

Terapias complementarias para mejorar la calidad de vida del anciano frágil

Alberto Martínez de Baños Tapia

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Medicina, pabellón 2, planta 3. 28040 Madrid
albertomdb.5@gmail.com

Tutora

M^a del Carmen Hidalgo García

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Medicina, pabellón 2, planta 3. 28040 Madrid
carmenhg64@hotmail.com

Resumen: Revisión de la eficacia, efectividad y eficiencia de cinco terapias complementarias: Musicoterapia, termoterapia, acupuntura, acupresión y moxibustión. Se busca la posibilidad de su implantación en la labor enfermera, en el campo de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, al igual que en la mejora de la calidad de vida de ancianos frágiles (población diana) frente a los problemas de salud más prevalentes y de mayor incidencia. Se persigue evidenciar los beneficios de estos procedimientos terapéuticos y mostrar las líneas de investigación emergentes. Igualmente, este trabajo pretende hacer hincapié en el beneficio de incorporar estas terapias en el conjunto de herramientas utilizadas por la enfermería, lo cual abriría nuevas vías de colaboración en un ambiente interdisciplinar (cuyo objetivo es la atención del paciente) y podría suponer nuevas corrientes didácticas en la formación de los enfermeros.

Palabras clave: Medicinas alternativas. Ancianos dependientes -Calidad de vida.

Abstract: This project looks over the efficacy, effectiveness and efficiency of complementary therapies: Music therapy, Heat therapy, acupuncture, acupressure and moxibustion, and search the possibility of its establishment in nursing, in the prevention of diseases and health promotion, just the same as in the improvement of the quality of life of the elderly (target population) against the most prevalent problems and with the highest incidents. We try to demonstrate the benefits of these therapeutic procedures and show the emerging investigation lines. In the same way, this Project pretends to highlight the benefit of adding these therapies to the existing nursing tools, which would open new cooperation ways within an interdisciplinary environment (which main target is taking care of the patient) and also would give new educational tendencies for nurses.

KeyWords: Alternative medicine. Frail ederly - Quality of life. Frail ederly – Nursing care

INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El tema del trabajo que se expone a continuación trata la valoración y aplicación de terapias complementarias en la atención de enfermería para mejorar la calidad de vida de los ancianos frágiles, los cuales constituyen la población diana de este trabajo. Los motivos principales de la realización del mismo son.

- El interés en desarrollar el potencial terapéutico y didáctico de la labor del enfermero generalista, llevada a cabo tanto a nivel hospitalario como comunitario, fomentando el autocuidado y mejorando la calidad de vida de este segmento poblacional, de su familia y de sus cuidadores principales.
- La búsqueda por parte de la población de terapias alternativas para solventar los problemas de salud que la medicina convencional no es capaz de resolver. A menudo, son motivos socio-económicos los que mueven los intereses de estos individuos, ya que muchas de esas terapias son más baratas.
- El elevado número de ancianos frágiles a nivel mundial con diversas necesidades de salud.

Un anciano frágil es aquella persona de edad igual o superior a 65 años “[...] que padece problemas médicos, nutricionales, cognitivos, emocionales o motores. Estos problemas pueden limitar su capacidad de vivir de forma independiente y predisponerlo a contraer enfermedades o sufrir efectos secundarios en su tratamiento”. La dependencia que deriva de estas características dificulta su cuidado e incrementa la probabilidad de institucionalización o defunción⁽¹⁾.

Los criterios de riesgo o de fragilidad en el anciano son diversos: Tener una edad superior a 80 años, patologías crónicas invalidantes (enfermedades o problemas de salud cuya duración es de, al menos, 6 meses), aislamiento social, viudedad reciente, ingreso hospitalario en el último año, polimedicación (más de 5 fármacos consumidos al mismo tiempo), malnutrición o enfermedad en fase terminal; y para ser considerado como tal, debe reunir al menos dos de los factores mencionados⁽²⁾.

A nivel mundial, la población mayor de 65 años supone aproximadamente un 8,5% del total, un total que asciende actualmente a más de 7.250 millones de personas⁽³⁾. Dada esta proporción, la cifra de individuos ancianos a nivel mundial sobrepasa los 600 millones, de lo cual se estima un porcentaje altísimo de ancianos con riesgo de fragilidad, tanto a nivel nacional como internacional (Fig. 1).

La población española consta de 46.815.916 personas según el censo de 2011, de los cuales un 18,86% tienen 65 años o más (un 8,02% de varones y un 10,84% de mujeres)⁽⁴⁾ (Fig. 2).

	2015
Hombres	3.651.975
Mujeres	3.601.286
- De 65 a 69 años	3,0
- De 70 a 74 años	2,2
- De 75 a 79 años	1,6
- De 80 a 84 años	1,0
- De 85 a 89 años	0,5
- De 90 a 94 años	0,2
- De 95 ó más años	0,0
- 100 ó más años	0

Fuente: Oficina de Censos de EEUU

Figura 1. Población mundial por indicador y periodo en el año 2015. Género humano medido en miles de personas; distribución por edad en porcentaje⁽³⁾.

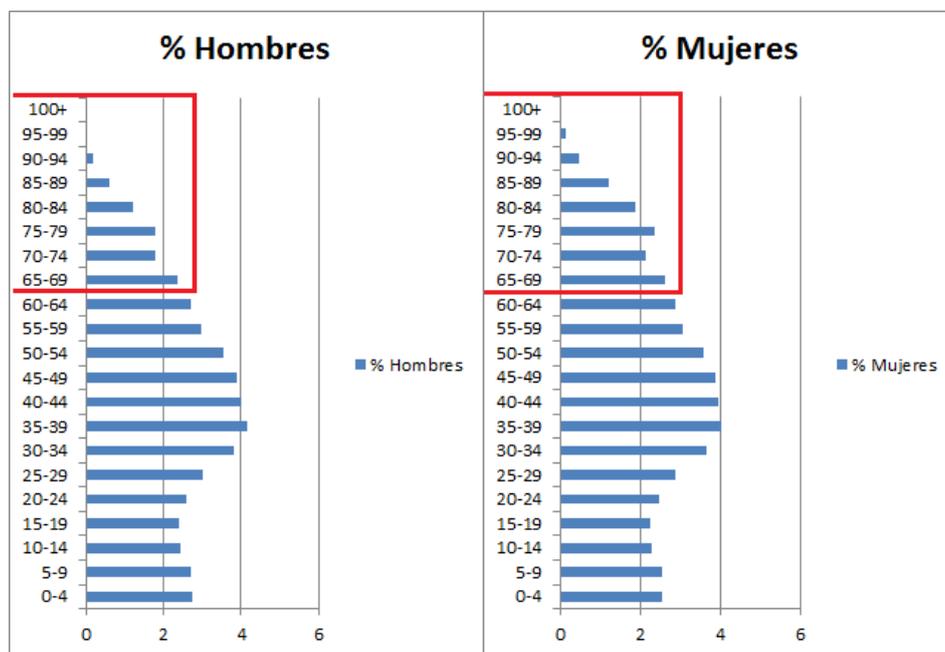


Figura 2. Pirámide poblacional española del año 2011, representada por edades y porcentaje de individuos según género⁽⁴⁾.

Tomando los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2011 (siendo éste el censo más actualizado), debemos considerar que las personas cuyo rango de edad se encontraba entre los 60-64 años hace cuatro años, en la pirámide poblacional del 2015 serán definidas como ancianas y sus necesidades sanitarias se habrán visto modificadas. Además, según los datos proporcionados por la pirámide poblacional, se deduce un incremento aún mayor del porcentaje de población anciana actual debido a la disminución del número de nacimientos en nuestro país en las últimas décadas (pirámide poblacional regresiva).

Más concretamente, en la Comunidad Autónoma de Madrid, según el censo del año 2011, la población de 60-64 años (que actualmente son personas ancianas) suma un total de 299.784 individuos; la población mayor de 65 años, según el mismo censo, contiene un total de 947.607 sujetos. Es decir, en relación con la población española anciana de 2011, la población madrileña conforma un 10,73%⁽⁵⁾.

Cataluña es la comunidad autónoma con mayor número de ancianos (13,92% del total de población de ancianos), seguida de cerca por Andalucía (13,66%). La Comunidad Autónoma de Madrid es la siguiente que reúne el mayor número de personas con estas características⁽⁵⁾ (Fig. 3).

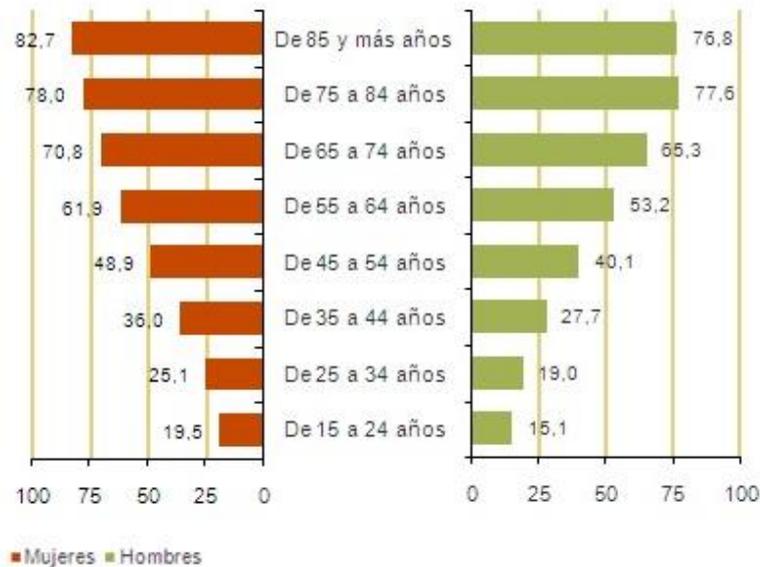
	Ambos sexos								
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y más
Nacidos en España									
ANDALUCÍA	371.233	335.356	269.451	268.474	190.992	99.745	33.346	7.649	1.403
ARAGÓN	69.533	63.664	50.676	59.040	48.150	29.666	11.403	2.708	386
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	69.021	58.975	44.342	54.299	43.319	26.031	9.510	2.384	316
BALEARS, ILLES	44.892	38.400	28.556	27.989	20.821	12.691	4.934	1.204	152
CANARIAS	84.001	75.050	55.903	55.869	35.120	17.771	6.323	1.878	362
CANTABRIA	34.070	27.517	21.210	24.321	19.568	11.950	4.526	1.234	166
CASTILLA Y LEÓN	142.346	132.050	109.874	128.250	105.825	67.806	26.002	7.131	1.269
CASTILLA-LA MANCHA	92.771	83.808	74.749	82.522	68.433	40.169	14.223	3.419	497
CATALUÑA	370.221	325.760	252.828	264.997	203.240	123.740	46.352	11.154	1.599
COMUNITAT VALENCIANA	231.207	204.500	171.823	162.434	122.342	69.998	23.854	5.306	813
EXTREMADURA	54.041	50.815	42.492	50.634	36.601	20.496	7.194	1.668	308
GALICIA	163.326	156.896	124.344	142.486	103.485	61.106	25.044	6.556	1.003
MADRID, COMUNIDAD DE	299.784	262.363	201.721	198.159	150.641	89.171	34.819	9.425	1.308
MURCIA, REGIÓN DE	58.098	50.478	44.480	43.082	32.336	17.808	5.565	1.199	141
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	33.040	29.567	22.334	23.636	18.953	12.043	4.707	1.222	159
PAÍS VASCO	129.930	114.966	87.173	94.168	71.448	41.143	14.725	3.592	472
RIOJA, LA	16.180	14.606	11.302	13.058	10.261	6.585	2.475	612	81

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Figura 3. Población española del año 2011 medida en miles de individuos, calculada según parámetros de edad y lugar de nacimiento⁽⁵⁾.

Según datos del INE, el porcentaje de población anciana con alguna enfermedad o problema de salud crónicos abarca entre un 70,8% y un 82,7% en mujeres, y entre un 65,3% y un 76,8% en varones (porcentaje que asciende al incrementarse la edad biológica)⁽⁶⁾.

A nivel general, los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población femenina son la artrosis, la artritis o reumatismo (25,1%), el dolor crónico lumbar (22,8%) y cervical (21,9%); mientras que en la población masculina son la hipertensión arterial (17,4%), la hipercolesterolemia (15,9%) y el dolor crónico lumbar (14,3%). Finalmente, el nivel de estudios condiciona el riesgo de padecer enfermedades crónicas, habiéndose establecido una diferencia del doble de casos en personas analfabetas que en personas con estudios superiores⁽⁶⁾ (Fig. 4).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE-MSSSI

Figura 4. Población española con alguna enfermedad crónica (medido en porcentaje de afectados) en los años 2011-2012, según parámetros de edad y sexo⁽⁶⁾.

Asimismo, en el caso de las enfermedades mentales, el índice de ancianos con depresión o algún tipo de demencia alcanza valores determinantes. Entre los años 2011 y 2012, el INE establece que el 14,6% de los españoles sufre depresión/ansiedad. En cuanto a las demencias, el INE proporciona los siguientes datos del año 2012 relacionados con el número de fallecimientos y sus causas: De un total de 402.950 personas fallecidas ese año, 19.376 defunciones se produjeron principalmente por causa de las demencias, siendo la Enfermedad de Alzheimer la responsable de un 67% de esos casos^(7, 8) (Fig. 5).

La Fundación Alzheimer España (FAE) ofrece datos sobre prevalencia de las demencias según edad y sexo, donde un 11,1% de las mujeres y un 7,5% de los varones españoles sufren algún tipo de demencia, siendo la inmensa mayoría personas de más de 65 años (concretamente, el 4,2% de los individuos con 65 años y el 27,7% de las personas de 85 años se ven afectadas; la cifra se eleva exponencialmente a medida que aumenta la edad biológica a partir de los 65 años). Además, esta fundación proporciona datos a nivel mundial (36,5 millones de casos) y europeo (6,98 millones) sobre la prevalencia de demencias; de hecho menciona que “cada 7 segundos surge en el mundo un nuevo caso de demencia”, y calcula que dichas prevalencias se multiplican por 2 cada 6,3 años en Europa, llegando a una previsión de 13 millones de casos en 2050 (115 millones a nivel mundial)⁽⁹⁾.

Año 2012	Total	Hombres	Mujeres
Total defunciones	402.950	205.920	197.030
Enfermedades isquémicas del corazón	34.751	19.973	14.778
Enfermedades cerebrovasculares	29.520	12.436	17.084
Cáncer de bronquios y pulmón	21.487	17.661	3.826
Insuficiencia cardíaca	18.453	6.412	12.041
Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores (ECVRI)	16.964	12.557	4.407
Demencia	16.361	5.314	11.047
Enfermedad de Alzheimer	13.015	3.830	9.185
Cáncer de colon	11.768	6.937	4.831
Enfermedad hipertensiva	10.273	3.354	6.919
Diabetes mellitus	9.987	4.207	5.780
Neumonía	9.289	4.699	4.590
Insuficiencia renal	7.067	3.282	3.785
Cáncer de mama	6.375	93	6.282
Cáncer de próstata	6.045	6.045	-
Cáncer de páncreas	5.976	3.121	2.855

(1) Causas con peso relativo superior al 1,5%

Figura 5. Número de defunciones en España según causas de muerte en el año 2012⁽⁷⁾.

Cataluña, Andalucía y Madrid son, respectivamente, las Comunidades Autónomas con mayor incidencia y prevalencia de patologías crónicas en la población anciana, por lo cual se trata de áreas geográficas en las que la atención de enfermería cobra mayor protagonismo ante el incremento de la dependencia y de las necesidades de salud de la misma.

Todos los individuos, a medida que envejecen, tienen un mayor riesgo potencial de padecer enfermedades crónicas, lo cual supone necesidad de asistencia terapéutica, entre la que se encuentran tratamientos farmacológicos.

La polimedicación aumenta el coste económico individual y del Sistema Sanitario, y el consumo de dos o más fármacos a la vez incrementa la probabilidad de interacción entre ellos, por lo que hay un mayor riesgo de sufrir reacciones adversas. Además, en los pacientes ancianos la manifestación de estas reacciones adversas es peculiar, y no siempre es fácil detectarlas y, por tanto, tampoco es sencillo tratarlas⁽¹⁰⁾.

Desde el punto de vista institucional, en 2006 el estudio “Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliar de Atención Primaria”, de Nieto García et al., calculó que el gasto medio anual de las intervenciones enfermeras por cada paciente anciano en Atención Primaria asciende a 66 euros. Si además se realizan visitas domiciliarias, el coste supone un total de 92 euros de media al año por cada paciente⁽¹¹⁾. Igualmente, en España, el Sistema Sanitario Nacional cofinancia públicamente el tratamiento, farmacológico y no farmacológico, de estas personas; por lo tanto, el gasto

personal e institucional para tratar las patologías, problemas y la dependencia de los ancianos frágiles es más alto que en el resto de la población adulta y población joven. Esto supone, también, un mayor número de cuidados a realizar en el ámbito de la enfermería, realizándose en muchos casos el seguimiento del proceso de enfermedad tanto en consulta como en domicilio a nivel de Atención Primaria.

La labor enfermera en Atención Primaria en la población de más de 65 años se centra en: El diagnóstico precoz y correcto tratamiento, el soporte asistencial sanitario y social, la prevención de accidentes, el asesoramiento de un régimen alimentario adecuado, y en enfermos de edad más avanzada, cuidados de confort y calidad de vida; todo ello acompañado de programas de asistencia geriátrica a domicilio, atención a procesos crónicos, actividades preventivas, educación para la salud, etc⁽²⁾.

Sin embargo, en la atención de enfermería (cuidados enfermeros prestados al paciente⁽¹²⁾), el seguimiento y los cuidados a estos individuos no siempre se pueden realizar de manera adecuada, o están exentos de complicaciones. Por ello, resultaría interesante la aplicación de terapias complementarias, sobre todo a nivel de Atención Primaria, para mejorar la calidad del trabajo enfermero y los cuidados hacia los ancianos frágiles, habiendo, en consecuencia, una mejora en su calidad de vida. Además, la aplicación de estas terapias supone un menor coste institucional e individual debido a que, como se verá más adelante, su coste en recursos materiales y humanos resulta ser más bajo.

Estas terapias complementarias se definen como prácticas terapéuticas no integradas en la práctica sanitaria convencional, que “pueden carecer de explicaciones biomédicas, [...] algunas (modalidades de terapia física; dieta; acupuntura) han sido ampliamente aceptadas, mientras que otras (humores, terapia de radio) en silencio se desvanecen [...]. La denominación de “complementarias” se debe a su uso paralelo o alternativo a los tratamientos convencionales⁽¹²⁾.

Algunas de estas terapias complementarias son la acupuntura, el calor, la moxibustión, la acupresión, la musicoterapia, el yoga, la hipnosis, la terapia cognitivo-conductual, terapias naturales, etc.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este Trabajo de Fin de Grado, empleamos la revisión bibliográfica sobre el tema a tratar, utilizando las palabras clave mencionadas (en español y en inglés) de manera individual y en combinación. Se ha optado por seleccionar los buscadores bibliográficos siguientes: Encuentra, Cochrane, PubMed, Embase, CINAHL, CUIDEN y ENFISPO, realizando la búsqueda entre el mes de diciembre del año 2014 y el mes de mayo del año 2015. En ellos, los criterios de búsqueda y de selección de documentos se centran en revisiones sistemáticas y

metaanálisis, de los últimos 5 años en casos de artículos científicos.

Asimismo, también se indaga información en otros sistemas de búsqueda como son el Instituto Nacional de Estadística (INE), la National Library of Medicine MedlinePlus, Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) entre otros, y literatura científica relacionada con el tema a tratar.

Los términos empleados para realizar la búsqueda sistemática forman parte de un lenguaje controlado, especificado según Descriptores en Ciencias de la Salud, donde, además de las ya mencionadas palabras clave, se encuentran.

- Términos relacionados con la demografía, morbilidad y mortalidad de los ancianos en España y a nivel mundial.
- Términos que hacen mención a las cinco terapias complementarias desarrolladas en este trabajo.
- Términos que obedecen a las patologías de tipo crónico y sintomatología citadas en los objetivos específicos, descritos a continuación.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo general es: Estimar la utilidad de ciertas terapias complementarias en el cuidado de los ancianos frágiles. De este objetivo general, se disponen los siguientes objetivos específicos.

- Describir algunas de las terapias complementarias más frecuentes actualmente en mundo desarrollado.
- Valorar la eficacia, eficiencia y efectividad de dichas terapias.
- Analizar el potencial de las mismas como alternativa o complemento terapéutico del dolor en la población que lo padece.
- Observar cuáles pueden mejorar el estado de cronicidad de la población anciana (65 años o más) en algunas de las enfermedades crónicas más habituales (patología osteo-muscular, hipertensión arterial e hipercolesterolemia).
- En la misma línea que el objetivo anterior, observar qué terapias de las estudiadas mejoran el estado de patología mental (concretamente, depresión y demencias).
- Valorar la incorporación de dichas terapias en la población de ancianos frágiles a nivel de los cuidados de enfermería.

DESARROLLO DEL TRABAJO

El Trabajo de Fin de Grado que se expone a continuación emplea la revisión bibliográfica sobre el tema a tratar, utilizando las palabras clave mencionadas, los buscadores ya referidos y los criterios de búsqueda señalados. Por lo tanto, una vez establecidos los métodos y herramientas empleados de búsqueda bibliográfica, se da comienzo al desarrollo del trabajo.

En la actualidad existe gran variedad de terapias complementarias con distintos grados de evidencia científica. Considerando el elevado número disponible, aquellas seleccionadas para analizar en este trabajo (las más conocidas en el mundo desarrollado) son las siguientes: Musicoterapia, termoterapia, acupuntura, moxibustión y acupresión. Tratando cada una de ellas de manera individual, a continuación se procederá a dar una definición y a analizar el funcionamiento de estas terapias.

- Musicoterapia: el empleo de música está enfocado al tratamiento de diversas enfermedades, especialmente trastornos mentales. Se trata de la combinación de diferentes disciplinas alrededor de los conceptos de la música (acústica y psicología de la música) y de la terapia (medicina, enfermería, fisioterapia, psicología, etc.)⁽¹³⁾. La World Federation of Music Therapy (WFMT) indica que la musicoterapia es “un proceso para facilitar y promover la comunicación, la relación, el aprendizaje, la motricidad, la expresión, la organización y otros relevantes objetivos terapéuticos con el fin de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas”. La American Music Therapy Association (AMTA) menciona incluso que su uso permite el restablecimiento, mantenimiento y acrecentamiento de la salud física y mental^(13,14).

Este tipo de terapia complementaria cada vez toma más presencia en nuestra sociedad, por lo que es función de los enfermeros conocer, contribuir a su implantación y asesorar a los pacientes sobre las posibilidades terapéuticas que ofrece este tipo de terapia musical⁽¹⁵⁾.

- Termoterapia o calor: el calor se define como la sensación que produce una temperatura superior a la temperatura fisiológica de la piel. Es un método sencillo que se emplea mediante distintos dispositivos de soporte, como por ejemplo, mantas eléctricas, compresas calientes, bolsas de agua caliente, lámparas de calor, baños de asiento (inmersiones calientes), etc., consiguiendo con ello ciertas medidas terapéuticas como el alivio del dolor, acelerar la curación de una operación de hemorroides, episiotomía, etc^(16,17).
- Acupuntura: es un método tradicional proveniente de China “para tratar la enfermedad a través de la inserción de agujas a lo largo de caminos o meridianos específicos. La colocación varía con la enfermedad de que se trate”⁽¹²⁾. Esta técnica pretende disminuir o hacer desaparecer temporal o totalmente el dolor

de origen patológico, inducir anestesia local o prevenir enfermedades. Las agujas, una vez introducidas en la piel, se pueden girar manualmente, calentar o conectar con una leve corriente eléctrica. Este procedimiento se emplea normalmente en conjunto con otras terapias complementarias para potenciar sus resultados⁽¹⁾. Los meridianos mencionados se basan en la llamada filosofía del TAO (filosofía de equilibrio en la relación del hombre con su entorno y consigo mismo), representando cada uno de ellos un órgano o víscera específico, siendo los puntos de cada meridiano el lugar donde se introducirán las agujas para realizar el tratamiento⁽¹⁸⁾.

- Moxibustión: se trata de una “combustión lenta sobre la piel en un punto de acupuntura de un tapón ardiente pequeño, del tamaño de un dedal, de hojas secas. Generalmente los tapones contienen hojas de artemisa o moxa”. Sus fundamentos son muy similares a los de la acupuntura, empleando también los de la termoterapia⁽¹²⁾.
- Acupresión o digitopresión: se basa en el uso de la presión ejercida con los dedos de las manos en el cuerpo de una persona siguiendo los “meridianos” establecidos por la medicina tradicional china con una finalidad terapéutica. La acupresión recibe diferentes nombres, entre ellos “shiatsu” y “tsubo”⁽¹⁾. El Instituto Japonés de Shiatsu (escuela de Namikoshi) fue fundado en 1940, y sus prácticas legalizadas en Japón en 1955, recibiendo la licencia de su Ministerio de Sanidad y Bienestar en 1957, que define la acupresión como “Tratamiento que, aplicando presiones con los dedos pulgares y las palmas de las manos sobre determinados puntos del cuerpo, corrige irregularidades, mantiene y mejora la salud, contribuye a aliviar diversas enfermedades y activa la capacidad de autocuración del organismo. No tiene efectos secundarios”^(1, 19).

Las tres últimas terapias descritas son aplicaciones de la medicina tradicional china, cuyo origen data de hace 5.000 años, siendo la única del mundo que tiene una fundamentación continuada desde hace más de 2.000 años. Esta medicina alternativa es interesante debido a su gran tradición histórica, el gran número de personas alrededor del mundo que la ponen en práctica y la cantidad de documentación en la que se apoya. Sin embargo, las abrumadoras diferencias respecto a la medicina occidental provocan un sentimiento de extrañeza y se genera cierto conflicto al entrar ambas en contacto, debido, en gran parte, al desconocimiento que la población general tiene sobre la medicina tradicional china. La medicina china es reconocida en China por el Estado, con lo cual mantiene sus concepciones originales y se beneficia de las ventajas de la medicina moderna. Es decir, que a pesar de ser tan antigua y tradicional, ha evolucionado para adaptarse a las necesidades del mundo contemporáneo y se practica en hospitales especializados que además cuentan con los servicios típicos de un hospital europeo. Así mismo, ambas corrientes terapéuticas (medicina oriental y occidental) se aúnan en el ámbito didáctico universitario, y existen unidades de investigación que experimentan y validan los principios teóricos de este tipo de

medicina.

Por otro lado, no sólo en términos temporales, sino que en términos demográficos el elevado número de habitantes en China ha permitido igualmente testar estas prácticas en un gran número de casos documentados.

Así pues, la medicina tradicional china es un sistema completo, cuyo objetivo principal es la persona en su conjunto y no sólo la enfermedad, que es entendida como la consecuencia de un desequilibrio que afecta a la totalidad del individuo y su interacción con el universo, de la cual depende su estado de salud y por ello no se ve limitado a una simple técnica médica. De esto se puede deducir que su base es el mantenimiento del equilibrio en esa interacción para no perder la salud, lo que se traduciría, en términos occidentales, en la promoción y mantenimiento de la salud, y, sobretodo, la prevención de la enfermedad.

Es en este punto donde, hasta hace poco, se diferenciaba radicalmente de la cultura occidental. La Sanidad en España se centraba, antes de la creación de la red de Atención Primaria, en la curación y tratamiento de la enfermedad, no en su prevención. Citando de manera concreta una frase de un libro antiguo del siglo V a.C., el “Ta Tcheng”, “Tratar lo que aún no está enfermo es propio de un obrero superior, mientras que el obrero mediocre sólo trata lo que está enfermo”.

Cada vez un mayor número de personas recurre a métodos de tratamiento diferentes a los de la medicina convencional, debido no sólo al libre acceso de la población a los medios de información, sino de la influencia de factores como el carácter esencialmente tecnológico de este tipo de medicina, las lagunas de información en diversos temas médicos (a pesar de los gigantescos avances de la ciencia médica y farmacéutica en los últimos años), etc.

Sin embargo, la falta de legislación que ampare a las terapias complementarias más complejas llevadas a cabo por personal competente frente a aquellas llevadas a cabo por personal sin formación auténtica es uno de los mayores problemas de la implementación de las mismas.

Para terminar esta breve introducción a la medicina china, he de mencionar que su campo de intervención es muy amplio, desde la farmacopea a la acupuntura, pasando por innumerables campos específicos. En este trabajo sólo se van a mencionar tres enfoques dentro de esos campos particulares, que son la acupuntura, la acupresión y la moxibustión^(18,20).

Dado que el enfoque preventivo de estas terapias complementarias es interesante bajo un punto de vista de la Enfermería, se va a realizar una valoración de la eficacia, efectividad y eficiencia de las terapias definidas.

✓ Musicoterapia: la música ha acompañado al ser humano a lo largo de la

historia, y se tiene constancia escrita en papiros egipcios de su uso en medicina ya en el año 1.500 a.C. Sin embargo, fue en la época de la Grecia clásica donde, sin emplear métodos mágico-religiosos, se usaba la música para prevenir e incluso curar enfermedades mentales y físicas. Platón y Aristóteles eran individuos que favorecían el empleo de este sistema; de hecho una de las frases célebres del filósofo griego Platón es “la música es para el alma lo que la gimnasia para el cuerpo”.

- ✓ Avanzando un poco más en la historia, ya en el siglo XX comienza el establecimiento en el mundo occidental del estudio y desarrollo de terapias musicales, llegando a existir diferentes universidades y academias (Alemania, Austria, Suiza, Argentina, México, etc.) donde hoy en día se desarrolla la musicoterapia como una disciplina científica⁽¹³⁾. La respuesta de una persona enferma a un estímulo musical es diferente a la de una persona sana que, generalmente, ha de tener un estado anímico más positivo. La música que se emplee debe reflejar un estado de ánimo similar al que la persona siente, y siempre que sean temas conocidos para el paciente sin numerosas variaciones novedosas para evitar llegar a la falta de atención a la terapia. Con ello, se pretende que el paciente alcance un estado anímico más positivo. También se valora la posibilidad de que el enfermo exprese la música que escucha con el movimiento de su cuerpo, empleando instrumentos musicales, cantando, etc.

En la bibliografía hallada se desarrollan los diferentes campos por separado para valorar el beneficio de esta terapia (físicos, psicológicos y conductuales), aunque se abordan todos en conjunto a la hora de ponerla en marcha.

Físicamente la música influye en el ritmo respiratorio, el ritmo cardíaco (sincronización con los ritmos musicales), regula la tensión arterial, influye en las contracciones gástricas, las secreciones glandulares, y en los ritmos eléctricos cerebrales (mejora la plasticidad cerebral, las habilidades motoras, el habla, el equilibrio, y la realización de las actividades de la vida diaria).

Un estudio concreto⁽¹³⁾ habla de la reducción del dolor y de la reducción del insomnio. Ante lo primero, se explica el fenómeno debido a que la música ejerce un poder de distracción y el enfermo no centra su atención en el dolor que siente, procurando, así mismo, relajamiento. No es un sustitutivo a la terapia farmacológica con analgésicos, pero sí es un complemento que permite al enfermo una mayor facilidad a la hora de sobrellevar el dolor que padece. El mismo estudio⁽¹³⁾ ha observado un aumento de ciertas inmunoglobulinas ante terapias continuadas de este estilo, lo que es un factor favorecedor en la mejora del estado de salud de los individuos.

En el ámbito psicológico, la música afecta al campo emocional, creando una influencia positiva (relajación, alegría, etc.) o negativa (ansiedad, tristeza, ira,

etc.). Además, la música tiene la capacidad de evocar sentimientos y estados anímicos que pueden ser conducidos para que el enfermo sobrelleve mejor su estado de enfermedad. Por lo tanto, ante alteraciones mentales del estado de ánimo, como una depresión, ansiedad, estrés y otras, se puede emplear la musicoterapia como única terapia o en conjunto con otras para poder ayudar al enfermo.

La musicoterapia también puede ser un buen método terapéutico para las necesidades espirituales de los pacientes^(13, 15).

Además, ante una conducta de hostilidad o aislamiento, esta terapia tiene beneficios marcados, ya que promueve la tranquilidad y mejora la comunicación y las relaciones sociales.

Los expertos que realizan este tipo de terapia musical pueden recibir el apoyo de un equipo multidisciplinar en el que la enfermería juega un papel muy importante, ya que son los profesionales de esta rama sanitaria los que mejor detectan a los enfermos que podrían ser tratados con musicoterapia, siendo una de sus intervenciones la denominada "musicoterapia" (NIC 4400). Las actividades de la intervención NIC 4400 plantean de manera correcta la aplicación de esta terapia en los pacientes ya descritos, incluso en sus domicilios, no recomendándose el empleo de más de una hora semanal de terapia en muchos casos^(13, 21, 50).

Se han descrito, por tanto, efectos beneficiosos sobre ciertos tipos de enfermos, se ha repetido la terapia en grupos poblacionales similares obteniendo los mismos resultados y la relación beneficio/coste es accesible tanto en empleo de tiempo como en empleo de recursos humanos y económicos.

- ✓ Termoterapia: el calor se puede aplicar de diferentes maneras y con diversas precauciones para no lastimar al paciente o incluso producirle quemaduras. La aplicación del calor con un fin terapéutico mediante agentes térmicos (agentes con una temperatura superior a 36°C) se denomina termoterapia, y es una intervención terapéutica que el personal de enfermería formado puede realizar sin necesidad de la presencia de un experto. Al igual que la musicoterapia, la termoterapia se ha utilizado durante siglos para tratar tanto el dolor como lesiones de tipo traumático por la acción de la temperatura en la disminución de la inflamación, el aumento del flujo sanguíneo, el alivio del espasmo muscular, la reducción de la rigidez articular, la estimulación de terminaciones nerviosas de la piel que intervienen en el bloqueo del dolor y el incremento en la extensibilidad de los tejidos.

En la aplicación de calor a un paciente, además de haber precauciones a tener en cuenta para no lastimarlo, siempre se valora su efecto en el

enfermo, por lo que hay cuidados previos y posteriores que deben ser realizados por la enfermera. Los métodos de aplicación pueden ser locales o generales, de forma húmeda o seca, y la transmisión del calor se puede dar de manera superficial (conducción, convección o radiación) y profunda (conversión). En la termoterapia superficial, la conducción emplea métodos como la manta eléctrica, la bolsa de agua caliente y las compresas calientes, donde el elemento térmico conduce la temperatura elevada hacia el tejido. La convección se puede aplicar mediante la hidroterapia (baños de asiento) o de aire seco, la radiación es el empleo de la luz solar, la lámpara de calor o de radiación infrarroja y ultravioleta. La termoterapia profunda se sirve de las ondas microondas, las ondas cortas y los ultrasonidos para realizar el llamado proceso de conversión, aunque todos estos métodos son usados en fisioterapia y no en los cuidados de enfermería.

La aplicación de la termoterapia, al igual que en el caso de la musicoterapia, es posible realizarla a nivel domiciliario, y en la mayor parte de los casos los pacientes incluso tienen los recursos necesarios para el empleo de esta terapia en casa, ya que no se necesitan materiales muy específicos o muy caros. De hecho se puede incluso, en ciertos casos, educar al paciente en la realización periódica de la terapia para el alivio de sus síntomas específicos de su enfermedad, por lo que económicamente la termoterapia tiene un coste bajo y además no emplea mucho tiempo en su realización⁽¹⁶⁾.

- ✓ Acupuntura: según los principios básicos de la acupuntura, previamente mencionados, cada órgano o víscera tiene un meridiano (trayecto energético), y en cada meridiano se localizan los denominados puntos de entrada y de salida de energía. Al aplicar una aguja en un punto concreto se obtiene un resultado o una acción sobre ese canal o meridiano energético (Fig. 6).

La técnica se realiza por Médicos Diplomados en Acupuntura, con agujas esterilizadas o de un sólo uso, y el método de aplicación de las agujas se lleva a cabo siguiendo un orden y aplicando las teorías de la medicina tradicional china.

Esta terapia complementaria tiene aplicación en un gran número de afecciones, síntomas, signos y enfermedades. Es efectiva para sedar, proporcionar analgesia, anestesiarse, como efecto antiinflamatorio, tiene efecto a nivel del sistema nervioso en su conjunto y en patologías funcionales (adelgazamiento, dolor, contracturas, neuralgias, rinitis, alteraciones digestivas, hipertensión, impotencia, eyaculación precoz, dismenorrea, etc.)⁽²²⁾.

Se ha comprobado que la mitad de los puntos descritos en la medicina tradicional china coinciden con el recorrido de nervios, y la otra mitad se

encuentran a una distancia muy escasa de una ramificación nerviosa.

La acupuntura tiene pocas contraindicaciones y pocos efectos secundarios no deseados. La terapia ofrece una estimulación constante (aplicación de las agujas durante al menos media hora) para que el efecto sea duradero. Diversos estudios han demostrado eficacia y efectividad del empleo de la acupuntura para diversas enfermedades crónicas como problemas neurológicos, hipertensión, cáncer, dolor crónico, etc., aunque en las conclusiones de algunos de ellos se sugiere que esos estudios deberían verificarse a largo plazo mediante estudios controlados.

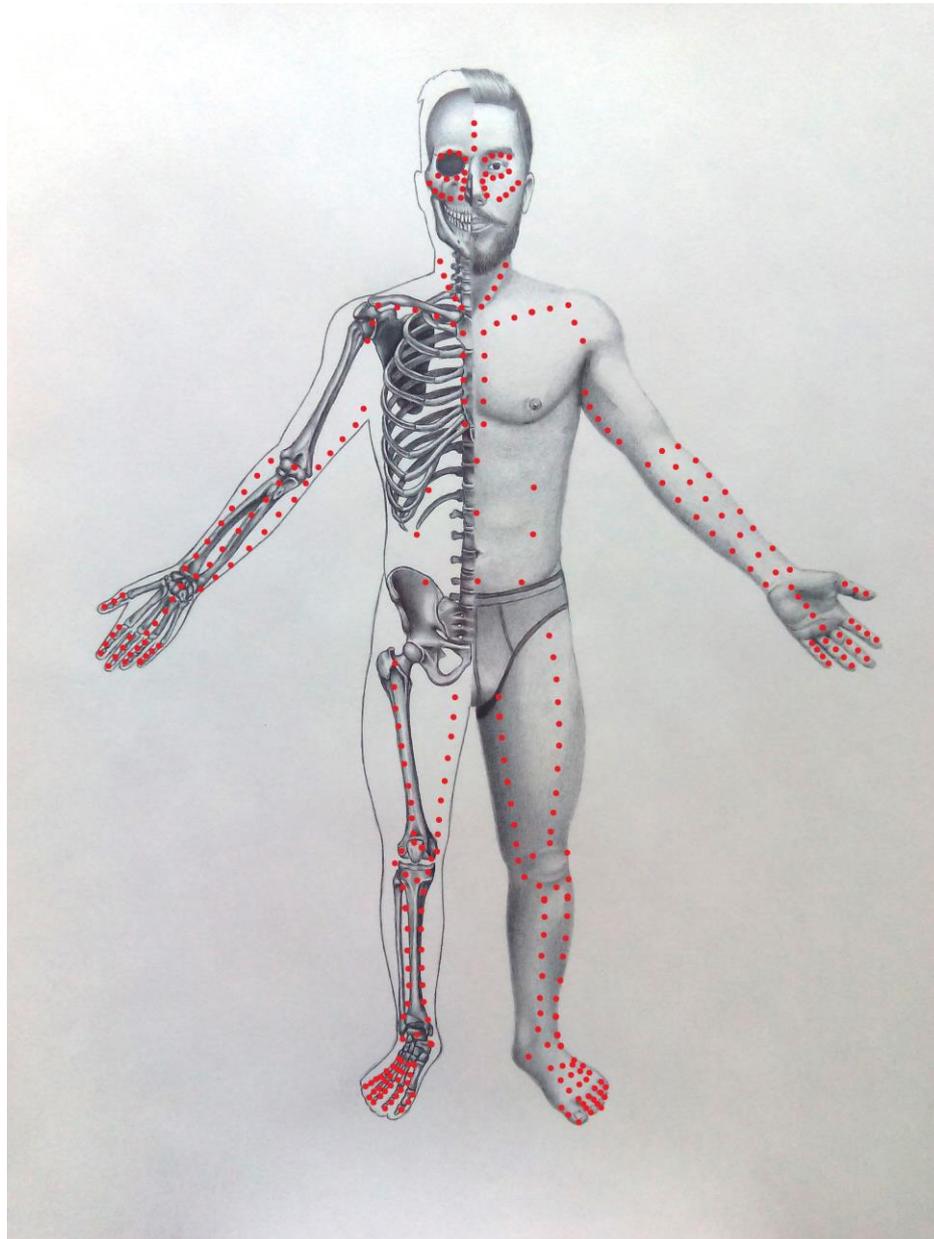


Figura 6. Puntos de acupuntura en una visión frontal del cuerpo humano. Fuente: Creación propia.

En la actualidad, la acupuntura se ha extendido con éxito en el mundo occidental, siendo recibir acupuntura para el tratamiento del dolor y otras afecciones una opción en los grandes hospitales, si el paciente así lo desea^(23, 24, 25, 26, 27).

- Moxibustión: Es un procedimiento terapéutico que emplea una planta llamada *Artemisia vulgaris*, a la cual se da forma de cilindro alargado, denominado “moxa”. Mediante este instrumento, al que se prenderá fuego para que emita calor y se colocará a unos cinco 5 centímetros de la piel aproximadamente, se puede realizar moxibustión directa o con agujas de acupuntura (moxibustión indirecta).

La moxa se aplicará en los puntos de acupuntura, terapia previamente descrita, y de igual manera, se empleará en diferentes patologías con buenos resultados en casos de hipertensión arterial, o como paliativo en enfermos de cáncer (náuseas, vómitos, etc.), aunque los estudios más recientes sugieren continuar líneas de investigación que aporten una evidencia científica más sólida^(28, 29, 30, 31).

Al igual que en el caso de la acupuntura, el material empleado para la terapia no es complejo ni tiene un coste elevado, pero sí que requiere formación específica para obtener unos resultados óptimos, dada la complejidad de la técnica.

- Acupresión: la acupresión se basa en los mismos preceptos apuntados previamente en la descripción de la acupuntura y moxibustión, sin embargo, las distintas corrientes didácticas dan mayor importancia a diferentes puntos de acupresión, canales de energía u otros sistemas dentro de la medicina china tradicional. Entre las escuelas más importantes cabe destacar Masunaga o la más famosa de ellas, Namikoshi.

Estudios de metaanálisis^(33, 34) avalan los resultados obtenidos en la aplicación de acupresión para disminuir el dolor, ayudar a tener una mayor higiene del sueño, y manejar múltiples síntomas en diferentes tipos de patologías.

Al igual que en el caso de la acupuntura y la moxibustión, la acupresión o Shiatsu requiere realizar más investigaciones para poder perfilar mejor su eficacia. A pesar de ello, el modelo terapéutico ha demostrado eficacia en diversos casos y distintas poblaciones para determinadas enfermedades y sintomatologías^(32, 33, 34, 35).

A continuación, en un primer enfoque, las terapias anteriormente referidas serán catalogadas en función de su competencia para disminuir el dolor, tanto agudo como crónico, producido por diferentes patologías en la población anciana. Previamente, se definirá el concepto del dolor y sus consecuencias, especialmente en la población diana escogida como objeto del trabajo.

El dolor es “la sensación desagradable inducida por estímulos que son detectados por las terminaciones nerviosas de los nociceptores”. La Encuesta Nacional de Salud de los años 2011-2012 ofrece datos sobre el porcentaje de la población general española que sufre dolor, y es un 25% aproximadamente (un 21% dolor moderado o leve y un 4% dolor fuerte o extremo). Se dan más casos de dolor fuerte en mujeres que en hombres⁽⁸⁾.

Una clasificación general de los distintos tipos de dolor, que se manifiestan y describen con distintos grados de especificidad, sería la siguiente:

- **Músculo-esquelético:** se intensifica con el movimiento, y se produce por alteraciones articulares, musculares u óseos. Es el dolor mejor localizado y más específico.
- **Reflejo:** la alteración se produce en una zona determinada del organismo y la percepción del dolor aparece en otra parte distinta del cuerpo.
- **Cutáneo:** al igual que el primero de ellos, es un dolor muy fácilmente localizable y puede llegar a ser muy intenso.
- **Visceral:** se localiza de una forma más vaga, no es tan específico como el anterior.
- **Neuropático:** produce escozor o ardor.
- **Cólico:** es fluctuante.

El dolor es un síntoma subjetivo, personal e individual, que cada individuo percibe con distintos gradientes de intensidad y gravedad en cuanto a la repercusión en su vida diaria. El principal método paliativo del dolor es la analgesia, pero la atención sanitaria puede aplicar otros sistemas y técnicas para aliviarlo como la estimulación táctil, la relajación, distracción, aplicación de calor, etc.

Los ancianos son un grupo que ha de ser diferenciado de la población adulta, en tanto y cuanto su condición fisiológica varía su percepción del dolor: El dolor profundo o visceral es menos intenso y menos frecuente, mientras que el dolor músculo-esquelético aumenta con la edad.

Este condicionamiento supone un problema en algunos casos, principalmente en cuanto a la desensibilización frente al dolor visceral, ya que supone que ante alteraciones potencialmente graves de los órganos, la manifestación dolorosa no previene al paciente anciano frente a situaciones tales como infartos agudos de miocardio, que apenas tienen sintomatología o provocan una ligera molestia casi imperceptible.

En cuanto al dolor crónico, la población anciana se caracteriza por una peor adaptación al síntoma y mayores repercusiones somáticas (disminución de la visión, de la audición, estreñimiento, insomnio, anorexia, letargia, etc.) y mentales (ansiedad,

depresión, alteración de la personalidad, deterioro mental, etc.). Es por todo ello que el dolor en el anciano requiere una mayor atención por el personal sanitario^(1, 12, 36).

Considerando que, en España, las enfermedades articulares, musculares y óseas (artrosis, artritis o reumatismo, dolor crónico lumbar y cervical) son la causa más frecuente de dolor, los métodos más apropiados serán aquellos que actúen a nivel anatómico, paliando o incluso haciendo desaparecer el dolor de manera temporal o permanente⁽⁶⁾.

De las terapias complementarias anteriormente nombradas, según su eficiencia, eficacia y efectividad, la terapia más barata, asequible y versátil en su aplicación, tanto en consulta como a nivel domiciliario, e incluso aplicable por el propio paciente una vez se le ha enseñado a emplear el método, es la termoterapia o calor.

Las referencias bibliográficas evidencian que el calor disminuye la inflamación, aumenta el flujo sanguíneo, alivia el espasmo muscular, reduce la rigidez articular, etc. Por lo tanto, en la mayoría de los casos de dolor en pacientes enfermos crónicos, este sistema puede lograr un cambio significativo en la prevención del aumento del dolor y tratamiento de este síntoma⁽¹⁶⁾.

La musicoterapia se enfoca como una herramienta de distracción que impide que el paciente se focalice en el dolor, y para disponer un estado anímico que le ayude a soportar y superar con mayor energía el proceso patológico que sufre y el dolor que de él se deriva. Esta terapia alternativa requiere de mayores conocimientos y/o expertos para poder encauzar eficazmente el tratamiento. Considerando que se trata de un abordaje más psicológico que físico, es muy adecuado como complemento a los cuidados enfermeros o terapias de prevención^(13, 15, 21).

Las tres terapias complementarias de este trabajo derivadas de la medicina tradicional china basan sus preceptos en la misma base y cada una de ellas, aplicada de manera adecuada por un profesional formado, pueden ser capaces de tratar ciertos tipos de dolores e incluso ser combinadas para mejorar los resultados y ampliar la duración de su efecto beneficioso.

Considerando las tres terapias por separado, la acupresión sería la más indicada para el personal enfermero, puesto que no precisa de ningún soporte físico indispensable, pero requiere de un conocimiento muy amplio, formación teórica y práctica, y de un elevado nivel de comprensión y actualización en cuanto la medicina china y sus técnicas.

A pesar de ello, el gran potencial para tratar diferentes tipos de dolor convierten estas terapias en opciones mucho más atractivas que la termoterapia o la musicoterapia, y su impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes justificarían la necesidad de formación experta que requiere.

Otro punto a tratar en este trabajo se enfoca en el potencial de mejora que estas terapias tienen sobre la cronicidad de un paciente anciano, entendiéndose como cronicidad el conjunto de patologías crónicas más habituales, como son las afecciones osteo-musculares, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. Una breve introducción a estas patologías es:

- Estado osteo-muscular: en un anciano, al igual que el resto de sistemas orgánicos, este sistema sufre un proceso de deterioro a medida que se incrementa la edad biológica del individuo. Según las estadísticas, en nuestro país, el sistema locomotor de las personas mayores es sobre el cual se originan más patologías, factor íntimamente relacionado con el proceso de fragilidad del anciano. Ejemplo de ello es la sarcopenia, uno de los síndromes de fragilidad más habituales en el anciano y con alta probabilidad de derivar en otros problemas de salud. Desde este punto de vista, al igual que con el dolor, es interesante aplicar todas las terapias posibles al proceso de cuidado de enfermería, de tal manera que los complementos terapéuticos mejoren el estado osteo-muscular del anciano.
- Hipertensión arterial (HTA): es un factor de riesgo de patología cardiovascular, incluyendo los accidentes cerebrovasculares agudos (ACVA), siendo esta una de las principales causas de fallecimiento en el mundo desarrollado. Es padecida por un gran número de individuos, estimándose que un 29% de la población mundial se verá afectada en el año 2025⁽²⁵⁾. En este caso, la actuación sobre la hipertensión arterial enfocada a la mejora de la calidad de vida del anciano es fundamental, tanto para evitar en ocasiones la sintomatología de la hipertensión (un ejemplo son las cefaleas), como para evitar las patologías cardiovasculares que de esa hipertensión pueden derivar, algunas con graves secuelas como puede ser el ACVA.

Si bien la HTA es una enfermedad que puede ser prevenida mediante hábitos de vida saludables (correcta alimentación y actividad física moderada), el modo de vida de los países desarrollados supone un reto para adhesión a un estilo de vida idóneo, por lo que añadir terapias complementarias a los cuidados enfermeros y al control de las cifras arteriales puede ser de gran interés.

- Hipercolesterolemia o dislipidemia (DL): es el exceso de colesterol en sangre, y que en ancianos aparece sobre todo en aquellos de sexo masculino. Al igual que en la HTA, la dislipidemia se previene o se trata sobre todo mediante una alimentación y actividad física adecuadas⁽³⁷⁾. Una vez introducidas las tres patologías crónicas más frecuentes en ancianos en España, se va a analizar el beneficio que tienen las cinco terapias complementarias seleccionadas en estas tres patologías en concreto:
- Termoterapia: el calor sólo tiene efecto demostrado sobre las patologías de tipo osteo-muscular (no hay evidencia hallada en pacientes con HTA o DL). En este caso, es la terapia más eficiente y sencilla de emplear al igual que en el caso del

dolor, debido a que mejora el estado inflamatorio, articular y el riego sanguíneo, mejorando la capacidad para movilizar las articulaciones y facilitando que los individuos ancianos se muevan y en consecuencia aumenten su masa muscular. Es importante señalar que esta terapia tiene límites, dependiendo su eficacia del individuo sobre el que se aplica, y que nunca es suficiente por sí sola. Se recomienda su uso de forma complementaria a otras terapias como el masaje, la higiene postural, hidroterapia, cinesterapia (terapia a través del movimiento), etc., sobre todo las enfermedades de tipo artrosis en zonas como la columna vertebral^(38, 39).

- Musicoterapia: en cuanto a las afecciones osteo-musculares, no se ha encontrado evidencia científica que avale la efectividad de la terapia musical. Dado su abordaje psicológico y su enfoque como herramienta de distracción, sería más eficaz como paliativo de la sintomatología derivada de la patología o disfuncionalidad osteo-muscular. Por tanto, esta terapia no sería la más adecuada de las cinco propuestas en este caso concreto. Sin embargo, ese mismo abordaje psicológico y su actuación sobre el estado de ánimo del paciente o la inducción de la relajación podrían resultar interesantes en el control indirecto de la HTA y la hipercolesterolemia, a pesar de la falta de bibliografía específica de estas dos afecciones en relación con la terapia musical. Este interés se basa en que el estrés y la ansiedad en un paciente pueden favorecer el consumo de tabaco y tener una alimentación desordenada e inadecuada (factores de riesgo de DL y HTA). Por estas razones, sería interesante hacer continuar las líneas de investigación que puedan proporcionar evidencia de una posible mejora en la reducción de los mismos mediante la musicoterapia^(13, 15, 21, 37).
- Acupuntura: hay diversos estudios que prueban la efectividad de la acupuntura para tratar la hipertensión arterial y diversos problemas de origen osteo-muscular, aunque no hay referencia específica hacia la DL (sí hacia la obesidad, pero no hacia la dislipidemia en concreto). Aun así, siguiendo la línea de pensamiento de la musicoterapia, se puede actuar sobre los factores que provocan hipercolesterolemia, entre ellos el consumo de tabaco; y sobre este caso precisamente sí se han hallado estudios que tratan el empleo de acupuntura para disminuir su consumo⁽²²⁾. Concretamente, en el caso de la hipertensión arterial, en 2013 el estudio de Wang Jie et al., "Acupuncture for essential hypertension", muestra mejor respuesta a la acupuntura en el control de las cifras tensionales que fármacos como el captoprilo o el ácido acetilsalicílico. Se insiste en la necesidad de realizar estudios de mayor envergadura que permitan aportar claridad sobre el efecto que tienen sobre estas patologías concretas y su potencial para tratarlas⁽²⁵⁾.

En cuanto a la patología osteo-muscular, la artritis reumatoide no ha visto mejoras significativas en diversos grupos de investigación a los que se les ha aplicado la acupuntura como forma de tratamiento. Lo mismo ocurre en casos de fibromialgia y de patología osteo-muscular en el hombro. En cuanto a la patología

cervical, estadísticas afirman que aproximadamente el 40% de la población estadounidense acude a tratamientos como la acupuntura, y estudios que han observado los resultados de la acupuntura en patología de cuello han llegado a la conclusión de que sí hay un moderado beneficio.

La patología a nivel lumbar es más común que a otros niveles de la columna vertebral. De hecho, tanto en acupuntura como en acupresión y moxibustión, los puntos de inserción de agujas o aplicación de la moxa en la zona lumbar son muy numerosos, y la acupuntura en esta zona ha sido más estudiada (se han realizado más revisiones bibliográficas de zona lumbar que en cualquier otra patología en la que esta terapia tenga la opción de ser una medida terapéutica). Gracias a eso se ha demostrado efectividad de la acupuntura en patología lumbar a corto y largo plazo, aunque los mismos estudios recomiendan la medicina occidental para tratar estas patologías ya que no todas son totalmente tratables con la acupuntura.

Finalmente, en problemas articulares a nivel de miembros superiores e inferiores, como rodillas o codos, estudios demuestran su mayor efectividad frente a otros métodos de tratamiento convencionales⁽²⁶⁾.

- Moxibustión: esta terapia por sí sola, en el tratamiento de la hipertensión arterial, muestra una ligera ventaja frente al tratamiento farmacológico según los estudios, y en combinación con medicamentos antihipertensivos es mucho más eficaz la moxibustión a la hora de tratar la HTA que la terapia farmacológica por sí sola^(28, 29).

De la misma forma que con la acupuntura, no se ha hallado evidencia científica que avale el empleo de la moxibustión ante pacientes con hipercolesterolemia. Tampoco hay revisiones bibliográficas que muestren la eficacia de la moxibustión en patologías de tipo osteo-muscular, a pesar de que su fundamentación semejante a la acupuntura y la termoterapia podría ofrecer grandes beneficios en este tipo de patologías. Los casos clínicos aislados hallados mencionan que la moxibustión hace efecto en la mejora sintomática de patologías tales como la osteoartritis o la herniación de discos intervertebrales. Es necesaria una mayor evidencia científica sobre este tema en concreto con este tipo de terapia complementaria^(40, 41, 42).

- Acupresión: la mayor parte de los estudios dedicados a la acupresión según la bibliografía encontrada se centran en el tratamiento del dolor, como el de la zona lumbar de la espalda o cervical. Especialmente en esta última, se ha hallado evidencia de eficacia paliativa del dolor osteo-muscular en la zona y mejora en la movilidad del cuello. En estos estudios se observa eficacia, aunque al igual que a lo largo del trabajo se ha mencionado, tanto en el caso de la acupuntura como la moxibustión y la acupresión es necesaria una mayor cantidad de estudios que prueben un efecto positivo real en la calidad de vida de estas terapias en personas

ancianas^(32, 43, 44). Para tratar la HTA, la acupresión no tiene demostrada una eficacia significativamente superior al tratamiento farmacológico⁽⁴⁵⁾. Al igual que en las dos terapias anteriores, la acupresión carece de bibliografía donde se relacione la aplicación de esta terapia para tratar la dislipidemia.

Manteniendo la línea de aplicación del grupo de terapias alternativas seleccionado en este trabajo, se va a tratar a continuación **su aplicación en el ámbito de la salud mental**. Concretamente, se observará su eficacia en dos patologías de tipo mental típicas en los pacientes ancianos: Depresión y demencias.

La depresión se define como “una de las diversas alteraciones emocionales caracterizadas por la pérdida del interés por la vida o del placer de vivir”. Las causas son muy diversas, y la sintomatología característica se traduce en tristeza persistente, falta de esperanza, llanto frecuente, fatiga persistente, sensación de culpa, de inutilidad, poca concentración, pensamientos recurrentes de suicidio, etc. Las terapias descritas como más efectivas para la depresión son: Psicoterapia, terapias conductuales, tratamientos electroconvulsivos y fármacos psicoactivos.

En este tipo de patología mental, la terapia más indicada de las cinco descritas es la musicoterapia (terapia conductual), que puede aliviar parte de la sintomatología de la depresión, disminuir la tristeza o los sentimientos de baja autoestima para poder sobrellevar e incluso superar con mayor firmeza la enfermedad.

En relación al resto de terapias desarrolladas en este trabajo, no se ha hallado eficacia relevante en la bibliografía consultada. Los ancianos frágiles son más proclives a sufrir depresión debido a factores como la viudedad, la falta de atención, institucionalización, etc., por lo que la terapia musical, entre otras, puede ser interesante para mejorar la calidad de vida de los ancianos que sufran depresión^(13, 15, 21).

La demencia tiene, como definición, “disminución progresiva e irreversible de la función mental, caracterizada por alteraciones de la memoria y, a menudo, déficit en el razonamiento, el juicio, el pensamiento abstracto, la comprensión, el aprendizaje, la ejecución de tareas y el uso del lenguaje”. Está considerada, aunque no específicamente, una enfermedad propia de la vejez. Algunos de los tipos más frecuentes de demencia son la enfermedad de Alzheimer, las demencias vasculares y la enfermedad de Parkinson⁽¹⁾.

En este campo tan amplio del deterioro mental que afecta, mayormente, a personas ancianas, las terapias complementarias descritas aportan mejoras en esa situación de demencia, exceptuando dos de ellas: La termoterapia y la moxibustión, de las cuales no se ha encontrado evidencia científica suficiente. Analizando el resto de las terapias individualmente, se hallan de manera resumida los siguientes datos:

- Musicoterapia: la música es un estímulo procesado por los lóbulos temporales, parietales y frontal del cerebro, por lo que la complejidad de conexiones neuronales estimuladas a esos niveles (donde nacen y se desarrollan múltiples

tipos de demencias) da la posibilidad de tratar, incluso de rehabilitar, la sintomatología derivada de esta patología senil. Se puede añadir, además, que en aquellas personas que desarrollan demencia y su carrera profesional ha ido encaminada al mundo de la música (tocando algún instrumento, cantando, etc.), lo último que se altera en el campo de la memoria de sus cerebros es aquella relacionada con la música. En cierto modo, se puede decir que estos pacientes olvidan antes cómo usar un tenedor que una estrofa de una canción⁽⁴⁶⁾.

El estudio de Montserrat Puig Llobet y María Teresa Lluch Canut en 2012, "Eficacia de la musicoterapia en el contexto de la promoción de la salud mental", proporciona datos sobre la eficacia de la música como terapia, tanto para prevenir avances significativos de patología mental como para intentar paliar los efectos patológicos en este caso concreto de las demencias⁽²¹⁾.

Además, diversas fuentes bibliográficas analizadas aseguran la efectividad de la musicoterapia a la hora de disminuir la ansiedad y la agitación que sienten los pacientes que sufren algún tipo de demencia, sobre todo en estados avanzados de la enfermedad. Igualmente reduce el estrés y la depresión, y en algunos casos mejora la plasticidad neuronal.

Finalmente, añadir en este apartado la recomendación de una mayor investigación de las ventajas de emplear la música de forma terapéutica en pacientes ancianos que sufren demencia^(47, 48).

- Acupuntura: de la misma manera que anteriormente se ha mencionado que las revisiones bibliográficas encontradas acerca de estos métodos de tratamiento de la medicina china sugieren una mayor investigación acerca de la eficacia de los efectos de su uso, el tratamiento de las demencias con acupuntura precisa de mayor evidencia en este sentido. A pesar de ello, los estudios analizados aseguran que la acupuntura ofrece resultados relevantes y casos de mejora en la sintomatología de esta patología neurológica⁽⁴⁹⁾.
- Acupresión: en el caso de esta terapia, la evidencia encontrada acerca de su eficacia a la hora de tratar las demencias es baja. El estudio de Nicola Robinson, Ava Lorenc y Xing Liao de 2011, "The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure", concluye que, a pesar de los estudios grupales existentes, se han hallado resultados positivos en la calma de la ansiedad como parte de la sintomatología de la demencia; aun así, es necesaria una mayor profundización en el tema con la aplicación del Shiatsu⁽³²⁾.

Finalmente, para acabar el desarrollo del Trabajo de Fin de Grado en cuestión, va a realizarse una valoración para determinar si es factible incorporar las cinco terapias presentadas (termoterapia, musicoterapia, acupuntura, acupresión y moxibustión) en la atención de enfermería en una población de ancianos frágiles.

El cuidado de ancianos frágiles se lleva a cabo tanto a nivel de Atención Primaria como de Atención Especializada, y en ambos campos se pueden aplicar las terapias complementarias para aumentar la calidad de los cuidados ofrecidos a este tipo de población. Sin embargo, estas terapias descritas están sobre todo enfocadas a la prevención, por lo que es más interesante su implantación a nivel de Atención Primaria en los Centros de Salud y a nivel domiciliario.

A lo largo de la historia, la enfermería se ha adaptado a diferentes campos del cuidado humano y tiene la capacidad de incorporar estas cinco terapias para mejorar la calidad de vida de los ancianos denominados frágiles. Esto se evidencia en algunas de las intervenciones enfermeras NIC (descritas por la NANDA) relacionadas con las terapias descritas, como son:

- NIC 4400 Musicoterapia: “utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico”. Se clasifica como una intervención de tipo conductual (clase O).
- NIC 1320 Acupresión: “aplicación de presión firme y sostenida en puntos determinados del cuerpo para disminuir el dolor, producir relajación y prevenir o reducir las náuseas”.
- NIC 1380 Aplicación de calor o frío: “estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación”. Esta intervención, junto con la anterior (acupresión), se clasifican como de fomento de la comodidad física (clase E).

No existen sólo estas intervenciones NIC que mencionan directamente tres de las cinco terapias descritas, sino que hay otras que proponen el uso de diversas y variadas terapias complementarias, como son la arteterapia (“facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte”), terapia asistida con animales (“utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación”), aromaterapia (“administración de aceites esenciales [...] para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y la comodidad”), terapia con juegos (“utilización intencionada de juguetes u otros materiales para ayudar a los niños a comunicar su percepción y su conocimiento del mundo y ayudarles a perfeccionar su interacción con el entorno”), etc. Son ejemplos muy concretos que muestran la disposición de la enfermería de emplear todas las medidas a su alcance y trabajar en equipo con miembros dedicados a múltiples disciplinas, todo para poder solucionar de la mejor manera posible los problemas de salud de los individuos que los padecen⁽⁵⁰⁾.

Se ha hecho referencia a la evidencia científica de estas terapias, que pueden resultar de gran utilidad a los pacientes. Sin embargo, a día de hoy, ninguna de las cinco terapias descritas constituye una especialidad de la enfermería. En algunos países, algunas de estas terapias están introducidas como una pieza fundamental de un equipo multidisciplinar en el que se incluye, por supuesto, la disciplina enfermera.

Es el caso de, por ejemplo, musicoterapeutas que trabajan del lado de la enfermería para poder dar una atención de mayor calidad al paciente, o incluso de especialistas en las diferentes ramas que ofrece la medicina china que forman parte de los equipos multidisciplinares mencionados en algunos de los hospitales alrededor del mundo^(13, 18).

Es por todo esto que la enfermería no sólo está abierta a trabajar codo con codo con las terapias complementarias pertinentes, sino que, de hecho, el uso de estas terapias alternativas facilita y mejora la labor realizada por el equipo de enfermería.

Igualmente, durante el desarrollo del trabajo, se ha ido observando la eficiencia de cada una de las cinco terapias complementarias elegidas, es decir, su relación coste/beneficio, desde la más barata y sencilla, como la termoterapia, a la más compleja y la que requiere mayor conocimiento y mayor destreza, como son las derivadas de la medicina tradicional china. Una intervención NIC enfermera concreta tiene relación directa con la eficiencia de los métodos empleados y la gestión sanitaria: "NIC 8550 Manejo de los recursos económicos", que se define como "procurar y dirigir la utilización de los recursos financieros para asegurar el desarrollo y la continuación de los programas y de los servicios". Por tanto, la elección de las mejores terapias para el paciente con el menor coste posible es una labor que puede verse facilitada con la introducción de las cinco terapias complementarias propuestas.

Estas cinco terapias complementarias han demostrado en muchos casos mejorar la calidad de vida de los ancianos frágiles (que aquéllos con enfermedades crónicas mejoren o no empeoren), que aquellos pacientes con dolor lo vean reducido o desaparecer, aquellos individuos que al verse favorecidos por estas terapias disminuyen su tratamiento farmacológico, reduciendo en consecuencia el riesgo de efectos secundarios y/o reacciones adversas, etc. Y lograr todo esto hace de este tipo de pacientes un grupo de individuos con una menor dependencia en todos los tipos de las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIONES

Hemos obtenido gran cantidad de información para poder realizar este trabajo, sobre todo en lo relacionado con las disciplinas derivadas de la medicina china, como la acupuntura. El interés por este tipo de prácticas terapéuticas es elevado debido al surgimiento de nuevos estudios (incluyendo metaanálisis), sobre todo en China y en Japón, lugares en los que existe una gran tradición terapéutica y, por tanto, están más inclinados hacia la investigación de su fundamentación.

A continuación, se hará referencia a la mayor eficacia de los cinco métodos terapéuticos alternativos con respecto a cada uno de los aspectos de salud desarrollados anteriormente, su coste, su uso a nivel institucional y domiciliario, especificaciones y

complicaciones de cada uno de ellos:

- **Termoterapia:** la termoterapia es la más sencilla y barata, de fácil aplicación para el equipo enfermero y para el paciente y/o su familia. Es una terapia ampliamente estudiada, cuyos beneficios son claros en el tratamiento de las afecciones esqueleto-musculares, especialmente en ancianos frágiles. Las complicaciones principales son las quemaduras, consecuencia normalmente de una mala praxis o empleo erróneo de las herramientas necesarias para aplicar la termoterapia.
- **Musicoterapia:** requiere un conocimiento más específico para ser aplicada, por lo que es necesaria una formación y/o musicoterapeutas especializados en el empleo de la música para tratar pacientes (requiere un mayor aporte económico individual o institucional que la termoterapia). Sin embargo, es una terapia utilizada en casos de patología mental y padecimiento de dolor, con buenos resultados, usada tanto a nivel domiciliario como institucional. No tiene complicaciones físicas documentadas, aunque estímulos musicales mal conducidos pueden agravar el estado de nerviosismo, intranquilidad, ansiedad, etc., del paciente.
- **Acupuntura, acupresión y moxibustión:** estas tres terapias, igual que la terapia musical, precisan un conocimiento teórico y práctico muy amplio y específico (coste económico tanto de la formación como de los terapeutas especialistas). Podrían ser utilizadas a nivel domiciliario, en Atención Primaria o Especializada, y su utilidad alcanza la mayoría de las enfermedades crónicas padecidas por la población de ancianos frágiles. Sin embargo, todas ellas requieren investigaciones más profundas que permitan conocer mejor el alcance de su efectividad y eficacia. Las complicaciones principales son producto del daño físico o funcional derivado de la falta de conocimiento o de un mal manejo de la materia de trabajo (agujas de acupuntura, presión digital o moxa).

Es importante destacar que la aplicación de estas técnicas no sólo podría suponer una mejora en la calidad de vida de la población mundial, sino también una disminución del coste, individual y estatal, si se lograra mantener o mejorar la salud de estos individuos sin necesidad de emplear un exceso de recursos sanitarios, incluyendo la terapia farmacológica. De hecho, a nivel europeo y mundial hay numerosos centros privados que ofrecen a los individuos tratarse mediante algunas de las terapias descritas debido a que, entre otros beneficios, suponen un ahorro económico frente a otras alternativas empleadas más comúnmente en la sanidad del mundo occidental.

Son especialmente interesantes para la Enfermería las terapias derivadas de la medicina tradicional china, ya que parten de una filosofía tradicional que se enfoca en la visión holística del paciente basada en el equilibrio y la enfermedad como producto de la ruptura del mismo. De esta manera, extrapolarlo al estilo de vida de los pacientes, se asientan las bases de un modelo de prevención y promoción de la salud que disminuiría la incidencia de muchas de las enfermedades más comunes en todos los

niveles de población, y de especial prevalencia en el anciano frágil.

Llevar a cabo estudios más profundos sobre estas terapias no sólo aportaría mayor evidencia científica, si no que pondría España a la par que Europa en la implementación de terapias alternativas en la labor enfermera. En añadidura, con los cambios socioeconómicos actuales se da a la población la posibilidad de buscar alternativas para mejorar la salud, por lo que una fusión de estas terapias complementarias con la atención de enfermería supondría un abanico poblacional mayor sobre el que poder ejercer programas de prevención, promoción y mantenimiento de la salud.

Por tanto, sería interesante contemplar entonces este tipo de terapias como una parte añadida en la formación universitaria generalista de los enfermeros, o en estudios de postgrado, para una mayor independencia de los mismos en su labor sanitaria y, asimismo, de manera más concreta, proporcionar una mayor calidad de vida a la población anciana con estado de fragilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario enciclopédico TABER de Ciencias de la Salud. 20ª ed.:Madrid: DAE; 2007.
2. Díaz Palarea MD. Atención al anciano. En: Darias Curvo S. Enfermería Comunitaria. Vol. II. 2ª ed. Madrid: DAE; 2009. (Colección Enfermería S21). p. 736-751.
3. Instituto Nacional de Estadística. Población mundial por indicador y periodo en 2015 [Internet]. Madrid: INE; 2014 [citado 23 dic 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t42/p02/l0/&file=02001.px&type=pcaxis&L=0>
4. Instituto Nacional de Estadística. Censos de población y viviendas en 2011 [Internet]. Madrid: INE; 2014 [citado 23 dic 2014]. Disponible en: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm
5. Instituto Nacional de Estadística. Población por sexo, edad (grupos quinquenales) y relación entre el lugar de nacimiento y el de residencia en 2011 [Internet]. Madrid: INE; 2014 [citado 23 dic 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e244/avance/p01/l0/&file=04003.px&type=pcaxis&L=0>
6. Instituto Nacional de Estadística. Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, calidad de vida, dependencia funcional) 2011-2012 [Internet]. Madrid: INE; 2014 [citado 23 dic 2014]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=

[1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/prensa/np830.pdf)

7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte en 2012 [Internet]. Madrid: INE; 2014 [citado 23 dic 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [Internet]. Madrid: INE; 2014 [citado 22 abr 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
9. Fundación Alzheimer España. Frecuencia de la enfermedad de Alzheimer [Internet]. Madrid: La Fundación; 2015 [citado 24 abr 2015]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad/mas-sobre-alzheimer/2-frecuencia-enfermedad>
10. Toronjo Gómez AM, Rojas Ocaña MJ. Las personas mayores y los fármacos. En: García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del Anciano. 2ª ed. Madrid: DAE; 2009. (Colección Enfermería S21). p. 258-281.
11. Nieto García. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliar de Atención Primaria. Metas Enferm. 2006;9(9):50-56
12. Biblioteca Virtual en Salud. DeCS. Descriptores en Ciencias de la Salud. [Internet]. Madrid; 2014 [citado 25 dic 2014]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
13. Rodríguez Roldán L, Díaz García S, Seguí Fraile C, Delgado González AB. La Musicoterapia. Una terapéutica complementaria para los pacientes terminales. Educare [Internet]. Diciembre 2003 [citado 23 ene 2015]; 1(3). Disponible en: http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?task=showContent&q=terapias+alternativas&search_word=&search_type=2&id_pub_grp=1&id_pub_cont=4&id_articulo=3031
14. World Federation of Music Therapy [Internet]. Genova: WFMT; 2015 [cited 2015 jan 16]. Disponible en: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
15. Echávarri Escribano M, Bartolomé Sedano A, Urcelay Azpeitia A. La musicoterapia en la rehabilitación del paciente con ACV. Una revisión. Educare [Internet]. Febrero 2009 [citado 09 feb 2015];7(2). Disponible en: http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?task=showContent&q=terapias+alternativas&search_word=&search_type=2&id_pub_grp=1&limitstart=10&pagina=2&id_pub_cont=4&id_articulo=53021
16. Ortega Martínez C, Ortega Martínez E. Calor, métodos de aplicación. En: González Gómez IC, Herero Alarcón A. Técnicas y Procedimientos de enfermería. 2ª ed.

Madrid: DAE; 2009. (Colección Enfermería S21). p. 91-99.

17. Vorvick LJ. Baño de asiento. Enciclopedia médica MedlinePlus [Internet] 2013 [citado 17 feb 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002299.htm>
18. Marié E. De las medicinas alternativas en general, y de la medicina china en particular. Compendio de medicina china: Fundamentos y teoría práctica. 6ª ed. Madrid: EDAF; 2004. p. 23-27.
19. Namikoshi T. El desarrollo del Shiatsu. Tratado completo de terapia Shiatsu. Madrid: EDAF; 1992. p. 23-24.
20. Serrano Ruiz A. Medicina tradicional china. Aplicaciones Terapéuticas de la Fitoterapia Oriental. Parte I. Metas Enferm. 2005;8(7):18-20.
21. Puig Llobet M, Lluch Canut MT. Eficacia de la musicoterapia en el contexto de la promoción de la salud mental. Metas Enferm. 2012;15(9):58-61.
22. Marí Grimalt R, Ballesta Fernández ML. Acupuntura como método para dejar de fumar. Educare [Internet]. Abril 2006 [citado 9 feb 2015];4(4). Disponible en: http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?option=com_encuentra&task=showContent&q=acupuntura&search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=0&id_pub_cont=4&id_articulo=25022
23. Merayo Voces C, Mosteiro Díaz MP. Terapias complementarias. En: Mosteiro Díaz MP Dolor y cuidados enfermeros. Madrid: DAE; 2015. p. 103-127.
24. Zhang J, Wang D, Liu M. Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of Acupuncture for Stroke. Neuroepidemiology [Internet]. 2014 [cited 2015 mar 12];42(1):50-58. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/355435>
25. Wang Jie et al. Acupuncture for essential hypertension. Int J Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2015 mar 12];169(5):317-326. Disponible en: [http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(13\)01728-2/fulltext](http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(13)01728-2/fulltext)
26. Amezaga Urruela M, Suarez-Almazor ME. Acupuncture in the Treatment of Rheumatic Diseases. Curr Rheumatol Rep [Internet]. 2012 [cited 2015 mar 13];14(6):589-597. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691014/>
27. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, MacPherson H, Victor N. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. Arch Intern Med [Internet]. 2012 [cited 2015 mar 21];172(19):1444-1453. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3658605/>

28. Xomg X, Liu W, Yang X, Feng B, Wang J. Moxibustion for essential hypertension. *Complement Ther Med* [Internet]. 2014 [cited 2015 mar 12];22(1):187-195. Disponible en:
[http://www.complementarytherapiesinmedicine.com/article/S0965-2299\(13\)00190-8/fulltext](http://www.complementarytherapiesinmedicine.com/article/S0965-2299(13)00190-8/fulltext)
29. Kim JI, Choi JY, Lee H, Lee MS, Ernst E. Moxibustion for hypertension: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2010 [cited 2015 mar 22];10(33): doi: 10.1186/1471-2261-10-33. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912786/>
30. Lee MS, Choi TY, Park JE, Lee SS, Ernst E. Moxibustion for cancer care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* [Internet]. 2010 [cited 2015 mar 22]; 10(130): doi: 10.1186/1471-2407-10-130. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873382/>
31. Xi-Ran He, Quan Wang, Ping-Ping Li. Acupuncture and Moxibustion for Cancer-related Fatigue: a Systematic Review and Meta-analysis. *Asia Pac J Cancer Prevention*. 2013; 14. p. 3067-3074.
32. Robinson N, Lorenc A, Liao X. The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [Internet]. October 2011 [cited 2015 mar 22]; 11(88): doi: 10.1186/1472-6882-11-88. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3200172/>
33. Lee EJ, Frazier S. The Efficacy of Acupressure for Symptom Management: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manag*. April 2011; 42(4). p. 589-603.
34. Cho HW, Hwang EH, Lim B, Heo KH, Liu JP, Tsutani K et al. How Current Clinical Practice Guidelines for Low Back Pain Reflect Traditional Medicine in East Asian Countries: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines and Systematic Reviews. *PLoS ONE* [Internet]. February 2014 [cited 2015 mar 22]; 9(2): doi: 10.1371/journal.pone.0088027. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914865/>
35. Paul Lundberg. Introducción. En: Nugent P, Wood JG, editores. *El libro del Shiatsu*. Barcelona: RBA integral; 2006. p. 13.
36. Mosteiro Díaz MP, Fernández Feito A. Dolor en el anciano. En Mosteiro Díaz MP *Dolor y cuidados enfermeros*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. p 197-218.
37. Maldonado Pacheco A, Corral Sastre L, Arranz Cabañas S, Aranda Moreno S,

- Serrano Gallardo P. Problemas crónicos de alta prevalencia. Abordaje enfermero desde una perspectiva epidemiológica. Educare [Internet]. Febrero 2010 [citado el 14 ene 2015]; 8(3). Disponible en: http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=0&q=hipercolesterolemia&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&id_pub_cont=4&id_articulo=620284
38. Rodríguez Segura MD, Pérez González M, Pérez Rodríguez N. Cervicoartrosis y termoterapia. *Enferm Integr*. 2014;105:10-13.
 39. Ferri Morales A, Blasco López JA, Avendaño Coy J. Termoterapia y masaje como coadyuvantes de la cura termal. *Fisioterapia*. 2002;24 (monogr 2):43-49.
 40. Chen R, Chen M, Kang M, Xiong J, Chi Z, Zhang B et al. The design and protocol of heat-sensitive moxibustion for knee osteoarthritis: a multicenter randomized controlled trial on the rules of selecting moxibustion location. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [Internet]. June 2010 [cited 2015 apr 15]; 10(32): doi: 10.1186/1472-6882-10-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911404/>
 41. Lee S, Kim KH, Kim TH, Kim JE, Kim JH, Kang JW, et al. Moxibustion for treating knee osteoarthritis: study protocol of a multicentre randomised controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [Internet]. March 2013 [cited 2015 apr 15]; 13(59): doi: 10.1186/1472-6882-13-59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605252/>
 42. Chen M, Chen R, Xiong J, Yi F, Chi Z, Zhang B. Effectiveness of heat-sensitive moxibustion in the treatment of lumbar disc herniation: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. October 2011 [cited 2015 apr 16]; 12(226): doi: 10.1186/1745-6215-12-226. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206433/>
 43. Yeh CH, Morone NE, Chien LC, Cao Y, Lu H, Shen J, et al. Auricular Point Acupressure to Manage Chronic Low Back Pain in Older Adults: A Randomized Controlled Pilot Study. *Evid Based Complement Alternat Med* [Internet]. 2014 [cited 2015 apr 16]; [aprox. 11 p.] doi: 10.1155/2014/375173. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134789/>
 44. McFadden KL, Hernández TD. Cardiovascular Benefits of Acupressure (Jin Shin) Following Stroke. *Complement Ther Med*. Febr 2010; 18(1):42-48.
 45. Matsubara T, Arai YP, Shiro Y, Shimo K, Nishihara M, Sato J et al. Comparative Effects of Acupressure at Local and Distal Acupuncture Points on Pain Conditions and Autonomic Function in Females with Chronic Neck Pain. *Evid Based Complement Alternat Medicine* [internet]. 2010 [cited 2015 apr 16]; [aprox. 6 p]:

doi: 10.1155/2011/543291. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2952311/>

46. Soria-Urios G, Duque P, García-Moreno JM. Music and brain (II): evidence of musical training in the brain. *Rev Neurol*. 2011;53(12):739-46.
47. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Asses*. June 2014; 18(39):1-226.
48. Wollen KA. Alzheimer's disease: The pros and cons of pharmaceutical, nutritional, botanical and stimulatory therapies, with a discussion of treatment strategies from the perspective of patients and practitioners. *Altern Med Rev [Internet]*. 2010 [cited 2015 may 05];15(3):223-244. Disponible en:
<http://www.altmedrev.com/publications/15/3/223.pdf>
49. Cheng H, Cheng D. Progress in research on acupuncture treatment of senile dementia. *Journal of Traditional Chinese Medicine*. September 2009; 29(3).
50. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Recibido: 2 febrero 2016.

Aceptado: 16 junio 2016.