con otras alternativas a pacientes con dolor crónico, donde ofrece mayores beneficios, según reflejan las investigaciones realizadas sobre dicha técnica. Las dos variantes más utilizadas son la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz. El dolor comúnmente incita o se asocia a un aumento de la tensión, estrés y ansiedad; con la práctica de la relajación se fractura este círculo o bucle vicioso. Asimismo, se obtienen un incremento de la acción parasimpática y una bajada de la actividad adrenérgica, actuando secundariamente sobre el dolor³².

E. Musicoterapia: Es el uso de la música como terapia complementaria al tratamiento, promoviendo la comunicación, las relaciones, el bienestar y el alivio del dolor. Consiste en la enajenación del paciente para olvidar el dolor y las emociones incómodas, favoreciendo su curación y resolución^{27,28}. Florence Nightingale, una de las precursoras de la Enfermería, identificó el poder curativo de la música³⁰. Mediante una previa valoración se identifican los gustos musicales del usuario según sus creencias, cultura y entorno. La música es valorada como un poderoso agente que favorece la sociabilización, y aplicada en pacientes paliativos ayuda a la interacción social y a la comunicación, estableciendo un vínculo entre los profesionales, paciente y entorno³⁷. Se ha estudiado el efecto de la música clásica, evidenciando que disminuye las conductas negativas y perjudiciales, reduce los niveles de ansiedad y estrés. Contribuye al manejo y alivio del dolor, estimula y relaja al paciente³⁰. Distrae y disminuye la percepción del dolor, favorece la tolerancia y afrontamiento del tratamiento e impulsa el bienestar, además ayuda a corregir el estado anímico, tanto en niños como en adultos³⁷.



F. Meditación: Siempre las personas han buscado en su interior un sentido a sus vidas. A través de la meditación se puede encontrar esa paz interior. Se conoce que mejora el bienestar de los pacientes, relaja, alivia el dolor y el sufrimiento²⁷. Es una acción de interiorización que lleva a una extensa relajación, paz y/o tranquilidad física y emocional²⁸. Se basa igualmente, en el silencio de una parte del cerebro (hemisferio izquierdo) cuando se practica la meditación, potenciando estados de ánimo positivos, disminuyendo el estrés, la ansiedad, el dolor crónico en los pacientes enfermos de cáncer³⁰. Asimismo, se limitan los estímulos exteriores (dolor, sufrimiento) y se relaja el cuerpo y la mente. Ello requiere un proceso de práctica para su control, propiciando armonía, una fase de relajación y alivio³¹.

G. Yoga: Proviene de las culturas orientales, apoyándose en diversas técnicas que pretenden mejorar las habilidades cognitivas y corporales. Desarrollando una relajación y bienestar en aquellos que los practican²⁸. Se emplean técnicas de respiración, posturales, de meditación y relajación³¹; ello favorece el alivio del dolor agudo como el crónico²⁵. El yoga constituye una unión entre el cuerpo y la mente. Presenta unos efectos positivos nada desdeñables, disminuyendo la fatiga y la lumbalgia crónica, mejora el estado de ánimo, la calidad del sueño y el bienestar. Se ha demostrado que reduce el estrés, la depresión, la tensión arterial y alivia el dolor. Las personas que presentan una enfermedad terminal pueden encontrar en el yoga una motivación, que mejora su dolor y sufrimiento³⁰.

6.3.3. Manipulación y métodos basados en el cuerpo.

Algunas de estas modalidades son la osteopatía, la quiropráctica, masajes y la reflexología.

La quiropráctica es una de las alternativas más frecuentes. Presta atención a la relación entre la estructura corporal (principalmente la columna vertebral), la función corporal y en cómo esta relación afecta a la salud. En Estados Unidos, donde más de 50.000 quiroprácticos están autorizados para ejercer, el número de niños que los visitan es considerable y cada vez mayor. En los estudios recientes se ha confirmado que hasta un 14% de todas las visitas a quiroprácticos correspondieron a pacientes pediátricos y que estos terapeutas fueron los prestadores de las terapias complementarias a los que visitaron con más frecuencia niños y adolescentes²⁴. Muy pocos ensayos clínicos, han demostrado beneficios significativos de las técnicas quiroprácticas entre pacientes pediátricos. Se requieren estudios adicionales y es necesario advertir a los padres que no pueden confiar en esta modalidad como el tratamiento principal de enfermedades graves como el cáncer²⁴.

El masaje es otra terapia más conocidas. Los terapeutas expertos en masaje, autorizados para ejercer, proporcionan los cuidados en el domicilio y las enfermeras en ámbitos clínicos. En la actualidad es una terapia utilizada en muchas unidades de cuidados intensivos neonatales para estimular el crecimiento y desarrollo de lactantes prematuros²⁴.

A. Masaje Terapéutico: Existen diferentes técnicas de masajes, cuando se aplica en la espalda, se ha comprobado que calmar el dolor, relaja e incluso evita contracturas y disminuye la ansiedad. Los masajes, pueden resultar algo desagradable al principio, después logran relajar al paciente. Es efectivo en pies y manos y además es una zona de fácil acceso²⁷. El masaje terapéutico es el procedimiento de maniobras o manipulación de partes y/o zonas del cuerpo, aplicando presión con las manos^{28,31}. Existen distintos tipos de masajes, que promueven y desencadenan la relajación de los músculos, el alivio del dolor, disminuye la



ansiedad, las conductas agresivas, mejora el patrón del sueño, la movilidad y aumenta el bienestar emocional³⁰. Un estudio realizado en Italia reveló que solo el 38% de los hospitales que participaron en la investigación ofrecía terapias alternativas y complementarias al tratamiento del dolor crónico, siendo el masaje la más utilizada²⁵. De ahí la importancia del desarrollo de estas terapias por parte de los profesionales de Enfermería.

B. Osteopatía: Es la práctica curativa que intenta devolver los movimientos naturales a las estructuras afectadas del organismo mediante una serie de tratamientos naturales²⁷. La más utilizada es la Osteopatía Craneal, realizada con suaves toques de los dedos, para restaurar el ritmo respiratorio y el equilibrio funcional del organismo²⁷. Es un complejo sistema que busca no solo la atención de la sintomatología del paciente, sino tratar a la persona de forma holística, focaliza su praxis en las alteraciones del aparato locomotor mediante la utilización de las manos^{28,31}.

En un estudio pionero realizado con una muestra de 3250 usuarios, de los cuales 1350 eran pacientes paliativos, 450 padecían de lumbalgia crónica y 1400 sufrían de alguna patología de etiología laboral. Estos beneficiarios recibieron tratamiento convencional, que posteriormente se complementó con sesiones de acupuntura y de osteopatía. Finalmente, la investigación arrojó datos muy alentadores, descendiendo la intensidad y grado del dolor aproximadamente en un 50%, además se logró disminuir el consumo de analgésicos alrededor de un 40%. Igualmente, mejoró en un 33% la capacidad funcional y el bienestar emocional y psicológico en un 11%³⁰. Ello evidencia que las terapias alternativas si ayudan y constituyen un apoyo al tratamiento convencional para el control del dolor de forma integral.

6.3.4. Terapias biológicas.

De acuerdo con el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa de Estados Unidos, las modalidades biológicas incluyen el uso de plantas, extractos de origen animal, vitaminas, minerales, ácidos grasos, aminoácidos, proteínas, prebióticos y probióticos, dietas completas y alimentos funcionales. De ellos, los preparados multivitamínicos son los más utilizados por los niños, refiriendo su uso hasta un 41%. Entre adolescentes que utilizan Medicina Complementaria y Alternativa, casi el 75% usa plantas medicinales y otros suplementos dietéticos. En los estudios controlados se ha investigado el uso de los suplementos dietéticos para diversas enfermedades, incluida el asma, infecciones de las vías respiratorias superiores, diarrea, depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad²⁴.

A. Fitoterapia: Es la utilización de plantas medicinales con propiedades curativas²⁷. Ofreciendo una acción analgésica, hipnótica y sedante del sistema nervioso central. Según Ballesteros²⁷ algunas de estas plantas son “el espino blanco, azahar, lavanda, melisa, mejorama, amapola, tila, lúpulo y que logran a su vez una importante acción contra el dolor”. La fitoterapia forma parte de métodos complejos que a través de plantas busca aliviar, sanar y promover la salud^{28,30}. Se requieren más estudios controlados sobre estos preparados herbolarios y compuestos dietéticos, aunque sean naturales. También presentan efectos indeseados, por ello se debe evitar la automedicación y comunicarle al oncólogo su uso¹. También se debe rechazar y combatir a aquellas personas que prometen a los enfermos terminales, productos y preparados milagrosos que le curaran todas sus dolencias. Se debe legislar para prevenir este tipo de casos, y mejorar en la seguridad y cuidado de los pacientes.



6.3.5. Terapias energéticas

Dichas terapias están propuestas para modificar los campos energéticos que se cree que rodean el cuerpo humano. Estas terapias “manipulan los biocampos a través de la aplicación de presión y/o manipulan el cuerpo a través de la imposición de las manos o a través de estos campos”. Estas técnicas incluyen la acupuntura, la homeopatía, terapia de polaridad, tratamiento con imanes, el reiki, el qi gong, los tactos o contactos terapéuticos, los contactos de sanación, la sanación espiritual²⁴ y el tai chi, aunque algunos autores lo ubican en las intervenciones cuerpo-mente.

Quizá la mejor conocida de estas terapias bioenergéticas no cruentas sea el contacto terapéutico, cuya enseñanza se imparte en más de 80 escuelas de enfermería y se proporciona en numerosos hospitales de Estados Unidos. Esta terapia es una forma de medicina energética, desarrollada por enfermeras, que se basa en la premisa de que la curación se favorece cuando las energías corporales están equilibradas. Las enfermeras reciben información para identificar y tratar los desequilibrios energéticos con la finalidad de mejorar el bienestar del paciente²⁴.

La acupuntura incluye una diversidad de procedimientos que incluyen la estimulación de los puntos anatómicos del cuerpo a través de una diversidad de técnicas. La práctica en Norteamérica de la acupuntura incorpora las tradiciones médicas de China, Japón, Corea y otros países. La técnica más estudiada científicamente incluye la penetración de la piel con agujas metálicas, finas y sólidas que se manipulan manualmente o con estimulación eléctrica²⁴.

A. Acupuntura: Es una técnica que se origina o proviene de la medicina tradicional china, en la cual se emplean agujas metálicas delgadas para estimular, canalizar, regular el flujo y el equilibrio de energía, en distintos sitios o zonas del cuerpo^{28,30}. Distintos estudios han evidenciado que disminuye los vómitos, las náuseas y las fatigas posterior a una intervención quirúrgica o de la quimioterapia. También tiene efectos positivos ya que alivia el dolor. Además, es importante y vital continuar investigando según el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa de Estados Unidos²⁷. Además, es necesario continuar con los estudios e investigaciones para en el futuro poder regular y legislar en favor de las terapias complementarias y se incluyan en el Sistema Nacional de salud (SNS), mediante programas de salud y brindar unos cuidados integrales a los pacientes que hacen uso de las mismas, aunque ya estas recogidas en algunas leyes como sostiene Vicente Gallego, C³⁰, “la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley de ordenación de las profesiones sanitaria y la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios” (p71).

Se describe en la bibliografía que a través de la conducción de señales electromagnéticas se podría liberar sustancias como las endorfinas, oxitocina y esteroides^{25,27,30}, para el alivio del dolor, también, con la activación de sistemas opioides por su acción analgésica³⁰, favoreciendo el bienestar, el tratamiento de diversas patologías³¹. Las beta-endorfinas tienen un efecto directo sobre la corteza cerebral comprobado a través de una resonancia magnética nuclear³. En personas con dolor, después de aplicar acupuntura, la zona post rolándica y el sistema límbico varían su color, quedando inhibidas³. Se ha demostrado los beneficios de la acupuntura para el control del dolor en pacientes con cáncer, pero se necesitan más estudios e investigaciones³.



La acupuntura se puede utilizar para el control de dolor crónico y agudo²⁵. Constituye una herramienta o terapia no farmacológica excelente para tratar la cefalea episódica o la crónica. Igualmente, se utiliza en patologías como la neuralgia del trigémino, dolor neuropático, post herpéticos, migrañas o como complemento de la quimioterapia en el manejo de las náuseas y fatigas en pacientes paliativos³.

B. Qi Gong: Técnica que proviene de la medicina tradicional china³¹, el Qi es la energía, fuerza, espíritu y vida y el Gong la habilidad de control de esa energía. Se conocen dos clases, el duro y el blando, este último es el que se utiliza para promover la salud, como forma terapéutica²⁷. Tiene un efecto relajante y efectos positivos principalmente en el sistema inmunológico, mejora el patrón del sueño y tiene propiedades relajantes sobre el sistema nervioso central²⁷. Es la práctica de ejercicios con el fin y propósito de equilibrar la energía con los meridianos que se utilizan en la acupuntura²⁸. Busca la promoción de la salud, la disminución del estrés, mejorar el flujo sanguíneo y fortalecer el sistema inmune³¹.

C. Tai Chi: Arte marcial chino vinculado a la medicina china que constituye una suave danza con ejercicios y movimientos pausados y armónicos. También se realizan maniobras y acciones para mejorar la respiración, la postura, y meditar. Ello repercute positivamente en el sistema locomotor, favorece la paz y bienestar psicoemocional, además ayuda a controlar el estrés y la ansiedad^{27,28,30,31}. Es conveniente su práctica en las personas con patologías crónicas³⁰. Dicha terapia complementaria es una de las que no se puede indicar ni aplicar a todos los pacientes paliativos, debido a las características de esta modalidad, por ello se debe tener en cuenta de forma individualizada las necesidades y las cualidades de cada usuario.

6.4. Diferencia entre medicina alternativa y chamanismo (charlatanes)

En países considerados “del primer mundo” se practica algunas de las terapias complementaria y alternativas como la medicina Ayurvédica, que se basa en las creencias de la India, la acupuntura, perteneciente a una tradición china de más de cinco mil años de antigüedad. Dichas alternativas no solo disponen del aval que le otorga la tradición, sino también por las sociedades médicas establecidas en diversas partes del mundo³⁸. Sin embargo, esta aceptación es un arma de doble filo. Personas inescrupulosas suelen aprovecharse de este tipo de creencias para tratar de vender sueños y esperanzas de forma embotellada, con el único objetivo de obtener lucro a costa de los pacientes que buscan una solución definitiva a sus males³⁸. En este tipo de comercio, las descripciones generalistas suelen ser comunes: son capaces de curar o prevenir todo tipo de enfermedades que la alopática no puede, desinfectan cualquier objeto contaminado y, como es sabido, agregan la clásica coletilla: Sin efectos secundarios³⁸.

Es de vital importancia informar al paciente acerca de la ineffectividad o la falta de evidencia de determinadas actividades tradicionales en el tratamiento de enfermedades complejas como el cáncer, además de recomendar las que son aceptadas por ambos, como la nutrición balanceada, un buen descanso, el ejercicio físico y la supresión o disminución de actividades viciosas³⁸. La decisión final que tome el paciente será informada, cumpliéndose con el compromiso ético que tiene el médico con su paciente. Solo así se podrá combatir contra ese enemigo terrible de la sociedad, que es la ignorancia³⁸.



Además, gracias a algunos medios de comunicación como las redes sociales e internet, es muy fácil buscar y encontrar información sobre una enfermedad como es el cáncer. Estas herramientas facilitan la información, que en ocasiones cuenta con medios avalados y probados de información, pero en otras, es capaz de brindarnos información errónea y sin fundamento, logrando que el cáncer este plagado de mitos³⁹.

Hay muchas personas sin escrúpulos, que emplean la medicina alternativa para fines poco éticos, sin importarles para nada el sufrimiento de los pacientes, y que le hacen un flaco favor a este tipo de terapias. El 10 de marzo la Audiencia Provincial de Valencia juzgó al curandero, José Ramón Llorente, que animó a Mario, joven de 21 años enfermo de cáncer, a abandonar la quimioterapia para utilizar curas naturales, prometiéndole que se iba a curar, dando lugar a su fallecimiento. Estaba preparándose para un trasplante de médula. El magistrado entendió que debía ser juzgado por intrusismo profesional, al atentar gravemente contra la salud pública y contra Mario al prescribirle un tratamiento que entorpecía su recuperación⁴⁰. Igualmente tenemos que un juez de Palma investiga a dos catedráticos de Biología de la Universidad de las Islas Baleares que se valieron de su cargo para estafar con un remedio para el cáncer a pacientes paliativos. Citando en calidad de investigados a dos miembros de la Fundación Marathon que está siendo investigada y que ha sido señalada como la organización donde se canalizaba el dinero, estafando presuntamente más de 600.000 euros⁴¹.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) informó a través de un comunicado a 14 empresas americanas que venían vendiendo ilegalmente más de 65 productos, afirmando prevenir y curar el cáncer. Los productos son distribuidos sin la aprobación de la FDA, en internet y las redes sociales⁴². Un cáncer provocado por un evento traumático o estresante. Se conoce que la etiología de esta enfermedad es muy distinta. Dicha versión alcanza una notoria acogida en la población; cuando el inicio de una patología se busca en razones fuera del conocimiento científico, se tiende a buscar allí las soluciones también. Estimulando el auge de pseudoterapias y grupos de corte espiritual que divulgan nociones engañosas sobre la salud y la enfermedad⁴³.

Profesionales de diferentes ámbitos de la salud se han propuesto combatir las pseudoterapias. El Observatorio de la OMC denunció un listado de 120 páginas webs que promueven las pseudociencias. Realizan recomendaciones para curar el cáncer y otras enfermedades⁴⁴.

7. CONCLUSIONES

Las terapias complementarias y alternativas constituyen un mundo de posibilidades para mejorar la calidad de vida de los pacientes paliativos debido a los múltiples beneficios que ofrecen para el alivio del dolor, el sufrimiento y otros síntomas, siempre y cuando sean aplicados como un apoyo al tratamiento de elección, y no de sustitución.

Es fundamental para el control del dolor y otros síntomas en paciente paliativos que los profesionales sanitarios que los atienden les den la posibilidad de complementar el tratamiento convencional con terapias o medicinas alternativas y complementarias, ayudando a la resolución del dolor y el sufrimiento.



Es importante desarrollar un marco para unificar criterios respecto a las terapias alternativas debido a la variedad de clasificaciones y definiciones que existen, y así facilitar su mejor estudio y comprensión.

Se debe combatir a las personas que se aprovechan del estado de salud de algunas personas e intentan vender promesas y “soluciones maravillosas” a determinadas enfermedades, como el cáncer, a través de productos milagrosos que no se ajustan a una normativa o la evidencia científica, que demuestre su eficacia.

Se deben favorecer la investigación en el campo de la medicina complementaria y alternativa, abrir nuevas líneas de búsquedas de información, dado los escasos estudios que existen.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Remon Masip J et al. Medicinas complementarias en oncología. *Aten Primaria*. 2007;39(1): 5-6.
2. González, E; Quindós, AI. La Incorporación de terapias naturales en los servicios de salud [Tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. 2010.
3. DR. Alex Flores R.; DRA. Lilian Arias R.; DRA. Ximena Azolas C.; DR. Juan Carlos Bravo V.; DRA. Carmen Gajardo H.; DRA. Emilia Poblete R. Dolor y Medicina Complementaria y Acupuntura. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2014; 25(4):636-640.
4. Dalmau-Santamaría, Ishar. *Medicina Integrativa*. RIA. 2012; 6: 44.
5. Páez Aguirre, Sandra Flor. Medicina alternativa y complementaria en pacientes oncológicos pediátricos. *GAMO*. 2011; 10 (5): 303-305.
6. Sendoa Ballesteros-Peña; Irrintzi Fernández-Aedo. Conocimientos y actitudes sobre terapias alternativas y complementarias en estudiantes de ciencias de la salud. *Inv. Ed Med*. 2015; 4(16):207-215.
7. Rudilla, David; Oliver, Amparo; Galiana, Laura; Barreto, Pilar. Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial Intervention*. 2015; 24: 79-85.
8. Castañeda de la Lanza, Celina; O'Shea C., Gabriel J; Narváez Tamayo, Marco Antonio; Lozano Herrera, Javier; Castañeda Peña, Guillermina; Castañeda de la Lanza, Juan José. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14(3):150-156.
9. González-Escalada, José Ramón et al. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. *Med Paliat*. 2011; 18(2):63-79.
10. Gómez Sancho, Marcos; Ojeda Martín Manuel. Cuidados paliativos. Control de síntomas. Las Palmas de Gran Canarias: Laboratorios MEDA; 2009.
11. Rosario-Cruz M, Medina-Villaseñor EA, Artiachi-de León G, Quezada-Adame I, Neyra-Ortíz E. Tratamiento del dolor en el paciente con cáncer. *GAMO*. 2010; 9(3): 102-109.
12. Ribera Casado, J. M. Geriatria y cuidados paliativos: algunas reflexiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(2):89-93.
13. Dra. Velasco V. Maritza. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2013; 24(4):668-676.
14. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E, Mohar-Betancourt A, Arrieta-Rodríguez OG, Barrera-Franco JL, Castañeda-de la Lanza C. Incorporación de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cáncer: consenso. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2013; 12(4):213-222.
15. López Castro, José. Cuidados paliativos integrales y limitación del esfuerzo terapéutico. *Galicia Clin*. 2016; 77(4):173-174.
16. Astudillo Alarcón, W. et al. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(4):246-255.
17. Aguilar, J.L.; Guanyabens, C.; Romero, P.; Pelàez, R.; Fernández, S.; Mata, J.; Valentí, P.; Carbayo, J.; Batet, C.; Santamaría, J. Dolor en hematología clínica. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17(1):32-50.
18. González-Escalada, J. R. et al. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. *Med Paliat*. 2011;18(2):63-79.
19. Cabezón-Gutiérrez L, et al. Dolor irruptivo oncológico en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016 oct:1-7.
20. Cabezón-Gutiérrez, L. et al. Actualización del dolor oncológico en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(6):289-297.
21. J.A. Flores et al. Clínicas del dolor y cuidados paliativos en México: manejo del estreñimiento inducido por opiáceos. Conclusiones de un grupo de expertos. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(8):468-481.



22. Soldevilla Ros, Vanesa. El cuidado paliativo: evolución histórica [trabajo de fin de grado]. La Rioja: Universidad de La Rioja. Escuela Universitaria de Enfermería; 2014.
23. Monzón Marín, J.L. et al. Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-133.
24. Kemper, Kathi J; Vohr, Sunita; Walls, Richard. Uso de la medicina complementaria y alternativa en pediatría. *Pediatrics (Ed Esp)*. 2008;66(6):387-399.
25. L.M. Martínez Sánchez, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2014; 21(6):338-344.
26. L.M. Martínez Sánchez, et al. Uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con dolor crónico en una institución hospitalaria, Medellín, Colombia, 2014. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016; 23(6): 280-286.
27. Ballesteros García, Montserrat. Control no farmacológico del dolor. Otras estrategias. En: Esteban Pérez García, Juan Gómez Salgado, Miguel Bennisar Veny, coordinadores. *Control y Manejo del Dolor. Cuidados Paliativos III*. Vol. 1. España: Enfo Ediciones para FUDEN; 2009. 287-307.
28. Lovera Arellano AA. Regulación en Medicina Alternativa y Complementaria en América Latina: experiencia y regulación en países seleccionados. [trabajo de final de grado en Internet]. [Rio de Janeiro]: Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, 2014. [citado 11 de junio de 2017]. Disponible en: <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/es/lil-719718>
29. Medicina alternativa y complementaria: un sector de la atención sanitaria, importante pero escasamente conocido en Europa. *RIA*. 2012; 6:128-129.
30. Vicente Gallego, C. Medicina Natural y Enfermería. Terapias Complementarias y Alternativas [trabajo de fin de grado en Internet]. [Salamanca]: Universidad Pontificia de Salamanca, 2016 [citado 5 de julio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://summa.upsa.es/high.raw?id=0000043319&name=00000001.original.pdf...pdf>
31. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Análisis de situación de las terapias naturales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Instituto Carlos III, Ministerio de Educación y Comunidades Autónomas; 2011.
32. Moix, J; Casado MI y Coautores del Manual del Dolor. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*. 2011; 22(1): 41-50.
33. Barbero J. Psicólogos en cuidados paliativos: la sinrazón de un olvido. *Psicooncología* 2008;5(1): 179-191.
34. PS. Verónica Robert M, PS. Catalina Álvarez O. y PS Fernanda Valdivieso B. Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Rev. Med. Clin. CONDES*. 2013; 24(4): 677-684.
35. Plaza Carmona M; Martínez González L. La risoterapia como complemento a otras terapias médicas. *Rev. Enferm*. 2015;7(1): 73-79.
36. Lancheros García EA, Tovar Valle JF y Rojas Bermúdez CA. Risa y salud: abordajes terapéuticos. *Med UNAB*. 2011; 14(1): 69-75.
37. Martí-Augé P, Mercadal-Brotons M y Solé-Resano C. La musicoterapia en Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14(6): 346-352.
38. Ramírez, Tulio Jesús. Medicina tradicional: ¿Una puerta a la charlatanería? *Acta Científica Estudiantil*. 2010; 8(1):32-33.
39. Nacar Hernández, VM; et al. Cáncer: mitos relacionados con la enfermedad. *GAMO*. 2012; 11(6):385-391.
40. Mario, el joven con leucemia que murió tras seguir los consejos de un curandero. [vídeo en Internet]. Cuatro.com. 10 de marzo de 2017. [citado 11 de junio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.cuatro.com/noticias/sociedad/mario-juicioacurandero-leucemia22336805119.html>
41. Eduardo Colom. Dos colaboradores de Escrivá se desvinculan del fármaco Minerval. [Internet] *El Mundo*. 4 de mayo de 2017. [citado 11 de junio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.elmundo.es/baleares/2017/05/04/590ad6edca4741140b8b4614.html>



42. La FDA actúa contra 14 empresas por vender tratamientos ilegales contra el cáncer. [Internet]. El Mundo. 25 de abril de 2017. [citado 11 de junio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.elmundous.com/2017/04/25/la-fda-actua-contra-14-empresas-por-vender-tratamientos-ilegales-contra-el-cancer/>

43. Emma Pérez. Curanderos y charlatanes. Emilio Molina Cazorla y los peligros de creer en un origen emocional de la enfermedad. [Internet]. Wall Street International. 17 de enero de 2017. [citado 11 de junio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://wsimag.com/es/bienestar/22925-curanderos-y-charlatanes>

44. Brais Cedeira. Así embaucan 30 curanderos a enfermos desesperados con psicomagia o agua de mar. [Internet]. El Español. 28 de mayo de 2017. [citado 11 de junio de 2017]. Recuperado a partir de: http://www.elespanol.com/reportajes/grandeshistorias/20170526/218978552_0_217258276_1.htm

45. Martínez Cruz, MB; Monleón Just, M; Carretero Lanchas, Y; García-Baquero Merino, MT. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona: Elsevier; 2012.