



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

**Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería -Programa de Magíster en Enfermería**

**EXPERIENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS
EN ENFERMEROS/AS Y USUARIOS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

POR: MARÍA ALEJANDRA INOSTROZA BELTRÁN

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Magíster en Enfermería

Profesor Guía: Dra. Olivia Sanhueza Alvarado
Dpto. de Enfermería del Adulto y Adulto Mayor, Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

Marzo 2024
Concepción, Chile.



Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



A mi familia que siempre me ha acompañado.
En especial a mi madre, que en todo momento ha estado a mi lado, me ha
apoyado, animado y brindado su amor a pesar de todas las dificultades.



AGRADECIMIENTOS

A mi docente guía Dra. Olivia Sanhueza, que me ha acompañado en este arduo camino, entregándome su apoyo y conocimientos.

A los centros de salud, que me amablemente me abrieron sus puertas.

A los profesionales que se interesaron en participar de esta investigación brindándome su valioso tiempo y experiencia.

A los usuarios/as que acudieron a mi llamado de forma desinteresada y compartieron conmigo sus vivencias.

Al equipo de postgrado de la Facultad de Enfermería, en especial a la Dra. Patricia Cid, que siempre estuvo ahí para responder mis inquietudes.

A todos quienes de alguna manera me han ayudado y motivado a la realización de esta investigación, en especial a mi madre, quien me acompañó, me impulsó a seguir y dio ánimos durante todo este proceso. Sin ella no hubiese sido posible.

A todos infinitas gracias.



TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	ix
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO	1
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
2.1 Marco filosófico	15
2.1.1 Fenomenología.....	15
2.2 Marco teórico.....	19
2.3 Marco Conceptual	23
2.3.1 Medicina tradicional, complementaria e integrativa.....	23
2.3.2 Atención Primaria en Salud (APS).....	29
2.4 Marco Empírico.....	36
3. OBJETIVO(S).....	54
4. METODOLOGIA.....	55
4.1 Tipo de estudio y diseño	55
4.2 Criterios de calidad de la Investigación Cualitativa.....	55
4.3 Marco Muestral.....	58
4.4 Procedimiento y Técnicas de recolección de información	62
4.5 <i>Procesamiento y análisis de los datos</i>	66
5. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS.....	67
6. RESULTADOS.....	75
6. DISCUSIÓN	126
7. CONCLUSIONES	151
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	156
8. ANEXOS	172



INDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Categorías que emergen del análisis de entrevistas a usuarios de TC.....	78
Tabla N°2: Temáticas que emergen del análisis de entrevistas a terapeutas enfermeras.....	79
Tabla N°3: Comparación de las categorías de terapeutas enfermeros y no enfermeros.....	125



INDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama n°1: Categoría “Motivación de uso” de usuarios y sus 3 subcategorías.....	80
Diagrama n°2: Categoría “Experiencia previa con TC” de usuarios y sus 3 subcategorías.....	86
Diagrama n°3: Categoría “Efectividad de las TC” en usuarios y sus 4 subcategorías.....	89
Diagrama n°4: Categoría “REVIVIR” en usuarios y sus 4 subcategorías.....	94
Diagrama n° 5: Categoría “ADHERENCIA” en usuarios y sus 3 subcategorías	97
Diagrama n° 6: Categoría “ESTAR SEGURO DEL USO DE TC” en usuarios y sus 2 subcategorías.....	100
Diagrama n° 7: Categoría “RELACION HUMANA CENTRADA EN LA PERSONA” en usuarios y sus 3 subcategorías.....	102
Diagrama n° 8: Categoría “EXPERIENCIAS FAVORECEDORAS PARA APLICAR TC” y sus 3 subcategorías.....	105
Diagrama n° 9: Categoría “INSTAURANDO LAS TC COMO PARTE DE LA APS” y sus 5 subcategorías.....	107
Diagrama n°10: Categoría “EFECTOS EN LOS USUARIOS PERCIBIDOS POR LOS TERPEUTAS” y sus 3 subcategorías.....	111
Diagrama n°11: Categoría “CUIDADO INTEGRAL” y sus 4 subcategorías.....	113
Diagrama n°12: Categoría “SATISFACCIÓN CON APLICAR LAS TC” y sus 2 subcategorías.....	116



INDICE DE ILUSTRACIONES

Figura n°1: Resumen marcos teóricos que fundamentan el cuidado transpersonal a través de la integración de terapias complementarias en atención primaria.....	35
--	----



RESUMEN

Introducción: Las medicinas complementarias alternativas (MCA) son ampliamente usadas en el mundo. En Chile son utilizadas y están siendo integradas, por enfermería y otras profesiones, principalmente en la Atención Primaria en Salud (APS), desde la perspectiva de su uso como terapias complementarias (TC).

Objetivo: Comprender la experiencia de la utilización de TC en los usuarios/as y enfermeros/as de APS.

Metodología: Estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico hermenéutico. Se realizaron entrevistas en profundidad grabadas a enfermeros/as que aplican las TC y a usuarios/as de éstas. Se realizó un análisis de contenido con apoyo de software atlas.ti.

Resultados: Las categorías en usuarios/as fueron: Motivación de uso, experiencia previa con TC, efectividad de las TC, revivir, adherencia, estar seguro del uso de TC y relación humana centrada en la persona. En el caso de terapeutas enfermeros emergieron: Experiencias favorecedoras para aplicar TC, Instaurando TC como parte de la APS, efectos en usuarios percibidos por los terapeutas, cuidado integral y satisfacción al aplicar TC.

Conclusión: Entre las motivaciones de usuarios están: problemas de salud mental y física; percepción distante de los profesionales de salud; efectos adversos asociados a farmacoterapia. En las motivaciones de los terapeutas se encontró su experiencia de vida previa con la TC.

Palabras Claves: terapias complementarias, atención primaria en salud, investigación cualitativa, Acontecimientos que Cambian la Vida, enfermería holística.



ABSTRACT

Introduction: Complementary alternative medicines (CAM) are widely used in the world. In Chile, they are used and are being integrated by nurses and other professions, mainly in Primary Health Care (PHC), from the perspective of their use as complementary therapies (CT).

Objective: To understand the experience of the use of CT in PHC users and nurses.

Methodology: Qualitative study, with hermeneutic phenomenological approach. In-depth recorded interviews were conducted with nurses who apply CT and CT users. A content analysis was carried out with the support of atlas.ti software.

Results: The categories in users were: motivation for use, previous experience with CT, effectiveness of CT, reliving, adherence, being sure of the use of CT and person-centered human relationship. In the case of nurse therapists, the following emerged: Favorable experiences for applying CT, establishing CT as part of PHC, effects on users perceived by the therapists, comprehensive care and satisfaction when applying CT.

Conclusion: Among the motivations of users are: mental and physical health problems; distant perception of health professionals; adverse effects associated with pharmacotherapy. The therapists' motivations included their previous life experience with CT.

Keywords: complementary therapies, primary health care, qualitative research, Life Change Events, Holistic Nursing.



1. INTRODUCCIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

La medicina alopática (también llamada medicina convencional o medicina occidental) corresponde a un sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía (1). Se sustenta en el modelo biomédico, el cual es la base conceptual de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes (2) .

Por otra parte, se encuentran los métodos complementarios para la salud, que se refieren a prácticas y productos de origen no convencional (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe los términos "medicina complementaria" o "medicina alternativa", los cuales se refieren a un amplio conjunto de prácticas de atención de la salud que no forman parte de la medicina convencional de un país y no están plenamente integradas en el sistema de atención de salud dominante (4). La terapia alternativa hace referencia al tratamiento no convencional que se usa "en lugar" del tratamiento convencional, mientras que la terapia complementaria se refiere a métodos que se usan "junto con" el tratamiento convencional (3).

Estos métodos reciben diferentes nombres: terapias complementarias alternativas, medicina tradicional y complementaria, prácticas integradoras y complementarias. En el presente estudio dichos términos serán unificados bajo el término Medicina Complementaria Alternativa (MCA), la que se utiliza en el ámbito internacional. Respecto a su utilización a nivel local en la APS se usará el término Terapias Complementarias (TC).

La MCA es una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención de salud (5). En muchas partes del mundo, los profesionales de la salud



y el público están afrontando temas relativos a la seguridad, eficacia, calidad, disponibilidad y reglamentación de la MCA (5).

Existen opiniones dispares respecto a su utilización. En un estudio español realizado con estudiantes de la salud, una amplia proporción de los estudiantes de fisioterapia y enfermería (33 [82.5%] y 151 [76.7%], respectivamente) consideraron la necesidad de integrar las TC en la práctica clínica convencional, frente a los estudiantes de farmacia y medicina, donde 110 (63.6%) y 108 (55.4%) que atribuyeron los logros de dichas terapias únicamente al efecto placebo (6). En Chile, en un estudio desarrollado con estudiantes de medicina respecto a sus opiniones sobre las terapias complementarias, un 51,9 % de los estudiantes de quinto año estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo en que la respuesta a las terapias complementarias se debe a un efecto placebo (7). En cuanto a los argumentos principales utilizados contra las terapias no convencionales, se identificó que “carecerían de validez científica”; que las afirmaciones en temas como el impacto por encima de las terapias convencionales o sobre el efecto placebo (en relación riesgo-beneficio), no han sido demostradas o se han demostrado erradas. Además de que estas terapias se basan en la religión, la tradición y la creencia en energías sobrenaturales (8).

En el caso de enfermedades como el cáncer, la Sociedad Americana del Cáncer menciona que los métodos complementarios pueden ayudar a que los pacientes con cáncer se sientan mejor cuando se usan junto con un tratamiento convencional (es decir, de forma complementaria) y bajo la supervisión de un profesional de la salud. Por otro lado, también refiere que algunas terapias alternativas o complementarias pueden ser peligrosas. Algunas pueden interferir con la manera en que funciona el tratamiento convencional contra la enfermedad (6).



A pesar de las premisas anteriormente mencionadas, el uso de MCA es amplio en la mayoría de los países y la situación de Chile no se encuentra ajena a esta realidad.

En un reporte global de la OMS sobre estas prácticas, se evidencia que cada vez más países reconocen el papel de la MCA en sus sistemas de salud. El 88% de los Estados Miembros de la OMS han reconocido el uso de MCA, lo que corresponde a 170 países. En el año 2018, 98 Estados Miembros habían desarrollado políticas nacionales sobre MCA y 109 países había promulgado leyes o reglamentos nacionales sobre la temática (9).

La OMS efectuó un análisis general de la situación actual de la MCA en todo el mundo y colaboró con expertos en la elaboración de la estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023 (5). Los objetivos estratégicos planteados en dicha estrategia fueron:

1. Desarrollar la base de conocimientos para la gestión activa de la MCA por medio de políticas nacionales apropiadas.

2. Fortalecer la calidad, la seguridad, la utilización adecuada y la eficacia de la MCA mediante la reglamentación de sus productos, prácticas y profesionales.

3. Promover la cobertura sanitaria universal mediante la integración de los servicios de MCA en la prestación de servicios de salud y el autocuidado(5).

El aumento del interés de la población por la MCA exige su integración más estrecha a los sistemas de salud. Las instancias normativas deberían examinar de qué manera la MCA puede mejorar la experiencia del paciente y la salud de la comunidad (5).

Preguntarse las razones por las cuales las personas recurren a la MCA, permite indagar más en profundidad en esta práctica de salud. Los patrones de



utilización de MCA varían en función de factores como la cultura, la importancia histórica y los reglamentos. Según la OMS (5) existirían 3 pautas generales:

1. Utilización en países en los que la medicina tradicional (no convencional) es una de las principales prácticas de atención de salud.

2. Utilización de medicina tradicional debido a influencias culturales e históricas.

3. Utilización de la MCA como terapia complementaria.

Si bien existen elementos comunes en los motivos por los que las personas se inclinan a utilizar la MCA, también se aprecian numerosas diferencias entre los países y las regiones. Entre los motivos de uso se encuentra una mayor demanda de todos los servicios de salud; un deseo de obtener más información sobre las opciones disponibles; una creciente insatisfacción con los servicios de atención de salud existentes; un renovado interés por la “atención integral de la persona”; la calidad de vida cuando la curación no es posible (5); dificultad en el acceso a la medicina alópata (al menos en los países menos desarrollados); deterioro de la relación médico-paciente; insatisfacción en los resultados obtenidos con la medicina convencional; insatisfacción respecto al diagnóstico, entre otros (10).

Entre las dificultades señaladas por la OMS, respecto a la utilización de MCA, 99 países indicaron que la falta de datos de investigación respecto a la temática era su principal dificultad. Las dos siguientes dificultades principales fueron la falta de apoyo financiero para la investigación sobre MCA (informado por 86 países) y la falta de mecanismos para monitorear la seguridad de los productos MCA (informado por 75 países) (9).

Al buscar evidencia respecto al tema de MCA en las bases de datos, el principal país productor de literatura científica es Estados Unidos. En América del Sur esta posición la ostenta Brasil. Las publicaciones en Chile se enfocan



principalmente en revisiones de la literatura (11–14); o bien se orientan al estudio sobre el uso de terapias específicas, como reflexología, masoterapia(15) y acupuntura (16). Además, sobre su utilización en patologías concretas como artritis (16) o cáncer (17–19).

En cuanto a la reglamentación de la MCA, desde el año 2005, en la Región de las Américas (9), hubo un aumento en el número de los Estados Miembros (EM) de la OMS, que desarrollaron políticas, programas y leyes para dichas prácticas. En el año 2018, más del 85% del total de estos Estados de la Región de África y Asia Sudoriental informó tener una política nacional para la MCA. En la Región del Pacífico Occidental y la Región del Mediterráneo Oriental, el 63% y el 43% de los EM, respectivamente, contaban con un marco de política nacional, mientras que en la Región de las Américas y la Región de Europa los porcentajes eran más bajos, del 31% y 21 %, respectivamente (9). Esto muestra, en mayor o menor medida, la preocupación de los países para reglamentar las MCA.

Dentro de las prácticas utilizadas en estos países, la acupuntura fue la más común (informada por 113 países), seguida por las medicinas a base de hierbas (110 países) y la medicina tradicional autóctona (reportada por 109 países). Le siguieron la homeopatía y la medicina tradicional china, cada una utilizada por 100 países, mientras que más de 90 países informaron sobre el uso de la naturopatía, quiropráctica, osteopatía, etc. Además 71 países informaron sobre otras prácticas, que incluían masaje terapéutico, hipnoterapia, reiki, reflexología, hidroterapia, florales de Bach, entre otras (9).

De acuerdo con información entregada por el Ministerio de Salud (MINSAL) (20), entre las MCA que se practican en Chile están la Homeopatía, Acupuntura, la Naturopatía, la Quiropraxia, las Terapias Florales, Apiterapia, etc. Además de otras prácticas aparentemente menos complejas como el Reiki, la aromaterapia, el quiromasaje, etc. (20).



En países como Brasil ya se ha evolucionado al concepto de Prácticas Integrativas, como aquellas que se dirigen hacia una integración de conocimientos y herramientas para la intervención, basada en un concepto holístico de la salud que trasciende el reduccionismo. Las prácticas integrativas, son aquellas que consideran todas las dimensiones del ser humano (21). En dicho país los servicios de MCA están parcialmente asegurados por organizaciones gubernamentales y privadas. Por ejemplo, la acupuntura está totalmente cubierta por el gobierno y los seguros privados (9).

En Chile el Ministerio de Salud (MINSAL) (20) ha definido e implementado una serie de regulaciones dirigidas a reconocer y normar el ejercicio de estas prácticas no convencionales. En el año 2005 se dicta el Decreto N° 42 (22) que reglamenta el ejercicio de las prácticas alternativas (complementarias) como prácticas auxiliares de la salud.

El último estudio publicado oficialmente por el MINSAL el año 2012 indagó sobre la prevalencia de uso de MCA en la población chilena(10), y su objetivo fue caracterizar el conocimiento y la demanda que la población hacía de las MCA en la realidad sanitaria del país. Entre los resultados se encontró que son 15 las principales terapias MCA utilizadas por la población. El yoga, la fitoterapia y la homeopatía superaron el 10% de uso. Por su parte el Reiki 9%, el Biomagnetismo 8,8%, y la Naturopatía 8,2% son las segundas terapias más utilizadas. Respecto al uso por ciudad donde se aplicó la encuesta, los resultados muestran que la ciudad de Puerto Montt es la que mantiene una mayor frecuencia de uso (67,5%), siguiéndole Santiago con un 65,1% (10).

Además de estos resultados, Chile cuenta con estadísticas sanitarias, entre las que destacan las de producción de actividades. Estas estadísticas se construyen a través de los resúmenes estadísticos mensuales (REM), constituyéndose en una herramienta útil para el monitoreo de programas y convenios de salud, así como el cumplimiento de metas del sector (23). A través



de datos extraídos desde el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) (24), en la información contenida en el REM A 31, relativa a “Medicina complementaria” del año 2018, se pudo conocer la utilización de MCA. En sus distintas secciones incorpora información sobre los tipos de terapias, personas que reciben las terapias, profesionales que las entregan y la instancia en la que se realiza la atención en los centros de salud públicos. De acuerdo con estos datos el año 2018 en Chile se entregaron en total 165.483 terapias, de las cuales la mayoría (78,6%) fueron recibidas por mujeres, mientras que los hombres recibieron un 21,4% de ellas (24). La MCA entregada con mayor frecuencia fue la terapia floral, con 45.405 atenciones (27,4%), seguida por la acupuntura con 30.918 atenciones (18,7%) (24).

En relación con los profesionales que la aplicaron, en el año 2018 las/os enfermeras/os se encontraban en el tercer lugar de profesionales que brindaron MCA. Entregaron 5.605 terapias, correspondiente al 3,4% del total de estas. Dentro de las MCA practicadas por enfermeros está la terapia floral (25%), la terapia neural (15,6%), el reiki (5,9%), entre otras (24), mostrando que el uso de MCA está siendo incorporado en la práctica de los profesionales de enfermería.

Respecto a quienes recibieron las terapias, fueron un total de 137.274 personas. En su mayoría se trató de usuarios del servicio público (92,8%), funcionarios (5%) y familiares de usuarios (2,2%) (10). Por lo tanto, se evidencia que su uso es amplio y abarca a los usuarios, sus familias y también involucra a los trabajadores de la salud.

Respecto a la instancia en la que los usuarios recibieron la atención con MCA, una minoría fue realizada en “pacientes hospitalizados” (1,1%). Un 0,3% fue en contexto de “programa de cáncer”, un 4,7% formaban parte del “programa de manejo de dolor”. En comparación con las cifras anteriores, el mayor número de usuarios que recibieron las terapias se encuentran en programas de Atención Primaria de Salud (APS), tales como: “Salud Mental” 34,6%, “Rehabilitación”



7,8%,” y Cardiovascular” con un 1,8%. También en el 2018, un 29,3% de las personas que recibieron estas atenciones fueron “derivadas desde morbilidad” y un 9,5% de los usuarios que accedieron a MCA fue a través de “consulta espontánea” (24).

En Chile los dos principales motivos de uso de la MCA tienen relación con buscar una mejora de alguna dolencia física o resolver problemas de estrés, ansiedad o estados depresivos. El 35,4% declara que recurrió a la MCA por un malestar físico, mientras que un 25,5% utiliza este tipo de terapia para resolver problemas psicológicos y/o emocionales (10).

Los datos anteriores muestran que la principal área de prestaciones de Terapias Complementarias se concentra en la APS. Este tipo de atenciones se ha ido constituyendo en un espacio formal en los centros de salud, en donde se brindan como una prestación en los establecimientos.

En el presente estudio se consideró abordar la temática de la utilización de MCA en la APS, en su uso como Terapia Complementaria (TC) al tratamiento habitual brindado en la Atención Primaria en Salud (APS).

Sin embargo, en Chile la investigación en el área específica de la utilización de TC a nivel específico de la APS no ha sido abordada en profundidad. Hay publicaciones primarias en el área de las TC en APS, las que se han enfocado en plasmar las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud respecto a la implementación de estas terapias en el quehacer profesional (25,26). Sin embargo, no centran su foco en las percepciones, significados y experiencias vivenciadas por los usuarios/as de este tipo de prácticas.

Siendo lo anteriormente señalado, la base por la cual surgió la iniciativa de realizar este estudio en usuarios/as y enfermeras/os de APS que participan en TC.



1.2 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Como ya se mencionó, las TC es cada vez más usada y su difusión es amplia en el mundo (9). Existe más interés en ellas y en la reglamentación de su práctica (5).

A pesar de los argumentos contra su utilización, han seguido siendo usadas. En este contexto las terapias complementarias paulatinamente están siendo incorporadas y han constituido un espacio formal en centros de salud, como es el caso de los centros de atención primaria. Por lo que actualmente en Chile existe una gran variedad de terapias entregadas por diferentes profesionales (entre ellos enfermería) y en distintas instancias, las cuales son informadas a través de los resúmenes estadísticos mensuales como parte de las prestaciones brindadas por los centros de salud a nivel nacional (23).

Resulta relevante conocer (desde la mirada cualitativa) las perspectivas de la utilización de estas terapias, tanto de usuario como de aquellos profesionales que las practican en sus atenciones, ya que al ser parte de la atención es relevante conocer cuáles son sus repercusiones en usuarios/as de TC y en prestadores de atención, identificando en mayor profundidad la motivación de los usuarios de acceder a estas prestaciones, así como de los prestadores de éstas.

Este tipo de terapia se encuentra muy relacionada con el concepto de Salud Integral. Ésta combina los enfoques convencionales y complementarios de forma coordinada. Se refiere a cómo ayudar a las personas a mejorar y restablecer su salud en múltiples ámbitos (biológico, conductual, social, ambiental) y no limitarse sólo al tratamiento de la enfermedad (3), resultando del mayor interés indagar si la implementación de las TC ha presentado dicha contribución a la salud de la población.



También era importante identificar cómo se estaba usando la TC para avanzar en el cumplimiento del objetivo de alcanzar la cobertura universal de salud, al estar incluida en la prestación formal de servicios de salud esenciales (9).

A continuación, se aborda la relevancia del estudio desde los ámbitos social, profesional y disciplinar.

1.2.1 Relevancia Social:

Se consideró necesaria la realización de la presente investigación, ya que en el contexto actual las personas están en una búsqueda de diferentes métodos y formas de atención que les permitan mantener y/o mejorar su salud y su bienestar integral (ya sea que tengan mayor o menor grado de conocimiento de las terapias a las que acceden). En los centros de salud existe en la actualidad una mayor demanda de estas prestaciones por parte de la población.

En este mismo de contexto es que los diferentes centros de salud están implementando e incorporando entre sus prestaciones terapias no convencionales. Los establecimientos de salud monitorean la realización de estas terapias a través de estadísticas mensuales, que son generales. Sin embargo, resulta relevante conocer no solo datos estadísticos, sino que vislumbrar de forma más detallada cómo los usuarios (a nivel local) están recibiendo estas atenciones y qué significan para ellos y su salud. Además de las implicancias para los profesionales de salud que las incorporan a su práctica habitual como atenciones directas a la población.

Las instituciones que incluyen un modelo de medicina integrativa deben emprender la investigación operativa de los indicadores que ayuden a demostrar el impacto que tiene dicha estrategia en la población. Por otro lado, se debe incluir



la perspectiva, opiniones y satisfacción de los pacientes como un indicador de evaluación de la inclusión de este tipo de modelos (27).

Por lo tanto, los resultados permitirán al centro de salud conocer las perspectivas de los usuarios que reciben TC y la experiencia de su uso. Esto podrá generar una retroalimentación, que en un futuro permita mejorar los procesos de implementación de las terapias. Permitirá que el establecimiento visibilice el impacto que estas prestaciones tienen para los usuarios. Además, la información resultante de la investigación podrá ser usada en instancias de gestión del centro de salud, en el momento de la programación. De esta manera los resultados permitirán justificar la distribución y/o asignación de recursos que permitan optimizar el acceso e implementación de las TC y determinar su mantenimiento a lo largo del tiempo dentro de la cartera de prestaciones que se entregan a la comunidad.

1.2.2 Relevancia para la profesión de Enfermería

Enfermería es una profesión que cumple un rol preponderante en la atención de usuarios de atención primaria. Para la profesión es importante conocer y reconocer que en los centros de salud primaria se practican las TC como una forma diferente de entregar atención a las personas. Estas terapias están integrándose como una “nueva” labor que enfermeros/as están realizando en su quehacer diario, como una diferente forma de entregar cuidados, visualizándolas como un complemento al tratamiento y cuidados habituales que reciben los usuarios.

La atención a través del uso de TC está en consonancia con el rol de la enfermera/o, al considerar a la persona en forma global, entregar cuidados no sólo en el ámbito biológico, sino de manera holística (incluyendo las creencias y la espiritualidad de las personas), tanto en la promoción, mantención y



recuperación de la salud, así como de otorgar cuidados y acompañamiento en momentos en los que no es posible la recuperación de esta. Con esto es posible cumplir los principios de la atención primaria de la salud, como la búsqueda de un cuidado de la salud continuo, amplio y coordinado en la comunidad (28). Por este motivo el presente estudio resulta relevante, ya que pretende mostrar cómo ha sido la recepción y la experiencia por parte de los usuarios/as frente el uso este tipo de cuidado que va más allá del aspecto biológico. Además de lo que significa para los propios enfermeros/as su implementación.

1.2.3 Relevancia para la disciplina de Enfermería

Como ya se mencionó anteriormente la falta de investigaciones en el ámbito de las TC en una de las principales barreras reportadas por la OMS. Se espera que los resultados del estudio contribuyan a la generación de conocimiento metodológicamente válido en el contexto chileno, permitiendo disminuir esta falta de datos de investigación. El conocimiento generado será divulgado y otros profesionales, estudiantes y/o investigadores tendrán acceso a él. Podrá ser utilizado y comparado por otros enfermeros que también incluyan o estén en vías de incluir las TC como forma de cuidado en sus propios centros de salud. Para aquellos enfermeros/as que ya utilizan las TC en su práctica habitual, permitirá comparar sus propias experiencias respecto a la utilización con los resultados del estudio. Por otro lado, para aquellos profesionales que se encuentran interesados o planean utilizar estas TC, el conocimiento generado en este estudio, puede ser utilizado como referencia respecto a la experiencia de los usuarios que ya han recibido estas prestaciones en su centro de salud.

Se espera que la información cualitativa generada también pueda ser utilizada y sentar bases para el desarrollo de futuras investigaciones en el área.



La generación, síntesis y la difusión de conocimientos e información sobre medicinas tradicionales y complementarias corresponde a una parte importante de una integración exitosa de ellas en la implementación de la atención primaria de salud (29).



1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Enfermería al brindar cuidados a lo largo de todo el ciclo vital de las personas, debe considerar, conocer e implicarse en las prácticas aplicadas en el proceso de salud y enfermedad de los usuarios.

Dentro de estas prácticas se encuentra el uso cada vez más frecuente de terapias complementarias/alternativas, las cuales en la actualidad están siendo incorporadas y son ofrecidas por los centros de salud de atención primaria. Este tipo de terapias, han sido evaluadas en su utilización de manera complementaria al tratamiento habitual entregado los centros de salud.

La integración de estas terapias en centros de atención primaria requiere conocer las implicancias que ese tipo de prestaciones tienen tanto para los profesionales que las aplican, entre ellos enfermería, como para los usuarios/as de TC.

Por lo anteriormente descrito, el problema de investigación radica en la falta de información válida en el contexto local sobre las experiencias vividas por los enfermeros/as y usuarios/as del uso de las terapias complementarias en la comuna de Los Ángeles en el año 2023, las cuales son entregadas como prestación en algunos de los centros de salud de atención primaria de la comuna.

El presente proyecto de investigación pretende responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la experiencia de la utilización de Terapias Complementarias para enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria de la comuna de Los Ángeles en el año 2023?



2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco filosófico

2.1.1 Fenomenología

La fenomenología es una filosofía, un enfoque y un diseño de investigación. Su origen se remonta al matemático Edmund Husserl (1859-1938) (30). Se obtienen las perspectivas de los participantes. Se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno. Los investigadores trabajan directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias (30).

La investigación fenomenológica es un diseño de indagación proveniente de la filosofía y la psicología en el que el investigador describe las experiencias vividas por los individuos acerca de un fenómeno tal como lo describen los participantes. Esta descripción culmina en la esencia de las experiencias de varios individuos que todos han experimentado el fenómeno. Este diseño tiene fuertes bases filosóficas y típicamente implica la realización de entrevistas. En fenomenología, las preguntas podrían ser en términos generales sin una referencia específica a la literatura existente o una tipología de preguntas (31). El fenómeno se identifica desde el planteamiento y puede ser tan variado como la amplia experiencia humana (30).

Primero, se identifica el fenómeno y luego se recopilan datos de las personas que lo han experimentado, para finalmente desarrollar una descripción compartida de la esencia de la experiencia para todos los participantes (lo que vivieron y de qué forma lo hicieron) (30).

El diseño fenomenológico se fundamenta en las siguientes premisas:

- Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.



- Se basa en el análisis de discursos y temas, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición, imaginación y en las estructuras universales para lograr aprender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (momento en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas que las vivieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias) (30).

El cuidado es un fenómeno complejo que involucra la intersubjetividad. Esto permite comprender diferentes fenómenos vividos por las personas receptoras de los cuidados. La comprensión del cuidado como una situación subjetiva con múltiples percepciones, es la razón por la que la fenomenología permite un acercamiento a dichos fenómenos y aporta al conocimiento disciplinar una visión más amplia sobre las diversas situaciones de cuidado (32).

Para la disciplina de enfermería ha surgido la necesidad de explorar y comprender las experiencias de vida desde la perspectiva de los usuarios. Por este motivo se ha hecho necesario recurrir a metodologías de investigación que permitan profundizar en fenómenos sociales, por lo que el desarrollo de estudios de tipo cualitativo resulta como una herramienta muy útil. Entre ellas, la fenomenología, ha sido un recurso cada vez más utilizado en enfermería, ya que busca sacar a la luz o develar el significado esencial de la experiencia humana, para comprender mejor a la persona. El método fenomenológico surge para enfermería como una herramienta de gran relevancia que le permite, entre otros beneficios, mejorar la comprensión del ser humano al cual brinda cuidados (33).

La presente investigación se sustenta en la fenomenología, esto debido a que este método le interesa responder cómo las personas dan sentido a su experiencia vivida. En este caso la experiencia compartida corresponde a la utilización de TC en APS.



La fenomenología permite captar las experiencias individuales, el sentido global y común, o esencias, de una experiencia o evento. Es el cómo las personas viven y dan sentido a lo particular de la experiencia vivida (34).

Se considerará específicamente como referente teórico a Martin Heidegger. Heidegger agrega a la fenomenología la *significación* de la explicación del fenómeno (34). Propone una fenomenología interpretativa desde la primera evidencia, es en sí la cuestión de lo que es el significado en el mundo, entiende el significado y constituye la posibilidad de inteligibilidad (34). Heidegger va más allá de la descripción del fenómeno de la experiencia, sino que lo refiere como una comprensión e interpretación, una aclaración explicativa del sentido del ser, donde la dimensión de la consciencia se expresa en el lenguaje y es histórico-socio-cultural (32).

La hermenéutica es un intento de interpretar el sentido del fenómeno, las significaciones ocultas (34).

La fenomenología hermenéutica fue propuesta como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos en una manera diferente a la tradición positivista (35). El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y cómo el mundo es inteligible para los seres humanos (35). Está interesada en entender los fenómenos en sus propios términos. Para lograr esto se deben descubrir y entender los significados, hábitos y prácticas del ser humano (35). Se intenta depurar el fenómeno considerado con el propósito de develar la estructura invariante o esencia (34).

El objetivo de la fenomenología interpretativa es comprender las habilidades prácticas y experiencias cotidianas; y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias. La fenomenología interpretativa intenta desarrollar un entendimiento e interpretación del ser humano basados en sus compromisos, significados y prácticas (35).



El diseño metodológico implica la articulación de cuatro momentos: a) aplicar la epojé, b) un momento descriptivo en el que se analiza la intencionalidad y el “ser en el mundo”, c) la reducción, que se interpreta como el paso del momento descriptivo de la estructura fenoménica para lograr establecer patrones “la esencia” y d) la constitución, que son los pasos que se dan para construir el conocimiento (34). Éstos se describen a continuación:

a) Hacer epojé desde un plano interpretativo del fenómeno a estudiar, dejar entre paréntesis, es decir, dejar entre paréntesis el propio pensamiento de manera interpretativa.

b) Intencionalidad. Es la descripción de las vivencias de los informantes. Tiene como fin reflejar la vivencia de los informantes en torno al tema objeto de interés, es decir, iniciar la descripción de aquello que se experimenta cuando se vive el fenómeno en sí.

c) La reducción. Es el paso del plano descriptivo a la descripción de la estructura fenomenológica, operación que permite acceder a lo constitutivo del fenómeno. Lleva a la esencia, la estructura.

d) La constitución. En esta etapa se pretende dar cuenta de manera reflexiva del proceso de construcción del conocimiento, se explica la síntesis, el cómo se hizo para dar cuenta de lo dado, lo dable, la unidad de significado; es decir, el cómo se sintetizó la estructura. Es parte del proceso reflexivo constante, del cómo se hizo para llegar a construir ese o tal conocimiento (34).



2.2 Marco teórico

El referente teórico utilizado para la presente investigación corresponde a la teorista Jean Watson con su teoría del cuidado humano (36,37).

La utilización de TC en la atención de las personas es considerada como una atención integral de la salud, lo cual se encuentra en consonancia con lo propuesto por la teorista Jean Watson.

Se utilizó dicha teoría ya que considera a la ciencia del cuidado como punto de partida para enfermería. Reintroduce “el espíritu y las sagradas dimensiones” al trabajo, vida y mundo de enfermería. Permite una reunión entre la metafísica y el mundo físico material de la ciencia moderna (36). Esto evidencia que en sus escritos incluye las dimensiones no físicas en los cuidados.

En cuanto a las definiciones del metaparadigma en enfermería, éstas permitirían facilitar la comprensión de la práctica de terapia complementaria. En el marco de la Teoría de Watson, las definiciones se entienden como:

-Enfermería: consiste en conocimiento, pensamientos, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión. Las enfermeras/os se deben interesar por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud y prevenir la enfermedad. Desde la perspectiva de Watson se visualiza a la enfermera(o) más allá de acciones netamente técnicas en lo que ella establece como “Estado de enfermería” y contrapone este acto al de “esencia de enfermería”, el cual corresponde a la relación transpersonal entre la enfermera y el paciente lo que se traduce en un resultado terapéutico (37).

-Personalidad (Ser Humano): Watson usa indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como una unidad de mente, cuerpo, espíritu y naturaleza. La persona es “mente, cuerpo y alma” (37).

-Salud: La describe como “unidad y armonía, en la mente, cuerpo y alma”. Watson afirma que una dolencia, no es necesariamente una enfermedad, sino,



una confusión o desarmonía, subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de las personas (37).

-Entorno: Si bien no define de manera explícita el concepto “entorno”, en su trabajo hace referencia a él. Por ejemplo, describe que “los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento. Para Watson, en el entorno es donde entra en contacto la enfermera y el paciente. Describe el papel de la enfermera “atender los entornos de apoyo, protector y/o correctivo, mental, físico, social y espiritual (37)”.

La teoría del cuidado humano de Jean Watson apunta a alejarse del tratamiento y se enfoca en el “cuidado” (38). Watson intenta explicitar los valores, el conocimiento y las prácticas de la enfermería sobre el cuidado humano que están orientados hacia los procesos subjetivos de curación interna y el mundo de la vida de la persona que experimenta, lo que requiere artes únicas de cuidado-curación y un marco llamado "factores de cuidado, "que complementaba la medicina convencional, pero contrastaba con los" factores curativos " (38).

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y 10 procesos caritas (39). El primer supuesto corresponde “El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal”, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo con las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí (39).

Para Watson el cuidado consiste en Factores Carativos /Procesos Caritas, que facilitan la sanación, honran la totalidad y contribuyen a la evolución de la humanidad (36).



Los Procesos Caritas, describen el proceso de cuidado de cómo el paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz (37).

La dinámica del cuidado transpersonal dentro de un momento de cuidado se manifiesta en un campo de conciencia e intencionalidad. Las dimensiones transpersonales de un momento de cuidado se ven afectadas por la conciencia de la enfermera y la presencia centrada en el corazón en el momento de cuidado, que a su vez afecta el campo del todo. El que cuida y el que recibe el cuidado están interconectados. La conciencia de cuidar-curar-amar existe y trasciende el tiempo y el espacio y puede dominar las dimensiones físicas (38).

Los Procesos Caritas (PC) se yuxtaponen con los Factores de cuidado originales. Los Procesos Caritas son una extensión de los otros que han evolucionado; y están destinados a ofrecer un lenguaje más fluido para comprender un nivel más profundo las dimensiones de las experiencias humanas. Los términos y conceptos originales de los Factores de cuidado debían evolucionar, ya que parecían demasiado establecidos en el lenguaje de la era anterior, aunque sigue siendo relevante. Para Watson Caritas hace más explícita la conexión entre Caring y Amor y procesos de la vida humana (40).

El Proceso Caritas (40) se presenta a continuación:

1. Practicar la bondad amorosa y la ecuanimidad para uno mismo y los demás.
2. Estar auténticamente presente para / habilitar / sostener / honrar el sistema de creencias profundo y mundo subjetivo de uno mismo / otro.
3. Cultivar las propias prácticas espirituales; profundización de la conciencia de uno mismo, yendo más allá del "yo ego".
4. Desarrollar y mantener una auténtica relación de confianza, ayuda y cuidado.
5. Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos, como una conexión con el espíritu más profundo de sí mismo y del que se cuida.



6. Usando creativamente la presencia de uno mismo y todas las formas de conocimiento / múltiples formas de Ser / hacer como parte del proceso de cuidar; participar en el arte de las prácticas de curación y cuidado.

7. Participar en experiencias genuinas de enseñanza-aprendizaje que asista a la persona en su totalidad, su significado; intentando permanecer dentro del marco de referencia de otros.

8. Crear un ambiente de curación en todos los niveles (físico, no físico), ambiente sutil de energía y conciencia, donde la integridad, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz son potenciados.

9. Ayudar con interés intencional y afectuoso, con las necesidades básicas como actos sagrados, considerando la mente y el espíritu del otro.

10. Abrirse y atender lo espiritual-misterioso, desconocido dimensiones existenciales de vida-muerte; atendiendo al cuidado del alma uno mismo y el que está siendo cuidado (40).

Para Watson a medida que las enfermeras entran a este nuevo campo transformador profundo de las Prácticas Caritas, se introducen en un mundo completamente diferente. Esta evolución también requiere un nuevo lenguaje: un lenguaje alquímico, transformador, no médico, no clínico. Se encuentran en un punto de la madurez humana y disciplinar en la que podemos admitir nuevos lenguajes de belleza, equilibrio, gracia, encanto, piedad, milagros y misterio. Necesitan un lenguaje y discursos que vibren a una frecuencia más elevada, que nos fueren a nuevas profundidades de sentido, nuevos entendimientos, metáforas, mitos, historia e imágenes (36).

Por lo anteriormente expuesto, esta teoría se encuentra en consonancia frente a estas “nuevas formas de cuidar” en las que es necesario que los profesionales de enfermería, si bien hagan uso de sus conocimientos “técnicos” en los cuidados que brindan, deben explorar y estar dispuestos a crear y establecer una relación mucho más cercana con la persona.



Se desprende de las conceptualizaciones como Watson incluye y considera la espiritualidad en los cuidados que deben ser entregados. Ya que es precisamente en las dimensiones no físicas, tales como la espiritualidad, las creencias, la cultura, donde tienen cabida la utilización de terapias complementarias en el quehacer de enfermería, ya que este tipo de cuidados se encuentran relacionados con las distintas dimensiones de las personas.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Medicina tradicional, complementaria e integrativa

La OMS describe los términos "medicina complementaria" o "medicina alternativa", los cuales se refieren a un amplio conjunto de prácticas de atención de la salud que no forman parte de la tradición o la medicina convencional de ese país y no están plenamente integradas en el sistema de atención de la salud dominante. Se utilizan indistintamente con la medicina tradicional en algunos países (4).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las Medicinas Tradicionales y Complementarias que posean calidad, seguridad y eficacia comprobada, contribuyen al objetivo de garantizar que todas las personas tengan acceso a la atención en salud, es decir, contribuyen a avanzar hacia la salud universal (41).

Dentro de las prácticas que no forman parte de la medicina convencional, la OMS también considera la medicina tradicional. Esta es la suma total de los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias autóctonas de diferentes culturas, explicables o no, utilizadas en el



mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales (5).

El Centro Nacional para Medicinas Complementarias/Alternativas de Estados Unidos (NCCIH por sus siglas en inglés) (3), considera las siguientes conceptualizaciones:

Si una práctica no convencional se utiliza junto con la medicina convencional, se considera “complementaria”.

Si una práctica no convencional se utiliza en reemplazo de la medicina convencional, se considera “alternativa”.

El NCCIH utiliza “salud integral” para hacer referencia a la incorporación de métodos complementarios a la atención convencional de la salud (3).

Este tipo de terapia también recibe el nombre de “medicina holística”, ya que generalmente apunta a cómo la enfermedad afecta a la persona en su totalidad: física, emocional, espiritual y socialmente (42).

Este tipo de prácticas contribuye a empoderar a las personas y comunidades. Proporciona importantes modalidades para prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y paliación en atención primaria (29).

-Tipos de métodos complementarios para la salud

La mayoría de los métodos complementarios para la salud corresponde a uno de dos grupos: productos naturales o prácticas del cuerpo y la mente.

a. Productos naturales:

Este grupo incluye productos diversos, como hierbas (también llamadas productos botánicos), vitaminas y minerales, y probióticos(3).

b. Prácticas de la mente y el cuerpo:

Incluyen un grupo amplio y diverso de procedimientos o técnicas administradas o enseñadas por un profesional capacitado o un profesor. Algunos



ejemplos son: el yoga, la manipulación quiropráctica y osteopática, la meditación y la terapia de masajes (3).

Otras prácticas de la mente y el cuerpo incluyen: acupuntura, técnicas de relajación (como ejercicios de respiración, ensoñación dirigida y relajación muscular progresiva), tai chi, curación por el tacto, hipnoterapia y terapias de movimiento.

c. Otros métodos complementarios para la salud:

Estas dos grandes áreas previamente mencionadas (los productos naturales y las prácticas de la mente y el cuerpo), abarcan la mayoría de los métodos complementarios para la salud. Sin embargo, es posible que ciertos métodos no correspondan completamente a ninguno de estos grupos, como por ejemplo las prácticas de los curanderos tradicionales, la medicina ayurvédica, la medicina tradicional china, la homeopatía y la naturopatía (3).

Situación en Chile

En Chile, de acuerdo con lo que estipula el decreto n° 42 del año 2005, se reglamenta el ejercicio de estas prácticas, indicando que se entenderán por Prácticas Médicas Alternativas a todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial, que se ejerzan de modo coadyuvante o auxiliar de la anterior. Las prácticas médicas alternativas podrán denominarse indistintamente como prácticas médicas alternativas y complementarias (22) .

Se debe considerar que el mencionado decreto deja a la medicina popular tradicional chilena al margen de dicho reglamento. Esta medicina es entendida como las actividades y procedimientos de recuperar y mantener la salud, de origen sociocultural autóctono en el país, ejercida por sanadores formados tradicionalmente en sus propias comunidades de pertenencia (22) .



Entre las TC que se practican en el país están la Homeopatía, Acupuntura, Naturopatía, Quiropraxia, Terapias Florales, Apiterapia, etc. Otras prácticas aparentemente menos complejas son el Reiki, la aromaterapia, etc (20).

En Chile (43) en el año 2021 fue publicada la Orientación Técnica Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud (MC-PBS) en Atención Primaria, en la cual fue consensuado que el campo de la medicina complementaria incluye no sólo sistemas de salud y técnicas o disciplinas terapéuticas encaminadas al tratamiento de dolencias, sino también prácticas que ponen el acento en aspectos promocionales de la salud, contribuyendo al bienestar y mantenimiento de esta, como el yoga, el qi gong, la meditación entre otras, las cuales son consideradas prácticas de bienestar en salud (PBS).

a. Acceso a MC-PBS:

La persona puede llegar de forma espontánea solicitando las prestaciones o bien derivado por profesional de la salud y/o terapeuta del centro de salud o desde otra entidad de la red de salud definida localmente (por ejemplo: postas de salud rural, COSAM, nivel secundario, etc.), vía documento formal (interconsulta u hoja de derivación), la que debe indicar, al menos, motivo de derivación, diagnóstico y /o síntomas, solicitud y profesional responsable de dicha derivación (43).

b. Formación y características de los terapeutas:

En el caso de las terapias actualmente reguladas (acupuntura, homeopatía y naturopatía), los prestadores de atención deben cumplir con los requisitos indicados en el marco regulatorio vigente por el MINSAL, en cuanto a certificación y acreditación de programas de formación con el objetivo de asegurar calidad de la atención. En relación con aquellas MC-PBS no reguladas se exigirá certificación de estudios de acuerdo con requerimientos de la respectiva terapia,



acorde al riesgo de cada una de estas, mientras no sean reconocidas y reguladas por el MINSAL (43).

Los terapeutas de MC-PBS deberán estar certificados por alguna entidad o autoridad en el área, según cada disciplina. Se sugiere que la incorporación de los terapeutas al Equipo de Salud debiese estar alineado con el perfil laboral determinado por el ente administrador de la Atención Primaria. Es necesario además que el terapeuta posea un desarrollo avanzado de las habilidades blandas y autoconocimiento (43).

-Terapias incluidas en la investigación

En la presente investigación considerará la atención con terapia floral, reiki y auriculoterapia, debido a que son las mayormente utilizadas en la comuna de Los Ángeles. Estas prácticas se describen a continuación.

a. Reiki:

Práctica terapéutica que utiliza la imposición de manos para canalizar la energía vital, con el objetivo de promover el equilibrio energía, necesaria para el bienestar físico y mental. Es una de las prácticas de sanación vibratoria que componen el marco de las técnicas de imposición de manos (44).

b. Terapia floral:

Práctica terapéutica con esencias derivado de las flores para actuar sobre estados mentales y emocionales. El precursor de esta práctica fue el inglés Dr. Edward Bach (44).

c. Auriculoterapia:

Técnica terapéutica que favorece la regulación psíquico-orgánica del individuo a través de estímulos en los puntos energéticos ubicado en la oreja, donde se encuentra todo el organismo representado como un microsistema.



Estimula las zonas neuro reactivas a través de agujas, bolas de acero, oro, plata, plástico, o semillas de mostaza, previamente preparadas para ese fin (44).

d. *Cuencos tibetanos (sonoterapia):*

El cuenco tibetano es un instrumento musical que tiene una estructura circular simétrica tridimensional. Es altamente resonante y tiene un sonido que se sostiene por mucho tiempo. En su ejecución típica es frotado con una baqueta. Dependiendo de la velocidad del frotamiento y del estado inicial del cuenco, puede producirse la excitación de varios modos de vibración (45).



2.3.2 Atención Primaria en Salud (APS)

La APS constituye la base del sistema público de salud chileno. Tiene sus bases en la Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo (46).

En Chile la APS se sustenta en el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitaria (MAIS), el que responde a las necesidades de sus usuarios, para lo cual la atención debe ser integral, oportuna, de calidad y resolutive, y culturalmente aceptada por la población, fomentando su participación e incluyendo otros sectores (47).

La definición de Atención Primaria establecida en la declaración de Alma Ata (46) en 1978 es: atención sanitaria esencial basada en la práctica, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos como las familias y las comunidades con el Sistema Nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada (46).

La OMS (48) indica que la APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso



continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (48).

Según la OPS la atención primaria es un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada (49).

Proporciona una atención integral de la persona para satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de su vida, no solo para una serie de enfermedades específicas. La atención primaria vela por que las personas reciban un tratamiento integral, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, de una forma lo más ajustada posible a su entorno cotidiano (49).

Su definición ha sido formulada en base a tres componentes:

1. Trata los problemas de salud de las personas mediante una asistencia integral de promoción, protección, prevención, cura, rehabilitación y cuidados paliativos en el curso de la vida, priorizando estratégicamente los servicios de salud cruciales del sistema destinados a las personas y las familias a través de la asistencia primaria, así como a la población, mediante funciones de salud pública como elementos centrales de servicios integrados de salud (49).

2. Aborda sistemáticamente los determinantes más amplios de la salud (entre ellos las características y comportamientos sociales, económicos y ambientales, así como los de las personas) a través de políticas y medidas públicas basadas en pruebas científicas en todos los sectores (49).

3. Fomentar la autonomía de las personas, las familias y las comunidades para optimizar su salud, como promotores de las políticas que fomentan y protegen la salud y el bienestar, como copartícipes en los servicios de salud y sociales, y como cuidadores de sí mismos y de otras personas (49).



La Organización Panamericana de la Salud en el año 2007 emitió el documento “La Renovación de la APS en las Américas” (50), el cual tiene como propósito servir de referencia a todos los países que pretendan fortalecer sus sistemas de atención de salud, acercando la atención a las personas que viven en áreas urbanas y rurales, independientemente de su género, edad, grupo étnico, situación social o religión.

Existen varias razones que justifican la adopción de una estrategia renovada de la APS, tales como: los nuevos desafíos epidemiológicos, la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS; y el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

La renovación de la APS supone reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano.

Un sistema de salud basado en la APS requiere un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.



Debido a los nuevos desafíos contextos y conocimientos es necesario renovar la APS. El objetivo último de dicha renovación es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

La renovación de la APS requiere la transformación de los sistemas de salud, en donde la atención primaria desempeñe un papel central.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

Cuidados apropiados significa que el sistema de salud no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su contexto a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo que las intervenciones son seguras y que la persona no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo. El cuidado apropiado implica que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que las prioridades respecto a la asignación de los recursos se establecen según criterios de eficiencia (de distribución y técnica) y de equidad. Los servicios deben ser pertinentes; para ello es preciso que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atiendan necesidades específicas de determinados grupos de población, como las mujeres, los ancianos, los discapacitados, las poblaciones indígenas o poblaciones de ascendencia africana, que quizá no estén recibiendo la atención apropiada debido a la manera en la que comúnmente ésta se organiza (50).

En Chile la Atención Primaria de Salud representa el primer nivel de contacto con el sistema público de salud, brindando atención ambulatoria a través



de: Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas Salud Rurales (PSR), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Alta Resolutividad (SAR), entre otros (51).

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud; y atienden en forma ambulatoria. En el CESFAM se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, y, por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas (51).

En Chile el Sistema de Salud, se define como un Sistema basado en Atención Primaria, en donde desde el Modelo de Atención Integral de Salud, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad (47).

El Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud (47).

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que



se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (47).

De acuerdo con lo establecido en la declaración de Astaná en Kazajistán en el año 2018, el éxito de la atención primaria de la salud dependerá, entre otros aspectos, del desarrollo de conocimientos y capacidades. Se deben utilizar los conocimientos, tanto científicos como tradicionales, para fortalecer la atención primaria de la salud, mejorar los resultados de salud y garantizar el acceso de todas las personas a la atención adecuada en el momento oportuno y en el nivel de atención más apropiado, respetando sus derechos, necesidades, dignidad y autonomía (52).

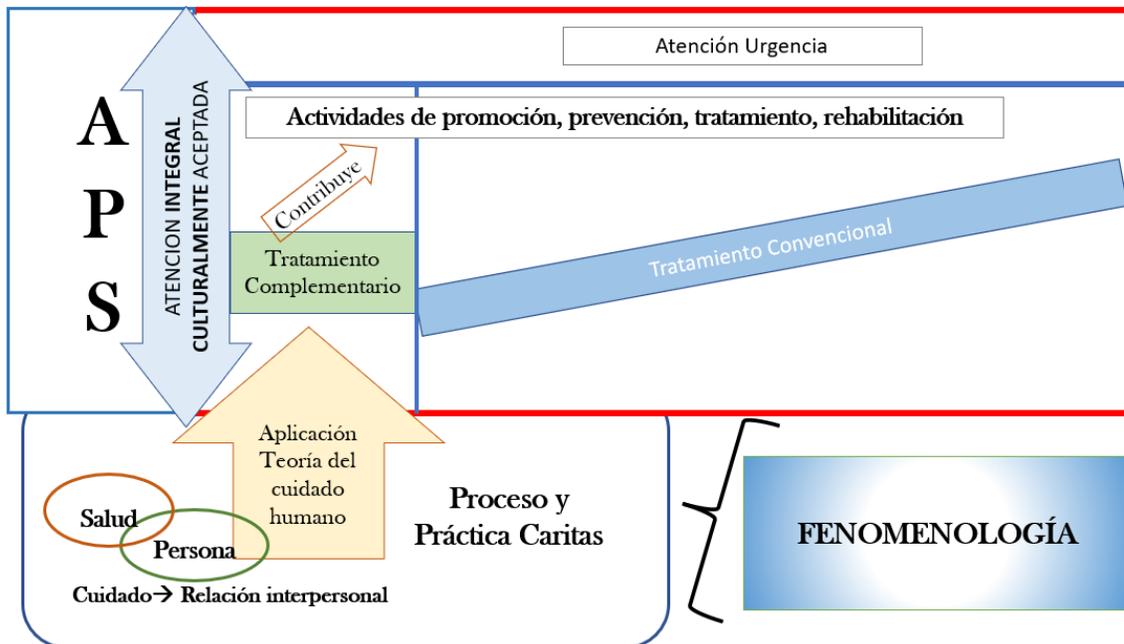
Lo anteriormente mencionado enfatiza que, para el fortalecimiento de la APS, ésta no se debe centrar únicamente en los conocimientos científicos /biomédicos, sino que un componente de gran importancia está dado por las tradiciones de las comunidades (sus saberes, creencias, cultura) (53).

Es por esto que en el contexto de la APS la aplicación de TC está tomando un rol más activo, ya que en la atención de los usuarios la APS debe centrarse en la persona como un todo, en sus diferentes necesidades, conocer sus creencias, valores y motivaciones, para poder entregarles la atención que requieran, siendo esta pertinente a sus necesidades y a su cosmovisión.



En la figura 1 se muestra la relación de los marcos teóricos que fundamentan el cuidado transpersonal a través de la integración de TC en atención primaria y la fenomenología.

Figura 1: Marcos teóricos que fundamentan el cuidado transpersonal a través de la integración de TC en atención primaria.



Fuente: Elaboración Propia.



2.4 Marco Empírico

Para conocer el estado del arte respecto a las experiencias de utilización de terapias complementarias en la Atención Primaria en Salud se realizó una búsqueda en las bases de datos WOS, CINHALL, Pubmed, utilizando los descriptores Atención Primaria en Salud AND Terapias Complementarias y sus traducciones al inglés y portugués. Se consideraron estudios publicados a partir de 2017. A través de dicha estrategia de búsqueda se encontraron estudios que asocian la percepción de uso de terapias complementarias por parte de los profesionales de la salud, percepción de uso por parte de los usuarios, asociación de terapias que se aplican en la atención primaria (las cuales no corresponde con las terapias que se consideran en el estudio). Es por lo que además de la búsqueda con la estrategia descrita anteriormente, se realiza una nueva búsqueda con los Decs asociados a las terapias en particular: toque terapéutico (por reiki), auriculoterapia y esencias florales.

A continuación, se muestran los principales resultados, partiendo con estudios de metodología cualitativa. Posteriormente se muestran los que corresponden a diseños cuantitativos.

2.4.1 Estudios Cualitativos:

Un estudio desarrollado en Alemania (54) por Ostermaier y colaboradores, publicado el 2020, el que tuvo como objetivo investigar cómo los médicos de cabecera justifican el uso de medicinas complementarias alternativas. Participaron 20 médicos generales que utilizan al menos una práctica de MCA en su atención. Dentro de los argumentos con los cuales los médicos justifican proveer dichas atenciones se encontraron: su utilización como una herramienta complementaria a la medicina convencional (cuando ésta no da respuestas satisfactorias); la sensación de que la evidencia y la ciencia dejan muchos



problemas en la atención primaria sin respuesta; un fuerte enfoque en ayudar al paciente individual, justificando el uso de procedimientos no basados en la ciencia con fines terapéuticos y comunicativos; una fuerte creencia en la propia experiencia clínica; y apreciación de los efectos placebo. El estudio concluye que muchos médicos alemanes integran los tratamientos de MCA en su atención primaria de rutina. Además de que trabajan sin percibir mayores conflictos internos con los ideales profesionales (54).

En un estudio desarrollado en Brasil (55) por Barros et al., publicado en 2020, el cual tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos por los gestores de los Servicios de la Región Metropolitana de Goiânia acerca del ofrecimiento de Prácticas Integradoras y Complementarias (PIC) en la Atención Primaria de Salud (APS). Participaron 21 gestores a quienes realizaron entrevistas semiestructuradas. En cuanto a los resultados obtenidos, se encontró que emergieron tres categorías de los resultados: 1. PIC para los gestores: en este aspecto se evidenció una precariedad en la conceptualización de las PIC. 2. Aspectos positivos y negativos del ofrecimiento de PIC para el equipo de salud. En cuanto a los aspectos positivos se encontró el fortalecimiento de los vínculos con los usuarios, combinado con la satisfacción del profesional. Los aspectos negativos para el equipo fueron dificultades para la implementación efectiva de estas prácticas (falta de recursos humanos calificados y suministros básicos). 3. Aspectos positivos y negativos de la disponibilidad de PIC a los usuarios de los servicios. En los efectos positivos respecto a los usuarios, los trabajadores describieron el fortalecimiento de la autoestima, socialización y satisfacción con la atención recibida como resultado de la acogida, atención integral y humanizada. Entre los efectos negativos para los usuarios se encontró la cancelación de la oferta de PIC cuando hay una licencia legal (vacaciones, baja por enfermedad) y la insuficiente difusión de prácticas en los servicios APS. El estudio concluye que hay fuerte influencia del modelo biomédico en detrimento de la integralidad en la organización de los servicios de APS, lo que resulta en el



bajo y discontinuo ofrecimiento de PIC en la Región Metropolitana de Goiânia (55).

En otro estudio realizado en Brasil (56), por Amarello et al, publicado el año 2020, que tuvo por objetivo comprender los significados de la terapia de Reiki, en el Sistema Único de Salud, basado en experiencias de usuarios y terapeutas.

Se obtuvieron 2 categorías:

1. Experiencias con la Terapia Reiki (56):

La motivación para usar la terapia de Reiki fue, para la mayoría de los usuarios entrevistados, la necesidad de superar algún estado de sufrimiento físico y / o mental específico. Otra motivación para su utilización es el interés en prácticas naturales no biomédicas, lo que condujo a algunos usuarios a buscar terapia de Reiki. En otros contextos, la recomendación de Reiki, por un profesional de salud, constituyó un facilitador en el acceso a la terapia.

Las motivaciones para la aplicación de la terapia Reiki, presentadas por terapeutas, están vinculadas al trabajo voluntario, en el sentido de ayudar a otras personas, a cambio de la ayuda que han recibido como usuarios de esta práctica en contextos de salud-enfermedad específica.

Los beneficios señalados por terapeutas y usuarios están principalmente relacionados con el equilibrio emocional, la experiencia de tranquilidad y ansiedad reducida. También se identificaron como beneficios: mejora del insomnio, mayor bienestar y calidad de vida.

2. Significado de la terapia de Reiki (56):

En general, los significados de esta práctica, para los usuarios y terapeutas, convergen con significados energéticos universales, fuerza vital y divinidad.

Persisten contradicciones dentro de los servicios. La falta de credibilidad, por parte de algunos profesionales, sobre la calidad, seguridad y eficacia de esta



práctica, así como en relación con la escasa oferta de cursos de formación por los gerentes, lo que impacta la oferta de la práctica (56).

En el mismo año, también en Brasil (57), Dalmolin et al. publicaron una investigación que se realizó con dos Unidades de Atención Primaria, una que utilizó prácticas integradoras y complementarias en la vida diaria y otra que se centró más en las concepciones alópatas de asistencia. Su objetivo fue comprender el uso de prácticas integradoras y complementarias como una acción de promoción de la salud. Dentro de los resultados se encuentra que las prácticas integradoras y complementarias constituyen una forma de atención de la salud, con el propósito de comprender al ser humano en el proceso salud-enfermedad, permitiendo trabajar con los diferentes aspectos que lo involucran. De esta manera, reducen los daños resultantes del uso excesivo de medicamentos, estimulan la integralidad y promueven la salud (57).

Los profesionales destacaron que dichas prácticas son parte del concepto ampliado de Salud. En algunas situaciones son complementarias a las prácticas alópatas, en otras son integradoras, promueven la atención integral y son la única terapia. Los participantes señalan que las Prácticas Integradoras y Complementarias (PIC) son una forma emergente de atención y cuidado en la sociedad occidental. Trabajan en la búsqueda de la comprensión de los seres humanos, de las formas de ser y vivir, promoviendo la salud, la calidad de vida, la felicidad y la humanización de los profesionales y servicios (57).

Los resultados también indican que las PIC pueden promover la reducción de daños, ya que fomentan el autoconocimiento y el descubrimiento de la mejor terapia para cada individuo. Por lo tanto, si no es posible adaptarse a una PIC, hay otros que se pueden conocer y experimentar, en busca de una atención eficaz (57).

Los enfoques a través de la PIC fomentan la realización del concepto positivo de salud, asignando un rol activo a los usuarios e involucrándolos en el proceso de salud-enfermedad de una manera consciente y responsable (57).



Además, el estudio muestra dificultades para promover las PIC de manera efectiva en el trabajo diario, como es que el foco de la atención sigue siendo la enfermedad (57).

En un estudio publicado el 2020 en Brasil (58), realizado por Jales et al., en el municipio de Mossoró cuyo propósito fue identificar la comprensión y la implementación de la integración y prácticas complementarias por enfermeras de atención primaria. En la investigación participación de 19 enfermeras de atención primaria.

Al analizar los discursos de los participantes, se identificaron cuatro categorías:

-Conocimiento de las enfermeras sobre prácticas integradoras: aquellos que completaron la universidad en los últimos 16 años proporcionaron una definición más cercana a la utilizada en la literatura. Por lo tanto, en el estudio de encontraron 2 categorías. Aquellos profesionales que saben de PICs y profesionales con conocimiento limitado sobre tales prácticas. Sólo 31,57% de los participantes dijeron que escucharon al menos algo sobre prácticas integradoras y complementarias antes de la graduación.

-Falta de implementación de prácticas integradoras y complementarias en el cuidado de enfermería: el estudio indica que los profesionales son insertados en un medio de incertidumbre y falta de claridad en políticas públicas relacionadas con estas prácticas, y cuando encuentran el conocimiento y la voluntad de promover el cuidado de manera diferente del modelo convencional, terminan encontrando la falta de organización, así como la falta de apoyo de otros profesionales.

-Implementación de prácticas integradoras y complementarias en el cuidado de enfermería: las PICs implementadas durante la atención brindada por enfermeras están basadas en “sólo” en experiencias culturales y no en conocimiento científico “y” experiencias culturales.

-Las prácticas profesionales son importantes para el cuidado de la salud.



Es explícito en los discursos de los participantes, la apertura a otras formas de atención que no se limiten al modelo de atención actual biomédico.

Cada profesional aborda la importancia de que, si los PICs se usan conjuntas durante la asistencia, promoverían atención integral (58).

En Chile (26) el año 2020 se publicó un estudio por Vega et al., el cual tenía como propósito comprender la experiencia de los profesionales de salud de Chile al incorporar las terapias complementarias en su práctica clínica. Los participantes de dicho estudio correspondieron a 11 profesionales de la salud que desarrollaban terapias como reiki, terapia floral y acupuntura, las cuáles integraban a su práctica clínica. Este estudio reveló que la incorporación de terapias complementarias le dio mayor sentido a la labor como profesional de la salud. En este sentido permite ampliar las herramientas terapéuticas y generar mayor satisfacción profesional. Uno de los beneficios que mayormente refirieron los profesionales fue el crecimiento personal alcanzado. Sienten que son humanos y más cercanos a los otros. El uso de las terapias genera mayor satisfacción en los profesionales.

Además, los profesionales visualizan como un desafío integrar las terapias con la medicina convencional. Los profesionales consideran que las medicinas complementarias han ido siendo aceptadas por lo que el desafío es integrarlas en pro de una salud holística. Demás los participantes consideran como otro desafío incorporarlas a la formación de pregrado (26).

Continuando con la temática de la percepción de los trabajadores de la salud, en un estudio desarrollado en Brasil (59) por Alves et al., publicado el año 2019, que tuvo por objetivo comprender la implementación de prácticas integradoras en la ciudad de Uberlândia, Minas Gerais General desde la perspectiva de los trabajadores que trabajaron en el proceso de creación del Centro de Referencia en Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a trabajadores y gerentes. En cuanto a los resultados obtenidos estudio mostró compromiso de los trabajadores,



implicación del consejo de salud y participación de sociedad civil en la institucionalización de prácticas de salud integradoras y complementarias. Se destacó la contribución del financiamiento federal al proceso de implementación las prácticas complementarias. Entre los obstáculos enfrentados, se destacaron los siguientes: la resistencia del modelo biomédico, dificultades para institucionalizar PICS en políticas y gestión municipal, número reducido de trabajadores para trabajar con PICS e implementación de la medicina herbal (59).

En cuanto a las experiencias de los usuarios respecto a la utilización de terapias complementarias, se considera un estudio realizado en Brasil (60) por Pancieri et al, publicado el 2018 que tuvo como propósito comprender la experiencia desde la perspectiva del participante de una investigación clínica, que tuvo como intervención la terapia floral para ansiedad de individuos con sobrepeso (SP) y obesidad (OB). Consistió en la realización de una entrevista semiestructurada con 42 participantes de una investigación clínica respecto al SP y la OB. Después del análisis, surgieron cinco categorías temáticas:

1. *Buscando alternativas naturales para auxiliar en el control de la ansiedad y la obesidad.* En esta categoría los participantes mostraron preocupación por la ansiedad y obesidad, además de mostrar interés por las terapias no farmacológica para estos síntomas.

2. *Percibiendo los beneficios de la terapia floral en sí mismo y en personas de las relaciones familiares y profesionales.* En esta categoría se vislumbra que la demanda de terapia floral se percibió después de que los pacientes ya habían observado la mejora en sí mismos y en otras personas que usaron la terapia.

3. Reconociendo la terapia floral como fuente de tranquilidad y autoconocimiento. Los participantes demostraron que estaban más atentos a sus hábitos, se sentían más tranquilos durante el tratamiento propuesto.

4. Percibiendo cambios en la calidad del sueño y



5. Adquirir autocontrol y direccionamiento en las necesidades alimentarias y relacionales. Dentro de las consideraciones finales del estudio se encuentra que los participantes revelan la intención de buscar alternativas naturales para auxiliar el control de la ansiedad y la obesidad, apropiándose de terapias complementarias para fortalecer su salud. En consecuencia, los participantes relataron autocontrol en la alimentación y en las relaciones familiares y profesionales (60).

En el año 2018 un estudio realizado en Brasil (61), por Faqueti et al, investigó las percepciones de los usuarios sobre el uso institucional de Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC) en los centros de salud de Florianópolis. Se realizaron entrevistas a usuarios tratados con MAC.

Dentro de los resultados de este estudio se encontró:

-Las principales razones para usar MAC fueron dolores corporales (dolor musculoesquelético), ansiedad, estado de ánimo y estrés. Todos los entrevistados reportaron una mejora en el problema por el que habían ingresado a MAC (61).

-En la mayoría de los casos (15 casos), se utilizó MAC por iniciativa de los profesionales. Siete entrevistas informaron que la sugerencia inicial hecha por los profesionales fue que usaran MAC antes y como alternativa al tratamiento convencional (61).

- La mitad de los entrevistados dijeron que preferirían utilizar MAC antes que el tratamiento farmacológico.

- La existencia de MAC facilitó el diálogo y mejora la relación entre el profesional y los usuarios a la hora de negociar su conducta terapéutica (61).

En la misma temática, un estudio llevado a cabo en México (62), desarrollado por Velasco et al., publicado el 2018, cuyo objetivo fue describir las experiencias de mujeres que hayan utilizado la medicina alternativa y complementaria. En los resultados se encontró que los principales motivos por los cuales las entrevistadas acudieron a la medicina alternativa fueron por



recomendación de familiares o conocidos, así como que este tipo de terapias son más accesibles. Las entrevistadas admiten utilizar 1 o más métodos alternativos, en los que destaca la herbolaria, para tratar patologías específicas y/o síntomas generales. Respecto a las emociones y sentimientos que les causó el uso de la MCA sobresalen la confianza y bienestar que les genera. También se identificó una creencia sobre la inocuidad de los remedios herbolarios, ya que creen que son inofensivos. El estudio concluye que la experiencia de las participantes con la MCA fue en lo general positiva y ninguna reportó efectos secundarios por el uso de la misma. Por la sensación de bienestar percibida, las personas tienen una gran confianza en sus efectos sanadores (62).

En un estudio realizado en Suecia (63), desarrollado por Wolff y colaboradores, publicado en el 2017, el cual tuvo por objetivo describir la experiencia de los pacientes con el yoga como tratamiento para hipertensión, así como su experiencia de vivir con hipertensión. En el estudio participaron 8 mujeres y 5 hombres, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada. Entre sus resultados surgieron dos temas principales surgieron durante el proceso de análisis: Yoga – “una forma laboriosa de bienestar” e “hipertensión una enfermedad silenciosa”. Las experiencias positivas de hacer yoga fueron descritas en términos de tranquilidad y mayor agilidad. Los inconvenientes estaban principalmente relacionados con el tiempo necesario para realizar los ejercicios (63).

Los pacientes enfatizaron que había varios aspectos positivos asociados con la práctica de yoga. El tiempo destinado a realizar yoga a veces servía como refugio, libre de demandas externas, y por lo tanto daría una sensación de tranquilidad y armonía. Algunos participantes informaron que se durmieron más fácilmente por la noche después de hacer yoga. Todos los participantes expresaron su deseo de evitar la medicación y encontrar formas alternativas de influir en su salud. Practicar yoga los hizo sentir bien porque estaban haciendo



algo que era positivo para su salud. El yoga se convirtió en una herramienta que utilizaban para lograr la tranquilidad, recuperarse o deshacerse de la tensión en el trabajo o en otras ocasiones. El estudio concluye que muchos pacientes con hipertensión en atención primaria sueca parecen estar interesados en probar tratamientos alternativos para controlar la presión arterial. Los pacientes del estudio experimentaron varios beneficios de hacer yoga, pero también señalaron dificultades en la implementación del yoga como un cambio de estilo de vida regular y permanente (63).

En un estudio realizado en Brasil (64), por Silva et al., publicado en 2017, cuyo objetivo fue verificar el conocimiento de los profesionales que actúan en la Atención Primaria sobre las Prácticas Integrativas y Complementares y su percepción como un recurso de cuidado en Salud Mental. Entre los resultados se encuentra: El 73,9% de los profesionales afirman conocer alguna PIC, el 94,2% piensan que los usuarios del servicio de Salud Mental se beneficiarían de las mismas, el 91,3% les gustaría recibir capacitación, y el 92,8% las considera una posibilidad para el cuidado en Salud Mental (64).

En cuanto a los resultados obtenidos de los estudios cualitativos, se evidencia que la mayoría fueron realizado en Brasil (55)(56) (57) (58) (59) (60) (61) (64). Los estudios consideran la integralidad e incorporar atenciones no sólo basadas en el modelo biomédico entre las motivaciones de uso por los profesionales. Además, se evidencian conocimientos limitados respecto a su uso, asociados a una escasa formación en el área (al menos a nivel de pregrado) (58). Dentro de las motivaciones de los usuarios para su utilización se encontró el malestar físico (56) y las recomendaciones de otras personas (62) (tanto conocidos como profesionales).

Es posible vislumbrar la importancia de reconocer la individualidad y necesidades particulares de cada persona a la hora de elegir un tratamiento, entregando a cada uno la prestación más acorde a sus requerimientos particulares, en los cuales no sólo se evalúa a nivel físico/biológico.



Respecto a la implementación de las TC se observaron beneficios en cuanto a la satisfacción. Esta se presenta de forma recíproca, tanto de parte de los usuarios como de los profesionales (26) (55).

2.4.2 Estudios Cuantitativos

En Brasil (65), en un estudio publicado el 2021, desarrollado por da Silva et al., cuyo propósito fue verificar la eficacia de auriculoterapia con semillas de mostaza para mejorar dolor, funcionalidad y movilidad lumbar de técnico profesionales y auxiliares de enfermería con lumbalgia crónica dolor. Se realizó un ensayo clínico aleatorio ciego, dividido en dos grupos: uno usó semillas de mostaza para acupresión en 3 puntos del oído. El segundo grupo correspondió al placebo, en el que se utilizó espuma de poliuretano en lugar de semillas. Cada grupo realizó cuatro sesiones de auriculoterapia una vez a la semana. En cuanto a los resultados los grupos fueron analizados por a través de termogramas infrarrojos y algometría por presión para el dolor. La auriculoterapia con las semillas de mostaza redujo la temperatura media en termogramas analizados a $0,8^{\circ}$ C, así como un aumento en el umbral de dolor por presión en la columna lumbar de los voluntarios (0,4 kgf), esto demostró una mejora significativa del dolor lumbar. Por lo que la auriculoterapia con semillas de mostaza demostró ser eficaz para mejorar el dolor lumbar. El estudio concluye que la auriculoterapia con semillas de mostaza para lumbalgia crónica en profesionales de enfermería redujo la temperatura media en los termogramas analizados y aumentó el umbral de dolor por presión en kilogramos-fuerza en la columna lumbar de voluntarios de forma no invasiva y bajo costo (65).

En un estudio publicado en Brasil (66) el año 2021, desarrollado por Bacelar et al., cuyo objetivo fue evaluar los efectos de la acupuntura auricular sobre los parámetros vasculares sobre los factores de riesgo de Pie diabético. Consistió en un ensayo clínico aleatorizado y enmascarado. La muestra estuvo



compuesta por 44 individuos con Diabetes Mellitus tipo 2 y fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: intervención ($n = 22$), el cual recibió 5 sesiones de acupuntura auricular, y grupo control ($n = 22$), que no recibieron la terapia. Se realizaron tres evaluaciones: antes de la intervención; un día después de la última sesión de acupuntura y 15 días después de la segunda evaluación. Se utilizó el Índice Tobillo-Braquial y la termografía. Respecto a los resultados obtenidos, la auriculoterapia proporcionó resultados en la prueba del índice tobillo-brazo, así como en termografía, que mostró una mejora significativa de la temperatura. El flujo sanguíneo evaluado por el índice tobillo braquial en ambos pies y presentó una reducción en las tres instancias de evaluación en los 2 grupos. En el grupo de intervención, hubo una diferencia significativa en el análisis entre la evaluación inicial y de seguimiento del pie derecho. La evaluación de la temperatura del tejido del pie derecho, obtenida mediante termografía, señaló modificaciones estadísticamente significativas para el análisis intragrupo, que mostró una disminución en el momento de la evaluación final y, posteriormente, un aumento en el momento de hacer un seguimiento. Así, se notó que la temperatura disminuyó entre las evaluaciones inicial y final y que en la comparación entre las evaluaciones iniciales y de seguimiento el aumento de temperatura en el grupo de intervención (GI). En relación con el pie izquierdo, hubo un cambio estadístico significativo en comparación entre las evaluaciones final y de seguimiento del GI, que presentó un aumento de temperatura. El estudio concluye que la auriculoterapia demostró ser eficaz para mejorar las condiciones circulatorias y la temperatura plantar (66).

En un estudio desarrollado en Brasil (67), también publicado en el año 2021 por Batistella et al, el cual tuvo por objetivo investigar la puntuación y las clasificaciones de ansiedad en estudiantes con terapia floral. Consistió en un ensayo clínico aleatorizado doble ciego. La muestra estuvo formada por 62 estudiantes de fisioterapia de una Universidad de Brasil. El nivel de ansiedad se evaluó mediante el Inventario de Ansiedad (STAI-T). Los participantes tuvieron



niveles de ansiedad medios y altos. Se dividieron en grupo de tratamiento (GT), grupo placebo (GP) y grupo control (GC). En análisis previo y posterior la intervención, el GT mostró una reducción en la puntuación y clasificación del cuestionario. GP mostró una diferencia estadística en la puntuación y el GC no mostró diferencias significativas. el GC no mostró cambios, permaneciendo en 2.24 (nivel medio de ansiedad), el GT que al inicio tuvo un promedio de 2.29 (nivel medio de ansiedad) se redujo a 1.76 (bajo nivel de ansiedad). Además, el GP también mostró una reducción en la clasificación, pero sin significación estadística. El estudio concluye que la utilización de la fórmula floral y placebo fue eficaz para reducir los síntomas de ansiedad. La fórmula floral tuvo una mejor respuesta en comparación con el placebo, ya que exhibió una mayor reducción en la puntuación y clasificación (67).

En un estudio realizado en Turquía (68) por Caliskan y Cerit, publicado el año 2021, el que tuvo como objetivo determinar el efecto del toque terapéutico (TT) sobre la calidad del sueño y la ansiedad de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Consistió en un estudio controlado aleatorizado, en el que participaron 103 personas, las que fueron aleatorizados en los dos grupos: experimental y control. Los pacientes con EPOC del grupo experimental recibieron TT durante 10 minutos, una sesión todos los días durante tres días consecutivos. En cuanto a los resultados cuando se comparó el grupo experimental con el grupo control después de la intervención, la disminución en los niveles de ansiedad ($p < 0,001$) y el aumento de la calidad del sueño ($p < 0,001$) resultaron ser significativos. El estudio concluye que el TT redujo el nivel de ansiedad y mejoró la calidad del sueño en individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (68).

En un estudio publicado el 2020, desarrollado en Brasil (69) por da Silva et al., cuyo propósito fue analizar los efectos de la auriculoterapia en los niveles de ansiedad de mujeres embarazadas en la atención prenatal de bajo riesgo. Se



trató de un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, realizado en consultorios externos de atención prenatal de bajo riesgo en una maternidad en Brasil, la muestra estuvo constituida por 50 mujeres embarazadas (25 en grupo de control y 25 en grupo experimental). Se utilizó como intervención la auriculoterapia de la Medicina Tradicional China. Las mujeres de ambos grupos asistieron a 4 consultas de enfermería en atención prenatal, pero solo el grupo experimental recibió tres sesiones de auriculoterapia en esas consultas, con un intervalo de tres días entre cada sesión y un total de 13 días de seguimiento. La recopilación de información se realizó a través de instrumentos como el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (IDATE) aplicado por enfermera especialista en acupuntura, pero que no tuvo participación en la intervención (69).

En cuanto a los resultados se encontró que en primera instancia ambos grupos presentaron rasgo y estado de ansiedad de nivel medio, no hubo diferencia estadística entre los grupos. Luego de la intervención con auriculoterapia, hubo una reducción significativa del estado de ansiedad del grupo experimental ($p=0,033$) entre la tercera y cuarta consulta. Esto no ocurrió en el grupo de control ($p=0,052$). El estudio concluye que la auriculoterapia puede ayudar a reducir la ansiedad de mujeres embarazadas durante la atención prenatal de bajo riesgo y es una práctica integradora y complementaria con potencial en el contexto del Sistema Único de Salud, proceso en el cual el enfermero acupunturista tiene una gran relevancia (69).

En otro estudio desarrollado en Brasil (70) por Kurebayashi et al. y publicada en el año 2020, que tuvo como propósito verificar si un masaje seguido de descanso o Reiki ayuda a reducir los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida de las personas atendidas de forma ambulatoria. Consistió en un ensayo clínico controlado aleatorizado, realizado con 122 participantes asignados al azar en tres grupos: G1 (Masaje seguido de descanso), G2 (Masaje seguido de Reiki) y G3 (control, sin intervención). Los datos fueron recolectados mediante la



aplicación de dos instrumentos: Lista de síntomas de estrés de Vasconcellos (LSS), que evalúa los niveles de estrés del individuo y la SF-12v2 para calidad de vida. Fueron aplicados antes y después de la intervención. Respecto a los resultados el estudio finalmente concluyó con 101 participantes. Los masajes seguidos de descanso (G1) o Reiki (G2) demostraron ser efectivos en reducir los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida en comparación con el Grupo de control (G3). Los mejores resultados obtenidos por el grupo que recibió Masaje seguido de Reiki (G2) se observaron en el dominio mental de la calidad de vida, enfatizando el alcance de efectos del Reiki en aspectos mentales y psicológicos. La investigación concluye que el masaje seguido de descanso y el masaje seguido de la aplicación de Reiki fueron efectivos para reducir los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida (70).

En un estudio desarrollado en Cuba (71) por Barbán et al, publicado en el 2019, el que tuvo por objetivo evaluar la efectividad del tratamiento con acupuntura en los pacientes con hipertensión arterial del consultorio médico de familia (CMF). Se trató de un estudio experimental de casos y controles en 56 pacientes hipertensos de 15 a 69 años. Se conformaron dos grupos a uno se aplicó sólo acupuntura mientras que al otro se le aplicó el tratamiento convencional, ambos grupos fueron evaluados a los 5, 10 y 15 días de iniciada la terapia. En cuanto a los resultados se encontró que al evaluar las cifras de presión arterial pre y post aplicación de la intervención con acupuntura y el tratamiento convencional, en el grupo 1 (de intervención) inicialmente predominaban los individuos que no estaban controlados, representados por 19 personas para un 33.9% del total, solo 9 estaban controlados, para un 16.1%. Se observó que en el término del tratamiento la tensión arterial media de la mayoría de los pacientes del grupo de intervención logró controlar la presión arterial con el uso de la acupuntura, 24 personas lograron modificar sus cifras de tensión arterial representando un 42.9% del total de la muestra, solo 4 pacientes no lograron controlarse utilizando esta modalidad de tratamiento, para un 7.1%. En



el grupo de control (recibió tratamiento convencional) no hubo cambios significativos, pues al inicio de la terapéutica 24 pacientes se encontraban controlados y solo 4 con modificaciones desfavorables en su tensión arterial. Al final del tratamiento este grupo fue capaz de controlarse en su totalidad (71).

Según un estudio desarrollado en Estados Unidos (72) por Kligler et al. publicado el 2018 que tuvo por objetivo probar la viabilidad y eficacia de la terapia de acupuntura administrada en un entorno grupal para el dolor crónico. En cuanto a los resultados, se observó una disminución estadística y clínicamente significativa en la intensidad del dolor, la interferencia del dolor y la depresión en la población de estudio (en pacientes con dolor crónico de cuello, espalda u hombro u osteoartritis). El beneficio persistió durante la medida de 24 semanas a pesar de que no hubo tratamiento adicional (72) .

Un estudio desarrollado en Brasil (73) por Do Prado et al., publicado en el 2018, que tuvo por objetivo comparar la eficacia de la auriculoterapia experimental y el placebo de auriculoterapia con puntos simulados para el tratamiento del estrés en enfermeras de una organización benéfica hospital en Sao Paulo. Se trató de un ensayo clínico controlado aleatorizado, simple ciego, con tres grupos: Auriculoterapia verdadera, Auriculoterapia placebo, Control (sin ningún tratamiento), llevado a cabo con 168 enfermeros de un Hospital de Brasil. Los enfermeros incluidos en el estudio presentaban niveles de estrés medio y alto según el Listado de Síntomas de Estrés. Los grupos de intervención y placebo recibieron 12 sesiones, dos veces por semana. En cuanto a los resultados, los tres grupos se evaluaron al inicio del estudio, después de ocho sesiones, 12 sesiones y en seguimiento (a los 15 días). En cuanto a los resultados el grupo 1 (de intervención) logró un 43% reducción y un índice de Cohen de 1.81 (efecto alto), presentando diferencia estadística después de ocho sesiones, mantenidas en la evaluación de seguimiento ($p < 0,001$). El grupo 2 logró una reducción del 26%, con un índice de Cohen de 0,86 (gran efecto),



logrando una diferencia a las 12 sesiones ($p < 0,001$), mantenida en el seguimiento ($p < 0,05$). El G3 no presentó reducción de estrés. Se concluye que la auriculoterapia experimental logró una mayor reducción del estrés entre las enfermeras, pero no hubo diferencia estadística entre los dos grupos de intervención (73).

Siguiendo en la misma temática un estudio sobre el uso de auriculoterapia sobre profesionales de la salud, desarrollado en Brasil (74) por Kurebayashi et al., publicado el año 2017, que tuvo como objetivo evaluar la efectividad del protocolo auricular para reducción de ansiedad, dolor y mejoría de calidad de vida, en equipo de enfermería de un hospital. Consistió en un ensayo clínico aleatorizado. La muestra fue de 180 profesionales divididos en 4 grupos: Control (G1), Semilla (G2), Aguja (G3) y Cinta Adhesiva (G4). Los instrumentos de evaluación fueron el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, la Escala Visual Analógica de Dolor y el instrumento de Calidad de Vida. Estos instrumentos fueron aplicados en el inicio, y después de 5 y 10 sesiones (cinco semanas). Con respecto a los resultados se destaca que existió una disminución en el dolor del 36% en el Grupo 3 y 24% en el Grupo 2. Además, hubo un 13% de aumento en el nivel de calidad de vida para el Grupo 3, a pesar de que sin diferencias estadísticas. El estudio concluye que el protocolo de aplicación de auriculoterapia redujo los niveles de ansiedad en el equipo de enfermería después de 10 sesiones (74).

En el caso de los estudios cuantitativos, también fueron en su mayoría desarrollados en Brasil. Su utilización en situaciones de salud mental como el estrés y la ansiedad principalmente, pero además se utiliza para combatir padecimientos físicos, como el dolor. Los estudios evidenciaron mejorías con significancia tanto clínica como estadística en los grupos de intervención, sin embargo, resulta relevante destacar que en aquellas intervenciones donde se practica tratamiento real y placebo, no existen resultados concluyentes, ya que



hay evidencia que indica que existe una diferencia estadísticamente significativa en el tratamiento con terapias complementarias y el placebo respecto a la mejoría del problema de base (67). Por otro lado, también se evidenciaron resultados donde no existió esta diferencia (73) entre el grupo experimental y el grupo placebo.

En un metaanálisis desarrollado por Demir (75) publicado el año 2018, el cual tuvo por objetivo fue investigar el efecto del Reiki en el nivel del dolor. Fueron incluidos 4 estudios controlados aleatorios con 212 participantes. En cuanto a los resultados obtenidos después de la aplicación final de Reiki se evaluó en la puntuación de dolor a través de la escala visual análoga (EVA). Cuando se comparó el grupo de Reiki ($n = 104$) con el grupo de control ($n = 108$), se observó que la diferencia media estandarizada era $-0,927$ (IC del 95%: $-1,867$ a $0,0124$). Se observó que el Reiki causa una disminución estadísticamente significativa en la puntuación EVA, por lo que el estudio concluye que el Reiki era un método eficaz para aliviar el dolor (75).



3. OBJETIVO(S)

General:

Comprender la experiencia de la utilización de terapias complementarias en los usuarios/as y enfermeros/as de atención primaria.

Específicos

1. Identificar la motivación de los/as usuarios/as de TC para ingresar a utilizarlas.
2. Determinar la/s motivación/es de enfermeros/as para aplicar TC.
3. Describir el proceso de permanencia de enfermeros/as y usuarios/as en las TC.
4. Caracterizar los efectos percibidos de enfermeros/as y usuarios/as del uso de TC.
5. Identificar la percepción de enfermeros/as y usuarios/as de TC del proceso de implementación de las TC en la atención primaria.



4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio y diseño

El estudio presenta un diseño de investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico hermenéutico.

Esto resulta adecuado ya que se entrevistó a personas que tienen una experiencia de vida en común (que involucra a las TC), ya sea como enfermeros/as (que aplican TC en sus atenciones) o usuarios/as de TC. Se accedió a enfermeros/as y usuarios/as que forman parte del CESFAM Dos de Septiembre y CESFAM Nuevo Horizonte. Ambos centros de salud se encuentran ubicados en la ciudad de Los Ángeles.

4.2 Criterios de calidad de la Investigación Cualitativa

Para garantizar la calidad metodológica del estudio, se tomaron como referencia los 4 criterios básicos planteados por Calderón (76), respecto a la evaluación de la calidad de la Investigación Cualitativa en Salud, los cuales se describen a continuación:

- a. **Adecuación Epistemológica:** Dicha adecuación debe quedar reflejada a distintos niveles: en la definición de la pregunta y en la exposición de las facetas del fenómeno que se pretenden investigar; en la coherencia y el modo de desarrollo general de la investigación; y en su correspondencia con los presupuestos teóricos manifestados por el investigador.

Desde esta perspectiva se realizan las siguientes preguntas:

- ¿El tipo de investigación se adecua a la pregunta objeto de estudio?,
- ¿Contribuye la investigación a un mejor conocimiento de los significados subjetivos, de las actuaciones y del contexto en que se desenvuelven los individuos estudiados? (76). En este caso el fenómeno de estudio “Experiencia de utilización de TC” fue factible de ser abordado



mediante un enfoque cualitativo, específicamente fenomenológico y como instrumento usar la entrevista en profundidad, ya que esta técnica permite abarcar en mayor medida la vivencia compartida del uso de TC.

Para evaluar si a través de la entrevista en profundidad es posible obtener la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos, previo a llevar a cabo las entrevistas en profundidad con las unidades de análisis del estudio, se realizaron entrevistas piloto a terapeutas “no enfermeros/as” (n=2), para evaluar la comprensión de las preguntas.

b. **Relevancia.** La valoración de la relevancia se plantea principalmente en relación con la justificación y repercusiones que el trabajo de investigación conlleva a un mejor conocimiento del fenómeno en cuestión, sobre todo respecto de la práctica de los sujetos a quienes la investigación va dirigida.

Además, la relevancia representa la importancia de los componentes de «descubrimiento» y de «creación» teórica como justificadores en última instancia de la investigación en general y de la investigación cualitativa en particular. También en el campo de la relevancia se deben considerar los efectos que la investigación genera en los propios participantes, el conocimiento de las peculiaridades y expectativas de las audiencias a quienes se quiere llegar, y la no-neutralidad por parte del investigador en la priorización y selección de los objetivos y en la finalidad real de la labor investigadora (76). El estudio es relevante, ya que permite valorar la implementación de terapias complementarias en el contexto de atención primaria. Genera evidencia respecto a las experiencias de quienes participan en ellas (como usuarios/os o terapeutas). Permite evaluar desde la perspectiva cualitativa si los relatos respecto a las terapias complementarias están en concordancia



con los “efectos positivos” por los que se están incluyendo en espacios formales de atención. Esto en primera instancia se evalúa a través del interés generado con la propuesta de investigación por parte de las instituciones a las cuales se solicite autorización, posteriormente a través del interés generado en los posibles participantes.

- c. **Validez:** Consiste en preservar la mayor fidelidad posible respecto del comportamiento del fenómeno en la realidad. Tanto la recogida de información como el análisis, va a estar dirigido por la búsqueda de explicaciones en profundidad, generalizables desde el punto de vista lógico y transferibles en función de las circunstancias contextuales en que la investigación se lleva a cabo (76). Para asegurar la validez se propone acceder nuevamente a los participantes del estudio (al menos a algunos), para retroalimentar respecto a si sus dichos durante la entrevista, corresponden a la interpretación dada por el investigador.

- d. **Reflexividad:** La investigación cualitativa requiere que el investigador sea particularmente consciente de la influencia que su formación de origen, sus planteamientos de partida y su perspectiva de abordaje del fenómeno en estudio, ejercen sobre el proceso y el resultado de la investigación. El criterio de reflexibilidad representa el esfuerzo no por evitar el efecto del investigador sobre el objeto de estudio, sino por reconocerlo y así posibilitar que sea tenido en cuenta tanto por él como por los destinatarios del trabajo de investigación. Los sesgos por prevenir desde esta perspectiva procederían, por tanto, más de la no explicitación de las preconcepciones del investigador que de la inevitable presencia de las mismas (76). En este contexto la investigadora responsable realiza aclaración respecto a quién es, las funciones que desempeña en el centro de salud donde trabaja.



Además de visibilizar que no participa de ninguna forma en la implementación de terapias complementarias.

4.3 Marco Muestral

Población:

-Usuarios/as de TC en CESFAM Dos de Septiembre y Nuevo Horizonte de Los Ángeles.

-Enfermeros/as que practiquen TC en CESFAM Dos de Septiembre y Nuevo Horizonte de Los Ángeles.

Debido a la contingencia actual y considerando que aún no se retomaban en totalidad la entrega de estas prestaciones, el año 2022 se atendieron a 120 usuarios/as (80 CESFAM Dos de Septiembre y 40 CESFAM Nuevo Horizonte aproximadamente).

Los usuarios/as que en el momento del estudio estaban participando de las terapias fueron invitados. En cuanto a los/as enfermeros/as, el número de ellos que practican TC, ascendía en total a 3 profesionales.

Muestra:

Para la selección de los/as usuarios/as se realizó un muestreo por conveniencia (77), accediendo a CESFAM Dos de Septiembre y Nuevo Horizonte.

Esto debido a que la utilización de TC no se encuentra masificado a toda la población de los distintos CESFAM.

En cuanto a los enfermeros/as, el muestreo fue intencional (77), seleccionado por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés. Se accedió a los CESFAM de la comuna donde existían enfermero/as terapeutas (Dos de Septiembre y Nuevo Horizonte).

El número de participantes (usuarios/as de TC) fue de 13 personas, lo cual se logró mediante la saturación de los datos obtenidos por medio de entrevista



en profundidad. Se buscó la saturación de los datos de manera independiente por cada CESFAM. En el CESFAM 1, la saturación se logró con 6 usuarios y en el CESFAM 2 con 7 participantes. Todos los usuarios recibían TC al momento del estudio.

En el caso de los enfermeros/as entrevistados, se accedió a 3 terapeutas enfermeros. También se entrevistó a 2 terapeutas no enfermeros.

Aclaración: En cuanto a la relación de la investigadora con los centros de salud donde obtuvo la muestra, se declara que con el CESFAM Dos de Septiembre, no existe relación, laboral ni de ningún tipo, con dicho centro de salud. En cuanto al CESFAM Nuevo Horizonte la investigadora hasta el mes de julio del 2022 trabajó 11 horas a la semana en el establecimiento, desempeñándose en las atenciones de control de salud infantil en horario de 17:00 a 20:00 hrs. En dicho periodo no participó de la implementación de uso de TC en el CESFAM.

Unidad de análisis:

-La/él usuario/a de TC.

-La/él enfermera/o que practica TC en CESFAM Dos de Septiembre y CESFAM Nuevo Horizonte.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión para usuarios/as

-Tener edad igual o superior de 18 años.

-Recibir actualmente o haber recibido durante el año 2022 al menos una de las terapias otorgadas por el CESFAM (Reiki, flores de Bach, auriculoterapia, sonoterapia).

-Permanencia igual o superior a 3 sesiones



Criterios de exclusión para usuarios/as:

-Usuarios/as que pertenezcan al programa de dependencia severa y que reciban las terapias en su domicilio.

-Usuarios/as pertenecientes al programa de salud mental que se encuentren con su enfermedad psiquiátrica de base descompensada.

-Usuarios/as con evidencias de discapacidad cognitiva/intelectual o física que les impida responder a la entrevista en profundidad.

-Usuarios/as de terapias que simultáneamente sean trabajadores del mismo centro de salud donde reciben la terapia.

Criterios de inclusión para enfermeros/as:

-Practicar al menos una de las terapias complementarias.

-Haber aplicado TC al menos por un año, en sus atenciones regulares dentro del Centro de Salud (ya sea de forma interrumpida o ininterrumpida).

- Ser reconocidos en el CESFAM como terapeutas que aplica las TC.

Para cumplir con el último criterio de inclusión para enfermeros/as, el investigador se basará en la Orientación Técnica de Medicinas Complementarias y Prácticas de Bienestar en Salud (MC-PBS) (43). Ésta refiere que aquellas MC-PBS no reguladas (como es el caso del reiki, auriculoterapia, sonoterapia y terapia floral) se exigirá certificación de estudios de acuerdo con los requerimientos de la respectiva terapia, acorde al riesgo de cada una de estas. Es decir, los terapeutas deberán estar certificados por alguna entidad o autoridad en el área, según cada disciplina. Dado que la normativa sobre TC es de reciente aparición, a los enfermeros/as que ya aplican TC en Los CESFAM no se les solicitará certificación, ya que de manera implícita se entiende que si el CESFAM y la Dirección Comunal de Salud les autoriza a realizar estas funciones se concluye que cuentan con los conocimientos necesarios para ejercerlas.



Criterios de exclusión de enfermeros/as:

- Enfermeros/as que al momento de la investigación se encuentren con licencia médica.



4.4 Procedimiento y Técnicas de recolección de información

4.4.1 Procedimiento

a. Acceso a usuarios/as de TC

Para lograr acceder a los usuarios/as de TC, se realizó una reunión donde se solicitó a los terapeutas que después de las sesiones habituales de TC a las que asistían los usuarios, los invitaran a participar del estudio (de manera paulatina). Esta invitación fue realizada con el apoyo de un “folleto de invitación” (ver Anexo n°1) que la investigadora entregó a los terapeutas para este fin. El folleto contenía los datos de la investigadora, para que en caso de que el usuario/a se mostrara interesado pudiera establecer contacto. En la parte posterior del folleto estaba adjunta la “hoja de inscripción” (ver Anexo n°2), a través de ésta el usuario/a voluntariamente podía escribir su nombre y número telefónico. De esta forma el usuario/a de TC, debía devolver esta hoja al terapeuta para que el profesional la retornara a la investigadora. Por lo tanto, existían estas dos posibles vías de contacto, ya sea que el usuario/a realizara el contacto o bien entregara voluntariamente sus datos al terapeuta para posteriormente ser contactada/o por la investigadora. Finalmente, la totalidad de los usuarios optó por la segunda opción. Los terapeutas entregaron a la investigadora los datos de los usuarios para que los contactara de manera telefónica.

Resulta relevante mencionar que la invitación se realizó de forma individual a los usuarios, en donde los terapeutas se comunicaban con la investigadora para preguntar si se requería invitar a más participantes para entrevistar. Esto para evitar generar falsas expectativas en los usuarios sobre la posibilidad de ser entrevistados (si se hubiera invitado a una gran cantidad de usuarios a la misma vez).

El investigador se contactó vía telefónica con aquellos usuarios/as de TC interesados en participar, se les explicó el procedimiento y en el caso de aceptación, se acordó una reunión presencial en su CESFAM donde se explicó



en qué consiste el estudio y su participación. Se realizó lectura y luego firma del consentimiento informado (Anexo n°3). Posteriormente se aplicó entrevista en profundidad, cuya duración aproximada fue de 30-40 minutos. Se entrevistó a diferentes usuarios/as hasta que se logró la saturación de los datos, de manera independiente en cada centro de salud.

Se entrevistó a los participantes en un lugar que permitió mantener la privacidad y formar un clima de confianza entre entrevistado y entrevistador, libre de ruidos, libre de tránsito de otras personas. La entrevista se desarrolló en el mismo recinto donde se aplicaban las terapias, para evitar que el participante se trasladase a otro lugar. Por esto cuando se pidió autorización a las directoras de los CESFAM, se solicitó al mismo tiempo el espacio físico donde realizar las entrevistas. Además, se intentó dentro de lo posible, que el encuentro entre entrevistador y entrevistado fuese en un momento en el que el usuario/a acuda al CESFAM por algún otro motivo (como recibir TC, control de salud, retiro de fármacos, etc.) acordado previamente con el participante.

b. Acceso a terapeutas:

Para conocer quiénes eran los enfermeros/as que cumplían los criterios para formar parte del estudio, se consultó en los CESFAM (a directoras o jefes técnicos).

A los enfermeros/as se les invitó a participar de forma verbal.

En el caso de que los enfermeros/as estuviesen interesados se acordó una reunión presencial y se les explicó en mayor detalle en que consistiría su participación. Si aceptaban participar se aplicaba el Consentimiento Informado (ver Anexo 4). La aplicación de entrevistas a los enfermeros/as fue en modalidad presencial, igual a lo ya descrito previamente para el caso de los usuarios de TC. Tanto el consentimiento como la entrevista se desarrollaron en horario de trabajo, se efectuó en el CESFAM donde desarrollan sus funciones. Las entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente 30 minutos a una hora, por lo que se



requirió que el/la enfermero/a contara con este tiempo disponible. Inicialmente cuando se solicitó autorización a directoras de los CESFAM para el desarrollo de la investigación, se pidió autorización para la aplicación de entrevistas a los funcionarios y el uso del tiempo previamente mencionado.

El mismo proceso se desarrolló para lograr entrevistar a terapeutas no enfermeros.

4.4.2 Técnica de recolección de información

Se realizó una entrevista en profundidad a cada uno de los participantes. En las entrevistas en profundidad, el instrumento de análisis es el propio investigador, el cual, a través del lenguaje verbal y no verbal, será capaz de ir comprendiendo lo que quiere decir el entrevistado, en cuanto a si mismo. En este método se debe tener presente que el ser que se devela está inserto en un entorno, en un tiempo y en un espacio que lo determina, pero que, a su vez, él define y modifica con su sola presencia (33).

Se utilizó como pregunta norteadora para los usuarios/as de TC: ¿Qué significa para usted haber recibido/estar recibiendo terapias complementarias en su CESFAM?

Además, previamente se realizaron las preguntas:

- ¿Cómo había sido su relación con su problema de salud antes de usar TC?

- ¿Podría contarme su historia de vida relacionada con las TC?

Para los terapeutas se utilizó la pregunta: ¿Qué significa para usted utilizar TC como parte de cuidado de enfermería?

Previamente se les realizó la pregunta: ¿Podría contarme un poco de la historia de su vida relacionada con las TC?



Tanto para usuarios como para terapeutas, posterior a realizar la pregunta norteadora, el investigador aclaró dudas para el entendimiento de la pregunta o bien para direccionar los relatos del usuario hacia la pregunta.

Para asegurar la idoneidad y comprensión de las preguntas realizadas a los participantes durante la entrevista en profundidad; y debido a la menor cantidad de enfermeros/as que realizan terapias complementarias (y que pudiesen ser incluidos en la investigación), se realizaron 2 entrevistas piloto previas a profesionales no enfermeras/os que aplicaban terapias complementarias. Estas permitieron evaluar si se comprendían las preguntas y si las respuestas entregadas a partir de ellas permitirían dar cumplimiento a los objetivos planteados. Estos terapeutas no enfermeros/as pertenecerían a los mismos CESFAM que los enfermeros/as. Estos profesionales fueron contactados de la misma manera que los enfermeros/as, también deberán firmar consentimiento informado (ver Anexo n°5).

Amezcu (78) sugiere la elaboración de un guion temático como recordatorio. En este guion es necesario identificar aquellos aspectos que interesaría incluir en la entrevista. Agrega que se debe realizar una lista de temas, pero nunca de preguntas. De esta manera durante la entrevista las preguntas norteadoras se pueden adaptar a las características del informante. El guion temático (Anexo n°6) fue evaluado por un experto en investigación cualitativa y fenomenología. Los temas incluidos en el guion temático (Motivación de incorporación/acceso a las TC; efectos percibidos/cambios observados y permanencia en TC; implementación e integración de TC en el centro de salud), son coherentes con los objetivos del estudio. Los temas que se abordaron se establecieron según la introducción y fundamentación realizada y en base a la revisión del marco empírico. Este guion temático fue utilizado como base para la entrevista previa a los terapeutas no enfermeros, las preguntas fueron comprendidas de manera adecuada, por lo que no se realizaron cambios en el guion.



Las entrevistas fueron grabadas en audio y el investigador tenía un diario de campo en el cual pudo realizar anotaciones (sobre expresiones faciales, postura, etc.).

Se mantuvieron las medidas de prevención de COVID-19, durante la interacción entre entrevistador y entrevistado, manteniendo en todo momento el distanciamiento social y uso de mascarilla.

4.5 Procesamiento y análisis de los datos

Después de realizar la entrevista se realizó la transcripción inmediata de la misma. Se realizó una lectura general y posteriormente se realizó análisis de contenido de cada uno de los discursos. Se realizó un análisis de cada una de las frases y se buscó la existencia de códigos comunes en los dichos de los participantes. Se utilizó como apoyo el software atlas ti.

El análisis de los datos se guio desde la perspectiva heideggeriana. El proceso contempla tres etapas: la intencionalidad, la reducción y la constitución

a) La intencionalidad. El proceso de datos en esta fase se realiza en texto. Para describir la intencionalidad del ser en el mundo, se describen las vivencias en torno al tema de estudio. En esta fase se puede hacer uso de los diferentes programas de análisis de datos cualitativos existentes en el mercado (34).

b) Reducción. Una vez identificadas las estructuras constitutivas del fenómeno, la unidad de significado, se reconocen elementos a través de los casos que se identifiquen como ejemplares y comunes, encontrando la esencia, la estructura. La ruta para describir la experiencia de las vivencias inicia de la interpretación de cada caso completo comparándolo y contrastándolo, a partir de cada uno de los temas o preguntas de investigación (34). Se deben contemplar los ejemplares, los cuales son partes de las entrevistas, se usan en forma literal para ilustrar las interpretaciones del investigador sobre los significados de las experiencias de los informantes. La descontextualización se hace al separar los



datos de su contexto original de los casos individuales y asigna los códigos a las unidades de significado en los textos. En la recontextualización se examinan los códigos para los patrones y luego reintegra, organiza y reduce los datos en torno a temas centrales y las relaciones que va a través de todos los casos y relatos. Para extraer datos de texto a un conjunto de categorías o conceptos finales (34).

c) Constitución. En esta fase, de manera reflexiva, se describe el proceso de construcción del conocimiento, es la descripción de las operaciones de síntesis, presentada a partir de la discusión de los hallazgos. Es decir, interpretar el texto y darse a la tarea como investigador de describir en qué forma el entendimiento de los informantes y la propia manera de ser en el mundo como persona e investigador, influyen en la forma como se interpreta y presenta la experiencia vivida de los sujetos estudiados (34).

Para revisar el proceso y que la información obtenida tenga validez, se compararon los análisis en conjunto con tutor de tesis. Además, las ideas principales obtenidas de cada entrevista fueron retroalimentadas con los participantes, para evaluar la concordancia con lo expresado durante la entrevista.

5. ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS

Las entrevistas en profundidad se realizaron posterior al proceso de consentimiento informado de los participantes, culminando con la firma de este. El consentimiento siguió lo dispuesto en la Ley 20.120 y 20.584. Se establecieron



2 formatos de consentimiento, uno para usuarios y otro para terapeutas, los que se adjuntan en el “Anexo n°3” y “Anexo n°4”.

Los datos personales, grabaciones y discursos transcritos obtenidos fueron tratados en todo momento de forma confidencial y serán resguardados por la investigadora responsable por un tiempo de 10 años en formato digital. En el caso de publicaciones serán utilizados pseudónimos para resguardar la identidad de los participantes.

El proyecto de investigación fue revisado por comités de ética científicos tanto de la Universidad de Concepción, como por el CEC del Servicio de Salud Biobío, antes de su puesta en marcha

Para mantener los resguardos éticos que conlleva la investigación con seres humanos el estudio se sustentó en los 8 requisitos éticos propuestos por Ezequiel Emanuel (79).

1. Asociación colaborativa: Para responder a este principio ético y realizar alianza colaborativa con las instituciones donde se realizó la investigación, se comenzó con la solicitud de apoyo a la directora comunal de salud (DCS) de Los Ángeles (Ver Anexo n° 7). La mencionada respondió favorablemente a la petición (ver Anexo n° 8). Posteriormente se envió carta de solicitud de autorización a las directoras de los CESFAM Dos de Septiembre (ver Anexo n° 9) y Nuevo Horizonte (ver Anexo n°10). Las autoridades de ambos centros de salud dieron una respuesta favorable mostrando su apoyo a la investigación y autorizándola (ver Anexo n° 11).

Dentro de este principio ético es relevante mencionar que, para el desarrollo del proyecto, resultaba imprescindible la participación de los usuarios de TC y de los enfermeros terapeutas, a quienes se invitó a participar del estudio. Se motivó a ambas partes a compartir sus vivencias (de forma voluntaria) respecto a las TC, haciendo hincapié en que su participación aportaba al



desarrollo de la investigación, cuyos resultados y generación de conocimiento serán de utilidad para la comunidad.

A nivel institucional (dirección comunal de salud, centros de atención primaria), serán informados de los resultados obtenidos, para que exista una retroalimentación respecto a las experiencias asociadas a la implementación de estas prácticas en la atención primaria. A nivel individual, tanto usuarios/as como enfermeros/as podrán solicitar al investigador los resultados del estudio si así lo requieren.

2. Valor social: Este principio ético consistiría en valorar la implementación de terapias complementarias en el contexto de atención primaria. Las terapias complementarias paulatinamente están siendo incorporadas y han tomado un espacio formal en algunos centros de atención de salud primaria. Las TC son ampliamente usadas a nivel mundial y la realidad local no se encuentra al margen de esta situación, ya que estas prácticas son aplicadas en distintas instancias de atención, siendo una de ellas la APS. Resulta relevante conocer las perspectivas de la utilización de estas terapias tanto de usuarios/as de TC como de aquellos enfermeros/as que las practican en sus atenciones, ya que al ser utilizadas deben también conocer cuáles son las repercusiones que éstas tienen en los centros de salud de nivel primario, tanto para receptores como para quienes las aplican. Esto permite evaluar si las TC realmente están generando los “efectos positivos” por los que se incluyen en las atenciones. Por lo tanto, el estudio pretende crear conocimiento respecto a dichos aspectos, ya que en Chile hay escasa publicaciones recientes orientadas a la utilización de estas prestaciones en la APS.

Este estudio permitirá generar evidencia respecto a la inclusión de estas terapias complementarias en el apoyo a la salud de los pacientes y su implicancia en cuanto al cuidado integral de las personas en APS, lo cual ha sido escasamente abordada a nivel nacional.



3. Validez Científica: El estudio tiene un marco filosófico y metodológico riguroso. Se considera que existe coherencia en el diseño de la investigación, ya que la metodología cualitativa utilizada permitió dar respuesta a la pregunta, problema de investigación y los objetivos del estudio. Se usa la metodología cualitativa, ya que ésta permite abordar el fenómeno de la incorporación de las TC en APS desde la vivencia de usuarios/as de TC y terapeutas.

4. Selección justa de los participantes: La selección de los participantes tiene relación con el problema de investigación, objetivos del estudio y están descritos claramente en los criterios de inclusión. Debido a la naturaleza del diseño los participantes no fueron escogidos de manera aleatoria. Los usuarios que cumplieron con los requisitos fueron invitados a través de conveniencia, hasta lograr la saturación de los datos en cada uno de los CESFAM. La invitación fue realizada de forma individual a medida que se requerían más participantes para la entrevista. Esto con el fin de evitar generar falsas expectativas en los usuarios sobre la posibilidad de ser entrevistados. En el caso de los enfermeros/as se accedió intencionalmente a quienes cumplían los criterios de inclusión. Cada persona invitada pudo participar libremente del estudio. Participaron los/as usuarios/as de TC y terapeutas de los CESFAM Dos de Septiembre y Nuevo Horizonte, en donde se usan este tipo de terapias.

Los usuarios fueron invitados por él/la terapeuta con el apoyo de un “folleto de invitación” (ver anexo n° 1) que la investigadora entregó previamente a la terapeuta para este fin, en esta instancia voluntariamente quienes se encontraban interesados podían otorgar sus datos de contacto, ya que el folleto contenía una “hoja de inscripción” (ver anexo n° 2) adjunta en la que el propio usuario voluntariamente colocaba sus datos (número de contacto, primer nombre, primer apellido) cuya hoja era devuelta al terapeuta que los invitó, para que éste/a los entregara a la investigadora. De esta forma la investigadora pudo acceder a los números telefónicos de los usuarios. Como segunda opción de



contacto, en el mismo folleto de invitación se encontraban los datos de contacto de la investigadora (nombre, número de teléfono y correo electrónico), por lo que usuario que se interesaba en participar, pero no deseaba entregar su número telefónico, podía contactar a la investigadora. Ninguna persona se contactó de esta manera. En el caso de los terapeutas, la investigadora realizó una invitación verbal a los enfermeros/as (así como a los terapeutas no enfermeros que participaron en la entrevista piloto).

5. Balance Riesgo-Beneficio favorable: se considera que los posibles beneficios superan los riesgos potenciales. Esto debido a que el riesgo que se pudiese presentar es un riesgo menor, de carácter psicológico, asociado a la rememoración de algún recuerdo desagradable o surgimiento de alguna emoción negativa, con las preguntas que se realizarán. Se planificó que, en el caso de detectar alguna situación de este tipo, en primera instancia se ofrecería una intervención en crisis y /o consejería por parte de la investigadora. Si la situación no se hubiese podido contener se contactaría con la dupla psicosocial del CESFAM donde se encuentra el usuario, para posible ingreso al programa de salud mental del establecimiento, mediante una evaluación más exhaustiva (esto en el caso de los usuarios). En el caso de los funcionarios también se ofrecería una intervención en crisis /consejería y posteriormente, de ser necesario, serían orientados a buscar atención de acuerdo con su situación previsional. Las derivaciones previamente descritas no fueron necesarias de realizar durante el desarrollo de las entrevistas.

Frente al riesgo de divulgación de información sensible de los entrevistados, esto se cauteló a través de la anonimización de los datos y uso de pseudónimos

Se tomaron todas las medidas para evitar el riesgo de divulgación de la información y posible identificación de los participantes por todo el tiempo que será resguardada la información que ellos entregaron en las entrevistas.



La información obtenida de las entrevistas, así como la grabación serán preservadas y resguardadas por la investigadora en formato digital, archivo con clave de ingreso, en memoria USB, la que será guardada en el domicilio particular de la investigadora, por un periodo de 10 años. Además, los archivos no contendrán el nombre del participante (serán anonimizados), se identificarán mediante número. Aparte se dispondrá de un listado el cual asocie el “número” con el “participante”. Este listado se guardará como un archivo (con clave de acceso) en “drive”. Todo esto para evitar riesgo de divulgación de la información y posible identificación de los participantes por personas externas.

En cuanto a los posibles beneficios, este estudio no tiene un beneficio individual para los usuarios/as de TC ni para los enfermeros/as, pero si hay un beneficio colectivo, ya que existe generación de conocimiento desde la perspectiva cualitativa sobre la implementación de estas prácticas. Ambas partes aportaron desde sus vivencias al desarrollo del proyecto, con el fin de obtener beneficios para la comunidad. Esto ocurriría, ya que, con la realización de una evaluación de las experiencias y percepciones de usuarios y terapeutas respecto a la implementación de las prácticas complementarias, la información obtenida podrá ser utilizada por los equipos gestores como fundamento que permita la toma de decisiones sobre la continuidad de las TC como prácticas de bienestar otorgada en los centros de salud y de los recursos destinados a su implementación. Esto se prevé como un beneficio para los centros de salud familiar, tanto para los que ya incorporaron o los que pretenden incorporar este tipo de atenciones.

6.Evaluación Independiente: El protocolo de investigación fue presentado a 3 entidades para su evaluación: Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería UDEC, Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. Posterior a que las instancias internas de la Universidad aprobaron (Anexos 12 y



13) el protocolo de investigación, se presentó al CEC del Servicio de Salud Biobío, el que aprobó la investigación con fecha 26 de enero del 2023 (Anexo 14).

7. Consentimiento Informado: La invitación a los potenciales participantes fue realizada por los terapeutas, esto de acuerdo con lo descrito previamente en el apartado “muestra”. Aquellos que se mostraron interesados se citaron para explicar el consentimiento informado. La aplicación del CI fue en un lugar tranquilo y libre de ruidos en los mismos centros de salud, lo que permitía que los participantes podían leer con tranquilidad y aclarar dudas.

Todos/as las/os participantes fueron informados sobre el objetivo, los riesgos y los beneficios de la investigación. A los usuarios que accedieron a participar voluntariamente del estudio se les entregó el documento de consentimiento informado (en dos copias), para su lectura y posible aclaración de dudas. La entrevista en profundidad fue aplicada inmediatamente después de la lectura del CI.

El contacto con el usuario para la aplicación del CI mantuvo en todo momento las medidas de prevención de COVID 19, de acuerdo a la normativa vigente al momento del contacto.

8. Respeto por los participantes: para mantener la privacidad y confidencialidad de la información entregada, los datos fueron anonimizados mediante un pseudónimo para diferenciar a los participantes. Su participación fue totalmente voluntaria. Además, se le indicó a cada usuario que podía desistir de participar en el estudio si así lo deseaba sin tener que entregar explicaciones de ningún tipo y sin que esto tenga ninguna repercusión. Se les entregó el contacto al que podrán solicitar resultados una vez terminado el estudio si así lo desean. Además, se les entregaran los datos de contacto del investigador y de los comités



de ética que aprobaron el estudio en caso de que deseen tener más información de este. Además, en la publicación de datos se limitará la descripción de los participantes, para evitar su identificación. No existirá divulgación de información privada ni sensible del participante en ningún momento durante la investigación, ni después de la misma. Se tomarán medidas para evitar el riesgo de divulgación de la información y posible identificación de los participantes por todo el tiempo que se resguarde la información que ellos entregaron.



6. RESULTADOS

Contextualización del ambiente donde se aplican terapias complementarias:

Previo a mostrar los resultados hallados se describen los lugares físicos donde se llevan a cabo la aplicación de terapias complementarias en ambos centros de salud familiar, los cuales fueron visitados por la investigadora.

En el CESFAM N° 1, la enfermera terapeuta realiza la aplicación de las TC en un “centro holístico integral” en el cual hay un box especialmente adecuado para el desarrollo de las terapias. Este es un espacio amplio que cuenta con una camilla la cual está frente a una gran imagen en la pared que simula un bosque. El box se encuentra calefaccionado, hay música “relajante” ambiental y en el ambiente hay aroma a esencias aromáticas.

Por otro lado, en el CESFAM N°2, las intervenciones se realizan en un domo, el cual a través del techo tiene entrada de luz natural. Hay una camilla, una cascada de agua artificial por lo que de manera constante hay sonido de agua cayendo. También en el ambiente hay aroma a esencias aromáticas.

Resultados

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron tras la realización del análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a los/as participantes de la implementación de terapias complementarias, tanto usuarios como terapeutas.

Fueron entrevistados seis usuarios del CESFAM 1, siete usuarios/as del CESFAM 2, una enfermera terapeuta del CESFAM 1 (terapeuta única en dicho centro de salud), dos enfermeras terapeutas de CESFAM 2 y dos terapeutas no enfermeras/os del CESFAM 2.



Para mantener el anonimato de las personas entrevistadas, se establecieron pseudónimos. Para los usuarios los pseudónimos son: *Mustard, Agrimony, Clematis, Aspen, Beech, Cerato, Centaury, Chicory, Gorse, Holly, Mimulus, Oak, Olive*. Para las terapeutas enfermeras los códigos son: *Elm, Vervain y Gentian*. Por último, los terapeutas no enfermeros fueron “*Water Violet*” y “*Cherry Plum*”.

Para la triangulación de la información posterior a cada entrevista se mencionó a los/as entrevistados/as las ideas principales obtenidas de la entrevista, para garantizar que corresponde a lo que quisieron decir en sus relatos.

Las entrevistas fueron transcritas de manera textual y analizadas temáticamente. Primero se leyeron las transcripciones para familiarizarse con los datos. Se realizó la codificación con ayuda de la herramienta atlas. Ti. El análisis de la información para la generación de conocimiento fue realizado en colaboración con experta en análisis cualitativo. Los códigos se clasificaron en categorías y subcategorías, las cuales fueron los resultados de la investigación.

El análisis de las entrevistas a los usuarios/as se realizó de manera independiente por cada centro de salud. El análisis de terapeutas enfermeros/as se realizó de manera conjunta (debido al escaso número de enfermeros que cumplieron con criterios de inclusión/exclusión $n=3$). Por otro lado, también se analizó las respuestas de los terapeutas no enfermeros (entrevistas de prueba) para ratificar la saturación de la información obtenida, al no haber más enfermeros que aplicaran las TC.

En el caso de los/as usuarios/as emergieron 7 temáticas centrales:

1. Motivación de uso
2. Experiencia previa con TC
3. Efectividad de las TC
4. Revivir
5. Adherencia



6. Estar seguro del uso de TC
7. Relación humana centrada en la persona

En el caso de los terapeutas enfermeros emergieron 5 Temáticas centrales

1. Experiencias favorecedoras para aplicar TC
2. Instaurando las TC como parte de la APS
3. Efectos en los usuarios percibidos por los terapeutas
4. Cuidado integral
5. Satisfacción al aplicar TC

Cada una de las temáticas centrales está compuesta por subcategorías, tal como se muestra en las siguientes tablas.



Tabla N°1: Temáticas centrales y subcategorías que emergen del análisis de entrevistas a Usuarios de TC.

TEMÁTICAS CENTRALES	SUB-CATEGORÍAS
1. MOTIVACIÓN DE USO	a. Problemas de Salud Mental
	b. Problemas de Salud Física
	c. Percepción negativa del tratamiento biomédico
2. EXPERIENCIA PREVIA CON TC	a. Uso de TC
	b. Conocimiento previo
	c. Escepticismo
3. EFECTIVIDAD DE LAS TC	a. Efectos positivos en la Salud Mental
	b. Efectos positivos en la Salud Física
	c. Efectos percibidos por el entorno
	d. Disminución de la farmacoterapia
4. REVIVIR	a. Encontrar paz y tranquilidad
	b. Cambio de vida
	c. Retomar actividades de la vida diaria
	d. Percepción Espiritual
5. ADHERENCIA	a. Deseo de permanencia en TC
	b. Satisfacción con la atención
	c. Percepción favorable del uso de TC
6. ESTAR SEGURO DEL USO DE TC	a. Confianza en las TC
	b. Ampliar el uso de TC
7. RELACIÓN HUMANA CENTRADA EN LA PERSONA	a. Relación de escucha
	b. Relación cercana e integral
	c. Relación amorosa

Fuente: Resultados del estudio "Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria". 2023.



Tabla N°2: Temáticas centrales y subcategoría que emergen del análisis de entrevistas a Terapeutas Enfermeras.

TEMATICAS CENTRALES	SUB-CATEGORÍAS
1. EXPERIENCIAS FAVORECEDORAS PARA APLICAR TC	a. Creencias
	b. Conocimiento del uso de TC en el sistema de salud
	c. Uso personal de TC
2. INSTAURANDO LAS TC COMO PARTE DE LA APS	a. Instancias de formación
	b. Creación de espacios de atención
	c. Generando evidencias
	d. Obstáculos
	e. Formar a otros
3. EFECTOS EN LOS USUARIOS PERCIBIDOS POR LOS TERAPEUTAS	a. Efectos en la salud física
	b. Efectos en la salud mental
	c. Satisfacción en los usuarios
4. CUIDADO INTEGRAL	a. Relación cercana y de escucha
	b. Entregar herramientas para el cuidado
	c. Abordaje integral
	d. Diversificar la forma de cuidar
5. SATISFACCIÓN AL APLICAR TC	a. Satisfacción profesional
	b. Satisfacción personal
Fuente: Resultados del estudio "Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria". 2023	

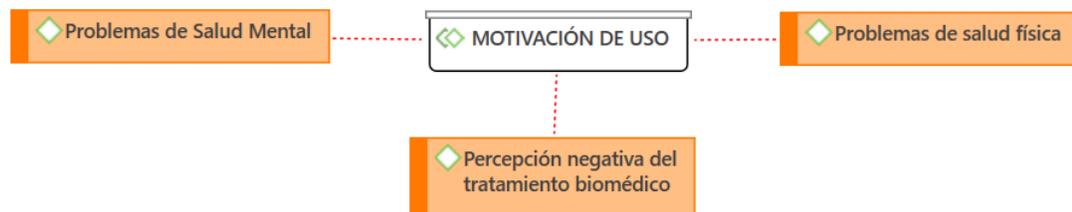
A continuación, se describirán la cada una de las grandes temáticas que surgieron en la investigación.



5.1 Categorías emergentes en Usuarios de TC

1. **MOTIVACIÓN DE USO:** Esta gran temática surgió a partir de los discursos de los usuarios de las TC. En el diagrama n° 1 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través de los anexos n° 15 y n° 16 donde se muestran las redes semánticas emergidas de la motivación de los usuarios de ambos CESFAM. Cabe destacar que los usuarios utilizaban flores de Bach, auriculoterapia, reiki y sonoterapia.

Diagrama n°1: Categoría “Motivación de uso” de usuarios y sus 3 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”. 2023.

a. Problemas de Salud Mental:

Respecto a la experiencia de tener problemas de salud mental, en los relatos hay una amplia variedad de padecimientos como la presencia de diagnósticos depresión y trastornos ansiosos, así como la sintomatología asociada a los mismos, como se evidencia en:

“Me entró una depresión muy grande. No quería nada con nada, porque estaba sola” “Yo estaba enferma, desde la vez me dio una depresión muy grande”. (Agrimony)



“Por depresión, ansiedad y a veces me dan así como los temblores” “Con la ansiedad que tenía, se me temblaban las piernas, las manos” “tenía ansiedad” (Aspen)

“estaba con una depresión severa” (Beech)

“soy media depresiva también” (Centaury)

“antes no me dan ganas ni de bañarme” “era puro morirme quería puro morirme y morirme (...), no quería nada” (Agrimony)

“Lo otro que yo sufría mucho (...), me sentía muy angustiada” “crisis de angustia, crisis de pánico (...) me daba miedo” (Chicory)

“yo vine con una depresión muy fuerte” “yo soy ansiosa” (Gorse)

“yo tenía una ansiedad por las cosas dulces”(Holly)

“andaba con mucha rabia, mucha tensión. Así como triste, amargada...” (Mimulus)

“depresión, de depresión, con angustia todo lo que refiere a la depresión” (Oak)

“igual estuve como a punto, como dos o 3 veces de suicidarme” (Mustard)

También personas con experiencias de vida en la cual presentaban problemas de comunicación, como se describe en:

“igual me costaba mucho comunicarme con las personas.” “mi inhabilidad para comunicarme” “me costaba hasta comunicarme con mi mamá, con mi familia ya estaba prácticamente todo el día callada y si me ponía a hablar empezaba a temblar” (Aspen)

“A veces me enojaba tanto y no era capaz de expresar mi ira” (Cerato)



“todavía no terminan de hablar y yo estaba ahí de histérica... a gritonear” (Agrimony).

Problemas de aislamiento como se denota en:

“yo no quería salir de la casa, quería estar ahí, no más.” (Agrimony)

“al final estaba encerrada en mi casa, solamente” (Aspen)

“más uno se alejaba... mejor me quedo aquí” (Cerato)

Dificultades a nivel del sueño, lo cual fue expresado en:

“era puro dormir, dormir, dormir, dormir” (Agrimony)

“No podía dormir en la noche” (Beech)

“ Yo tenía trastornos del sueño horrible” “andaba irritable y se asociaba que dormía tan mal” (Cerato)

“Y no podía dormir, no podía conciliar el sueño” (Chicory)

“eso es lo otro... que yo no dormía.” (Gorse)

“mucho estrés, no dormía muy bien” “estaba como muy angustiada, me costaba para dormir” (Olive)



También se evidencia agresividad en los siguientes relatos:

“yo era muy agresiva con mi gente” “yo era muy agresiva con mi gente, porque yo todavía no terminan de hablar y me iba encima al tiro” (Agrimony)

“yo les contestaba al tiro, así como alterada.” (Chicory)

b. Problemas de Salud Física:

Respecto a la experiencia de tener “problemas de salud física”, destaca principalmente el dolor, como se evidencia en los relatos:

“Tenía mi brazo caído. Yo pensé que me iba a morir del dolor tan fuerte que tenía” (Beech)

“yo tenía una artrosis severa con un dolor que ya era inmanejable” “en ese instante que tenía un dolor tremendo en las caderas” “Como 2 años... mal del dolor” “era como todo el día pensando en el puro dolor” (Cerato)

“Porque yo siempre estaba con dolores. Soportables ...no soportables” (Centaury)

“Me sentía súper mal (...) mucho dolor” (Mimulus)

“había en algunas partes dolencias del cuerpo (...) la columna” (Oak)

En cuanto a problemas de salud física una usuaria indica problemas menstruales, como se muestra:

“me llegaba la regla cada 15 días (...) como sangrar, sangrar 10 días” (Cerato)



c. Percepción negativa del tratamiento biomédico:

Por último, se encuentra la subcategoría de “percepción negativa del tratamiento biomédico”, en el cual se reunieron los relatos de malas experiencias asociadas a los efectos adversos de los fármacos, como en el caso de:

“te dan remedio para un para un dolor y para el otro es peor.” “Las pastillas es como que mi cuerpo lo rechaza. Porque yo me los tomo es como que... que no tengo ánimo de nada” “me tomo los remedios, me siento mal, me dan vómito. Me da una colitis” Agrimony

“los tratamientos normales, medicamentos, no me caían bien, digamos en mi organismo” (Clematis)

“Mal. Con los fármacos mal porque (...) yo quería andar así normal como ando ahora, pero andaba como sonámbula... dopá”... (Chicory)

“estaba tomando demasiado medicamento y yo andaba muy somnolienta en el día, o sea, demasiado dopada... (Gorse)

“porque los medicamentos le hacen bien para una cosa, pero le dañan a otra”. (Mustard)

En esta subcategoría también se encuentra la falta de efectividad de los fármacos frente a su problema de salud:

“médico, me recetaban de estas cosas de calmante (...) y nada” (Beech)

“no tomaba eh ningún analgésico porque ya era tan fuerte los dolores que no, no me estaba haciendo nada, no respondía a nada” (Cerato)

“no entiendo ¿por qué? Se supone que es para que me quite los dolores...decía yo...¿por qué sigo con dolores?” (Centaury)



“veía que no hacían efecto” (Clematis)

“los remedios y los fármacos no fueron suficientes” (Cerato)

“No lograba dormir a pesar de los medicamentos” (Gorse)

Por último, en los relatos denota una relación distante o impersonal con el personal de salud:

“nada que ver cómo los médicos allá que te dan remedios y más remedios” (Agrimony)

“médico en que era muy frío, muy lejano” (Clematis)

“Porque en el CESFAM es como más mecanizado” (Aspen)

“Lo que pasa es que claro, pues en el centro de salud es más impersonal” (Cerato)

“psiquiatra (...) lo único que hacía era empastillarme (Chicory)

“El médico nunca me va a preguntar eso” (Holly)

“si uno viene por ejemplo a un médico, es como más cortante ...¿qué es que lo que tiene? Ya, chao” (Mustard)



2. EXPERIENCIA PREVIA CON TC: Como segunda gran categoría emergió la experiencia previa con TC. Esta se divide en “uso de TC”, “conocimiento” y “Escepticismo”. En el diagrama n° 2 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través de los anexos n° 17 y n° 18 donde se muestran las redes semánticas emergidas de la experiencia previa de los usuarios en los CESFAM 1 y 2.

Diagrama n°2: Categoría “Experiencia previa con TC” de usuarios y sus 3 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”. 2023.

a. Conocimiento previo:

Respecto a la subcategoría de conocimiento previo, se evidencia que los usuarios presentaban algunas nociones de la existencia de terapias complementarias, pero la mayoría no presentaba un conocimiento en profundidad de las TC.

“Por los mismos medios de comunicación y cosas así. Por lo mismo incentivé más yo a ingresar” (Clematis)

“Yo estuve bien familiarizado con estas terapias porque uno se va enterando en qué consiste” (Cerato)

“Escuchaba por fuera, ya me habían hablado igual (Gorse)



“Había escuchado hablar así algo como en la televisión” (Oak)

Así como usuarios que no las conocían.

“ No no no. No, no sabía de esto” (Agrimony)

“Yo no había escuchado de las terapias” (Holly)

Además, dentro del conocimiento se encontraron relatos que asociaban a las terapias complementarias a un alto costo económico asociado a su uso de manera “particular” y la dificultad de acceso a lo que esto conduce, como se muestra a continuación:

“ahí era ir en el sistema privado”(Clematis)

“son caras de acceder así uno... pagándolas.” (Aspen)

“imagínese que lo que cuesta, o sea esto si lo resumimos en un valor monetario es carísimo la terapia alternativa” (Cerato)

“Porque son caras, las terapias son cara” “Yo tenía hartas ganas, pero como siempre la falta de lucas.” (Centaury)

“esas son caras, o sea, (...) no es algo que una llega y lo tome así gratuito, como es aquí” (Gorse)

“particulares sí, pero son muy caros para hacerse un tratamiento de esos”. (Mimulus)

“lo han hecho o tratado de hacer particular y es caro”. (Mustard)

b. Uso de TC:

Respecto a uso previo de TC, hay relatos en los cuales se evidencia el propio uso en el pasado, como otros en los cuales denota utilización por parte de familiares o conocidos.

“2 años o 3 años atrás, acá mismo digamos, me hicieron una terapia complementaria” (Clematis)



“terapia complementaria he tenido dos con esta.” (Oak)

“mi señora, por ejemplo, viene habitualmente este consultorio, entonces ella estuvo en manos de la sra. xxxx... en varias oportunidades le ha hecho esto” (Clematis)

“mi mamá recibía las terapias con la señorita” (Aspen)

“uno iba consultando, preguntando y a él yo le hice flores de Bach.” (Centaury)

“a mi hija igual le ayudaron en el hospital, también le colocaban esa agujillas” (Chicory)

“a una prima en Santiago dijo que se está haciendo eso de las terapias, entonces a mí me interesó” (Mimulus)

“acá llegamos por mi hija. Ella ha estado en tratamiento” (Olive)

c. Escepticismo:

Los usuarios también relataron escepticismo previo a su utilización de TC, como se evidencia:

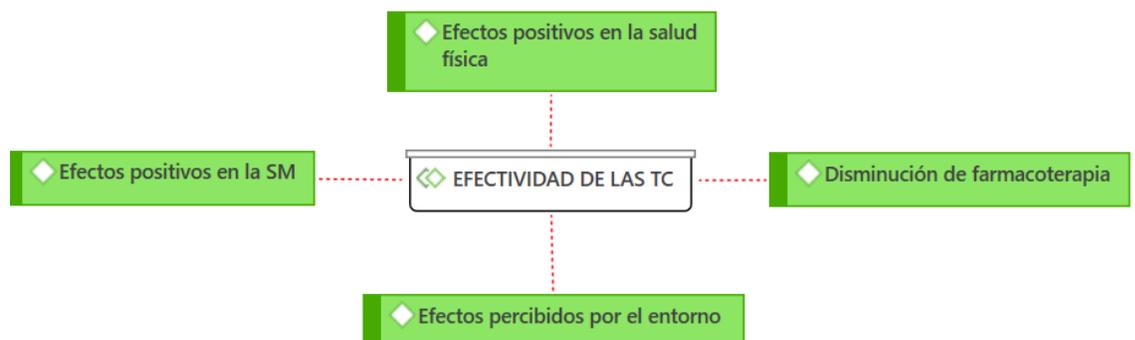
“Pero yo no creía que eran tan efectivas” “como que no le creía mucho.” (Aspen)

“estaba un poco un poco renuente y decía (...) ¿cómo me voy a activar en la oreja ciertos puntos?” (Oak)



3. EFECTIVIDAD DE LAS TC: En los efectos manifestados por los usuarios se encuentran aquellos a nivel de la salud mental, salud física, disminución del uso de fármacos y además los efectos percibidos por el entorno. Las experiencias mencionadas previamente dan origen a 4 subcategorías, que se detallarán a continuación. En el diagrama n° 3 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través de los anexos n° 19 y n° 20 donde se muestran las redes semánticas emergidas de la efectividad de las TC, a partir de los relatos de los usuarios de los CESFAM 1 y 2.

Diagrama n°3: Categoría “Efectividad de las TC” en usuarios y sus 4 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

a. Efectos positivos en la Salud Mental:

En sus relatos los usuarios mencionan efectos positivos en el ámbito de la salud mental.

Estos efectos positivos se encontraron en diferentes áreas, tales como “mejoría en la comunicación”, ya que en los relatos se evidencia mejoría en la comunicación con sus cercanos, aumentar la capacidad de escucha y mejorar la expresión de sentimientos, emociones y vivencias.

“Ha mejorado mucho. Tenemos comunicación” “Yo, de la segunda sesión que me hizo la señorita xxxxx me cambió... el escuchar (Agrimony)”



“empecé a notar que yo ya podía comunicarme ...” “ Y puedo comunicarme con mi familia, con las personas,...” (Aspen)

“Yo ahora yo puedo contar mi historia Sin ponerme a temblar ya.” (Beech)

“No ser altanera, escuchar a la otra persona.” (Agrimony)

Los relatos denotan que los usuarios se sienten más relajados con la utilización de las terapias complementarias

“Sí llegaba relajada, cambiada total.” (Agrimony)

“Especialmente yo me sentía más relajado, yo creo que eso es lo más importante (...) no tan alterado.” (Clematis)

“los cuencos tibetanos o cascadas de agüita (...) me hacen pero superbién... relajo mi mente. (Beech)

“Ahora no, veo todo así como tanto relajo. (Cerato)

“como que me estabilizan, como que ando (...) relajada (Cerato)

“ahí noté yo la diferencia porque tomaba las cosas con más calma. Andaba más relajada, cosa que me costaba mucho antes” (Olive)

Los relatos muestran estabilización del ánimo:

“Ya desde el primer día que llegamos aquí a la segunda sesión, yo me sentí súper bien, con otro ánimo” (Agrimony)

“Tenía buen ánimo. No andaba depresiva. Muy buen ánimo.” (Centaury).



“Me ayudó también con la con las penas... con la pena.” (Centaury)

“ Y me da eso por llorar, llorar y con las gotitas no” (Chicory)

*“ Y a la vez me siento con más contenta, porque antes me sentía como desolada”
“ con la terapia como que me he sentido con más fuerza. Con más ánimo.”
(Mimulus)*

“ya no ando tan triste. O sea, prácticamente casi nada.” (Oak)

A través de los relatos de los entrevistados se logra vislumbrar una disminución de la ansiedad:

“a veces tenía problemas como ansiedades ... Y después empecé a normalizar. Hoy día no tengo esos problemas.” (Clematis)

“se va esa ansiedad que uno tiene hasta para hablar.” (Aspen)

“ya no era tanta la ansiedad y como que todo se fue normalizando.” (Holly)

También hay mejora el ámbito de sueño y descanso:

“Y pude dormir tranquila” “Concilio, el sueño, todo para dormir.” (Chicory)

“he logrado yo andar más despierta en el día, andar mejor en el día”... (Gorse)

“ahora, yo me acuesto y me duermo. O sea, no, no me desvelo.” “Sí dormir y dormir un sueño que uno se relaja que uno descansa.” (Holly)

“yo duermo bien con mis gotitas” (Cerato)

“me relajo tanto que me quedo dormida” (Oak)

“ando más relajadita. Duermo muy bien, descanso muy bien.” “duermo toda la noche, súper bien sin ningún problema y en la mañana me despierto mucho mejor, con más ánimo” (Olive)

b. Efectos positivos en la salud Física:

El principal efecto percibido a nivel físico es la reducción del dolor, indistintamente del tipo de terapia que recibieran.



“me hizo su reiki, aquí en el brazo y sabe que fue Santo remedio” (Beech)

“empecé a participar en las terapias y me supo manejar el dolor.” (Cerato)

“Sí, por eso ahora ya no tengo ese dolor, pero sin embargo me ayudó mucho a manejar el dolor desde lo emocional” (Cerato)

“aprendemos a relajarnos, a respirar de otra manera, a reflexionar y a meditar... y el dolor se disipa” (Cerato)

“en mi cuerpo es que no tenía dolores... no sentía Dolores” (Centaury)

“Si usted me preguntara si tengo algún dolor, ya no tengo dolor.” (Centaury)

“la terapia también he encontrado que sí he soportado más el dolor.” (Mimulus)

“me ayudó bastante, porque ahora no tengo dolor. (Oak)

“me tomo como para andar más tranquila del colon, igual me sirvió harto, me hacía calmar bastante”. (Mustard)

Entre los efectos atribuidos al uso de TC, una entrevistada refirió mejoras en su ciclo menstrual

“Ahora ando súper bien, mi útero está sanito, tranquilito y todos los meses me llega la regla normal” (Cerato)

c. Efectos percibidos por el entorno:

Dentro de los efectos se Incluye la percepción del entorno de los usuarios. Principalmente esta percepción es evidenciada a nivel familiar o de su entorno cercano, como se logra identificar en las siguientes citas:

“se sorprendieron que yo volviera a estudiar” “Yo creo que todos notan mejoría.” (Aspen)

“mi marido dice que sí, pues que me cambió la vida desde que yo aprendí a manejar el dolor” (Cerato)

“me dijeron una vez que yo andaba más tranquila (...) que no andaba tan gritona, tan irritable” “mi familia también notó que sí, que yo estaba distinta” (Gorse)



“en la casa también lo notaron. Mi hija me decía, ¿mami, qué te pasa que andas cantando a cada rato?” (Oak)

También usuarios relatan que otro personal de salud (no terapeuta), manifiestan percepciones positivas post uso de TC, como en:

“Me dijo que me estaban haciendo bien, que me quedara con las gotitas” (Refiriéndose a su psiquiatra) (Aspen)

“la doctora me dijo (...) estamos súper bien (...) compensados en los temas de salud (...) y me dijo, ya vamos a mantener eso. Ella consideró que era importante que (...), que lo siguiera haciendo, participando de las terapias, porque eso encontraba ella que me hacía muy bien” (Cerato)

d. Disminución de la farmacoterapia:

Según las declaraciones de los usuarios/as hay una disminución del consumo de fármacos, tanto psicofármacos como analgésicos.

“el psiquiatra me quitó las otras pastillas. Me dijo que ya no era necesario.” (Aspen)

“De un tiempo a esta parte, yo ya no estoy tomando la fluoxetina porque de verdad no lo necesito.” (Beech)

“Yo tomaba como 20 medicamento en la mañana. Y ahora. .. Me tomo. De los cuidados paliativos, son 3 que tomo” (Centaury)

“Y se acabaron de tomar los clonazepam, las amitriptilina y todo aquello” (Chicory)

*“Y de repente me di cuenta que yo no estaba tomando las pastillas de la noche”
“pude dormir sin tomar las pastillas” (Gorse)*

“el clonazepam lo bajamos. Con el doctor lo bajamos.” (Holly)

“ayudan también para no estar siempre con pastillas.” (Oak)

“después cuando ya terminé la terapia el doctor me vio y ahí ya prácticamente dejamos uno que es como para ayudarme con las pesadillas que me dan a veces. El que es la mitad. Y también la vamos a retirar después” (Oak)



“Es que igual me ayudan harto, o sea, tanto como para no estarme medicando con tanto medicamento entonces, cómo es algo natural.” (Mustard)

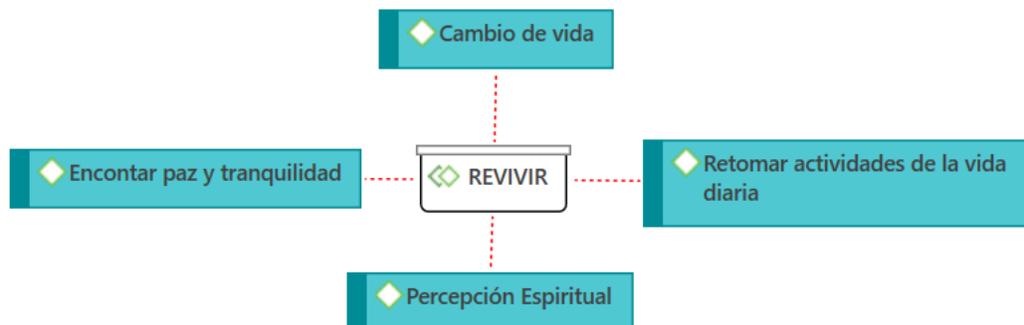
4. REVIVIR: En cuanto a los significados extraídos a partir de los relatos de los usuarios, se establece la categoría de “REVIVIR”:

“Esta terapia está flores de Bach... para mí fue un.... Yo creo que fue un revivir de nuevo en mí.” (Centaury)

Esta categoría se subdivide en 4 subcategorías, dependiendo de los diferentes “cambios” en el proceso vital de los usuarios, las que son: “Encontrar paz y tranquilidad”, Cambio de vida”, “Retomar actividades de la vida diaria” y “percepción espiritual”.

En el diagrama n° 4 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través de los anexos n° 21 y n° 22 donde se muestran las redes semánticas emergidas a partir de los relatos de los usuarios de los CESFAM 1 y 2.

Diagrama n°4: Categoría “REVIVIR” en usuarios y sus 4 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”



a. Encontrar paz y tranquilidad:

Dentro de los relatos que muestran un significado de paz y tranquilidad para la vida de los usuarios, se encuentra:

“ Me siento tranquila. Libre tengo mi corazón bueno” (Agrimony)

“ porque genera paz” (Aspen)

“iba con la segunda semana ya encontré la paz” “me ayudó hasta el día de hoy a encontrar la paz y estar más tranquila” (Chicory)

“ yo me siento más tranquila” (Gorse)

“Uno iba sintiendo las sensaciones de más tranquilidad.” (Holly)

“ahora ya estoy más tranquila, ya no me tomo las cosas así como antes, me las tomo más como serenamente” Olive)

b. Cambio de vida:

Usuarios refieren que existió un cambio de en sus vidas como es el caso de :

“de aquí salía otra persona.” (Agrimony)

“pero cambió todo eso yo soy otra persona” (Agrimony)

“para ser sincera, me cambió la vida.” (Agrimony)

“no tengo en esa parte angustiosa, ahora no. Ando light.” (Chicory)

“han sido súper yo digo, oh. Como que me cambió el chip.” (Oak)

c. Retomar actividades de la vida diaria:

Para otros usuarios significó poder retomar actividades de su vida diaria que habían dejado de realizar, tanto se sus quehaceres diarios, caminar e incluso retomar estudios, como se muestra en los siguientes relatos:

“yo vengo a ayudarle porque me siento bien” (Agrimony)

“Retomé mis carreras” (Aspen)



“puedo caminar bien. Yo anduve hasta con burrito” “ Pero cuando yo puedo hacer las cosas, no tengo ningún problema.” (Centaury)

“pongo música y hago las cosas” (Chicory)

“más activa con ganas de hacer más cosas” “activa... con ganas de hacer cosas. Porque antes como que me quedaba sentada en el sillón” (Oak)

d. Percepción espiritual

También se le otorgaron significados a nivel de una “Percepción espiritual”, catalogando que esta terapia en su vida eran como magia, milagros o bendiciones. Esta subcategoría emergió de los relatos de usuarios/as del CESFAM 1.

“Yo creo que es una como una bendición, no sé cómo llamarlo, pero es demasiado bueno” (Aspen)

“Pero sí que son mágicas, son gotitas mágicas, las flores de Bach.” “estos como yo les decirle... milagros milagros, que hay que verlo y sentirlo”... (Beech)

“empecé a sobrellevar el dolor y de verdad que fue mágico” (Cerato)

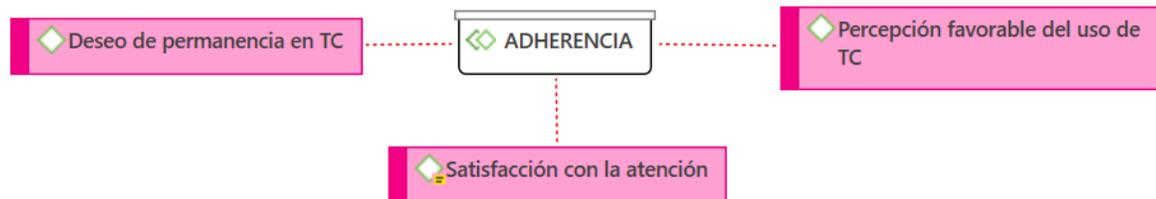
“ con las flores de Bach me empezó de poquitito a.... como a brillar el camino” (Centaury)

5. ADHERENCIA:

En esta categoría se agruparon aquellas experiencias que contribuyeron a que los/as usuarias continúen asistiendo a TC. Las experiencias mencionadas previamente dan origen a 4 subcategorías, que se detallarán a continuación. En el diagrama n° 5 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través de los anexos n° 23 y n° 24 donde se muestran las redes semánticas a partir de los relatos de los usuarios de ambos CESFAM.



Diagrama n° 5: Categoría “ADHERENCIA” en usuarios y sus 3 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

a. Deseo de permanencia:

Esta subcategoría emerge a partir de los relatos de usuarios en los que expresaron el deseo de mantenerse asistiendo para recibir las TC. Los usuarios refieren no querer dejar sus terapias, mantener la relación y atenciones por parte de su terapeuta. Esto se evidencia en:

“me decía te doy de alta si tú quieres... no yo le decía no quiero porque a mi me hace bien venir aquí” “Yo no quiero que la señorita XXXX me deje” “pero que ella no me deje sin mi gotita”. (Agrimony)

“pero ojalá pudiera estar toda la vida” (Aspen)

“Yo no quiero, no quiero que me echen todavía” (Beech)

“Entonces no sé si yo el día que lleguen a darme de alta eh iré a seguir igual, no sé, pero no lo quiero pensar todavía” (Gorse)

b. Satisfacción con la atención:

Emerge esta subcategoría, ya que las personas manifestaron sentimientos favorables hacia la atención brindada, lo cual propicia que sean más adherentes a sus sesiones de TC.



Esto se puede observar en los siguientes discursos:

“con eso ya la gente se empieza a mejorar... con la atención” (Clematis)

“yo estoy, pero 100% 100% al no decir 1000% feliz con el consultorio” “señorita xxxx, yo la pongo aquí en el primer lugar.” (Beech)

“Realmente yo estoy agradecida, yo nunca he faltado a las terapias” (Cerato)

“ la atención... la acogida es super buena” “aquí me han atendido super bien” (Holly)

“ Entonces da gusto, da gusto sí, da gusto que te conozcan” (Gorse)

“yo estoy muy agradecida de ella porque nos ha ayudado bastante” (Olive)

“no creí que iba... iba a quererla tanto como que ya siento afecto por ella” “ahora que yo la veo y me llena de felicidad verla” “ pues entonces es muy preocupada, yo eso es lo que más me gusta.” (Aspen)

“yo soy una eterna, eterna, agradecida a la señorita” (Beech)

c. Percepción favorable del uso de TC:

Los usuarios refieren sensación de bienestar al utilizar las TC, lo que contribuye a su adherencia a las mismas.

“ yo seguí viniendo, porque yo me sentía bien, yo sin mi gotita, yo no soy nada” “Pero ya con las 3 sesiones y yo superbien” “ Es súper bien. Me hace muy bien las terapias con la señorita.” “Y yo con mis sesiones que estaba aquí, yo me he sentido bien” (Agrimony)



“yo lo encuentro buena, buenísima.” “entonces yo creo que me en ese sentido me ha hecho bien.” “por lo menos en general yo me he sentido mucho mejor.” “En cambio (...) una vez que empecé con la terapia de la de las gotas y cuencos (...) es muy positivo, muy bueno” (Clematis)

“fue mucho la mejoría en poco tiempo” “la verdad es muy es muy efectivo muy....Muy bueno.” (Aspen)

“Con esto pienso que ya tengo posibilidades de vivir un poco más” “Pero ahora comprendo que todo se supera. Que todo esté en la mente y querer es poder. Y eso todo gracias a las TC de la señorita” (Beech)

“con el reiki, todo era maravilloso” “ yo tenía que demostrar que esto no era cuento y que yo de verdad me estaba sanando. Sí, yo lo siento” “ Principalmente porque yo vi mis cambios, mis resultados. Yo vi como me fui mejorando” “Maravilloso, yo siempre digo que esto ha sido súper bueno” (Cerato)

“Pero a mí me hicieron bien para lo que se propuso la enfermera xxxx...” “como a mí me hizo muy bien” (Centaury)

“ para mí un bienestar, porque yo empecé a estar mejor” (Gorse)

“Así que yo sentía que me hacían bien” “son beneficio que me ayudó mucho.” (Holly)

“con las flores... me he sentido mejor” “esa ayuda, me está haciendo bien” (Mimulus)

“Super buenas las encuentro buenas las terapias” (Oak)

“ la verdad es que nos ha ayudado muchísimo.” (Olive)



6. ESTAR SEGURO DEL USO DE TC: Esta gran categoría surge a partir de los relatos en los cuales los usuarios respaldaron el uso de TC, tanto en la propia utilización, como en el deseo de difundir las terapias complementarias a más personas. Esto da origen a 2 subcategorías, que se detallarán a continuación. En el diagrama n° 6 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través de los anexos n° 25 y n° 26 donde se muestran las redes semánticas a partir de los relatos de los usuarios de ambos CESFAM.

Diagrama n° 6: Categoría “ESTAR SEGURO DEL USO DE TC” en usuarios y sus 2 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

a. Confianza en las TC:

Los relatos muestran que los usuarios confían en la realización de estas prácticas.

“ella le puede dar una hora y se van a sentir así como me siento yo” (Agrimony)

“me preguntan (...) ¿tu crees en eso? Es que a pata junta, por algo estoy aquí” (Cerato)

“A mí me da un respaldo tremendo, una confianza única (...) que yo pude ir comprobando que todo lo que me estaban entregando se estaba viendo los resultados en mí y yo lo podía ver de verdad.” (Cerato)

“aparte de verlo en mí, me queda ese respaldo de que ya de que es una entidad de que uno sabe y confía en que es una entidad que va a estar algo bueno” (Cerato)

“ Y sí, realmente hace efecto.” “ Que lo he vivido, que sí hacen efecto” (Gorse)



“Yo siempre digo: me va a servir, me va a servir. Estoy con esa mentalidad de que me va a hacer bien” (Gorse)

b. Ampliar uso de TC:

Esta subcategoría emerge ya que los usuarios en sus relatos mostraron reacciones favorables que indicaban que querían que el uso de TC se hiciera extensivo cada vez a más población. Ellos mismos las recomiendan a personas de su entorno o bien solamente deseando o sugiriendo que este tipo de intervenciones sean más masivas en la comunidad, lo que se evidencia en:

“Fantástico, yo se las recomiendo a las personas que estén pasando problemas, que se hacerquen acá” “ Me ha hecho super bien. Yo se la recomiendo a las personas que pasan cosas... (Agrimony)

“Ojalá se siga continuando y... ingrese gente más gente.” “ojalá sigan con esto y que sea más masivo.” (Clematis)

“Me gustaría que muchas otras personas también tuvieran la posibilidad de tener terpaia de reiki” (Beech)

“Yo siempre he dicho, la gente debería tener la posibilidad” (Cerato)

“ojalá Dios quiera que llamen a más gente” (Chicory)

“Agregar que se abriera a más gente a lo mejor” (Gorse)

“ojalá pudiera hacer extensivo a más personas” (Holly)

“que prueben porque no... no van a perder nada y en realidad sí sirve. Incluso yo le conté a unas amigas” (Oak)

“yo le dije, mamá, consulte en su consultorio. A lo mejor puede que también estén” (Olive)

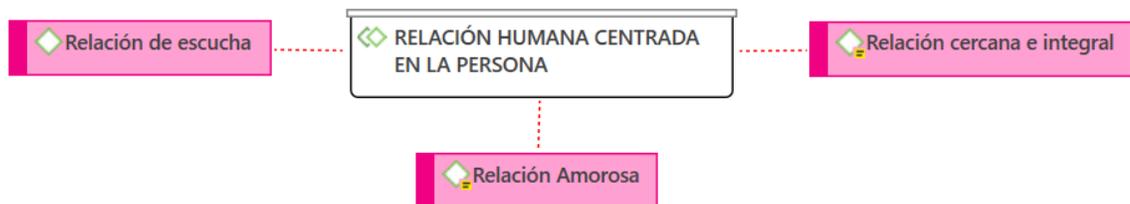
“igual le he dicho a, por ejemplo, a conocidos que tengo que lo traten de hacerlo” (Mustard)

7. RELACIÓN HUMANA CENTRADA EN LA PERSONA: Mediante los relatos obtenidos con la entrevista en profundidad surge esta categoría, en la cual los/as usuarios/as describen cómo es su relación con sus terapeutas. Las experiencias vivenciadas fueron en su totalidad positivas. De estas



experiencias sugen 3 subcategorías. En el diagrama n° 7 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través de los anexos n° 26 y n° 27 donde se muestran las redes semánticas a partir de los relatos de los usuarios de los CESFAM 1 y 2.

Diagrama n° 7: Categoría “RELACION HUMANA CENTRADA EN LA PERSONA” en usuarios y sus 3 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

a. Relación de escucha:

Los usuarios relatan experiencias de sentirse escuchados por sus terapeutas, que ellos durante sus atenciones se dan ese tiempo para escucharlos.

*“con la con la capacidad que tiene la otra persona de que tú le cuentas tus cosas.”
“es como que hay una contención de lo que a uno le está pasando” (Cerato)*

“al final ella la que tiene el oído para uno” (Centaury)

“yo cuando voy me pongo a conversar, le cuento todo y conversamos” “ Y primero me escucha todo, mis penas todo” (Chicory)

“tomarse el tiempo con el paciente. Eso bueno.” (Clematis)

“ella me escucha y me da consejos” (Mimulus)

“Buena comprensión y paciencia.”(Oak)

“porque igual ella me escucha, me pregunta, eh, igual me da consejo”. (Mustard)



b. Relación cercana e integral:

Del análisis también surgieron significados de que se trata de una “relación cercana e integral”, en la que el usuario deja de ver a un profesional y se relaciona con el terapeuta como si se tratara de una persona más cercana, familiar o amigo.

“Muy buena, muy cercana” “pero es la cercanía. La cercanía, es muy personal. Muy, muy buena” “Yo creo que eso es lo importante ... lo personal. El asunto cercano, cercano que tiene la profesional con los pacientes” (Clematis)

“Me abrazó y yo dije ¿qué onda?” “Más cercana” (Aspen)

“Y acá es como que es más...Más familiar como que la señorita entra en uno” (Beech)

“eran mejora en todos los aspectos porque es como todo transversal, (...) de paso igual hablamos otras cosas” “como ella trabaja la dedicación, porque a mí xxxx me ha llamado por teléfono para preguntarme (...) qué pasó, por qué no viniste?... (Cerato)

“el trato es... la que da las terapias es xxxx... a uno no la ve como paciente” “yo podía hablar como que si estuviera hablando en el living de mi casa” “Como una amiga, como una amiga, (...) sí me ve allá en el CESFAM se acercaba saludarme”. (Centaury)

“es como todo transversal, (...) no solo se dedica a esas 3 terapias que de paso igual hablamos otras cosas” (Cerato)

“distinto sería si la terapeuta no tuviera la sensibilidad de trabajar con las personas y eso también es muy importante porque yo puedo ser la mejor reikista, pero si no tengo sensibilidad con mis pacientes, si no lo sé, tratar con humanidad.” (Cerato)

“ como ella trabaja la dedicación, porque a mí xxxx me ha llamado por telefono para preguntarme ¿por qué no visniste?” (Cerato)

“yo la miro como mi tía. Es como un familiar.” (Chicory)

“Es que me conoce tanto... eh... Yo la conozco y ella me conoce tanto” (Gorse)

“hay esa diferencia... te reconoce” (Gorse)

“Como un aire de... de confianza para poder conversar” (Holly)



“acá es como personalizado, es como que uno llega y llega como a donde una amiga” (Holly)

“Y ella era como que quería ayudar... como más de adentro de uno, de los sentimientos, de las cosas que uno siente” (Holly)

“Ella, por ejemplo, aquí me preguntó cuántos hijos tenía, cómo era la relación con mi esposo? esas cosas, así “como me llevaba con mis hijas” (Holly)

“ella como que me habla como una amiga, así , me siento súper bien.” (Mimulus)

c. Relación amorosa:

En esta subcategoría es destacado por los usuarios “amor/cariño” que hay en esta relación terapéutica. Estos relatos se evidenciaron en el CESFAM 1.

“Eh con la señorita xxxx, ella es muy amorosa.” (Agrimony)

“es como debería haberse dado, siempre... con cariño” (Clematis)

“como más amorosa.” (Aspen)

“Amor, amor, porque la señorita xxxx me ha entregado mucho amor.” (Beech)

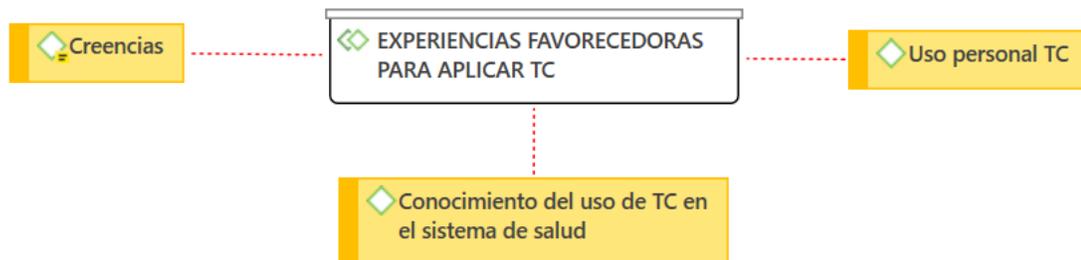
“La capacidad de amar de la señorita xxxx. La capacidad de amar a las personas (...) sin hacer excepción de ninguna persona y ella entrega amor, entrega amor, es lo que más me ha llamado la atención de ella” (Beech)



5.2 Categorías emergentes terapeutas enfermeras

1. **EXPERIENCIAS FAVORECEDORAS PARA APLICAR TC:** Mediante los relatos obtenidos con las entrevistas en profundidad surge esta categoría, en la cual terapeutas relataron sus experiencias de vida previas, las cuales favorecieron su acercamiento a las TC. De estas experiencias surgen 3 subcategorías. En el diagrama n° 8 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través del anexo n° 28 en el que se muestra la red semántica originada a partir del análisis de las entrevistas a los terapeutas enfermeras.

Diagrama n° 8: Categoría “EXPERIENCIAS FAVORECEDORAS PARA APLICAR TC” y sus 3 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

a. Creencias:

Esta subcategoría emerge, ya que tanto las creencias transmitidas a nivel familiar (respecto a uso de prácticas no biomédicas en el tratamiento de dolencias), así como propias creencias y convicciones sobre su efectividad favorecieron el acercamiento de las profesionales e incursionar en el uso de TC.

“mi abuela santiguaba, así que me enseñó” (Elm)



“Yo la verdad es que voy siguiendo (...) lo que me hace sentido” (Elm)

“un sentimiento propio porque eh, yo creo en la efectividad de estas terapias” (Vervain)

“ Lo importante sí es que tú como terapeuta también tengas la convicción” (Gentian)

“esto de la Medicina de hierbas (...) vas teniendo la certeza de que ciertas plantas ciertas hierbas te van ayudando también a al bienestar” (Gentian)

b. Conocimiento del uso de TC en el sistema de salud:

Las terapeutas relataron que previo a su formación en TC sabían que terapias diferentes al tratamiento biomédico estaban siendo aplicadas en centros de salud.

“la directora (refiriéndose a la directora de X hospital), ella dejaba entrar a las santiguadoras, a las madres querían que santiguaran a sus niños” (Elm)

“después que los santiguaban se mejoraban, así que los tenía que dar de alta” (Elm)

“podimos compartir experiencias de lo que nos transmitía xxxx y la señora xxxx, ella enfermera igual, directora del CESFAM xxxx. Ellas de alguna manera igual nos compartían su experiencia como CESFAM holístico” (Vervain)

“Yo sé que inicialmente el xxxx fue como pionero en todo esto de las terapias y seguidamente, nos fuimos sumando nosotros” (Gentian)

c. Uso personal de TC:

En los relatos de las terapeutas también se evidenció el acercamiento como receptoras de estas TC.

“yo iba a hacerme acupuntura y la xxxx tocaba los cuencos” (Elm)

“de momento que lo conocí, lo experimenté y sentí sus beneficios” (Vervain)

“Sí, todo lo que esta medicina herbal.” [Refiriéndose al uso de la medicina de hierbas.] (Gentian)



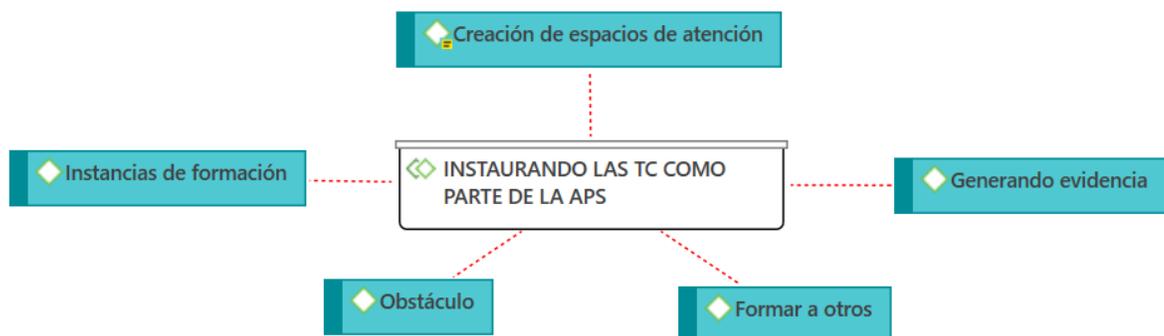
Una de las terapeutas enfermeras refiere que el uso de las TC se vio influido por su propia búsqueda de sanación, como se describe:

“Entonces dije, bueno, necesito algo más. Necesito mandarle a mi pasado porque me estoy destruyendo, es igual lo que sea, así que me voy a iniciar en este segundo nivel [de rieki].” (Elm)

“era una necesidad eso que tú estás en búsqueda (...). Yo fui hasta una Machi.” (Elm)

- 2. INSTAURANDO LAS TC COMO PARTE DE LA APS:** Esta segunda gran categoría emerge a través de los discursos respecto a cómo fue la experiencia de lograr establecer las TC como parte de las prestaciones entregadas en los centros de salud. De estas experiencias surgen subcategorías. En el diagrama n° se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través del anexo n° 29 en el que se muestra la red semántica originada a partir del análisis de las entrevistas a los terapeutas enfermeros.

Diagrama n° 9: Categoría “INSTAURANDO LAS TC COMO PARTE DE LA APS” y sus 5 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”



a. Instancias de formación:

En los relatos de las terapeutas se evidencian las experiencias del proceso de formación, en los cuales hay relatos en los que la formación nació como un deseo personal y fue financiado con los propios recursos de la profesional, así como otros relatos en los que se presentaron instancias de formación como una instancia de capacitación en el propio lugar de trabajo.

“en ese momento reiki era más de elite. Y salía caro, o sea te iniciaban y era 150 dólares” (Elm)

“Fue un curso por el servicio que nos.... De monitor de reiki el inicial” (Vervain)

“hubo 1 año que se hicieron hartas capacitaciones aquí de terapia en distintas áreas” (Vervain)

“Fue una capacitación formal en el CESFAM” (Gentian)

“poder solicitar capacitaciones, costo un poquito, pero finalmente nos autorizaron y a raíz de eso las personas que teníamos como interés o que teníamos algún tipo de iniciativa anterior. Y nos reunimos para poder ejecutarla. (Gentian)

b. Creación de espacios de atención:

Esta subcategoría emerge a partir de relatos en los cuales las terapeutas se refirieron a que durante la implementación de las TC se crearon espacios especialmente pensados para entregar dichas terapias.

“instalamos el primer domo en Chile que se instala en un establecimiento de salud” (Elm)

“para entregar cuidados humanizados tienen que haber espacios de sanación... e instalamos el domo” (Elm)

“Es como tú entras... va a estar calentito, va a haber un aroma, va a haber música” (Elm)

“surgió este proyecto de construcción de domo” (Vervain)

“tratamos de proporcionar todo un ambiente que fuera solamente para ello” (Gentian)



“Se hizo el proyecto de este domo de este y de este domo infantil. Entonces hubo que esperar los dineros, hubo que construir todo esto que no es tan de 1 año para otro, entonces por eso como que se demora un poco inicialmente” (Gentian)

c. Generando evidencia:

Esta subcategoría emerge, ya como una forma de validar la entrega de las TC y justificar el espacio que se les estaba entregando.

“Después seguí haciéndole a mis pacientes y seguí sacando evidencia, siempre tratando de sacar evidencia, por ejemplo, en heridas, pacientes con úlcera de difícil manejo...foto” (Elm)

“las evaluamos después las mamás a los 2 años, a los cuatro y a los 6 años” (Elm)

“siempre fui sacando evidencia para poder validarla en este sistema.” (Elm)

“hablé con la psicóloga ...hicimos una evaluación a esas madres antes de la iniciación y después de las iniciaciones” (Elm)

“nosotros aplicamos encuestas después de las terapias” (Gentian)

d. Obstáculos:

Esta subcategoría emerge por las experiencias que dificultaron que las profesionales pudiesen participar de la implementación de TC, lo que se muestra en los siguientes discursos:

“hacemos muchas horas de trabajo administrativo entonces, muchas veces me pasó a mí, por ejemplo, que tenía actividades programadas” (Vervain)

“También veo que hay de alguna manera motivación por seguir haciéndolo, aplicándolo lo poco que hay aquí. En el fondo se ha descontinuado por el no tener



los recursos. Eso como que de alguna manera te desmotiva y eso lo he escuchado". (Vervain)

"La falta de recursos como para a veces el no tener tantas horas que Pudieras destinar, también desmotiva" (Vervain)

"Fíjate que yo creo que interés, yo creo que siempre ha habido. Ahora eh... Oportunidades de capacitación... yo no sé si está dentro del pack de la dirección comunal, como estuvo hace un par de años atrás, lo que era la capacitación en estos temas. Eh eso por un lado" (Gentian)

"yo creo que es la presión asistencial." (Gentian)

"Yo creo que la falta de recurso humano también va un poquito en desmedro porque se prioriza todo lo que es el cumplimiento de metas" (Gentian)

e. Formar a otros:

Esta categoría emerge de los relatos de la terapeuta del CESFAM 1, ya que es la única de los profesionales entrevistados de ser "maestra" y poder formar o iniciar a terceras personas. El formar a otros ha sido parte de la implementación de las TC en el centro de salud, ya que ha formado a profesionales como a usuarios.

"El 2011 inicio a mamás de niños con daño cerebral" (Elm)

"a las enfermeras, después. Sí, porque como habíamos visto que daba resultado en personas con úlcera de difícil manejo, las colegas que estaban ahí, que para cuando hiciera sus curaciones no requirieran que yo fuera a hacer reiki" (Elm)

"se iniciaron a la enfermera y a una psicóloga, se iniciaron en reiki. En ese tiempo formaron a 5 personas del CESFAM" (Elm)

"También inicié adultas mayores, 5 adultas mayores." (Elm)

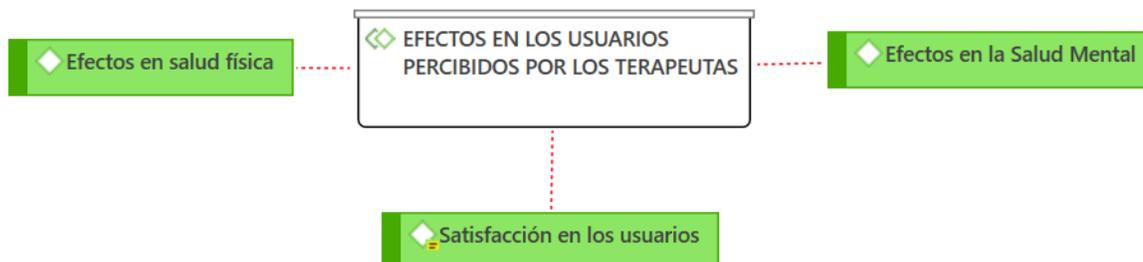
"el año 2019 se iniciaron 15 adultos mayores de los grupos organizados" (Elm)

3. EFECTOS EN LOS USUARIOS PERCIBIDOS POR LOS TERAPEUTAS:

Esta categoría emerge basándose en las experiencias de efectos de las TC que fueron percibidas en los usuarios/as. De esta gran categoría emergen 3 subcategorías. En el diagrama n° 10 se muestra esta categoría, la cual puede ser profundizada a través del anexo n° 30 en el que se muestra la red semántica originada a partir del análisis de las entrevistas.



Diagrama n°10: Categoría “EFECTOS EN LOS USUARIOS PERCIBIDOS POR LOS TERPEUTAS” y sus 3 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

a. Efectos en la salud física:

Los efectos relatados fueron a nivel de cohibir hemorragias, aliviar sensación de calambres y manejo de úlceras de larga data, como se muestra en los siguientes relatos:

“empecé a aplicarle las manos y empezó a ceder los calambres, sin tener que pasrale de nuevo suero” (Elm)

“aplicar reiki y mirábamos y estaba cohibida la hemorragia” (Elm)

“cómo los 3 o cuatro meses cicatrizaban esas úlceras.” (Elm)

b. Efectos en la salud mental:

Los efectos percibidos por las terapeutas en los usuarios/as principalmente son respecto a mejoras en el estado anímico.

“Las que tenía depresión, ya no tenían depre” (Elm)



“Ya no pienso las cosas que les daba vuelta. Ya vivo más feliz.” (Elm)

“disminuyó la sobrecarga” (Elm)

“O sea que primera vez que duermo, no sé, 15 minutos relajadamente (...) que no siento vergüenza, no siento temores” (Vervain)

“Su estado anímico, ellos lo verbalizaron, decían que (...) su estado, en la casa y su estado anímico, su predisposición era muy diferente.” (Gentian)

“se sentían hasta más contentos” (Gentian)

c. Satisfacción en los usuarios:

En los relatos de las terapeutas se describen percepciones favorables de los usuarios hacia las terapias más allá de los “efectos” de las mismas, sino de sentirse satisfechos, agradecidos y felices por estar recibéndolas.

“empecé a ofrecer a las mamás y las mamás felices, felices” (Elm)

“primero que nada gratitud por sentirse ellos considerados y acogidos” (Vervain)

“porque en el fondo ellos también se sentían de alguna manera cuidados” (Vervain)

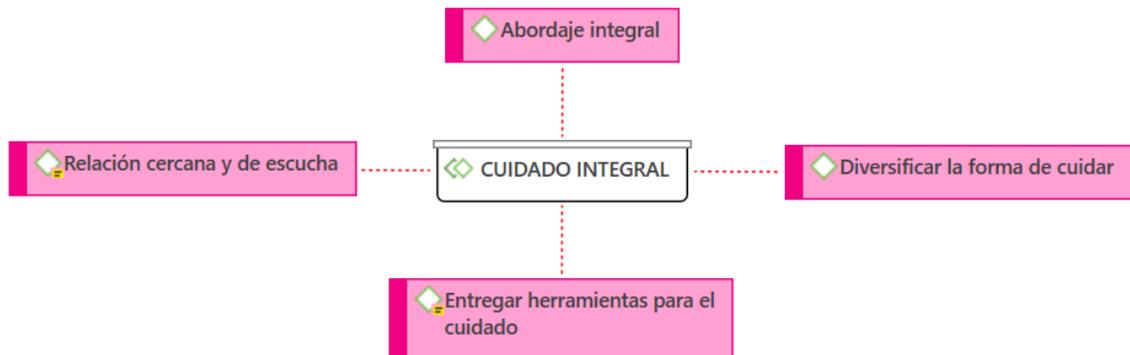
“fueron solamente comentarios de satisfacción de beneficios hacia ellos y muy, muy agradecidos por el espacio que nosotros le brindamos” (Gentian)

“le generaba una satisfacción y un bienestar que ellos decían que era como una felicidad.” (Gentian)

4. CUIDADO INTEGRAL: Esta categoría, que se muestra en el diagrama n°11, emerge basándose en las experiencias en relación a la forma en cómo las TC pasan a formar parte de los cuidados entregados a los/as usuarios/as. De esta gran temática emergen 4 subcategorías. En el anexo n° 31 se muestra la red semántica del análisis de las entrevistas.



Diagrama nº11: Categoría “CUIDADO INTEGRAL” y sus 4 subcategorías



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

a. Relación cercana y de escucha:

Los terapeutas mencionan que en la relación de cuidado hay más tiempo para escuchar al otro, “estar presente” y hay una mayor cercanía con los usuarios.

“con esta terapia es que puedo estar más cerca... más cerca del otro” (Elm)

“Validarla.. escucharla. Siento que puedo hacer enfermería” (Elm)

“las terapias, esto lo que me ayudan a estar más cerca de las personas” (Elm)

“Me permito (...) estar presente, estar presente sin alguna estructura” (Elm)

“nosotros tenemos 1 hora para estar con el otro para escucharlo.” (Elm)

“escuchar, de acompañar a alguien, eh, de entregarle esta energía” (Vervain)

“de alguna manera era escuchada e intervenía en ello.” (Vervain)

“Hay una cercanía de parte de ellos” (Gentian)

“se afianza en los vínculos entre el personal de salud y el usuario” (Gentian)



b. Entregar herramientas para el cuidado:

En esta subcategoría los terapeutas describen que al aplicar TC se permite que los usuarios sean más partícipes de su propio cuidado y lo describen como una forma de entregar herramientas a las personas.

“Y ella decía: Y aplicó, reiki... se me pasa y el xxxx se queda tranquilo” (Elm)

“sentían que tenían una herramienta” (Elm)

“sentía que a ellas efectivamente le habíamos dado una herramienta.” (Elm)

“que el otro tenga herramientas para seguirse cuidando.” (Elm)

“Ellas con primer nivel, ellas se pueden hacer a ellas y a otros ... entonces esa era la idea que se hicieran a ella y a otros” (Elm)

“que el otro tenga herramientas para seguirse cuidando.” (Elm)

“Yo le digo (...) son sus flores... son las emociones que usted quiere trabajar.” (Elm)

“como terapeuta, que es mi objetivo entregar también otro tipo de herramientas” (Gentian)

c. Abordaje integral:

Los terapeutas relatan que mediante las TC pueden abordar temáticas que van más allá de lo meramente clínico, sino que tiene un fuerte componente emocional el cual emerge en este proceso terapéutico.

“Para mí significa cuidado integral. Cuidado holístico, cuidado amoroso” (Elm)

“Yo le pregunto a una señora con fibromialgia (...) ¿qué le duele? ¿Qué le duele en la vida?que está en todo el cuerpo. Me entiendes... entonces de una cosa que nosotros visualizamos corporalmente... es más allá de eso.” (Elm)

“El darse cuenta de lo que los estados emocionales hacen... que tu empiezas como en este proceso, el darse cuenta ¿Por qué? ¿Qué te moviliza?” (Elm)

“No centramos tanto, quizás en lo clínico” (Vervain)

“tú abordas a la persona desde otro punto de vista” “es como una ventanita que se abre para que ellos también puedan manifestar otro tipo de dolencias o no tanto física, sino del alma” (Gentian)



d. Diversificar la forma de cuidar

En esta subcategoría las terapeutas expresaron empezar a aplicar las TC como ayuda a su quehacer habitual, afirman que como enfermeras es relevante para su desarrollo incorporar otro tipo de conocimientos en la relación de ayuda con los usuarios.

“le dije: lo que quiera la podemos ayudar (...) para gestionar qué sé yo alguna cosa, entonces me dice, mira, si el único problema que tenía que su hija hacía calambres. Y yo me acordé la diálisis de los calambres...Y dije ¿y si inicio a las mamás?” (Elm)

“Ya lo aplicaba en enfermería. Ponte tu como poníamos mucha heparina también costaba que coagularan. Yo empecé a poner las manos con Reiki” (Elm)

“Y les daba muchos calambres, muchos calambres...y había que pasarles suero de nuevo. Y resulta que yo empecé a aplicarle las manos y empezó a ceder los calambres, sin tener que pasarle de nuevo suero.” (Elm)

“tenemos que estar como abierta siempre a incorporar otros conocimientos, otras líneas de acción” (Vervain)

“calza muy bien con la profesión el poder ayudar desde este desde esa perspectiva” (Vervain)

“un interés personal en realidad... de poder abordar este tipo de terapias. Y cómo ayudar y cómo se complementa con (...) toda esta terapia que indican los médicos” (Gentian)

“Entonces, una vez que me fui involucrando en este en este mundo, me fue siendo atractivo poder desarrollarme en otras áreas de terapia holística. Inicialmente el reiki” (Gentain)



- 5. SATISFACCIÓN CON APLICAR LAS TC:** Esta categoría que se muestra en el Diagrama n° 12, emerge a partir de los relatos de las terapeutas en los que expresan ideas de satisfacción y gratificación tras su experiencia de aplicar TC. En el anexo N° 32 se muestra la red semántica que surgió durante el análisis de las entrevistas.

Diagrama n°12: Categoría “SATISFACCIÓN CON APLICAR LAS TC” y sus 2 subcategorías.



Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

- a. Satisfacción personal:** En esta subcategoría se agruparon aquellos relatos en los que la aplicación se TC fue asociada por los terapeutas como una sensación agradable para sí mismos.

“Para mí en lo particular era gratificante poder... Poder ser parte de ese tiempo que ellos se permitían” (Vervain)

“es totalmente significativo porque uno se da cuenta que con cosas tan simples uno puede aportar mucho” (Vervain)

“ha sido enriquecedor tanto para ellos como para mí.” (Gentain)

“las terapias te benefician tanto a ti, a la terapeuta, como como también al usuario” (Gentain)

- b. Satisfacción profesional:** En esta subcategoría se encuentran los relatos en los cuales los terapeutas revelan el agrado que les provoca aplicar las TC a nivel profesional.

“Esto de lo que siempre hablamos, de cómo eh deberíamos ser en esto del cuidado (...) Así que eso fue maravilloso.” (Elm)



“esa sensación agradable de que es enriquecedora no solo para uno, sino para lo que puedo aportar” (Vervain)

“me quedo con la sensación agradable de haber entregado algo muy positivo a los pacientes y a los funcionarios” (Vervain)

“yo siento que con eso estoy ayudando, aunque sea con un granito de arena, pero estoy ayudando al bienestar de esa persona” (Vervain)

“Sin duda es totalmente significativo porque uno se da cuenta que con cosas tan simples uno puede aportar mucho” (Vervain)



5.3 Categorías emergentes terapeutas no enfermeros

Debido al número limitado de profesionales de enfermería que aplicaban TC como parte de sus labores (n=3), a continuación, se muestran algunos hallazgos de las entrevistas pilotos realizadas a terapeutas no enfermeros (n=2), a través de las cuales emergieron categorías muy similares, a las descritas por los terapeutas enfermeros.

1. EXPERIENCIAS FAVORECEDORAS PARA APLICAR TC: Se presentan las experiencias de vida previas de los terapeutas, las cuales favorecieron su acercamiento a las TC.

c. Creencias

“Siempre he sido como partidaria de la medicina holística, tal vez no tanto en el ámbito personal, sino que más bien porque creo que si es un buen complemento” (Cherry plum)

“entonces yo creo que desde eso también un poco el tema desde nuestros ancestros mapuches en este caso, sí mapuche que nos han transmitido como un montón de cosas que tienen que ver con la parte complementaria de la medicina natural” (Cherry plum)

“Yo lo vi, entonces sí creo en el tema energético, porque me hace sentido (...) porque todos tenemos energía” (Water Violet)

“la medicina holística es básicamente traer ese entorno, (...) la sonoterapia, la aromaterapia, pero en el fondo es esa conexión que nosotros como seres vivientes normalmente tenemos con el universo” Water Violet”

d. Conocimiento del uso de TC en el sistema de salud:

“E incluso nosotros vinimos a visitarlos a ellos cuando pensábamos hacer el domo y todo eso. Partimos como conociendo su experiencia” (Cherry Plum)

“la directora que nosotros teníamos de la señora xxx que era muy cercana a xxx una colega tuya enfermera, que había partido con técnicas más avanzadas”. (Water Violet)

“y xxxx empezó a hacer yoga en el cecosf xxxx. Entonces ya teníamos un antecedente”. (Water violet)

“Si lo tenía el CESFAM xxxx también pudiésemos tener nosotros”. (Water Violet)



e. Uso personal de TC:

“Hacerse consciente también de lo de las prácticas de bienestar individual que una normalmente utiliza. Yo en mi casa, entonces el tema de las plantas medicinales, el agüita de esto y esto otro, siempre ha estado presente en mí”. (Water Violet)

“pero también es parte de lo que yo lo habitualmente practicamos en mi familia es normalmente siempre las plantas, me gusta mucho... a mi papá le gustaban mucho las plantas.” (Water Violet)

“la persona que trabajaba conmigo, mi nana santiguaba... y yo vi y también recuerdo a mi hermana chica haberla visto muy enferma, pero muy, muy, muy enferma y haberla llevado al médico y seguía enferma, decaída.(...) y ver a mi hermano dormir y despertar bien, o sea ¡yo lo vi! Y después lo vi con mis hijos ... mi hijo mayor. Y también lo vi porque estaba así, como pataelaucha bien complicado y después de santiguarlo y ver que el traspiraba y dormía y despertaba bien, entonces el tema empírico”. (Water Violet)

“yo reconozco ser usuaria de las hierbitas medicinales”. (Cherry plum)

“yo me crie yo hace poco nos acordábamos con mi mamá, cuando uno tenía un resfrío se mejoraba con hierbitas... con una tisana que le llamábamos y eran puras hierbitas medicinales y por Dios que hacía bien”. (Cherry plum)



2. INSTAURANDO LAS TC COMO PARTE DE LA APS: Emerge de la descripción del cómo se instauraron dichas prestaciones en el centro de salud familiar.

a. Instancias de formación:

Las terapeutas relatan que dichas instancias fueron otorgadas por el propio centro de salud para capacitar a los profesionales. Dichas capacitaciones existieron en el pasado, pero no en la actualidad.

“se contrató personas que hicieran instrucción a los funcionarios” (Water violet)

“El mismo CESFAM nos hizo una formación formal”. (Water violet)

“para poder capacitarnos y nos capacitó a hartos en distintas terapias”. (Cherry plum)

b. Creación de espacios de atención

“Se hizo un programa como puesta en marcha, se hicieron estos domos” (Water Violet)

“Pero desde la salud holística es un espacio para pensar sobre mí mismo, sobre mi entorno y conectarme con todo”. (Water violet)

c. Obstáculos

Los obstáculos relatados tienen que ver con la falta de recursos económicos, falta de tiempo debido al cumplimiento de otras actividades, falta de instancias de formación actualmente y falta de motivación personal.

“Eso, eso sí, lo que nos cuesta mucho es conseguir los recursos. Yo creo que ahí estamos, pero los recursos es siempre tema (...). Ahí yo noto que tenemos un talón de Aquiles y una deuda pendiente de que debería ser como más fácil y deberíamos tener más a disposición recursos para poder hacer las terapias.” (Cherry Plum)

“la limitación de la cantidad de horas que yo dispongo es por el tema de material y a lo mejor por limitaciones propias de mi agenda, porque yo cumplo con otras funciones”. (Cherry Plum)



“Acá al que le interesa tiene que hacerlo en forma particular y eso igual quita un poco la importancia” (Cherry Plum)

“Biomagnetismo y de las 12 personas nadie siguió (...) Encontraría que a lo mejor les faltó la formación y por eso tenemos la camilla, pues, pero no siguieron (...) Por eso para la medicina holística tiene que haber una motivación personal” (Water Violet)

d. Derivación por parte de profesionales no terapeutas:

Los terapeutas en sus relatos indicaron una favorable acogida del personal que no aplica TC, lo que se evidenciaba en la gran cantidad de derivaciones que recibían principalmente desde el estamento médico, como se describe en:

“los médicos, los médicos de salud mental me derivan todo casi para acá, también los médicos de familia y como digo, fue tanto que este año me sorprendió que este año al hacer la programación (...) Y ahí en esa programación de los funcionarios ellos [refiriéndose a los médicos] priorizaron el tema de derivar a terapias holísticas. (Water Violet)

“los médicos de familia, los médicos de familia derivan bastante a terapia, a medicina alternativa. A mí ellos han sido como la mayor fuente de derivación. En conjunto con los psicólogos”. (Cherry Plum)

“También ha habido como bastante petición de sonoterapia, sobre todo para los grupos a nivel comunitario (...) pero es de la visión de cómo el equipo ha ido utilizando este recurso, si yo creo que ha ido in crescendo”. (Cherry Plum)

3. EFECTOS PERCIBIDOS POR LOS TERAPEUTAS

a. Efectos en la Salud Física:

Los terapeutas refirieron efectos a nivel del dolor, como:

“El tema de fibromialgia disminución del dolor en general.” (Water Violet)

“Menos dolor de cabeza”. (Water Violet)



b. Efectos en la SM (Salud Mental)

Los terapeutas relatan efectos principalmente de regulación del estado de ánimo y del sueño.

“Coadyuvan los tratamientos farmacológicos de salud mental... mucho (...) y que al iniciar las terapias a través de la salud holística se evita muchas veces el ingreso a el programa de salud mental”. (Cherry Plum)

“la aromaterapia, la gente la hace que recuerde ... también evoque sensaciones de bienestar” (Water Violet)

“Ellos me han dicho que se siente más relajado, básicamente que han podido dormir mejor, que no se van con tanta angustia que también pueden visualizar la vida también más funcional, más más tranquila”. (Water Violet)

“Sienten que duermen mejor, (...) se sienten más tranquilas, les gusta venir acá, se sienten más contentas”. (Water Violet)

c. Satisfacción de los usuarios:

“la gente (...), me ha mencionado por algo viene, no quieren dejar de venir”.(Water Violet)

“Ellos han sentido que de verdad les hace bien, que les ha servido, lo verbalizan, vuelven, son adherentes” (Cherry Plum)

4. ATENCIÓN INTEGRAL

a. Entregar herramientas:

En los discursos se evidenció que las TC otorgadas son vistas por los terapeutas como herramientas para que las personas puedan ser partícipes activos en el mantenimiento y recuperación de su salud.

“la persona va encontrando qué puntos quiere ponerse traspasándole un poco también la capacidad y la habilidad para que la persona reconozca sus emociones, reconozca sus factores protectores, sus factores de riesgo y ataquen los factores de riesgo con auriculoterapia”. (Water Violet)



“y pongo en sus manos las cosas que hemos conversado. (Water Violet).

“yo le digo, usted, mire, mire, escuchen los cuencos, la relajan. Usted también puede tener sonoterapia natural... escucha sonido de los pájaros, el sonido del mar. Si usted pone atención en la mañana cuando haga sus ejercicios respiratorios, va a tener sonoterapia en su casa cuando escuche el zorzal, cuando escuché la lluvia, escuche el viento, entonces básicamente lo que trato es (...) que la gente también se conecte con su medio ambiente. Y ahí, en base a eso, tenga una visión de sus factores protectores, sus factores de riesgo y enfrente la vida, pues la vida tiene dificultades siempre”. (Water Violet)

b. Abordaje integral

Los relatos consideran las múltiples aristas que engloba el concepto de salud:

“Por mi formación, la medicina es completa, o sea es holística, es integral, como como dice el modelo uno de los principios (...) es la integralidad, porque yo creo que la salud no solo tiene un componente biomédico, sino que también tiene del área psicosocial, holístico y también cultural espiritual ... la salud no es solo física. Sino que es desde se puede mirar y se puede curar a través de todas las dimensiones” (Cherry plum)

“la salud tiene todas las dimensiones y la curación tiene que tomar todas las dimensiones del ser humano. Todas, todas, todas. Es absolutamente e. Integral”. (Cherry Plum)

“todo se liga también al concepto de la salud familiar, cuando la salud familiar te amplía el horizonte dice que salud es todo, cuando ya hablamos que todos no solamente la ausencia de enfermedades”. (Water Violet)

c. Diversificar la forma de atención:

Los relatos muestran que las TC son evaluadas por los terapeutas como una herramienta que les ha permitido fortalecer sus atenciones.

“uno tiene que buscar prácticas de bienestar y por la profesión nuestra como asistente social, donde busca también tu espacio u otras alternativas. (Water Violet)



“Y como te digo, como en el caso nuestro como asistente social es como que está muy de la mano con lo que uno hace, entonces yo le digo como una herramienta que podía usar en la Consejería de mis pacientes, entonces lo tomamos no más” (Water Violet)

“Un crecimiento profesional adquiere una nueva competencia, mejorar el resultado de mis acciones con un profesional como asistente social y mejorar el resultado de mis acciones más” (Water Violet)

“me ha permitido como mezclarlo con el área de consejería y me he ido como el sentido de que me he ido como fortaleciendo en ese ámbito” (Cherry Plum)

5. SATISFACCIÓN CON APLICAR TC:

a. Satisfacción Profesional:

“a mí me ha significado vivir un mundo importante, también de desarrollo profesional, respecto de que como servicio social la idea es servir al a la otra persona” (Water Violet)

“para mí un crecimiento profesional de todas maneras” (Water Violet)

“También una satisfacción para mí porque veo resultados también de las personas, también te lo refuerzan ellos... en querer... ¿me puede citar de nuevo a sesión? [Refiriéndose a lo que piden los usuarios] (Water Violet)

“Me ha dado algunas satisfacciones porque a lo mejor lo mío ha sido un granito de arena, pero yo he visto como logros en la salud de los pacientes” (Cherry plum)

“para mí ha sido muy gratificante, a mí me gusta hacer la terapia” (Cherry plum)

“ahora, personalmente, desde mi ego también me ha dado como otra calificación e extra... una competencia extra” (Water Violet)

Del análisis realizado surgen categorías muy similares a las emergidas con las enfermeras terapeutas. Hay subcategorías que no se encuentran presentes (“Generando evidencia”, “Formar a otros”, “Relación cercana y de escucha” y “satisfacción personal”). Surge una subcategoría nueva “Derivación por parte de



otros profesionales no terapeutas”. En la tabla N°3 se muestra un resumen de las categorías y subcategorías emergidas de los relatos de los terapeutas (enfermeros y no enfermeros).

Tabla N°3: Comparación de las Temáticas centrales de terapeutas enfermeros y no enfermeros.	
ENFERMEROS	NO ENFERMEROS
1. EXPERIENCIAS FAVORECEDORAS PARA APLICAR TC	
Creencias	
Conocimiento del uso de TC en el sistema de salud	
Uso personal de TC	
2. INSTAURANDO LAS TC COMO PARTE DE LA APS	
Instancias de formación	
Creación de espacios de atención	
Generando evidencias	-----
Obstáculos	
Formar a otros	-----
-----	Derivación por parte de profesionales no terapeutas
3. EFECTOS PERCIBIDOS POR LOS TERAPEUTAS	
Efectos en la salud física	
Efectos en la salud mental	
Satisfacción de los usuarios	
4. CUIDADO INTEGRAL	4. ATENCIÓN INTEGRAL
Relación cercana y de escucha	-----
Entregar herramientas para el cuidado	
Abordaje integral	
Diversificar la forma de cuidar	Diversificar la forma de atención
5. SATISFACCIÓN CON APLICAR TC	
Satisfacción profesional	
Satisfacción personal	-----
Fuente: Resultados del estudio “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”	



6. DISCUSIÓN

Mediante la fenomenología hermenéutica de Heidegger (35) se busca entender los fenómenos para lograr descubrir y entender los significados, hábitos y prácticas del ser humano. Busca comprender experiencias cotidianas y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias (35). Para Heidegger existen dos modos a través de los cuales los seres humanos se involucran con el mundo. El 1° es aquel en el que las personas están completamente sumergidas en las actividades diarias sin notar su existencia. Por otro lado, en el 2° modo, los seres humanos son conscientes de su existencia (80). Este último sería el caso de las personas que padecen alguna dolencia o enfermedad, ya sea física o mental (como lo relatado por los usuarios en las motivaciones para usar TC), ya que este padecimiento los haría ser más conscientes de su vida cotidiana. Cosas que previo al padecimiento no llamaban la atención o eran inadvertidas, pasan a ser importantes para la existencia de la persona, como lo son las actividades de la vida diaria, estudiar, comunicarse, descansar, entre otras, temáticas que emergieron en las entrevistas en profundidad.

La fenomenología es investigación sobre el “ser” de los entes. Este “ser” se comprende como “fenómeno” (80). La fenomenología hermenéutica fue propuesta como una metodología para descubrir el significado del “ser” o existencia de los seres humanos (80). El sentido de la investigación de la descripción fenomenológica es la interpretación, la que no es tomar conocimiento de lo comprendido, sino el desarrollo de las posibilidades proyectadas en el comprender (80) El objetivo principal de Heidegger fue entender los que significa ser una persona y cómo el mundo es inteligible (80).

Heidegger plantea la pregunta por el “sentido del ser”. En toda pregunta distingue:



-“Aquello por lo que se pregunta, *algo puesto en cuestión* (...) [sein Gefragtes].

-Al preguntar también le pertenece “un interrogado” [ein Befragtes] (81).

-En la pregunta investigadora, “lo puesto en cuestión” debe ser determinado y llevado a concepto. Lo puesto en cuestión es aquello a lo que propiamente se tiende, lo preguntado [das Erfragte], aquello donde el preguntar llega a su meta (81).

En la presente investigación “sein Gefragtes” o aquello por lo que se pregunta es el “ser” o fenómeno, que sería el uso de terapias complementarias. “Ein Befragtes” que serían los “entes” (terapeutas y usuarios de TC). Por último “Das Erfragte” de qué se pregunta o lo que se espera encontrar son las experiencias y significados que emergen en la forma de categorías y subcategorías, los cuales fueron presentados en el apartado de “Resultados”.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en el que se sustenta la atención primaria en Chile, considera a las personas en su integralidad física y mental (47).

El Modelo reconoce de manera explícita el valor de la diversidad sociocultural, y, por ende, el sistema de salud debe organizarse en función de las necesidades de las personas (43). Dentro de los principios en los cuales se sustenta (47) se encuentra la “Integralidad”, la cual implica que los servicios disponibles deben ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables (47). Por lo tanto, al considerar los componentes biopsicosociales, espirituales y las creencias de las personas, es que las terapias complementarias están en total



consonancia con el MAIS, como una forma de responder a las necesidades de salud de los usuarios de atención primaria.

Por otro lado, también el MAIS se sustenta en el principio “Centrado en las personas” el que considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas (47), para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud (47). Esto se evidenció en las subcategorías que emergieron en las cuales los terapeutas expresaron que, en el proceso de realizar TC como parte de su quehacer, era una forma de “entregar herramientas” a los usuarios para que sean partícipes de su propio cuidado. Además, dentro de los objetivos más relevantes de este principio están el “Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas” y “Establecer relaciones de confianza y de ayuda” (47). La consecución de dichos objetivos se pudo ver concretada mediante el uso de las TC por los usuarios, en las subcategorías “Relación de escucha” y “Relación cercana e integral”.

Las características del Modelo de salud familiar descritas anteriormente, también concuerdan con los preceptos de la teoría del cuidado transpersonal de Watson.

Jane Watson menciona “la terapia de enfermería se basa en estos momentos en tocar, en la presencia, en la conciencia, en su intencionalidad en ese momento; nunca sabemos cómo estamos tocando la vida de ese ser humano” (82). Si nos basamos en las palabras de Watson, el entregar TC como parte del cuidado de enfermería está en consonancia con el “estar presente” en el momento de cuidado. Al igual que al referirse a no saber cómo se toca la vida del otro, ya que al cuidar mediante terapias complementarias (de acuerdo con los



relatos emergidos), se abarca muchas veces otros aspectos diferentes a la consulta inicial que motivó la asistencia de los usuarios.

Desde la perspectiva de Watson la “esencia de enfermería”, corresponde a la relación transpersonal entre la enfermera y el paciente lo que se traduce en un resultado terapéutico (37). El que cuida y el que recibe el cuidado están interconectados. La conciencia de cuidar-curar-amar existe y trasciende el tiempo y el espacio (38). La relación de cuidado que se evidenció mediante el análisis de las entrevistas en profundidad, se muestra esta relación cercana y amorosa a la que se refiere Watson. Resulta importante destacar que el cuidado Transpersonal puede ser llevado a cabo no solo por enfermeros, sino que por el equipo de salud de manera interprofesional. En el caso de la presente investigación se consideraron las terapias brindadas por enfermeros y por terapeutas no enfermeros. En los relatos, independientemente de si el terapeuta es o no enfermero, se vislumbran aspectos de cuidado transpersonal. Esto es coincidente con un estudio (83) que buscó validar la relevancia de la teoría de Watson en todas las disciplinas, el cual concluyó que cuando el cuidado humano se aplica en equipos interprofesionales, los profesionales de la salud encuentran una conciencia solidaria para cuidar de sí mismos y de los demás, y así promover la atención al paciente (83)

Entonces, la aplicación de TC como parte del cuidado de enfermería permite integrar la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson (37) a la práctica de enfermería, lo que se refleja en la temática “Cuidado integral”, así como es referido por usuarios en “Relación humana centrada en la persona”.

Los procesos Caritas (PC) se encuentran presentes en más de una de las subcategorías. En los PC se describe que “durante el momento de atención, los beneficios para los cuidadores y los receptores son recíprocos” (83). En este caso la relación terapéutica presenta beneficios a ambas partes. Los beneficios para los usuarios son aquellos que se mencionaron en la categoría “Efectividad”,



mientras que el beneficio para los enfermeros-terapeutas (cuidadores) se refleja en la satisfacción personal y profesional que sienten debido a entregar las TC.

El 5° PC relacionado con la expresión de sentimientos positivos y negativos, se refleja las subcategorías “Relación de escucha” (emergida de los usuarios/as), “Relación cercana y de escucha” (emergida de los terapeutas), y “Abordaje integral” (emergida de los terapeutas). Esta última categoría se considera ya que en ella se favorece la expresión de emociones e ir más allá de la dolencia física que presenta la persona, sino con la búsqueda de otros componentes que influyen en esa dolencia y permite que éstos emerjan: “Yo le pregunto a una señora con fibromialgia (...) ¿qué le duele? ¿Qué le duele en la vida?...que está en todo el cuerpo. Me entiendes... entonces de una cosa que nosotros visualizamos corporalmente... es más allá de eso.” (Elm). “Es como una ventanita que se abre para que ellos también puedan manifestar otro tipo de dolencias o no tanto física, sino del alma” (Gentian)

El 6° PC (40) se encuentra presente al aplicar las TC, ya que se usan diferentes formas de conocimiento en pro del bienestar y mantenimiento o recuperación de la salud, ya que por un lado las personas tienen sus atenciones y tratamientos en el centro de atención primaria, pero a la vez se entregan atenciones en las que los terapeutas adquirieron otro tipo de conocimientos y preparaciones para aplicar las TC, lo cual se describió en la subcategoría “Instancias de formación” así como su interés de la categoría “Diversificar la forma de cuidar”

El 7° PC (40) de enseñanza-aprendizaje se encuentra presente la subcategoría “Entregar herramientas para el cuidado” en donde por ejemplo se han iniciado a usuario/as para la aplicación de reiki, así como también la formación a otros profesionales en dicha práctica.



El 9°PC (40) “Ayudar con interés intencional y afectuoso con las necesidades básicas como actos sagrados, considerando la mente y el espíritu del otro”, se encuentra presente ya que en la relación de ayuda que se brinda con la aplicación de las TC se realiza el “Abordaje integral”, relatado por los terapeutas. Los profesionales de la salud se encuentran en una posición privilegiada para cuidar a los demás en sus momentos más vulnerables y entrar en su espacio físico y cuerpo-mente-personal más privado (83). Lo cual es frecuentemente mencionado por los terapeutas como los usuarios. Además, con la inclusión de estas terapias se entrega un trato en el que se respeta la dignidad humana (83), lo que se asocia a la satisfacción y agradecimiento relatado por los usuarios en relación con la atención recibida (subcategoría “satisfacción usuaria”).



1. Primera temática de usuarios”: MOTIVACIÓN DE USO”.

La temática motivación de uso engloba la experiencia de vivir con diferentes problemáticas que motivaron su ingreso a terapias no convencionales (flores de Bach, reiki, sonoterapia y auriculoterapia).

En esta categoría se encontraron los “Problemas de salud mental” como lo es la depresión, ansiedad, problemas de comunicación, dificultades al dormir, entre otros. Esto es concordante con los resultados de Hertzberg et al (84) quienes encontraron que la presencia de diagnósticos psiquiátricos se asoció ($p < 0,05$) con el uso de prácticas de TC como reiki, terapias florales, yoga, meditación, acupuntura, etc. Además, que las personas con “temperamento depresivo” y “temperamento irritable” tienden a utilizar menos todos los tipos de terapias complementarias (en general), pero más las terapias florales (84). Al igual que lo encontrado por Pinheiro et al. (85) quienes hallaron que las mujeres con algún tipo de sufrimiento a nivel psicológico utilizaban terapia de flores de Bach a nivel de atención primaria (85). Mientras que Wemrell et al (86) hallaron que los síntomas más comúnmente reportados tratados con TC fueron ansiedad, alteraciones del sueño y depresión. Según este estudio entre las razones más comunes para el uso de TC están aliviar los síntomas ya mencionados (86). Las personas con padecimientos de salud mental muchas veces padecen este sufrimiento psicológico por mucho tiempo, han consultado a más de un profesional y ya han probado más de un tratamiento convencional. Por lo tanto, el uso de este tipo de terapias es buscado como una forma diferente de enfrentar la problemática de salud, cuando los tratamientos previos no han sido efectivos en aliviar su sufrimiento psíquico.

También Wemrell et al (86) una de las razones para el uso de TC es reducir el uso de fármacos. Este último punto debido a que la medicación (así como el asesoramiento o la psicoterapia), no eran suficiente para satisfacer las



necesidades de los pacientes y no se adaptaba a todos los pacientes (86). Esto también concuerda favorablemente con los resultados de la presente investigación, específicamente con la subcategoría “Percepción negativa del tratamiento biomédico”, ya que en ella se agruparon aquellas vivencias de usuarios asociados a falta de efectividad del tratamiento farmacológico, así como la aparición de reacciones adversas asociadas, lo cual se conduce a desear una disminución del consumo de medicamentos. Similar a lo encontrado por Denell et al (87) en sus resultados la medicación está asociada con riesgos y efectos secundarios, y varios de los encuestados dijeron que preferían los tratamientos holísticos a las píldoras y otros medicamentos (87). Dentro de la subcategoría de percepción negativa del tratamiento biomédico también se encontró la relación distante con los profesionales de salud que entregan atención convencional. Todos esos factores confluyen en que las personas se encuentren insatisfechas con el tratamiento biomédico e inicien una búsqueda de otro de tipo de terapias que aborden su problemática sin causarles otras molestias o reacciones adversas y en las cuales puedan sentirse escuchados y sentir la cercanía de los prestadores de atención sanitaria. Relacionado a lo previamente mencionado, Lachance et al (88) encontraron que sólo las necesidades de atención médica insatisfechas eran el predictor estadísticamente significativo más fuerte para el uso de TC, donde aquellos que informaron necesidades de atención médica insatisfechas tenían dos veces más probabilidades de usar TC que aquellos que no lo hicieron ($p < 0,001$) (88).

Respecto a la Temática “motivación de uso” respecto a utilizar TC está la subcategoría “Problemas de Salud Física”. En ella se encontró principalmente la vivencia de dolor como motivación para usar TC, lo que también fue reportado por el estudio de Danell et al (87) en el cual la mayoría de los participantes presentaban algún tipo de dolor como problema principal de salud. En dicha investigación se destacó la vivencia de una mujer que indicó cómo la atención médica convencional no podía resolver su dolor crónico (87). En el estudio de



Wemrell et al (86) dentro de los síntomas presentes tratados con TC un 9% reportaba dolor, siendo la principal causa de origen físico para utilizar las TC (86). El dolor al ser una sensación desagradable. El dolor crónico puede traer consecuencias, como la discapacidad físico-funcional, mientras que en el aspecto psicológico es la depresión. Las personas con dolor pueden dejar de llevar una vida normal, presentan dificultades para hacer ejercicio, su sueño es poco reparador y disminuyen su participación social (89). Los aspectos mencionados y la multidimensionalidad del ser humano que se ve afectada al padecer dolor, puede asociarse también a la búsqueda de nuevas formas de tratar dicho dolor por parte de quienes lo padecen.

Pereira et al (90) encontraron que las TC son buscadas por personas que padecen problemas similares, como dolores musculo-esqueléticos y del sistema nervioso y/o problemas emocionales, como estrés, ansiedad e insomnio (90). En el estudio cualitativo de Hmwe et al (91) emergió el subtema “Razones para usar terapias complementarias alternativas” cuyos resultados fueron que los participantes las utilizaron para aliviar el dolor, relajarse y lograr su bienestar general (91) , similar a lo encontrado en la presente investigación en la categoría “Motivación de uso” lo cual está en consonancia con lo previamente descrito.

2. Segunda tematica “usuarios”: EXPERIENCIA PREVIA CON TC”.

Respecto a la categoría “Experiencia previa”, en la investigación de Hmwe et al (91) se encontró una categoría similar denominada “Experiencia usando terapias complementarias y alternativas” en la que, al igual que en el presente estudio, algunos de los participantes tenían experiencia en el uso de al menos una modalidad TC y otras nunca las habían usado (91). En el presente estudio el uso de TC por los usuarios estuvo principalmente asociado al uso personal y a la



utilización de familiares, siendo este uso asociado a su instauración en la atención “pública”, lo que indicaría que su instauración incipiente en los centros asistenciales ha servido para acercar estas terapias (flores de Bach, reiki, auriculoterapia, sonoterapia) a las personas.

En cuanto a la subcategoría de “conocimiento previo” se encontró que, si bien algunos de los participantes tenían conocimiento respecto a las TC, este era más bien superficial el cual había sido adquirido a través de los medios de comunicación o “le habían hablado” de las TC. Esto concuerda con el estudio de Danell et al (87) en el que casi todos los participantes describieron la experiencia de tener conocimientos limitados sobre dichas terapias (87). El contexto donde se desarrolla la presente investigación (centros de salud pública), donde la mayoría de los usuarios inscritos corresponde a población de clase media-baja, se haría más difícil el poder conocer de estas terapias y acceder a ellas, ya que como algunos mencionaron, dentro del conocimiento previo que poseían, era que dichas TC era entregadas de forma particular y las asociaban a un alto costo económico.

3. Tercera Temática “usuarios”: EFECTIVIDAD DE LAS TC.

En la categoría o temática Efectividad de las TC, se reúnen las experiencias vividas de los efectos que los usuarios han percibido, tras el uso de las TC.

Para los usuarios surge la subcategoría “Efectos positivos en la salud mental”, en los cuales se evidenció disminución de la ansiedad, estabilización del ánimo, mejora en el sueño y en la comunicación. Lo que concuerda con Hertzberg et al (84), quienes indican que las prácticas de TC están asociadas con el bienestar y la regulación emocional (84). Las TC como el reiki (92,93),



auriculoterapia (94,95) y flores de Bach(96) han mostrado lograr una disminución de la ansiedad. En el estudio de Bastos et al (96) encontraron que la terapia floral permitió a los participantes (mujeres en periodo de menopausia) una reducción en sus niveles de ansiedad (96). La ansiedad también disminuyó significativamente en mujeres en el parto, en aquellas del grupo que recibió auriculoterapia durante el embarazo (94).

También Pinheiro et al (85) encontraron que el proceso de producción de salud mental (a partir de terapia floral y actividades en grupo) fue reconocido por los usuarios desde una perspectiva de cambios en sus relaciones consigo mismos y con los demás, como señalan participantes: “Empecé a regresar a esas ganas de hacer cosas [...] mejorando mi autoestima, comencé a ser más, como, más creativa”.

Respecto a la subcategoría “Efectos positivos en la salud física”, los usuarios mencionaron la disminución del dolor. Esta disminución fue experimentada independientemente del tipo de terapia recibida. Los efectos positivos sobre el dolor se han evidenciado en ensayos clínicos (92,93,97), como el de Sisman y Arslan (92) en el cual el dolor pre y post quirúrgico tuvo una disminución estadísticamente significativa en comparación con el grupo al que se le aplicó reiki simulado y el control (92). Similar a los hallazgos de Gokdere-Cinar et al (93) quienes encontraron que la aplicación de Reiki a pacientes con fibromialgia tiene efectos positivos para reducir el dolor de manera estadísticamente significativa en comparación al grupo de reiki simulado (93).

Lara et al (98) encontraron que la terapia floral fue efectiva para el control del dolor, pudiendo ser utilizada como método no farmacológico en el parto (98). Por el contrario, el estudio de Brito et al (99) encontraron que no hubo diferencias en la reducción del dolor de las mujeres durante el parto, pero si ayuda a la evolución del mismo, lo que puede estar relacionado con una mejoría fisiológica



por la reducción del estrés evaluada a través del cortisol en el grupo que recibió Terapia Floral (99).

También respecto al dolor y el uso de auriculoterapia Vaira et al (100) en un ensayo clínico hallaron que el uso de auriculoterapia se asocia favorablemente con la disminución del dolor y la disminución del consumo de analgésicos posterior a la extracción de terceros molares (100). Al igual que lo encontrado en un ensayo clínico de Serritella et al (101) en el que disminuyó el dolor asociado a la ortodoncia en relación con el grupo control (101).

También desde una mirada cualitativa en el estudio desarrollado por Silva et al (102) se encontró que la Auriculoterapia en Atención Primaria es vista por el usuario como una práctica que conduce al bienestar y alivia su dolor, el insomnio y la ansiedad (102), lo que concuerda con todas las subcategorías descritas previamente.

Pinheiro et al (85) también se encontraron con un participante de terapia floral que finalizó el tratamiento farmacológico con psicofármacos durante la investigación (85). Así también en el estudio de Morais et al (103) se encontró una disminución del consumo de analgésicos en los participantes con dolor crónico de columna que recibieron auriculoterapia en puntos reales frente al grupo control (103). Esto concuerda con la subcategoría “Disminución de la farmacoterapia” del presente estudio, ya que los participantes también disminuyeron la utilización de psicofármacos y analgésicos. Además, al menos las terapias consideradas en este estudio no fueron asociadas con la aparición de ningún efectos adverso por parte de los participantes. Debido a los efectos positivos evidenciados (a nivel de salud física y mental), tanto en este estudio y en la literatura consultada, las TC pueden ser un recurso para disminuir el uso de fármacos. Este es un hallazgo relevante, debido a que en nuestro medio es común el alto consumo de medicamentos y la polifarmacia en los usuarios de la



atención primaria en salud, que es el contexto donde se desarrolla la investigación.

4. Cuarta Temática de “usuarios”: REVIVIR.

Respecto a la Temática “Revivir”, se puede asociar con el estudio de Mendos et al (104) donde se encontraron experiencias similares a las subcategorías emergidas en el presente estudio, en usuarios con cáncer que recibían terapia de reiki. Respecto a la subcategoría “Encontrar paz y tranquilidad” fue similar a lo encontrado en los relatos de los usuarios *“me ayudó hasta el día de hoy a encontrar la paz y estar más tranquila” (Chicory)*. Las ganas de vivir, la sensación de paz, serenidad, calma y relajación se percibieron y reportaron tras las sesiones de Reiki aplicadas por la Enfermera. Los participantes de dicho estudio mencionaron sensación de tranquilidad y paz. *“¡Ah, estaba mucho más tranquila y me sentía más relajada! Entonces sentí una sensación de bienestar, algo bueno, no sé qué decirte... qué más puedo decir... Creo que me quedé más serena y es muy bueno”.* (ORQUÍDEA-P) (104).

También en dicho estudio hay resultados similares a la subcategoría “Retomar actividades de la vida diaria”, ya que los participantes mencionaron mejoría en su vida cotidiana, *“[...] Hago Reiki, duermo bien, trabajo, me siento con más energía (...) (ÁNGEL-P). [...] Me sentí más fuerte, más ilusionada, seguro que me ayudó mucho en el día a día. (...) (NADAR-P).”* (104)

Las subcategorías que emergieron, tanto de “encontrar la paz y tranquilidad” y de “retomar actividades de la vida diaria”, pudiese estar asociada a las subcategorías descritas previamente, respecto a los efectos percibidos a nivel de salud física y mental. Por ejemplo, el dolor se asocia a interferencia en la funcionalidad y ausentismo laboral (105), por lo tanto, el contrarrestarlo resulta



positivo para retomar las actividades cotidianas. También el alivio del sufrimiento psicológico (sumado al físico), estaría asociado a que las personas puedan encontrar la paz y tranquilidad referida por los usuarios de TC.

Por último, el estudio (104) también tiene resultados relacionados a la subcategoría “Percepción espiritual”, ya que en los relatos se encontró: *“Me di cuenta que el tratamiento (Reiki) involucra mucho de la parte psicológica de la persona e involucra un poco de espiritualidad” (BIBO PADRE-P)*. *“Imposición de manos y con manos, en fin, me gustó la propuesta y me hizo bien.” (NEGRO-P)*. La espiritualidad es un componente importante para los seres humanos y tiene cabida en las percepciones de los usuarios respecto al uso de TC, por lo tanto, se podría decir que mediante dichas terapias los usuarios también pueden ampliar el concepto de aquellas variables que interfieren en sus procesos de sanación, que van más allá del plano físico o terrenal, pero que denotan ser importantes para los usuarios al ser sacados a la luz en sus relatos.

Respecto al décimo PC (40), éste transmite las oportunidades para que los seres humanos abracen lo desconocido y permitan abrirse a los milagros. Si bien la atención médica avanza drásticamente, todavía está llena de incertidumbres y ambigüedades (83). Por lo tanto, las TC pueden ser consideradas como una forma de apoyo al tratamiento convencional, al que los usuarios puedan acceder (de acuerdo a sus creencias) en busca de respuestas que no han sido satisfechas con los tratamientos que han usado hasta ese momento, como se evidenció en la categoría “Revivir”. En palabras de Watson(82) *“tenemos que estar abiertos, y tenemos que celebrar estos milagros, no tenemos todas las respuestas; podemos confiar y debemos tener fe porque tenemos creencias en nuestro mundo.” (82)*



5. Cuarta Temática “usuarios”: ADHERENCIA

Respecto a la tematica “Adherencia” se consideraron todas aquellas experiencias relatadas por los usuarios, las cuales favorecieron su asistencia y mantenimiento en TC. Emergió la subcategoría “Percepción favorable de uso”. Esto concuerda con lo encontrado en otros estudios como el de Pinheiro et al (85) en el que todos los usuarios valoraron positivamente la terapia floral y su salud y bienestar post-tratamiento (85). Al igual que Bessa et al (106) en cuyo estudio se mostró que el *Reiki* aumenta el efecto positivo de bienestar subjetivo de las personas que buscan esta terapia. Por otra parte, Kenu et al (107) encontraron que el 84% (46/55) de los pacientes estuvieron de acuerdo en el uso de TC, lo que estuvo influenciado por su efectividad percibida (107). En el estudio de Danell et al (87) los participantes tuvieron experiencias de “sentir los efectos”. Por ejemplo, una de las mujeres, que utilizaba habitualmente TC y tenía dolor crónico, indicó no entender cómo funcionan los TC, pero evaluaba sus efectos en función de las sensaciones físicas (87). Por lo tanto, si las personas refieren “sensaciones de bienestar” o “sentir efectos” se podría suponer que consideran efectivas las TC, las utilicen y sean adherentes a este tipo de intervenciones.

En la subcategoría “Satisfacción con la atención” los participantes se mostraron satisfechos con la recepción de TC, al igual que lo encontrado por Moura et al (108) donde la mayoría de los participantes (93,20%) se mostraron satisfechos o sumamente satisfechos con el tratamiento realizado, consideraron necesaria o totalmente necesaria la intervención (90,90%); y el estado de salud general después de finalizar el tratamiento fue reportado como mejor o mucho mejor (88,60%)(108).

Esta satisfacción y percepción positiva del tratamiento con TC, se puede considerar como una consecuencia de la efectividad de las TC descrita por los



usuarios y los aspectos que se vieron favorecidos con dichas prestaciones. La satisfacción con las atenciones y la percepción positiva generada con las TC, podrían asociarse a una visión positiva no solo de las TC en sí mismas, sino con el centro de salud que las entrega, permitiendo una mayor cercanía del centro de salud con sus usuarios.

6. Sexta temática “usuarios”: ESTAR SEGURO DEL USO DE TC

En la presente investigación la categoría “estar seguro del uso de TC” se muestra por el deseo de difundir las TC a más personas, lo cual también se encontró en los estudios realizados por Kenu et al (107) y Bolton et al (109), en los cuales los usuarios de TC también se encontraban a favor de recomendar las TC a otras personas, como amigos, familiares u otros pacientes. El deseo de difundir las TC, se puede considerar como un reflejo de la confianza que los usuarios tienen en estas prestaciones, debido a las experiencias favorables que han vivenciado con su uso.

7. Séptima temática “usuarios”: RELACIÓN HUMANA CENTRADA EN LA PERSONA

Respecto a la categoría “Relación humana centrada en la persona” se encontró que los usuarios describían la relación con su terapeuta como “cercana e integral”. En el estudio de Otárola (110) también se encontró una relación cercana con el profesional que brindaba las TC, los relatos describieron de manera amena y familiar al profesional. El trato recibido contribuía a sentirse aceptado y tratado con especial cuidado interpretándose como una relación natural, honesta y cercana (110). Si bien en el estudio de Danell et al (87) los usuarios describen las terapias alternativas y complementarias como “holísticas” y expresaron cómo las diferentes partes del cuerpo, o el cuerpo y el alma, o situaciones de la vida, están interrelacionadas y deben tenerse en cuenta al



abordar sus problemas de salud (87). Sin embargo, no se encontraron estudios [además del ya mencionado (110)] en los que los usuarios caracterizaran específicamente “la relación usuario-terapeuta de TC” de manera similar a las subcategorías emergidas. Esto puede estar asociado tanto a que las características de la relación emergidas de las entrevistas pueden estar influenciadas por los rasgos propios o la personalidad de los terapeutas y no por el hecho de entregar las TC como tal. También puede ser atribuido al mayor rendimiento que tienen los profesionales para dichas atenciones, lo cual permitiría que se genere una interacción más profunda al existir un mayor tiempo para la atención.

El 4° proceso caritas “Desarrollar y mantener una auténtica relación de confianza, ayuda y cuidado”. (40) concuerda con la esta subcategoría, ya que muestra la relación de confianza de los usuarios con sus terapeutas, como en: *“Es que me conoce tanto... eh... Yo la conozco y ella me conoce tanto” (Gorse)* *“hay esa diferencia... te reconoce” (Gorse)*. *“Como un aire de... de confianza para poder conversar” (Holly)*.

Respecto a la subcategoría “Relación de escucha”, en el estudio de Silva et al (102) se encontró la “Experiencia de auriculoterapia en grupo”, en esta categoría destaca que los usuarios mencionaron: *“Me sentí aliviado porque estaba ahí en ese grupo, todos hablando, bromeando, hablando” (YANG)*. *“Pero solo tener apoyo, una buena conversación, es mucho” (METAL)* (102), lo cual evidencia el realce atribuido por los participantes a la comunicación, quienes otorgaron una gran importancia al compartir, estar con otros y sentirse escuchados. Esta subcategoría concuerda con el 2° proceso caritas, respecto al estar presente (40) en la relación de cuidado. Los siguientes relatos describen las percepciones de los usuarios en las que destacan que su terapeuta está presente para ellos/as: *“con la con la capacidad que tiene la otra persona de que*



tú le cuentas tus cosas.” “es como que hay una contención de lo que a uno le está pasando” (Cerato). “Y primero me escucha todo, mis penas todo” (Chicory)

En cuanto a la subcategoría “Relación amorosa” el primer proceso caritas (PC) “Practicar la bondad amorosa”, se encuentra presente en ella. A través de los relatos de los usuarios donde se muestra la “bondad amorosa hacia los demás” representada por el trato que reciben de sus terapeutas.

En relación con las Temáticas identificadas en las terapeutas Enfermeras:

8. Primera Temática “terapeutas”: FAVORECEDORAS PARA APLICAR TC EXPERIENCIAS

La temática “experiencias favorecedoras para aplicar TC”, en los enfermeros emergió la subcategoría “uso personal”, donde los terapeutas a su vez habían recurrido a ser usuarios de las TC, como una búsqueda de su propio bienestar. Esto se encontró en el estudio de Agarwall et al (111) en el que una maestra de reiki relató que había llegado a esta TC debido a un dolor crónico intenso que limitaba su vida diaria y ya “casi al final del camino” encontró a un practicante de reiki (111). Algo similar fue hallado en el estudio de Vega et al (26) en el que los terapeutas relataron que dentro de las motivaciones que tuvieron para iniciarse en las TC destacaron haber vivido personalmente procesos de sanación como usuarios de dichas terapias, los llevó a conocerlas y luego capacitarse y aplicarlas. Al igual que lo encontrado en el estudio de Costa et al (112) en el que enfermeros accedieron a utilizar reiki para buscar soluciones a dolencias de carácter físico, emocional, familiar o incluso laboral y porque creían que el Reiki *podía* contribuir a mejorar sus problemas físicos y emocionales y ayudarles a afrontarlos (112), lo que a su vez concuerda con la subcategoría “Creencias”. En dicha subcategoría se mostraban creencias personales y aquellas transmitidas



por familiares, que ayudaron a que los enfermeros terapeutas pudiesen formarse en la aplicación de TC.

Además, algunos de los participantes del estudio (112) mencionaron buscar y emprender la iniciación en el método *Reiki* después de participar en la intervención. Por último, uno de los participantes tenía “Conocimiento del uso de las TC en el sistema de salud”, ya que había trabajado siendo enfermero en un hospital donde las aplicaban (no siendo terapeuta) (112). Esto concuerda con la subcategoría: “Conocimiento del uso de TC en el sistema de salud”.

Para lograr que los enfermeros utilicen las TC en su práctica es necesario que posean algún tipo de acercamiento previo que los motive a ello. Al existir dicho acercamiento (ya sea de conocimiento o uso), los profesionales podrían evaluar si este tipo de prestaciones concuerda con sus creencias y su visión de cómo deben entregar cuidados de enfermería en su práctica profesional. Por lo tanto en su formación debiesen al menos conocer que dichas TC se están instaurando cada vez más como prestaciones otorgadas por los centros de salud.

9. Segunda temática “terapeutas”: “INSTAURANDO LAS TC COMO PARTE DE LA APS”

En la temática “Instaurando las TC como parte de la APS” se describió el proceso a través del cual se gestó e incorporaron las TC en 2 centros de atención primaria. En la subcategoría “instancias de formación” hay terapeutas que recibieron formación formal en su lugar de trabajo, así como relatos en los que la formación fue realizada y financiada por sus propios medios. Esto es similar a lo encontrado en el estudio de dos Santos et al (113) respecto a la instauración de TC en un hospital en Portugal, en el que inicialmente, el hospital impartió formación básica para el inicio de la atención. Posteriormente, algunas enfermeras invirtieron en formación académica extrahospitalaria, lo que enriqueció al grupo con nuevas terapias y



conocimientos que se comparten con los demás terapeutas (113). Resulta de gran importancia que para que la instauración de TC persista en los centros de salud a lo largo del tiempo, la formación debiese ser garantizada por la institución, tanto básica como de actualización de conocimientos. Esto también favorecería que otros profesionales que se encuentren interesados en la temática pudiesen sumarse a brindar dichas prestaciones.

Respecto a la subcategoría “Generando evidencia” los terapeutas mencionaron la aplicación de instrumentos para “validar” estas intervenciones en su práctica clínica y tener un respaldo para su uso. En el estudio de Wickert et al (114) en el que se encontró que dentro de los relatos de enfermeros terapeutas se evidenció la posibilidad de dar visibilidad al trabajo y promover la reflexión acerca la incorporación de TC, como se muestra con: *“Es muy bueno poder hablar y participar de investigaciones sobre las PICS (Prácticas integradoras y complementarias), porque si nosotras no hablamos, si no mostramos para la población lo que hacemos, no se va a diseminar” (OJO DE TIGRE)* (114). Dado que cada vez se amplía aún más el uso de TC, han surgido estudios que buscan valorar la efectividad de éstas. La efectividad en su uso en la mejoría de la salud mental y física ha sido demostrada en diferentes estudios, tanto en ensayos clínicos u otros tipos de diseños. Los resultados de la presente investigación apoyan desde la mirada cualitativa, los beneficios de dichas TC. Sin embargo, se hace necesario que en el medio local también se incluya la investigación cuantitativa y específicamente los ensayos clínicos, para la generación de evidencia y otorgar una mayor difusión y visibilidad de los resultados obtenidos con la implementación de estas prácticas.

En la subcategoría “creación de espacios de atención” se encuentra presente el octavo proceso caritas (40) (Crear un ambiente de curación en todos los niveles), en la cual las terapias son entregadas en lugares diferentes, los cuales fueron pensados para este fin (40), en los que la atención con TC se



entrega en espacios que tienen características diferentes al resto de los box o espacios de carácter clínico de los centros de salud. Estos espacios buscan brindar comodidad, paz y tranquilidad a los usuarios que allí se atienden. Además, en este espacio de curación se da cabida a la atención terapias diferentes al tratamiento biomédico, mediante el uso de las TC, usando por ejemplo las terapias energéticas como el reiki (44) o vibratoriales como la sonoterapia (45), las que requieren de estos espacios especialmente adaptados para que el usuario se encuentre cómodo durante el tiempo que recibe la atención.

Por último, en la subcategoría “Obstáculos” en los que se encontró principalmente la limitante de no contar con el tiempo suficiente para brindar las TC, lo cual asociaron también a la falta de recurso humano que de soporte a la presión asistencial de las actividades clínicas. Esto concuerda con el estudio de Wickert et al (114), en el que también a partir de los relatos los enfermeros participantes emergió que existía un “tiempo restringido para implementar las TC”, ya que existía una sobrecarga debido a las varias actividades desarrolladas lo que dificultaba la inclusión de las PICS (114). Esto indica que si se pretende continuar con dichas intervenciones se hace necesario que exista mayor recurso humano dedicado a actividades de tipo clínico o administrativo, para dejar espacio a que los profesionales terapeutas tengan el tiempo suficiente para dedicarse a la aplicación de TC.

10.Tercera tematica “terapeutas”: EFECTOS EN LOS USUARIOS PERCIBIDOS POR LOS TERAPEUTAS”

Respecto a la categoría “Efectos en los usuarios percibidos por los terapeutas”, en el estudio de Agarwal et al (111) una terapeuta de reiki describía que sus pacientes llegaban *“arrastrándose por el suelo, no sonríen... se ven terribles”*, y luego su fe y su creencia en el poder curativo del Reiki, la ayudaba a brindarles esa capacidad de sanar, por lo que posteriormente: *“tienen algo de*



equilibrio en su paso, sonrían, brillan” (111). A esto se suma el estudio de Olsson et al (115) en el que los efectos positivos informados incluyeron relajación, mejor sueño, reducción de la ansiedad y reducción de los síntomas de abstinencia. También se describió que reduce la necesidad de medicación (115). En el estudio de Wemrell et al (86) los terapeutas informaron que las TC aumentan la autoestima, permite los contactos sociales y aumenta la conciencia corporal. También describió agradecimiento por parte de los usuarios (86). Por último, el estudio de Silva et al. (116) se informaron buenos resultados clínicos con la auriculoterapia especialmente en relación con los síntomas depresivos y ansiosos, insomnio, dolor asociado y la reducción del uso de psicofármacos/medicalización (116). Los efectos reportados por los terapeutas en la literatura coinciden con las subcategorías del presente estudio, sobre todo a nivel de la salud mental. Por tanto, la efectividad asociada a las TC fue reportado tanto en las categorías emergidas de los usuarios como de los terapeutas.

11. Cuarta temática “terapeutas”: CUIDADO INTEGRAL.

En la categoría “Cuidado integral” emergida los enfermeros describieron una “Relación cercana y de escucha”, al igual que el estudio de Olsson et al (115) en el que se encontró que las TC era una intervención de enfermería centrada en la persona, que proporcionaba espacio para la comunicación y la reflexión no verbal y apoyaba la alianza terapéutica (115). Esta subcategoría está en consonancia principalmente con el 2º proceso caritas (40) “Estar auténticamente presente”, principalmente en expresiones como *“Me permito (...) estar presente, estar presente sin alguna estructura”*. Esto denota la cercanía que se permite el terapeuta al establecer la relación de cuidado, apoyándose en el uso de TC.



Respecto a la subcategoría “Entregar herramientas para el cuidado” las enfermeras terapeutas refirieron que mediante las TC se hace partícipe a las personas en su propio cuidado. Al igual que estudios que indican que las TC propician la autonomía del paciente y la colaboración en la atención (86) (90) (117) (118) (114), fomentan una postura más activa por parte del usuario, aumentando la conciencia y la responsabilidad en relación con su propia salud (90). Esta asociación resulta relevante debido a que es muy importante a nivel de la atención de salud en general y de los cuidados de enfermería en particular, fomentar que los usuarios se hagan responsables, siendo partícipes activos en su cuidado y en el mantenimiento de su propia salud y bienestar.

La subcategoría “Abordaje integral” los enfermeros describieron que mediante las TC abordan temas que van más allá de los padecimientos físicos, sino que desde una perspectiva holística. Al igual que Hall et al (119) en el que los enfermeros registrados encuestados coincidieron en que "las TC se alinean con una visión holística de la salud" y la gran mayoría (93,4%) defendió el derecho de los pacientes a utilizar la TC como parte de su atención (119). Al igual que el estudio de Sharp et al (120) en el que los profesionales indicaron que las TC pueden tratar la comorbilidad mediante un enfoque holístico, como en el caso de los usuarios con dolor crónico en los que se necesita “algo más” para trabajar con ellos, en vez de aumentar la dosis de opiáceos, lo que se asociaría a efectos secundarios (120). Esto denota que cada vez más existen más profesionales de enfermería que al menos piensan que se hace necesario abordar desde otras perspectivas las dolencias de los usuarios/as. Lo cual puede estar asociado a que en su quehacer habitual han vivenciado la complejidad del ser humano y las diferentes aristas que afectan a la persona y se externalizan o manifiestan como dolencias físicas o mentales, pero que requieren ser tratados desde su origen y no solo “paliar” las manifestaciones.



Respecto a “Diversificar la forma de cuidar” los enfermeros revelaron que es importante incorporar otro tipo de conocimientos en la relación cuidado, lo que concuerda con la literatura donde Hall et al (119) encontraron que (58%) de las enfermeras registradas encuestadas sintieron que “las enfermeras deberían integrar terapias complementarias en su práctica” como un mecanismo para abordar las limitaciones de la biomedicina y brindar más opciones terapéuticas (119). Al igual que lo encontrado por Vega et al (26) en el que los profesionales terapeutas refieren que el uso de las TC en su ejercicio profesional les permite contar con mayores habilidades para la valoración e intervención terapéutica, complementando su saber disciplinar, transformándose en una herramienta terapéutica muy valiosa (26). Lo cual muestra la apertura que está existiendo en los profesionales de salud en general, hacia la adquisición de otras competencias que pueden utilizarse para entregar cuidados que complementen el tratamiento biomédico, en el mantenimiento y recuperación de la salud, así como el alivio del sufrimiento.

12. Quinta temática “terapeutas”: SATISFACCIÓN CON APLICAR LAS TC

La última categoría “Satisfacción con aplicar las TC”, la cual emergió tras la incorporación de las TC como parte de su cuidado. Esto también se encontró en el estudio de Corell et al (121) en la que destacó las declaraciones de los terapeutas sobre la satisfacción que obtienen con su trabajo y su implicación en el proceso de curación de sus pacientes (121). Al igual que lo encontrado por Vega et al (26), donde los profesionales perciben que el uso de las TC genera satisfacción en su quehacer profesional, dado que acrecientan sus habilidades personales, logrando abarcar a la persona como ser holístico (26). Lo anteriormente mencionado es concordante con la subcategoría “Satisfacción



profesional” emergida en la presente investigación. Respecto a la satisfacción a nivel personal, posiblemente la sensación de ayudar a otros sea la que provoque sensación de bienestar. De acuerdo con lo previamente descrito, la incorporación de las TC a los cuidados de enfermería podría ser favorecedor para la práctica profesional, en un contexto en el cual la sobrecarga, la falta de recursos, entre otros factores, hacen que los profesionales de enfermería se encuentren insatisfechos con su profesión.



7. CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue “comprender la experiencia de la utilización de terapias complementarias en los usuarios/as y enfermeros/as de atención primaria”. Para lograrlo se entrevistaron a usuarios de 2 CESFAM que han incorporado las TC a sus prestaciones. En total fueron 13 usuarios/as, 3 enfermeras terapeutas y 2 terapeutas no enfermeros (quienes se incluyeron en el análisis para ratificar los resultados obtenidos en el análisis de los enfermeros).

Las conclusiones más relevantes respecto a los objetivos específicos se detallan a continuación.

Respecto al primer objetivo, es posible mencionar que las motivaciones que conducen tanto a usuarios a participar de las TC son variadas. Por un lado, los usuarios acceden debido a problemas de Salud Mental de diversa índole y problemas de salud física (principalmente asociado al dolor). Frente a dichas problemáticas no han encontrado tratamientos o soluciones que los dejen totalmente satisfechos con su efectividad, por lo tanto, en la búsqueda de sanación acceden a participar de terapias diferentes a las biomédicas. A lo anterior, se suma la percepción distante que tienen de la interacción con los profesionales de salud que los atienden normalmente en el contexto clínico; y de los efectos adversos asociados a la farmacoterapia. Las experiencias previas respecto a utilizar TC también se consideran como factores que apoyaron el ingreso a este tipo de prestaciones, ya que existieron antecedentes de uso familiar principalmente y algunos conocimientos de la existencia de las TC. En el último punto fue recalcado por los usuarios el alto costo económico de las TC en el área privada, por lo cual valoraban como un “beneficio” que las prestaciones fueran otorgadas en los centros de atención primaria.

Respecto al segundo objetivo, las motivaciones de los terapeutas están dadas principalmente por su experiencia de vida previa con la TC. Esta experiencia está dada respecto a la utilización personal o familiar de algún tratamiento no



biomédico y las creencias de las profesionales, asociadas principalmente a saberes ancestrales, como por ejemplo lo son el uso de aguas de hierbas o el “santiguar”. Por otro lado, un factor de motivación importante que emergió fue el conocer y tener como antecedente que la TC se encontraban siendo aplicadas en contexto de atención clínica, lo cual sirvió como un impulso para profesionales que se encontraban interesados en el área.

Respecto al tercer objetivo, el tiempo de permanencia de los usuarios como receptores de TC se caracteriza por múltiples factores. En primer lugar, los usuarios relatan que la relación con sus terapeutas tiene características particulares, siendo esta representada como cercana, de escucha y amorosa. Por lo tanto, los usuarios genuinamente se sienten parte de la relación terapéutica, en la que ellos son una parte central, refieren ser escuchados, reconocidos, confían y establecen lazos con sus terapeutas. En general los usuarios tienen una percepción favorable del uso de TC en cuanto a su bienestar, manifiestan satisfacción con la atención recibida y verbalizan sus deseos de querer mantenerse asistiendo a sus tratamientos con TC, lo cual explicaría la adherencia a estas intervenciones. Los usuarios/as confían en las terapias tanto para su propio uso, como para difundirlas y recomendarlas a terceras personas.

En cuanto a los terapeutas su permanencia otorgando las TC se podría describir como un periodo en el que han podido brindar cuidados integrales a los usuarios y a la vez han diversificado las herramientas que utilizan para entregar sus atenciones. Asociado a esto también han relatado que en el proceso de atención las TC han sido de apoyo en el entregar una mayor responsabilidad, participación y concientización de los usuarios en su propia salud. Su proceso de permanencia también se ha caracterizado por la satisfacción y sentimientos gratificantes respecto a la “ayuda” que han podido otorgar a los usuarios.

Por último, esta permanencia siendo terapeutas, se ha visto dificultada o amenazada principalmente por la falta de tiempo para brindar las atenciones con



TC, asociado a la carga laboral de otras funciones que deben cumplir dentro del establecimiento.

En cuanto a cuarto objetivo, los efectos relatados por los usuarios abarcan principalmente diversas mejoras en el ámbito de la salud mental, tanto a nivel de la comunicación, disminución de ansiedad, regulación del estado anímico, mejoras en los ciclos de sueño, sentirse más relajados y tranquilos. Así como mejoras a nivel físico asociadas especialmente a disminución del dolor. La efectividad que ellos mencionan permitió cambios importantes en su vida diaria, como estar en paz y volver a realizar actividades de la vida cotidiana. Los cambios vivenciados en este proceso, ya sea debido al corto tiempo en el que ocurrieron o a la intensidad de estos, son a veces descritos como “milagros” o “magia”.

Los efectos que los terapeutas percibieron en sus usuarios concuerdan con lo anteriormente mencionado. A ello suman la satisfacción y agradecimiento demostrado por los usuarios hacia las atenciones brindadas.

Respecto al quinto objetivo los terapeutas señalaron que el proceso de instauración requirió una preparación por parte de los Centros de salud, por ejemplo, en haber tenido que instaurar lugares especiales donde se otorgan las atenciones (lo cual requirió de tiempo y recursos). Por otro lado, las capacitaciones otorgadas también tuvieron una favorable acogida, sin embargo, el mantenimiento de los profesionales entregando las TC, presentó algunos obstáculos como la disponibilidad de tiempo y carga laboral, existiendo personal que recibió la formación, pero no continuó con la aplicación de las TC. También se describió derivación a TC por parte de otros profesionales (no terapeutas), como el caso del estamento médico, lo que denota la aceptación de las terapias y la instauración como una herramienta de ayuda a la atención convencional. Además, se destaca la importancia de generar evidencia como una forma de demostrar la importancia de su implementación en la atención de salud.



De acuerdo con lo encontrado en el medio local, las TC serían un complemento positivo a los tratamientos convencionales brindados en la atención primaria. Las terapias aplicadas e incorporadas en el estudio no presentaron efectos adversos informados por los usuarios (ni terapeutas), por lo que si se compara, al menos en esta investigación, los beneficios reportados en la salud, superan los potenciales riesgos.

De esta manera, la experiencia con TC en el cuidado de Enfermería en particular y la atención de salud en general, pudiese ser una herramienta de utilidad en los distintos momentos de cuidar a otros y contribuir en el mantenimiento de la salud en sus distintos niveles (psíquica-emocional-espiritual y física), en aquellos usuarios que, por sus características personales, creencias y cosmovisión acepten su uso.



8. LIMITACIONES

El presente estudio sólo consideró terapias no reguladas (reiki, flores de Bach, auriculoterapia y sonoterapia). No se incluyeron terapias reguladas, ya que no se aplican en los centros de salud que forman parte de la investigación. El número de enfermeras terapeutas entrevistadas fue muy limitado (n=3), ya que no existieron más enfermeras que aplicaran TC.

En el medio local hay falta de evidencia publicada, por lo que se deben realizar ensayos clínicos controlados aleatorios en grupos de pacientes para investigar la eficacia de la aplicación de las TC, desde la perspectiva cuantitativa.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Diccionario de cáncer del NCI. Definición de medicina alopática [Internet]. c 2021 [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/medicina-alopatica>
2. Baeta M. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. Comunidad y Salud [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 10];13(2):81–4. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es.
3. National Center for Complementary and Integrative Health (NIH). Salud complementaria, alternativa o integral: ¿Qué hay detrás de estos nombres? [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/espanol/salud-complementaria-alternativa-o-integral-que-significan-estos-terminos>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Traditional, Complementary and Integrative Medicine [Internet]. c 2021 [cited 2021 Jul 10]. Available from: https://www.who.int/healthtopics/traditionalcomplementaryandintegrativemedicine#tab=tab_1
5. World Health Organization (WHO). WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. World Health Organization (WHO) [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 8];1–76. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1 (Accessed 09.09.2016)
6. Ballesteros-Peña S, Fernández-Aedo I, Ballesteros-Peña S, Fernández-Aedo I. Conocimientos y actitudes sobre terapias alternativas y complementarias en estudiantes de ciencias de la salud. Investigación educ. médica [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 22];4(16):207–15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572015000400207&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Contreras D, Alamos M, Chang M, Bedregal P. Opiniones sobre terapias complementarias por parte de los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Año 2014. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 22];143(8):1020–7. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000800009



8. Guarín R. Medicinas alternativas: perpetuación de la ignorancia o utilización de información histórica. *Salud UIS* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 22];49(3):416–8. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6659/6969>
9. World Health Organization (WHO). WHO Global Report on Traditional and Alternate Medicine [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 8]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>
10. Ministerio de Salud (MINSAL). INFORME FINAL: Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas [Internet]. 2012; Disponible en: <https://www.minsal.cl/medicinas-complementarias-estudios-y-documentos/>
11. Vega P, Aliaga V, Ferrada C, Sateler A. Experiencia de los profesionales de la salud al implementar terapias complementarias en su quehacer profesional. *Horiz Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 10];27(2):8–17. Disponible en: <http://www.revistahistoria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12416/11148>
12. Bravo V, Valdebenito F, Cianelli R, Ferrer L, Irrarázabal L. Terapias complementarias y alternativas en VIH/SIDA. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 10];15(2):115–22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Pérez M. Medicinas complementarias/alternativas en adolescentes con trastorno déficit atencional/hiperactividad y trastornos del ánimo. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 10];88(2):294–9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Herrera S, Espinoza M, Huaiquian J. Experiencia de personas con cáncer que realizan terapia complementaria: revisión integrativa. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10];26:1–14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100301&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Cabieses B, Miner SM, Villegas N. Análisis reflexivo del cuidado en reflexología y masoterapia centrado en la persona, por parte del profesional de enfermería. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jul 10];16(1):59–67. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/art_07.pdf



16. Ramos A, Domínguez J, Gutiérrez S. Acupuncture for rheumatoid arthritis. *Medwave* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 10];18(06): e7284. Available from: [/link.cgi/English/Updates/Epistemonikos/7283](http://link.cgi/English/Updates/Epistemonikos/7283)
17. Parra D, Cuadro V, Nies R, Pávez C, Romero M, Seoane C. Percepción de las Enfermeras frente al manejo del dolor en niños en un Servicio Oncológico Hospitalario en Chile. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10];9(2):85–99. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200085&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. López G, Salas C, Cadiz F, Barriga C, Gonzalez P, Acevedo S, et al. Complementary and Integrative Medicine Use in Individuals Seeking Conventional Medical Oncology Care in Chile: Prevalence and Patient Characteristics. *J Glob Oncol* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 10];5(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31095454/>
19. Salas C, Lopez G, Cadiz F, Barriga C, Gonzalez P, Acevedo S, et al. Abstract P4-12-04: Use of complementary and integrative medicine therapies in Chilean patients with breast cancer. Experience of a private center: prevalence and characteristics of patients. *Cancer Research* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 10];79(4 Supplement):P4-12–04. Available from: https://cancerres.aacrjournals.org/content/79/4_Supplement/P4-12-04
20. Ministerio de Salud (MINSAL). *Medicinas Complementarias* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 8]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/medicinascomplementarias/>
21. Castelli MB. Terapias complementarias, hacia una intervención holística de la salud Complementary therapies, towards a holistic health intervention. *Rev. argent. ter. ocup.* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 10];4(1):23–9. Available from: <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2018jul-art3.pdf>
22. Reglamento para el ejercicio de las practicas medicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan. Decreto N° 42 [Internet]. Chile; 2005. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/a21482c735dd536ce04001011f0136fd.pdf>
23. Departamento de Estadísticas e Información Salud (DEIS). Ministerio de Salud (MINSAL). *Manual Series REM 2021-2022 – Estadística*. [cited 2021 Jul 8]; Disponible en: <http://estadistica.ssmso.cl/manual-series-rem-2021-2022/>
24. Departamento de Estadísticas e Información Salud (DEIS). Ministerio de Salud (MINSAL). *Sistema Reportes REM* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 8].



Disponible en:
http://webdeis.minsal.cl/rem2018/?serie=1&rem=43&seccion_id=437&tipo=3&tip oReload=3®iones=0®ionesReload=0&servicios=-1&serviciosReload=-1&periodo=2018&mes_inicio=1&mes_final=12

25. Véliz L. Representaciones sobre los cuidados con plantas medicinales en enfermeras de atención primaria en salud. *Index Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 10];28(4):189–93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300006&lng=es.

26. Vega P, Urrutia M, Aliaga V, Campos S. Profundización en la experiencia de profesionales de salud al incorporar terapias complementarias en su práctica clínica. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10];9(2):191–204. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200191&lng=es&nrm=iso&tlng=es

27. Angulo-Bazán Y. Medicina integrativa en la atención primaria de salud: perspectivas para el desarrollo de investigación. *Rev Peru Med Integrativa* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 10];3(1):1–2. Disponible en: <http://rpmi.pe/ojs/index.php/RPMI/article/view/74>

28. Clements D, Ring M. Integrative Medicine and Primary Care. *Prim Care Clin Office Pract* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 8];44(2):xiii–xiv. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454317300404?via%3Dihub>

29. World Health Organization. Traditional and complementary medicine in primary health care [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 27]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326299>

30. Hernadez-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6° ed. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES SA, editor. México; 2014. 493–496 p.

31. Creswell JD, Creswell JW. *Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed methods approaches*. 5°. Los Angeles: SAGE Publications; 2018.

32. Guerrero-Castañeda R, Menezes T, Lenise Do Prado M. La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2019 Sep [cited 2021 Nov 10];23(4):2019. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/ean/a/y6JjfgRX6Q8vkNrrYdSLpWg/abstract/?lang=es>



33. Núñez C, Celis I. La Fenomenología de Husserl y Heidegger. Cultura de los cuidados [Internet]. 2017 Sep [cited 2021 Nov 10];0(48):43–50. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n48-la-fenomenologiade-husserl-y-heidegger/pdf>
34. Izquierdo GM, Rodríguez JCR, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2015 [cited 2021 Nov 10];33(3):435–43. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/21271>
35. Espitia EC. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Invest. educ. enferm. [Internet]. 2000 [cited 2021 Dec 13];18(1). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16852>
36. Watson J. Enfermería: La filosofía y esencia del Cuidado. 1 ed. México: Universidad Autónoma de Chiguagua; 2019.
37. Raile L, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7° ed. Mosby E, editor. Barcelona; 2011.
38. Instituto Watson Caring Science. Teoría y ciencia del cuidado [Internet]. [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.watsoncaringscience.org/jeanbio/caring-science-theory/>
39. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. Enferm. [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 10];17(3):11–22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]. 2007 Mar [cited 2021 Jul 10];16(1):129–35. Available from: <http://www.scielo.br/j/tce/a/yZCPbQkVBhj6sxxFvwCftC/?lang=en>
41. Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS reafirma la importancia de la medicina tradicional para avanzar hacia la salud universal [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 12]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14382:paho-reaffirms-the-importance-of-traditional-medicine-toadvancetowards-universal-health&Itemid=39594&lang=es



42. Breastcancer. ¿Qué es la medicina complementaria? [Internet].2017 [cited 2021 Nov 10]. Disponible en: https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/medicina_comp/que_es
43. Ministerio de Salud (MINSAL). Orientación Técnica Medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud en Atención Primaria Dirigido a Equipos de Salud [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/OT-MEDICINA-COMPLEMENTARIA-ENAPS_26112021.pdf
44. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde [Internet]. Ministerio da Saúde, editor. Brasília; 2018. Disponible en: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossariotematico.pdf>
45. Zain J, Tosto V, Farina MA. The use of tibetan bowls as a resource in Receptive Music Therapy. [XII Congreso Mundial de Musicoterapia];2008 Jul 22-26; Buenos Aires, Argentina. C2008. 378p. Español.
46. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS. 1978 [cited 2021 Aug 8]; Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
47. Ministerio de Salud (MINSAL) Chile y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet] 2013 [cited 2021 Jul 8]; Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención primaria de salud [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
49. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria en salud [Internet]. [cited 2021 Jul 11]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
50. OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria de la Salud. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2007 [cited 2022 Mar 5];21(2):48. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf



51. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Atención Primaria [Internet]. [cited 2021 Jul 11]. Available from: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
52. Ministerio de Salud (MINSAL). Establecimientos de Salud - Salud Responde [Internet]. [cited 2021 Jul 11]. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
53. World Health Organization and United Nations Children's Fund. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Astaná, Kazajstán. 2018; Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primaryhealth/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
54. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud: principios y métodos. Organización Panamericana de la Salud, Editorial Pax Mexico, Librería Carlos Cesarman SA, editors. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud;10 [Internet]. 2nd ed. 1987 [cited 2021 Dec 28]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3101>
55. Ostermaier A, Barth N, Linde K. How German general practitioners justify their provision of complementary and alternative medicine – a qualitative study. BMC Complementary Medicine and Therapies [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 8];20(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158128/>
56. Barros L, Oliveira E, Hallais J, Teixeira R, Barros N. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. Escola Anna Nery [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 11];24(2):2020. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/ean/a/bZjwfQhHM7mSBLjDV33NBBp/?lang=pt>
57. Amarello M, Pfeiffer M, Mendes K. Reiki therapy in the Unified Health System: meanings and experiences in integral health care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 11];74(1):e20190816. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6Q5gxDWbTgGgyJVcgdCjbMm/abstract/?lang=es>
58. Dalmolin I, Heidemann I. Práticas integradoras y complementarias en Atención Primaria: desvelando la promoción de la salud*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 12];28:1–10. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/YzZcH3vhQ3P9qfrM4gnxz5y/?lang=es&format=html>
59. Jales R, Nelson I, Solano N, Oliveira K. Knowledge and implementation of integrative and complementary practices by primary care nurses - ProQuest. R pesq: cuid fundam [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 12];12:808–12. Available from: <https://www.proquest.com/openview/8c97c289da79d53f841dcb8a27818494/1?p-q-origsite=gscholar&cbl=2030183>



59. Alves C, Querino R. Práticas integrativas e complementares de saúde em Uberlândia, Minas Gerais: o processo de implantação na perspectiva dos trabalhadores. *Hygeia* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 12];15(32):149–63. Available from: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/46912>
60. Pancieri AP, Fusco SB, Ramos BIA, Braga EM. Meanings of flower therapy for anxiety in people with overweight or obesity. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 10]; 71:2310–5. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/SQjfRR76mh5VtvWVzCSgW3t/?lang=en>
61. Faqueti A, Tesser CD. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 11];23(8):2621–30. Disponível en: <http://www.scielo.br/j/csc/a/GQtJP4JHP6RgRwGwHgHYr9h/?lang=pt>
62. Velasco E, Gusman E, Ordoñez L, Torres D, de la Garza N, Álvarez C, et al. Medicina Alternativa y Complementaria: ¿Qué experiencias tienen las personas al utilizarla? *Revista CuidArte* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 23];7(14):18. Disponível en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69140/62207>
63. Wolff M, Brorsson A, Midlöv P, Sundquist K, Strandberg EL. Yoga – alaborious way to well-being: patients’ experiences of yoga as a treatment for hypertension in primary care. *Scandinavian journal of primary health care* [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 7];35(4):360–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02813432.2017.1397318>
64. da Silva J, da Sousa M. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 11];38(4). Disponível en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/fqh5TRPrRY74rsvBhPGwGsH/abstract/?lang=pt>
65. Silva A, Araújo M, Guerino M. Efeitos da auriculoterapia com sementes de mostarda na dor lombar crônica de profissionais de enfermagem. *Fisioter. Pesqui.* [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 10];28(2):136–44. Disponível en: <http://www.scielo.br/j/fp/a/yPPCYygpwppQG3MQs7McmHrs/>
66. Bacelar B, de Cássia E, de Sousa L, Machado T, Carvalho J, Silva A, et al. The effects of auricular acupuncture on vascular parameters on the risk factors for diabetic foot: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 2021 [cited 2021 Dec 11];44:101442. Available from:



<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388121001419?via%3Dihub>

67. Batistella C, Camilo I, Comparin K, Aragão F, Frare J. Efetividade da terapia floral para redução de sintomas de ansiedade em universitários: ensaio clínico randomizado. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Dec 10];10(1):e44710111926. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11926>

68. Çalışkan M, Cerit B. Effect of therapeutic touch on sleep quality and anxiety in individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Complement. Ther. Clin. Pract.* [Internet]. 2021 Nov [cited 2021 Dec 10]; 45:101481. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388121001808?via%3Dihub>

69. da Silva HL, de Souza MV, da Silva J, Leite FMC, Moura MAV, de Oliveira ME, et al. Efeitos da auriculoterapia na ansiedade de gestantes no pré-natal de baixo risco. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Dec 10];33. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/ape/a/sxLkrWC7BXTJfyDjW8rxvTp/?lang=pt>

70. Kurebayashi L, Gnatta J, Kuba G, Giaponesi A, de Souza T, Turrini R. Masaje y Reiki para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida: ensayo clínico aleatorizado. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 Dec 11];54:1–7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cKd5vB4Xgphhq7PfBMrCKyr/abstract/?lang=es>

71. Barbán M, Paneque Y, Ledea E. Efectividad del tratamiento con acupuntura en la Hipertensión Arterial. *Multimed* [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 10];23(6):1251–61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601251&lng=es&nrm=iso&tlng=es

72. Kligler B, Nielsen A, Kohrerr C, Schmid T, Waltermaurer E, Perez E, et al. Acupuncture Therapy in a Group Setting for Chronic Pain. *Pain Medicine* [Internet]. 2018 Feb [cited 2021 Aug 4];19(2):393–403. Available from: <https://academic-oupcom.ezpbibliotecas.udec.cl/painmedicine/article/19/2/393/3865379>

73. do Prado J, Kurebayashi L, da Silva M. Auriculoterapia verdadera y placebo para enfermeros estresados: ensayo clínico randomizado. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018 Jun [cited 2021 Dec 10];52. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/HT9msyZbqq7nGyFjBft87Nj/?lang=es>



74. Kurebayashi L, Turrini R, de Souza T, Marques C, Rodrigues R, Charlesworth K. Auriculoterapia para reducción de ansiedad y dolor en profesionales de enfermería: ensayo clínico aleatorizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 Apr [cited 2021 Dec 10];25: e2843. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/dXT34Ys9QphvTj9NPRhsW3p/?lang=es>
75. Demir M. The effect of reiki on pain: A meta-analysis. *Complement. Ther. Clin. Pract.* [Internet]. 2018 May [cited 2021 Dec 20];31:384–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388117303626?via%3Dihub>
76. Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2002 [cited 2022 Mar 15];76 (5): 473-483. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009
77. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jun 7];17(3):613–9. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/>
78. Amezcua M. La entrevista en profundidad en 10 pasos. *Index de Enfermería* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 5];24(4):216–216. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
79. Suárez F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: la propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *Persona y Bioética* [Internet]. 2015 Nov [cited 2021 Aug 20];19(2):182–97. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222015000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
80. León A. El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. *Polis* [Internet]. 2009 [cited 2023 Dec 20]; 8 (22): 267-283. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682009000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
81. Heidegger M. *El Ser y El Tiempo*. 3 rd. Madrid: Trotta; 2003. 492 p.
82. Universidad Popular del Cesar. Vergara O, Villa M, Cerchiaro D, editores. *Reflexiones del cuidado humano. Compromiso del Profesional Enfermería*.



- [Internet]. 1 st ed. Balneario Hurtado Vía a Patillal: Editorial Universidad Popular del Cesar. 2018 [cited 2023 Dec 23]. Disponible en: <https://www.watsoncaringscience.org/files/PDF/Articles/MEMORIAS-CONGRESO-INTERNACIONAL-DECUIDADO-HUMANO.pdf>
83. Wei H, Watson J. Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *Int J Nurs Sci*. [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 24];6(1):17–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6608670/>
84. Hertzberg JC, Antunes HB, Munhoz TN, Lara DR, de Carvalho HW. Associação entre Temperamento e o Uso de Práticas da Medicina Alternativa e Complementar. *Psico-USF* [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 26]; 27(4):675–88. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/8tj4w4fRDgPz4byPGDkY63s/?lang=pt>
85. Pinheiro EM, Severo AK de S, Ramalho DC, Sá AN. “Eu me sentia um nada”: história oral de mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 28];32(1):e320108. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/physis/a/R3phzq5tBCNWh9kXcwfgGWp/?lang=pt>
86. Wemrell M, Olsson A, Landgren K. The Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Psychiatric Units in Sweden. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 28];41(10):946–57. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840.2020.1744203>
87. Danell J. “I Could Feel It!”: A Qualitative Study on How Users of Complementary Medicine Experience and Form Knowledge About Treatments. *Journal of Holistic Nursing* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 28];37(4):338–53. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010119837427>
88. Lachance J, Booth R, Befus D. Exploring unmet healthcare needs, healthcare access, and the use of practitioner based complementary and alternative medicine in adults with chronic pain. 2020 [cited 2023 Dec 29]; 56 (2) 105-119. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2020.1743192>
89. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México* [Internet]. 2017 [cited 2024 Jan 02];29(1):77–85. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077



90. Pereira L, Rech C, Morini S. Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 29]; 25:e200079. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KQzh8SwcCc8rRrNgfjgfKgb/?lang=pt>
91. Hmwe N, Browne G, Mollart L, Allanson V, Chan S. Older people's perspectives on use of complementary and alternative medicine and acupuncture: A qualitative study. *Complement Ther Clin Pract*. [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 02];39:101163. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388120301560?via%3Dihub>
92. Şişman H, Arslan S. The effect of reiki on anxiety, fear, pain, and oxygen saturation in abdominal surgery patients: A randomized controlled trial. *EXPLORE*. [Internet] 2023 [cited 2024 Jan 02];19(4):578–86. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550830722002105?via%3Dihub>
93. Gökdere Çınar H, Alpar Ş, İlhan S. Evaluation of the Impacts of Reiki Touch Therapy on Patients Diagnosed with Fibromyalgia Who Are Followed in the Pain Clinic. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 30];37(3):161–71. Available from: https://journals.lww.com/hnpjjournal/fulltext/2023/05000/evaluation_of_the_impacts_of_reiki_touch_therapy.8.aspx
94. Vakilian K, Ghaemmaghami M, Sheikhganbari N, Shabani F, Vahedi M. Reducing Labor Anxiety with Auriculotherapy: A Randomized Clinical Trial Study. *Chin J Integr Med* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 30];28(5):440–4. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11655-021-3452-0>
95. da Silva C, Siqueira L, Drago LC, Lins EMF, Martins DF, Bobinski F. Effects of auriculotherapy on anxiety and biomarkers in Primary Health Care: a clinical trial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 30];76(6):e20220728. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fLQB5nvKLyRQJM6G9tgWwnC/?lang=en>
96. Bastos VD. Efeitos da terapia floral sobre o estado de ansiedade em mulheres no climatério. [Doctoral's thesis] Rio de Janeiro. Universidad Federal de Rio de Janeiro. 2021 [cited 2023 Dec 30]. Disponível em: objdig.ufrj.br/51/teses/930561.pdf
97. Topdemir EA, Saritas S. The effect of Acupuncture and Reiki application on Patient's pain and comfort level after laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. [Internet] 2021 [cited



- 2023 Dec 30]; 43:101385. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388121000840?via%3Dihub>
98. de Lara S, Gabrielloni M, Cesar MBN, Barbieri M. Effects of floral therapy on labor and birth: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 30];74(6): e20210079. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tFcR9t677RWC4h69WDtmFJB/?lang=en#>
99. De Brito Pitilin E, Sbardelotto T, Soares RB, de Resende TC, Tavares D, Haag F, et al. Terapia floral na evolução do parto e na tríade dor-ansiedade-estresse: estudo quase-experimental. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 30]; 35:eAPE02491. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vxq8sKRRmFnhqVhtV8qzKWQ/?lang=pt>
100. Vaira LA, Massaiu A, Massaiu G, Salzano G, Maglito F, Lechien JR, et al. Efficacy of auriculotherapy in the control of pain, edema, and trismus following surgical extraction of the lower third molars: a split-mouth, randomized, placebo-controlled, and triple-blind study. *Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 30]; 1:1–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10006-023-01140-y>
101. Serritella E, Impellizzeri A, Liguori A, Galluccio G. Auriculotherapy used to manage orthodontic pain: a randomized controlled pilot study. *Dental Press J Orthod* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 30]; 26(6):2119381. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8690330/>
102. Silva LKM da, Lima H de S, Cavalcante WT, Morais M do ST, Viana YA, Silva LM da. Auriculoterapia na atenção primária: perspectivas de participantes de um grupo fechado. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 30]; 17(44):2687–2687. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2687/1734>
103. Morais BX, Munhoz OL, Moreira CHC, Kurebayashi LFS, Lopes LFD, Magnago TSB de S. Auriculoterapia para reducir el dolor crónico de la columna vertebral de los trabajadores de la salud: ensayo clínico. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 30];31:e3953. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Pm8yfwW4fwnsfQ8xnHbV7Rw/?lang=es>
104. Mendes D, Nitschke R, Tholl A, Viegas SM da F, Tafner DPO do V, Potrich T, et al. Reiki no cuidado de enfermagem: imaginário e cotidiano de pessoas e de famílias vivenciando o câncer. *Ciência, Cuidado & Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 31];20. Available from:



http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612021000100231&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

105. Dorner T. Pain and chronic pain epidemiology: Implications for clinical and public health fields. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 02];130(1):1–3. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00508-017-1301-0>
106. Bessa JH do N, Jomar RT, Silva AV da, Peres EM, Wolter RMCP, Oliveira DC de, et al. Efecto del Reiki sobre el bienestar subjetivo: estudio experimental Efeito do Reiki no bem-estar subjetivo: estudo experimental. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 31];16(48):408–28. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400408&lng=es&nrm=iso&tlng=es
107. Kenu A, Kenu E, Bandoh DA, Aikins M. Factors that promote and sustain the use of traditional, complementary and integrative medicine services at LEKMA hospital, Ghana, 2017: an observational study. *BMC Complement Med Ther* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 31];21(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7788857/>
108. Moura C de C, Lourenço BG, Alves B de O, de Assis BB, Toledo LV, Ruela L de O, et al. Quality of life and satisfaction of students with auriculotherapy in the covid-19 pandemic: a quasi-experimental study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 31];76(Suppl 1). Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SNffxPqpyWpL6QNH8RWRqy/?lang=en>
109. Bolton RE, Fix GM, VanDeusen Lukas C, Elwy AR, Bokhour BG. Biopsychosocial benefits of movement-based complementary and integrative health therapies for patients with chronic conditions. *Chronic Illn* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 29];16(1):41–54. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1742395318782377>
110. Aponte A. Las terapias alternativas en el servicio público de salud Experiencia del hospital San Borja Arriarán de Santiago [Memoria de título] Santiago. Universidad de Chile. 2015 [cited 2023 Dec 31]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/141966>
111. Agarwal V. The Provider’s Body in the Therapeutic Relationship: How Complementary and Alternative Medicine Providers Describe Their Work as Healers. *Health Commun* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 29];34(11):1350–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410236.2018.1489201>



112. Costa JR da, Piexak DR, Santo FH do E, Oliveira SG, Nitschke RG, Marcon SS. Percepções de profissionais de enfermagem de um hospital geral sobre a intervenção com Reiki. Rev enferm UFSM [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 31];11:e67–e67. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/64279/html>
113. dos Santos Silva L, Sousa AFD, de Carvalho DHF, Kalinke LP. Non-pharmacological therapies for cancer patients in Portugal and Brazil: an experience report. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 31];57:e20230091. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7cDT9Z4FWLpyRqBgWpztZwd/?lang=en>
114. Wickert DC, Dallegrave D, Piexak DR, Mello MCVA de, Corcini LMC da S, Schimith MD. Práticas integrativas e complementares, perfil e cuidados de enfermeiras(os) às pessoas com hipertensão: estudo misto. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 31]; 31:e3914. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8yWMWWXLkWgrBdtS8WKvyqB/?lang=pt>
115. Olsson A, Hedlund S, Landgren K. To Use or Not Use Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Psychiatric Care: Interviews with Clinical Decision-Makers in Sweden. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 31];43(5):463–72. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840.2021.1986759>
116. da Silva FJB, Santos MC, Tesser CD. Percepção de médica(o)s e enfermeira(o)s da Saúde da Família sobre o uso da auriculoterapia em problemas de Saúde Mental. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 31];26:e210558. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xQVrLKPbTZ4TbsJTWctyQnv/?lang=pt>
117. Pereira EC, Rocha MP, Fogaça LZ, Schweitzer MC. Occupational health, integrative and complementary practices in primary care, and the COVID-19 pandemic. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 28]; 56:e20210362. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hzBYStjG9SYGHKmhJSy3XDc/?lang=en#>
118. Mildemberg R, Paes MR, Santos BA dos, Dalmolin IS, Brusamarello T. Práticas Integrativas e Complementares na atuação dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Esc Anna Nery [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 28]; 27:e20220074. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/nqkRRm9kYgLW55LHwqyyVsw/?lang=pt>
119. Hall H, Brosnan C, Cant R, Collins M, Leach M. Nurses' attitudes and behaviour towards patients' use of complementary therapies: A mixed methods study. J Adv



Nurs [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 29];74(7):1649–58. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13554>

120. Sharp D, Lorenc A, Feder G, Little P, Hollinghurst S, Mercer S, et al. 'Trying to put a square peg into a round hole': a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 29];18(1). Available from: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-018-2349-8>
121. Corell-Doménech M, Corell-Doménech M. Terapeutas alternativos en México y la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023: comunicación, creencias y factores socio-económicos. *Perspectivas de la comunicación* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 31]; 12(1):59–77. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48672019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es



8. ANEXOS

Anexo n°1: "Folleto de invitación"

¡ATENCIÓN!

Le invito a participar de la investigación "Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria"

Esta invitación se extiende a usted, ya que participa de las terapias complementarias que ofrece su CESFAM



¡Anímese! su participación es de valiosa importancia para el desarrollo de conocimiento en el área.

Si desea participar contacte a EU.
María Inostroza al correo: minostrozaab@udec.cl o al celular: +56968760711

También puede dejar sus datos en la hoja al reverso para ser contactado(a)





Anexo nº2: "Hoja de inscripción"

¡MUCHAS GRACIAS POR SU INTERES!

Para ser contactado/a por la enfermera investigadora y participar del estudio:
"Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria"
deje sus datos a continuación:

Nombre: _____

Número telefónico: _____

Correo electrónico: _____

Terapia de la que participa: _____

*Entregue esta hoja a su terapeuta.
Lo/a contactaremos a la brevedad*





Anexo n°3: “Consentimiento Informado usuarios/as”

Consentimiento informado

Folio n° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria

Estimada/o usuaria/o:

Junto con saludar, le invito a participar de un estudio relacionado con la utilización de terapias complementarias en su CESFAM. La investigadora responsable del estudio es la srta. María Alejandra Inostroza, enfermera, candidata al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

El objetivo principal de la investigación es comprender la experiencia de la utilización de terapias complementarias en los usuarios/as y enfermeros/as de atención primaria.

Usted ha sido invitada/o, dado que participa o ha participado durante el 2022 de tres o más sesiones de prácticas de terapias complementarias del CESFAM _____. El interés de realizar este estudio radica en que es cada vez más frecuente que los centros de salud ofrezcan e incorporen prácticas complementarias en su atención. Por lo tanto, es beneficioso y cobra gran relevancia visibilizar los significados y vivencias de quienes participan de estas terapias en Atención Primaria, tanto usuarios/as de ellas como enfermeras/os.

Su participación no tiene ningún costo económico, ni ningún beneficio personal, sin embargo, contribuye a la generación de importante evidencia que contribuye a evaluar el beneficio de estas prestaciones. Esta investigación es considerada de riesgo mínimo que podría estar asociada a la evocación de algún



recuerdo o experiencia poco agradable de su vivencia. De ocurrir esta situación se realizará una contención en el momento por parte de la investigadora responsable. De requerirlo será orientado para que usted pueda solicitar atención con los profesionales pertinentes de acuerdo con su situación previsional.

Su participación es libre y voluntaria, puede elegir no participar. Si elige no participar del estudio o bien decide dejar de participar en cualquier momento, esto no tendrá ninguna repercusión hacia usted.

Su participación en este estudio consistirá en una entrevista presencial realizada por la investigadora. El lugar y hora de esta será acordado con anticipación.

La entrevista se realizará en un lugar que permita mantener la privacidad, libre de ruidos, libre de tránsito de otras personas. Será idealmente en el mismo recinto (o circundante) al lugar físico donde se aplican las terapias (box de atención), en caso de que no sea posible hacer uso de box de atención, se intentará coordinar algún otro lugar de encuentro (hogar, sede social u otro).

Posteriormente usted pudiera ser contactado/a nuevamente para aclaración de dudas. La duración de la/s entrevistas pudiera ser de aproximadamente 60 minutos.

La entrevista que se le realice será grabada con un dispositivo de audio.

Los datos por usted proporcionados serán de absoluta confidencialidad, se resguardará la información y se mantendrá el anonimato. La información obtenida de las entrevistas, así como la grabación serán preservadas y resguardadas por la investigadora en formato digital, archivo con clave de ingreso, en memoria USB, la que será guardada en el domicilio particular de la investigadora, por un periodo de 10 años, luego de lo cual serán eliminadas. La información obtenida será usada sólo para el presente estudio, no serán utilizadas en ninguna otra instancia. De los resultados obtenidos pueden ser



difundidos a través de publicaciones científicas e informes, resguardando la confidencialidad y anonimato de los participantes.

Ante cualquier duda respecto a su participación puede contactar a la investigadora responsable María Alejandra Inostroza al correo electrónico minostroza@udec.cl o al fono +56968760711.

Si tiene duda respecto a sus derechos puede comunicarse con los CEC que aprobaron el estudio, Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería UDEC presidenta_____correo: teléfonos_____.

Comité de Ética Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la UDEC. CORREO Fono: _____
Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío al correo_____ fono_____

Los resultados globales de la investigación se entregarán al centro asistencial. Si quiere obtener los resultados puede contactarse al correo del investigador.

Si está de acuerdo en cooperar, le solicitamos firme su aceptación en la siguiente página. Se le entregará una copia de la documentación.

Agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

M. Alejandra Inostroza.

Investigadora responsable



N° ed.....

Fecha

N° pág.....

Yo _____, RUT_____ confirmo que he leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas, cumplo con los requisitos y acepto libre y voluntariamente participar en la investigación titulada “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

Entiendo que tengo el derecho a dejar la investigación en cualquier momento sin que esto me afecte de ninguna manera.

Firma del participante

Firma y RUT del investigador

Incluir a pie de página fecha y número de consentimiento

Firma y RUT del director o ministro de fe

N° ed.....

Fecha

N° pág.....



Anexo n°4: “Consentimiento Informado enfermeros/as”

Consentimiento informado

Folio n° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria

Estimada/o:

Junto con saludar, le invito a participar de un estudio relacionado con la utilización de terapias complementarias en los centros de salud familiar de la comuna de Los Ángeles. La investigadora responsable del estudio es la srta. María Alejandra Inostroza, enfermera, estudiante del Programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

El objetivo principal de la investigación es comprender la experiencia de la utilización de terapias complementarias en los usuarios/as y enfermeros/as de atención primaria.

Usted ha sido invitado a formar parte del estudio, dado que participa o ha participado como terapeuta en la aplicación de terapias complementarias en el CESFAM _____. El interés de realizar este estudio radica en que es cada vez más frecuente que los centros de salud ofrezcan e incorporen prácticas complementarias en su atención. Por lo tanto, es beneficioso y cobra gran relevancia visibilizar los significados y vivencias de quienes participan de estas terapias en APS, tanto usuarios de ellas como terapeutas. Usted como terapeuta tiene las características necesarias que se necesitan, es por esto que le invito a participar de esta investigación.

Su participación no tiene ningún costo económico, ni ningún beneficio personal, sin embargo, contribuye a la generación de importante información para



cumplir con el objetivo propuesto. Esta investigación es considerada de riesgo mínimo asociado a la evocación de algún recuerdo o experiencia poco agradable de su vivencia. De ocurrir esta situación se realizará una contención en el momento por parte del investigador responsable. De requerirlo será orientado para que usted pueda solicitar atención con los profesionales pertinentes de acuerdo con su situación previsional.

Su participación es libre y voluntaria, puede elegir no participar. Si elige no participar del estudio o bien decide dejar de participar en cualquier momento, esto no tendrá ninguna repercusión hacia usted.

Su aporte en este estudio consistirá en participar en una entrevista realizada por el investigador, la cual será presencial. El lugar y hora de esta será acordado con anticipación.

La entrevista se realizará en un lugar que permita mantener la privacidad, libre de ruidos, libre de tránsito de otras personas. Será en el recinto de salud donde usted se desempeña (en un box de atención, como u otra dependencia de su lugar de trabajo).

La entrevista se desarrollará en horario laboral, previa solicitud de autorización de la investigadora al/la director/a del centro de salud. Tendrá una duración aproximada de una hora. Es necesario que usted pueda disponer de este tiempo, por lo que se requeriría que usted “bloquee” una hora de su agenda para este fin.

Posteriormente usted pudiera ser contactado/a nuevamente para aclaración de dudas.

La entrevista que se le realice será grabada con un dispositivo de audio. Los datos por usted proporcionados serán de absoluta confidencialidad, se resguardará la información y se mantendrá el anonimato. La información obtenida de las entrevistas, así como la grabación serán preservadas y resguardadas por



la investigadora en formato digital, archivo con clave de ingreso, en memoria USB, la que será guardada en el domicilio particular de la investigadora, por un periodo de 10 años, luego de lo cual serán eliminadas. La información obtenida será usada sólo para el presente estudio, no serán utilizadas en ninguna otra instancia. De los resultados obtenidos pueden ser difundidos a través de publicaciones científicas e informes, resguardando la confidencialidad y anonimato de los participantes.

Ante cualquier duda respecto a su participación puede contactar al investigador responsable María Alejandra Inostroza al correo electrónico minostroza@udec.cl o al fono +56968760711.

Si tiene duda respecto a sus derechos puede comunicarse con los CEC que aprobaron el estudio, Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería UDEC presidenta _____ correo: teléfonos _____.

Comité de Ética Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la UDEC. CORREO _____ Fono: _____

Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío al correo _____ fono _____

Los resultados globales de la investigación se entregarán al centro asistencial y dirección comunal de salud. Si quiere obtener los resultados puede contactarse al correo del investigador.

Si está de acuerdo en cooperar, le solicitamos firme su aceptación en la siguiente página. Se le entregará una copia de la documentación.

Agradecemos de antemano su valiosa colaboración

N° ed.....

Fecha

N° pág.....



Yo _____, RUT_____ confirmo que he leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas, cumplo con los requisitos y acepto voluntariamente participar en la investigación titulada “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”. Entiendo que tengo el derecho a dejar la investigación en cualquier momento sin que esto me afecte de ninguna manera.

Firma del participante

Firma y RUT del investigador

Firma y RUT del director o ministro de fe

N° ed.....

Fecha

N° pág.....



Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPEUTAS NO ENFERMEROS/AS

Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria

Estimada/o:

Junto con saludar, le invito a participar de la entrevista piloto de un estudio relacionado con la utilización de terapias complementarias en los centros de salud familiar de la comuna de Los Ángeles. La investigadora responsable del estudio es la srta. María Alejandra Inostroza, enfermera, estudiante del Programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

El que usted responda a la entrevista es un valioso aporte, ya que además de las respuestas que entregue, permitirá que usted retroalimente a la investigadora respecto a este “proceso de entrevista”, lo cual es fundamental para el desarrollo de la investigación.

Usted ha sido invitado a participar, dado que participa o ha participado en la aplicación de terapias complementarias en el CESFAM _____ por lo que se considera un profesional que tiene los conocimientos y experiencia necesaria para responder a la entrevista. El interés de realizar este estudio radica en que es cada vez más frecuente que los centros de salud ofrezcan e incorporen prácticas complementarias en su atención. Por lo tanto, es beneficioso y cobra gran relevancia visibilizar los significados y vivencias de quienes participan de estas terapias en APS, tanto usuarios de ellas como terapeutas.

Su participación no tiene ningún costo económico, ni ningún beneficio personal, sin embargo, contribuye a la generación de importante información para cumplir con el objetivo propuesto. Esta investigación es considerada de riesgo mínimo asociado a la evocación de algún recuerdo o experiencia poco agradable



de su vivencia. De ocurrir esta situación se realizará una contención en el momento por parte del investigador responsable. De requerirlo será orientado para que usted pueda solicitar atención con los profesionales pertinentes de acuerdo con su situación previsional.

Su participación es libre y voluntaria, puede elegir no participar. Si elige no participar, esto no tendrá ninguna repercusión hacia usted.

Su participación en este estudio consistirá en una entrevista realizada por el investigador, será presencial. El lugar y hora de esta será acordado con anticipación.

La entrevista se realizará en un lugar que permita mantener la privacidad, libre de ruidos, libre de tránsito de otras personas. Será en el recinto de salud donde usted se desempeña (en un box de atención, como u otra dependencia de su lugar de trabajo).

La entrevista se desarrollará en horario laboral, previa solicitud de autorización de la investigadora al/la director/a del centro de salud. Tendrá una duración aproximada de una hora. Es necesario que usted pueda disponer de este tiempo, por lo que se requeriría que usted “bloquee” una hora de su agenda para este fin.

La entrevista que se le realice será grabada con un dispositivo de audio.

Los datos por usted proporcionados serán de absoluta confidencialidad, se resguardará la información y se mantendrá el anonimato. La información obtenida de las entrevistas, así como la grabación serán preservadas y resguardadas por la investigadora en formato digital, archivo con clave de ingreso, en memoria USB, la que será guardada en el domicilio particular de la investigadora, por un periodo de 10 años, luego de lo cual serán eliminadas. La información obtenida será usada sólo para el presente estudio, no serán utilizadas en ninguna otra instancia. Los resultados obtenidos pueden ser



difundidos a través de publicaciones científicas e informes, resguardando la confidencialidad y anonimato de los participantes.

Ante cualquier duda respecto a su participación puede contactar al investigador responsable María Alejandra Inostroza al correo electrónico minostroza@udec.cl o al fono +56968760711.

Si tiene duda respecto a sus derechos puede comunicarse con los CEC que aprobaron el estudio, Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería UDEC presidenta_____correo: teléfonos_____.

Comité de Ética Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la UDEC. CORREO Fono:

Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío al correo_____ fono_____

Los resultados globales de la investigación se entregarán al centro asistencial y dirección comunal de salud. Si quiere obtener los resultados puede contactarse al correo del investigador.

Si está de acuerdo en cooperar, le solicitamos firme su aceptación en la siguiente página. Se le entregará una copia de la documentación.

Agradecemos de antemano su valiosa colaboración.



Yo _____, RUT_____ confirmo que he leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas, cumplo con los requisitos y acepto voluntariamente participar en la entrevista piloto de la investigación titulada “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”. Entiendo que tengo el derecho a dejar de participar en cualquier momento sin que esto me afecte de ninguna manera.

Firma del participante

Firma y RUT del investigador

Firma y RUT del director o ministro de fe

N° ed.....

Fecha

N° pág.....



Anexo n°6: “Guion para realizar entrevista en profundidad”

INICIO

- Presentación de la investigadora.
- Presentación de objetivo de la entrevista.
- Se explicitará confidencialidad y anonimización de los datos recabados.
- Solicitar autorización para grabar la entrevista.

DESARROLLO

Se utilizará como pregunta norteadora para los usuarios/as de TC: ¿Qué significa para usted haber recibido/estar recibiendo terapias complementarias en su CESFAM?

Además, previamente se realizarán las preguntas:

- ¿Podría contarme su historia de vida relacionada con las TC?
- ¿Cómo había sido su relación con su problema de salud antes de usar TC?

Para los terapeutas se utilizará la pregunta norteadora: ¿Qué significa para usted utilizar TC como parte de cuidado de enfermería?

Previamente se les realizará la pregunta: ¿Podría contarme un poco de la historia de su vida relacionada con las TC?

CIERRE

- Otorgar al entrevistado un momento de reflexión y/o espacio para expresarse sobre algún tema tratado. Para esto se le puede preguntar: *de todo lo que usted me ha relatado ¿hay algún punto que quisiera destacar?*
- Agradecer por tiempo y participación.
- Indicar la posibilidad de establecer nuevo contacto para aclarar dudas.



Anexo n°7: “Carta solicitud de apoyo directora comunal de Salud”

CARTA SOLICITUD DE APOYO

Los Ángeles, 26 de abril de 2022.

Señora

Marta Aravena Frindt

Directora Comunal de Salud, Los Ángeles

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

Proyecto “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, soy María Alejandra Inostroza Beltrán, Enfermera, estudiante del Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción (UDEC). En este contexto actualmente soy candidata al grado, siendo la investigadora responsable del proyecto de título, denominado “Experiencia de la utilización de Terapias Complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”, el cual pretendo desarrollar en los centros de salud de atención primaria pertenecientes a la Dirección Comunal de Salud de Los Ángeles. Este proyecto se llevará a cabo posterior a su aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) de la UdeC y del Servicio de Salud Bío-Bío.

El objetivo de la investigación es comprender la experiencia de la utilización de terapias complementarias en los usuarios y enfermeros/as de atención primaria.

El diseño es de tipo cualitativo y considera la participación de enfermeros/as que incorporen medicina complementaria y prácticas de bienestar en salud en su quehacer habitual. Además de personas adultas, usuarios/as de este tipo de prácticas.

Las actividades para la recolección de datos incluyen entrevistas en profundidad a cada uno de los participantes.

Se considera iniciar la investigación en el “Centro de Salud Familiar Dos de Septiembre”. En el caso de que los participantes obtenidos en dicho establecimiento no fueran suficientes se accedería a otros centros de salud. El procedimiento de acceso a los/las participantes será a través de una invitación verbal realizada por el profesional de enfermería que aplique estas prácticas en su quehacer habitual.



Aquellos usuarios que se muestren interesados en participar posteriormente serán contactados por la investigadora.

Los participantes deberán realizar las siguientes actividades: participar de entrevista en profundidad con el investigador. En los usuarios ésta será en modalidad presencial. En los enfermeros/as la entrevista idealmente será presencial, sin embargo, también podrá ser realizada en modalidad remota. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de una hora. Pudiese ser necesario un segundo contacto con los participantes, posterior a la entrevista inicial, para aclaración de dudas.

La ejecución de este proyecto requiere de una carta de apoyo de la Dirección Comunal de Salud, es por ello que me dirijo a usted en su calidad de Directora de la misma, solicitando a usted apoyo a este estudio, por medio de una carta para la ejecución de esta investigación, sujeto a la posterior evaluación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, le informo que la carta de apoyo que le solicito es necesaria para que el proyecto sea evaluado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería y por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. Aclaro que esta carta de apoyo es requerida sólo para su presentación a los Comités de Ética internos de la Universidad de Concepción y es distinta a la “Carta de Autorización” otorgada por el/los directivos de el/los CESFAM, la que es requerida para ingresar el proyecto al Comité de Ética del Servicio de Salud Biobío. Por lo tanto, en caso de contar con su apoyo, éste también se solicitará formalmente a los respectivos directores de los centros de salud, iniciando con el CESFAM Dos de Septiembre.

Se adjunta el siguiente documento:

- Modelo de documento de consentimiento informado.

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,

M^o Alejandra Inostroza Beltrán.

Cc: Prof. Guía: Dra. Olivia Sanhueza Alvarado, Prof. Titular Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.



Anexo n°8: “Respuesta carta de apoyo para investigación”



MUNICIPALIDAD DE LOS ANGELES
DIRECCION COMUNAL DE SALUD

CARTA DE APOYO PARA INVESTIGACIÓN

Proyecto “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

Srta. Maria Alejandra Inostroza Beltran. Enfermera

De mi consideración:

Por intermedio del presente, y considerando su solicitud de apoyo para realizar en establecimientos de APS de nuestra comuna, proyecto de investigación denominado: **“Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”**, informo a Ud. que, realizado el análisis de su solicitud, esta directora no tiene inconvenientes de que se ejecute dicho proyecto, siempre que cuente con la aprobación del director o directores de los CESFAM que pretenda llevar a cabo dicha iniciativa y con el informe favorable y aprobación del **Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío** al investigador principal.

Atentamente,


Marta S. Aravena Frindt
Directora Comunal de Salud
Municipalidad de Los Ángeles

Los Ángeles, Junio de 2022



Anexo n°9: “Solicitud de autorización Directora CESFAM Dos de Septiembre”

Los Ángeles, ... de de 2022.

Señora

Karen Maldonado

Directora CESFAM 2 de Septiembre, Los Ángeles

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

Proyecto “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, soy María Alejandra Inostroza Beltrán, Enfermera, estudiante del Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción (UDEC). En este contexto actualmente soy candidata al grado, siendo la investigadora responsable del proyecto de título, denominado “Experiencia de la utilización de Terapias Complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”.

Para la realización de este proyecto se requiere acceso a más de un CESFAM, por lo que además se ha contactado a la directora comunal de salud, cuya carta respuesta adjunto. Me dirijo a usted para solicitar su apoyo para realizar esta investigación en el establecimiento que usted dirige. Este proyecto se llevará a cabo sólo posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) de la Universidad de Concepción y del Servicio de Salud Bío-Bío.

El objetivo de la investigación es comprender la experiencia de la utilización de terapias complementarias en los usuarios/as y enfermeros/as de atención primaria. El diseño es de tipo cualitativo y considera la participación de enfermeros/as que incorporen medicina complementaria y prácticas de bienestar en salud en su quehacer habitual. Además de personas adultas, usuarios/as de este tipo de prácticas.

Las actividades para la recolección de datos incluyen entrevistas en profundidad a cada uno de los participantes. El procedimiento de acceso a los/las participantes será a través de una invitación verbal realizada por el profesional de



enfermería que aplique estas prácticas en su quehacer habitual más la entrega de un folleto de invitación. Aquellos usuarios que se muestren interesados en participar pueden contactar directamente a la investigadora o bien podrán ser contactados por la investigadora si deciden voluntariamente entregar sus datos para este fin. Para el caso de los enfermeros/as que apliquen estas terapias serán invitados verbalmente por la investigadora. En caso de no poder realizar esta invitación de manera verbal, podrá ser invitado vía correo electrónico.

Los participantes deberán realizar las siguientes actividades: participar de entrevista en profundidad con el investigador. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de una hora. Pudiese ser necesario un segundo contacto con los participantes, posterior a la entrevista inicial, para aclaración de dudas.

Previo a las actividades ya descritas, también se requiere a entrevistar a otros profesionales no enfermeros a modo de entrevista piloto, para asegurar la idoneidad del guion temático que será usado en las entrevistas en profundidad.

Para la ejecución del proyecto se requeriría que los profesionales sean entrevistados dentro de su horario laboral, por lo cual se necesita de su autorización, para que el profesional pueda hacer uso de aproximadamente de una hora para este fin, para lo cual debe bloquear su agenda por 1 hora.

Además, se requeriría si es posible y previa coordinación, de un lugar físico en el cual se puedan desarrollar las entrevistas. De ser posible pudiese ser el mismo lugar que se destina para la aplicación de las terapias.

La ejecución de este proyecto requiere de una carta de autorización para ingresar al Comité de Ética del Servicio de Salud Biobío, es por ello que me dirijo a usted en su calidad de Directora del establecimiento, solicitando su apoyo a este estudio por medio de una carta para la ejecución de esta investigación, sujeto a la posterior evaluación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo, es necesaria para que el proyecto sea evaluado por Comités Ético Científicos de la Universidad de Concepción. Se adjunta los siguientes documentos:

- Modelo de documento de consentimiento informado.
- Resumen protocolo de Investigación
- Modelo de Carta de Autorización

Sin otro particular, me despido agradeciendo su consideración.

Atentamente,



Anexo n°10: “Solicitud de autorización Directora CESFAM Nuevo Horizonte”

Los Ángeles, ... dede 2022.

Señora

Carolina Arroyo

Directora CESFAM Nuevo Horizonte, Los Ángeles

Presente.

Ref.: Solicita apoyo en investigación.

Proyecto “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”

De mi consideración:

Junto con saludar atentamente, soy María Alejandra Inostroza Beltrán, Enfermera, estudiante del Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción (UDEC). En este contexto actualmente soy candidata al grado, siendo la investigadora responsable del proyecto de título, denominado “Experiencia de la utilización de Terapias Complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”.

Para la realización de este proyecto se requiere acceso a más de un CESFAM, por lo que además se ha contactado a la directora comunal de salud, cuya carta respuesta adjunto. Me dirijo a usted para solicitar su apoyo para realizar esta investigación en el establecimiento que usted dirige. Este proyecto se llevará a cabo sólo posterior a la aprobación de los Comités de Ética Científicos (CEC) de la Universidad de Concepción y del Servicio de Salud Bío-Bío.

El objetivo de la investigación es comprender la experiencia de la utilización de terapias complementarias en los usuarios/as y enfermeros/as de atención primaria.

El diseño es de tipo cualitativo y considera la participación de enfermeros/as que incorporen medicina complementaria y prácticas de bienestar en salud en su quehacer habitual. Además de personas adultas, usuarios/as de este tipo de prácticas.

Las actividades para la recolección de datos incluyen entrevistas en profundidad a cada uno de los participantes.



El procedimiento de acceso a los/las participantes será a través de una invitación verbal realizada por el profesional de enfermería que aplique estas prácticas en su quehacer habitual más la entrega de un folleto de invitación. Aquellos usuarios que se muestren interesados en participar pueden contactar directamente a la investigadora o bien podrán ser contactados por la investigadora si deciden voluntariamente entregar sus datos para este fin. Para el caso de los enfermeros/as que apliquen estas terapias serán invitados verbalmente por la investigadora. En caso de no poder realizar esta invitación de manera verbal, podrá ser invitado vía correo electrónico.

Los participantes deberán realizar las siguientes actividades: participar de entrevista en profundidad con el investigador. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de una hora. Pudiese ser necesario un segundo contacto con los participantes, posterior a la entrevista inicial, para aclaración de dudas.

Previo a las actividades ya descritas, también se requiere a entrevistar a otros profesionales no enfermeros a modo de entrevista piloto, para asegurar la idoneidad del guion temático que será usado en las entrevistas en profundidad.

Para la ejecución del proyecto se requeriría que los profesionales sean entrevistados dentro de su horario laboral, por lo cual se necesita de su autorización, para que el profesional pueda hacer uso de aproximadamente de una hora para este fin, para lo cual debe bloquear su agenda por 1 hora.

Además, se requeriría si es posible y previa coordinación, de un lugar físico en el cual se puedan desarrollar las entrevistas. De ser posible pudiese ser el mismo lugar que se destina para la aplicación de las terapias.

La ejecución de este proyecto requiere de una carta de autorización para ingresar al Comité de Ética del Servicio de Salud Biobío, es por ello que me dirijo a usted en su calidad de Directora del establecimiento, solicitando su apoyo a este estudio por medio de una carta para la ejecución de esta investigación, sujeto a la posterior evaluación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío y a la aplicación del proceso de consentimiento informado.

Adicionalmente, informo que esta carta de apoyo, es necesaria para que el proyecto sea evaluado por Comités Ético Científicos de la Universidad de Concepción.

Se adjunta los siguientes documentos:

- Modelo de documento de consentimiento informado.
- Resumen protocolo de Investigación
- Modelo de Carta de Autorización



Anexo n°11: “Respuestas cartas de autorización”

Los Ángeles, 15 de noviembre del 2022

Sr/a
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Biobío
P R E S E N T E

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/
Proyecto de investigación.

Estimado Sr/a:

En mi calidad de Directora de CESFAM Dos de Septiembre declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: “Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria” y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el Comité Ético Científico Servicio de Salud Biobío por el/la Sr/a: María Alejandra Inostroza Beltrán

A este respecto:

- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Centro de Salud y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío para su revisión/aprobación.
- (Señale cualquier otra información que usted considere importante que sea relevante para la evaluación).

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,




KAREN MALDONADO ARCOS
DIRECTORA
CESFAM DOS DE SEPTIEMBRE

C.c.: Sr/Dra/ María Alejandra Inostroza Beltrán



Los Ángeles, 21 de Noviembre de
2022

Sr/a
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Biobío
P R E S E N T E

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de
Investigación

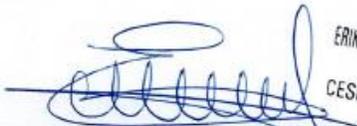
Estimado Sr/a:

En mi calidad de Directora de CESFAM Nuevo Horizonte, declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria" y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el Comité Ético Científico Servicio de Salud Biobío por el/la Sr/a María Alejandra Inostroza Beltrán.

A este respecto:

- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Centro de Salud y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío para su revisión/aprobación.
- (Señale cualquier otra información que usted considere importante que sea relevante para la evaluación).

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,


ERIKA CAROLINA ARROYO ARRIAGADA
DIRECTORA
CESFAM NUEVO HORIZONTE
NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR/A

C.c.: Sr/Dr/a María Alejandra Inostroza Beltrán.



Anexo n°12: Aceptación de Comité de ética Facultad de Enfermería UdeC



Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción 9 agosto 2022

Ref: Resolución N°4 -22

Srta. María Alejandra Inostroza Beltrán
Investigadora Responsable
Presente.

Estimada Investigadora:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por las académicas Mónica Burgos M., Patricia Cid H., y Maritza Espinoza V., en reunión el día 5 de agosto del presente año, ha revisado la tercera versión del proyecto de investigación *“Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria”*.

Este Comité, reconoce nuevamente cambios en el proyecto, sin embargo, solicitamos revisar los siguientes aspectos. A saber:

- a) En página 59, donde se refiere a *“Se les invitará a participar de forma verbal (excepcionalmente si no se encontraran en CESFAM pudiese ser vía correo electrónico solicitado a su jefatura)”*, debe especificar que el correo electrónico de invitación a los/las profesionales de enfermería será enviado desde el correo institucional del CESFAM, y no desde la investigadora.
- b) Se observa que debe unificar la terminología en cuanto a la *“entrevista de prueba”* que menciona en la página 53, y *“entrevista piloto”* en página 92.
- c) Necesita aclarar si la *“entrevista de prueba”*, la realizará sólo a los terapeutas no enfermeros/as, dado que presenta Consentimiento informado sólo para éstos y por otro lado, en página 60 describe que *“se realizarán entrevistas previas de prueba (aproximadamente 3) a profesionales no enfermeros/os que apliquen terapias*



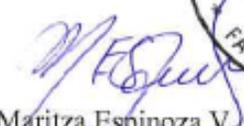
complementarias y/o a usuarios". Asimismo, con respecto a esto último debe aclarar en qué circunstancias considerará aplicación de entrevistas de prueba a usuarios/as. Aspectos de forma: revisar la ortografía título anexo 5.

Conclusión: Este comité ha resuelto que el proyecto es **Aprobado**. No obstante, debe incorporar las observaciones anteriormente mencionadas previo al envío a los otros Comités Ético Científicos correspondientes.

En caso de surgir alguna duda, este comité queda a su disposición.

Atentamente,


Mónica Burgos M.
Secretaria CEC
Facultad Enfermería


Maritza Espinoza V.
Presidenta CEC
Facultad Enfermería





Anexo n°13: Aceptación de Comité de ética Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo UdeC



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1280-2022

Concepción, octubre de 2022.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el **PROYECTO DE TESIS** titulado **"EXPERIENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN ENFERMEROS/AS Y USUARIOS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA"**, presentado por la Investigadora Responsable **SRTA. MARÍA ALEJANDRA INOSTROZA BELTRÁN**, candidata al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía **DRA. OLIVIA SANHUEZA ALVARADO**, docente adscrita al Departamento de Enfermería del Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para la investigación que involucra personas.

En este Proyecto de Tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería se propone como objetivo general comprender la experiencia de la utilización de terapias complementarias en los usuarios/as y enfermeros/as de atención primaria. Para esto, contempla la ejecución de 05 (cinco) objetivos específicos, a saber: inicialmente, pretende identificar la motivación de los/as usuarios/as de Terapias Complementarias (TC) para ingresar a utilizarlas y determinar la/s motivación/es de enfermeros/as para aplicar TC; después, propone describir el proceso de permanencia de enfermeros/as y usuarios/as en las TC para, a continuación caracterizar los efectos percibidos de enfermeros/as y usuarios/as del uso de TC y, por último, identificar la percepción de enfermeros/as y usuarios/as de TC del proceso de implementación de las TC en la Atención primaria.

En esta investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico hermenéutico, la participación de cada sujeto - enfermeros/as que aplican TC en sus atenciones y usuarios/as de TC que se vinculan al CESFAM Dos de Septiembre y CESFAM Nuevo Horizonte, ambos centros de salud de la ciudad de Los Ángeles- estará basada en el proceso de consentimiento informado, debidamente aplicado y documentado, conforme modelo presentado a este Comité institucional. Todo lo anterior está rigurosa y detalladamente descrito en la sección **"4. METODOLOGÍA"** del Proyecto de Tesis que se revisa.

Todas las actividades serán ejecutadas observando las medidas sanitarias en contexto de pandemia de COVID-19, así declarada por la Organización Mundial de la Salud (marzo, 2020).

Para el análisis de los datos, se utilizará pruebas estadísticas adecuadas para obtener el resultado que busque dar respuesta a lo planteado, estando todo debidamente indicado en el proyecto que se revisa.

Banío Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, serán de responsabilidad de la candidata al grado de Magister en Enfermería, Srta. María Alejandra Inostroza Beltrán.

La ejecución de las actividades descritas en este Proyecto de Tesis asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los participantes en el estudio, garantizando la autonomía, la libertad, la voluntariedad y la privacidad de éstos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N°19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y dado que el **PROYECTO DE TESIS** titulado "**EXPERIENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN ENFERMEROS/AS Y USUARIOS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA**", presentado por la Investigadora Responsable **SRTA. MARÍA ALEJANDRA INOSTROZA BELTRÁN**, candidata al grado de Magister en Enfermería por la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía **DRA. OLIVIA SANHUEZA ALVARADO**, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas formalizadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT y adoptadas por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN





Anexo n°14: Aceptación de Comité de ética Servicio de Salud Biobío



N°: 159

Ref.: Respuesta protocolo "Experiencia de la utilización de terapias complementarias en enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria"

LOS ANGELES, 26 de enero de 2023

A: Investigador Principal Sra. María Alejandra Inostroza Beltrán

DE: Comité Ético Científico

De nuestra consideración,

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, en su sesión ordinaria de fecha 26.01.2023, ha resuelto lo siguiente:

1. Valor del estudio: La investigación propone evaluar desde la perspectiva fenomenológica hermenéutica -la experiencia de la utilización de terapias complementarias para enfermeros/as y usuarios/as de Atención Primaria (A.P.S) en dos establecimientos municipales- a nivel de la red asistencial del Servicio de Salud Biobío, focalizada en la comuna de Los Ángeles; pudiendo llegar a ser un valioso aporte en la optimización de la oferta de terapias complementarias en la red asistencial local, identificando oportunidades y deficiencias, desde la perspectiva de los usuarios y profesionales de la enfermería que actualmente la utilizan, sobre las cuales, más adelante realizar acciones de ajustes institucional oportunas.

2. Validez científica: Se trata de una investigación cualitativa, desde una lógica inductiva que busca responder a las interrogantes planteadas en la investigación, mediante la técnica de entrevista en profundidad, estructurada a través de un guion preelaborado según revisión de la literatura ad hoc; presenta un alcance ideográfico; busca explorar en la experiencia subjetiva de los profesionales a cargo de la implementación y de los usuarios, respecto de su vivencia subjetiva en la utilización de terapias complementarias.

Requiere incluir el tiempo de ejecución de la investigación, mediante una carta Gantt con cada una de las etapas estimadas en la misma.

3. Discriminación arbitraria: No existe, se refuerza la necesidad de cautelar el enfoque de curso de vida en dicha selección.

4. Relación riesgo-beneficio: La investigadora prevé como riesgo para los participantes la posibilidad de algún desborde emocional en caso de que se aborden temas o situaciones sensibles, para lo que la misma, posee las herramientas para una primera respuesta y/o derivará según corresponda.





5. Consentimiento informado:

En relación al consentimiento informado requiere incorporar la voluntariedad de la grabación de la entrevista y/o explicitarlo como criterio de exclusión.

Agregar que, los audios, imágenes y videos, no serán utilizados para investigaciones paralelas o futuras, relacionadas con propósitos similares a los de este estudio, salvo que se obtenga un nuevo consentimiento informado.

EN CONSECUENCIA,

Reforzando los puntos 2 y 5 arriba expuestos, este Comité ha resuelto “aprobar” la presente investigación.

Sin otro particular,

Le saluda muy atentamente,

Mireya
Andrea
Riquelme
Rivas

Firmado
digitalmente por
Mireya Andrea
Riquelme Rivas
Fecha: 2023.02.01
15:47:14 -03'00'



**Q.F MIREYA RIQUELME RIVAS
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

En respuesta a su solicitud el CEC (Comité Ético Científico) se reunió en sesión ordinaria con fecha 26.01.2023 estando presente Q.F Mireya Riquelme Rivas, Dra. Mirta Medina Figueroa, Dra. Mariela Villagra Ferro, BQ. Felipe Riquelme Mora, A.S (MC) Patricia Messenger Muñoz, T.M (MC) Teresa Vilches Monsalvo, E. U. Nataly Lagos Belboz y Ant. Elena Ulloa Rodríguez.

DISTRIBUCION:

-Interesado
-Archivo

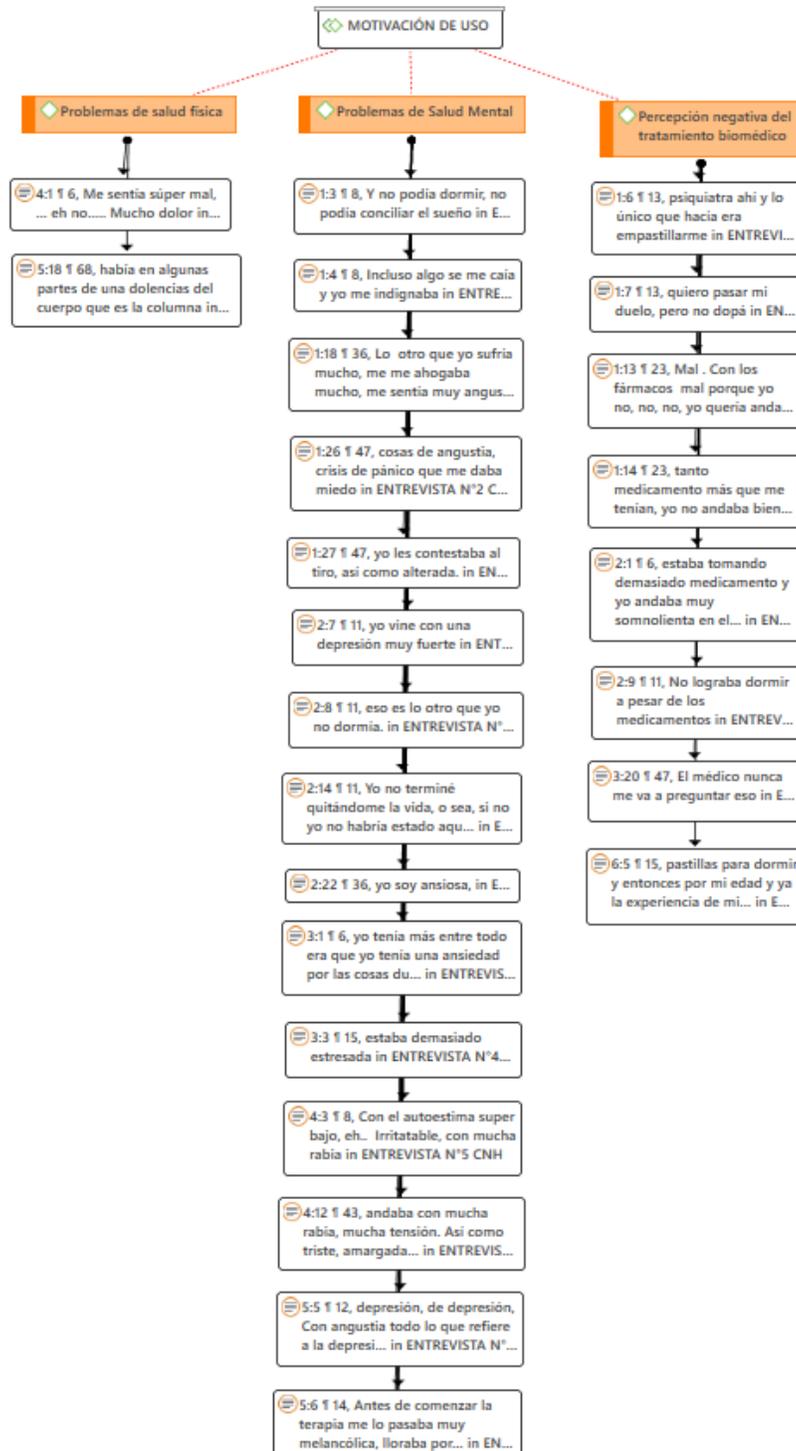


Anexo nº 15: Red Semántica Nº 1 “Motivación de uso” usuarios CESFAM 1.



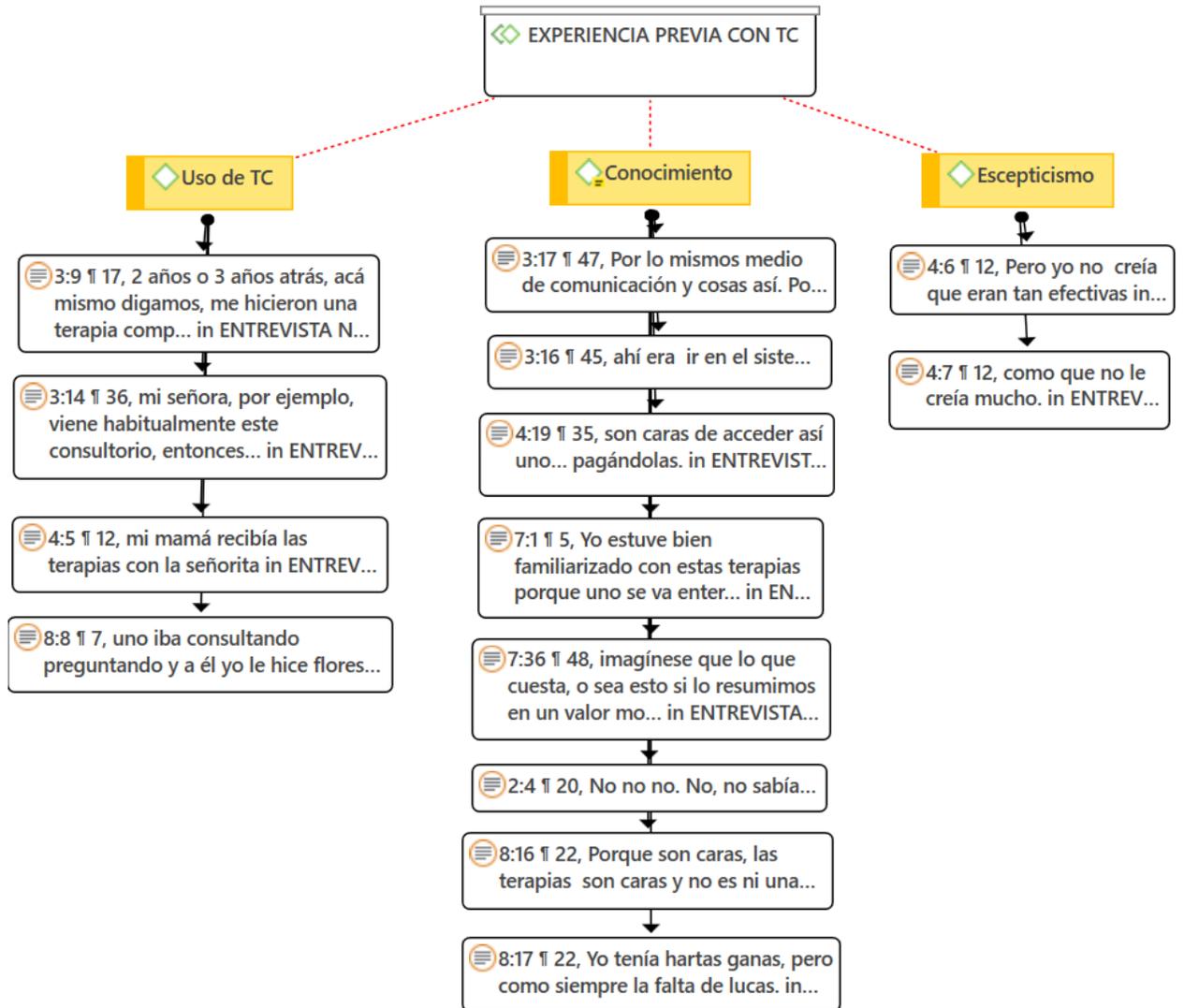


Anexo n° 16: Red Semántica N°2 “Motivación de uso” usuarios CESFAM 2.



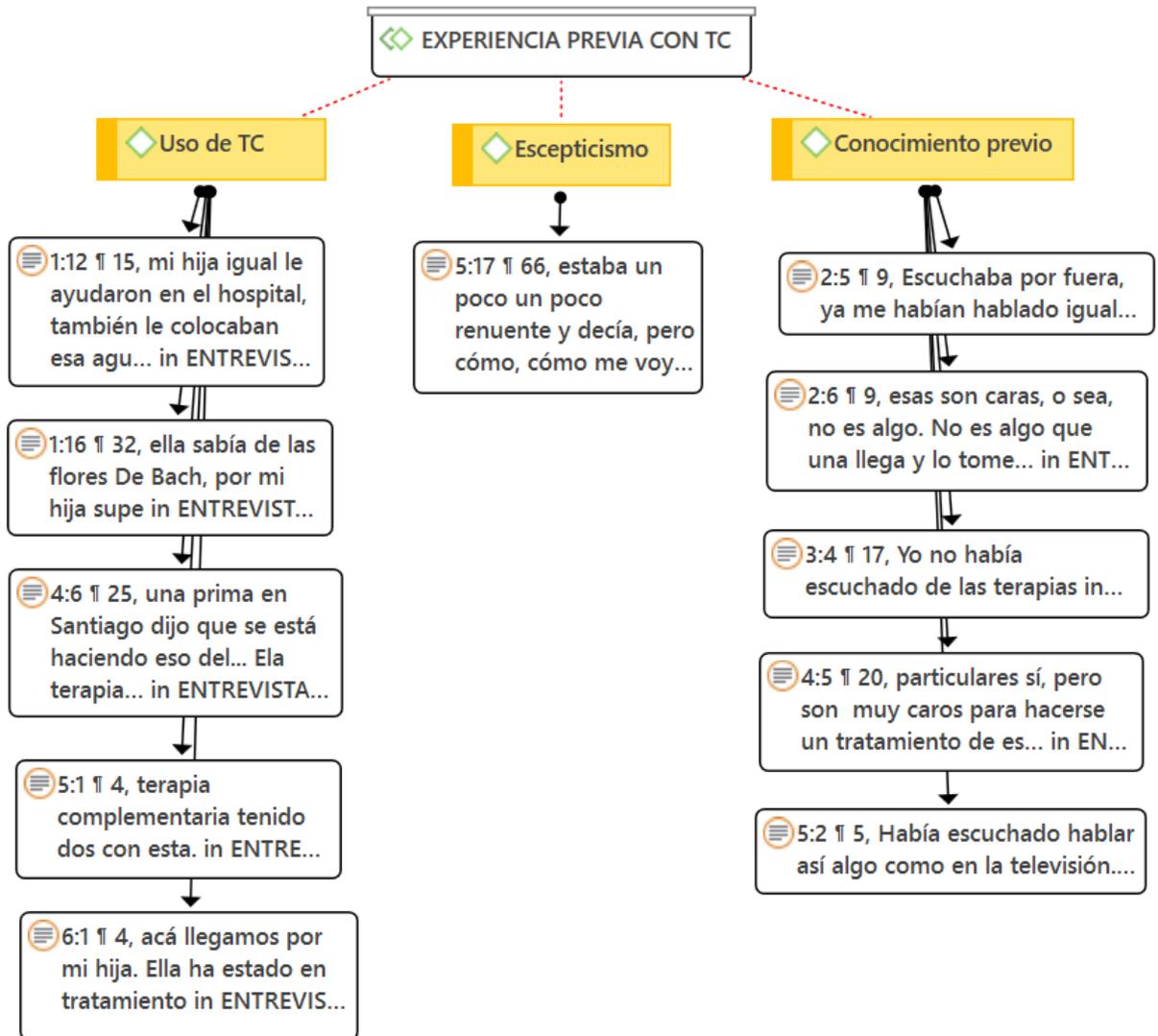


Anexo n° 17: Red Semántica N°3 “Experiencia previa con TC” usuarios CESFAM 1.





Anexo n° 18: Red Semántica N°4 “Experiencia previa con TC” usuarios CESFAM 2.





Anexo n° 19: Red Semántica N°5 “Efectividad de las TC” usuarios CESFAM 1.



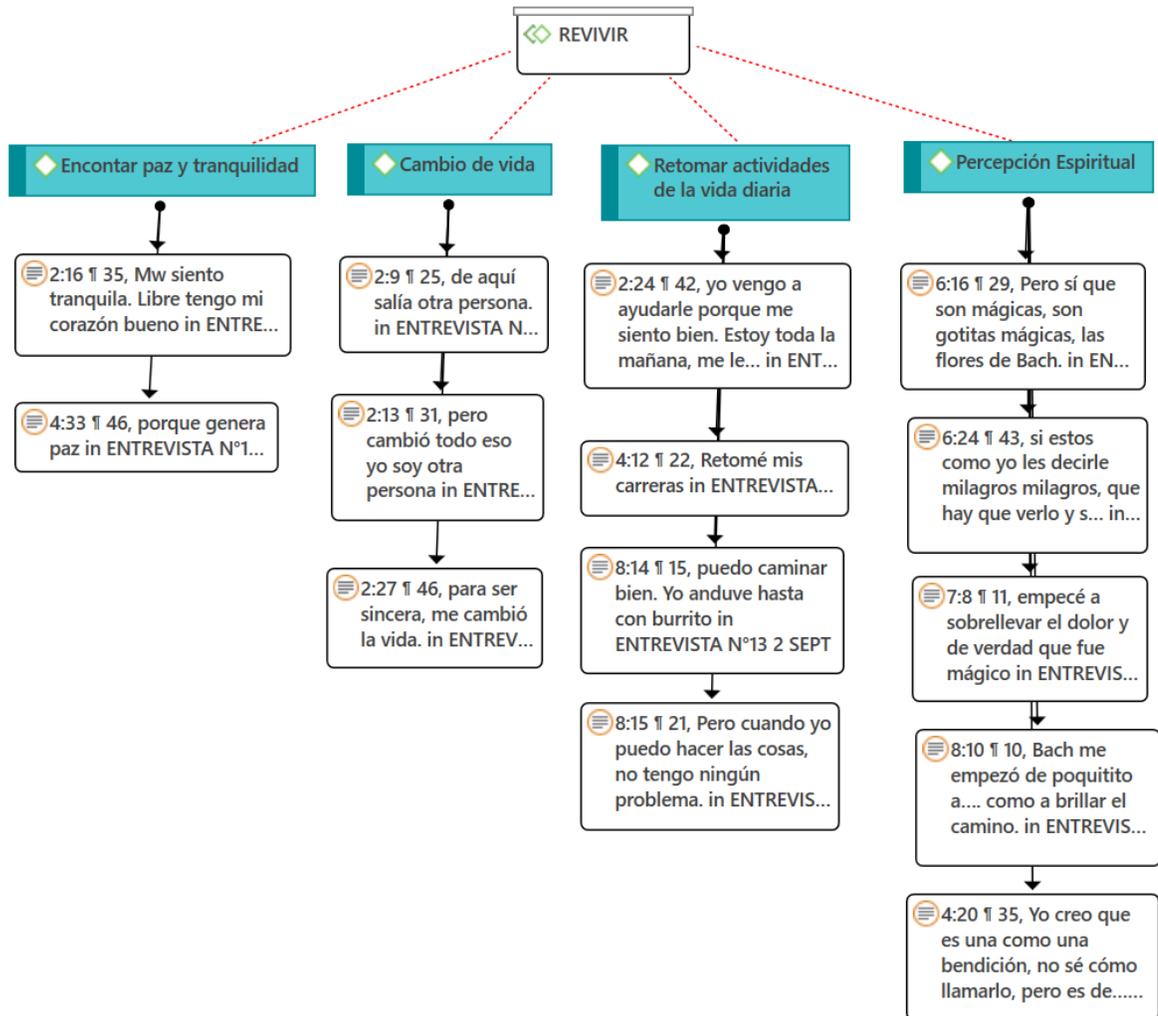


Anexo n° 20: Red Semántica N°6 “Efectividad de las TC” usuarios CESFAM 2.



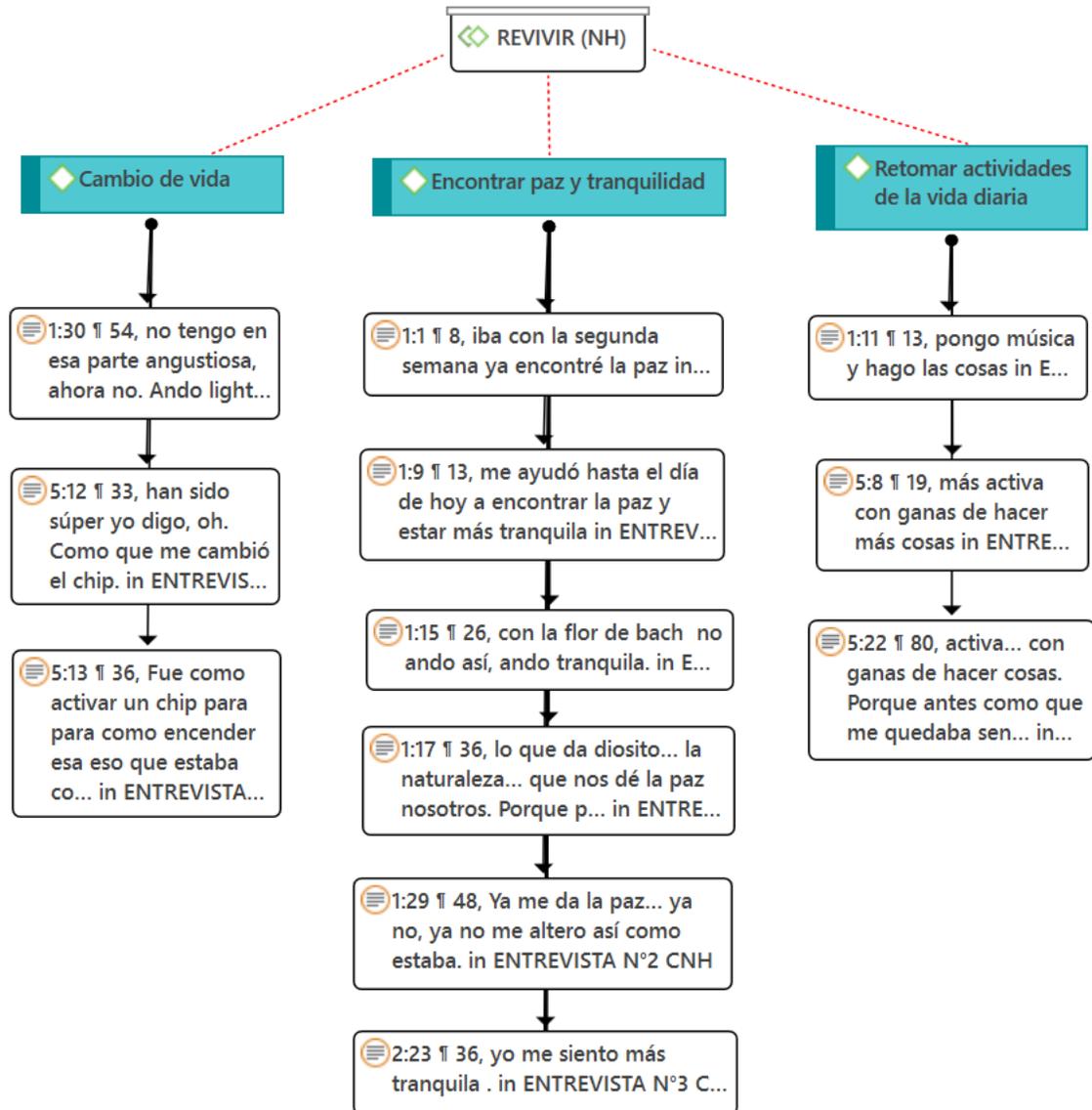


Anexo n° 21: Red Semántica N°7 “Revivir” usuarios CESFAM 1.



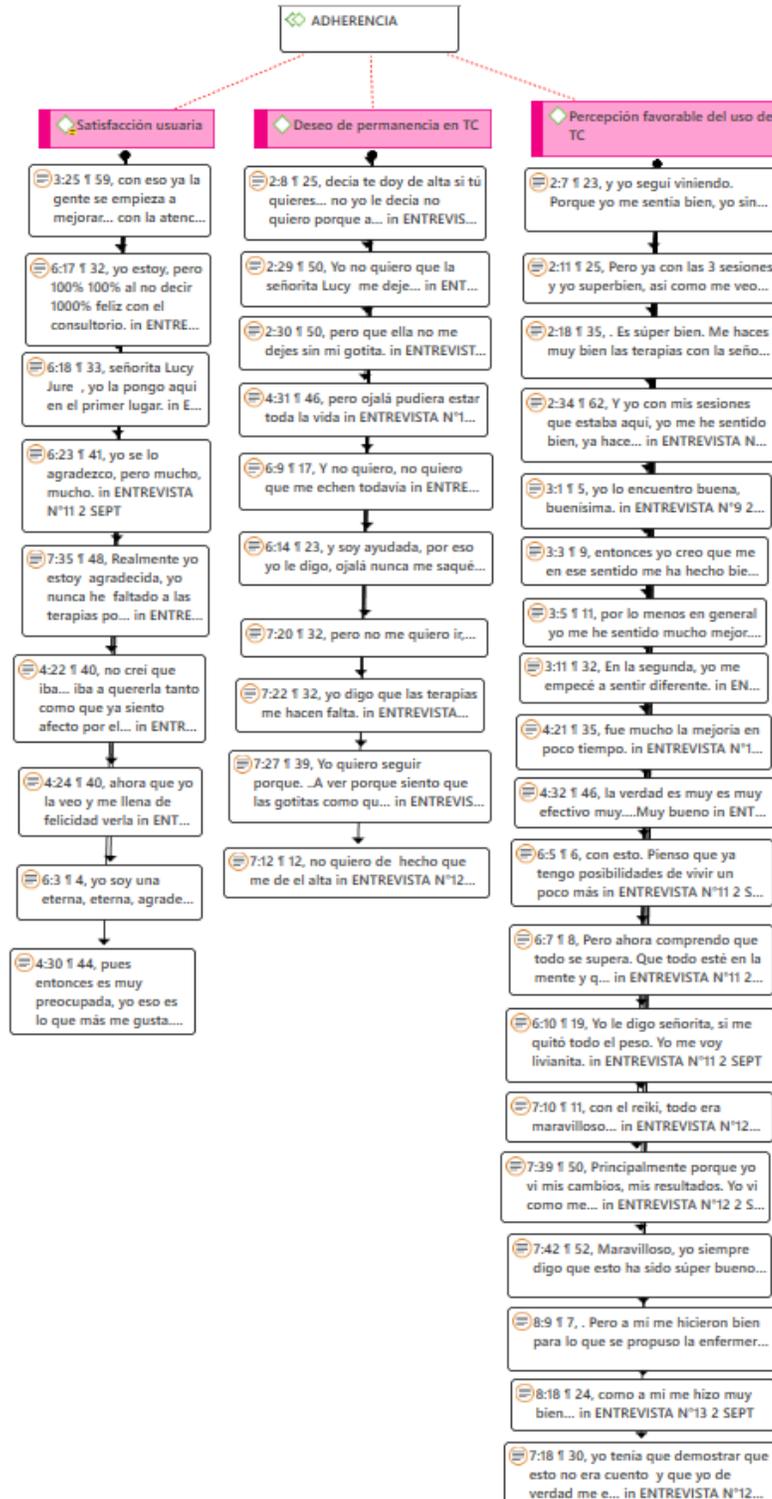


Anexo n° 22: Red Semántica N°8 “Revivir” usuarios CESFAM 2.



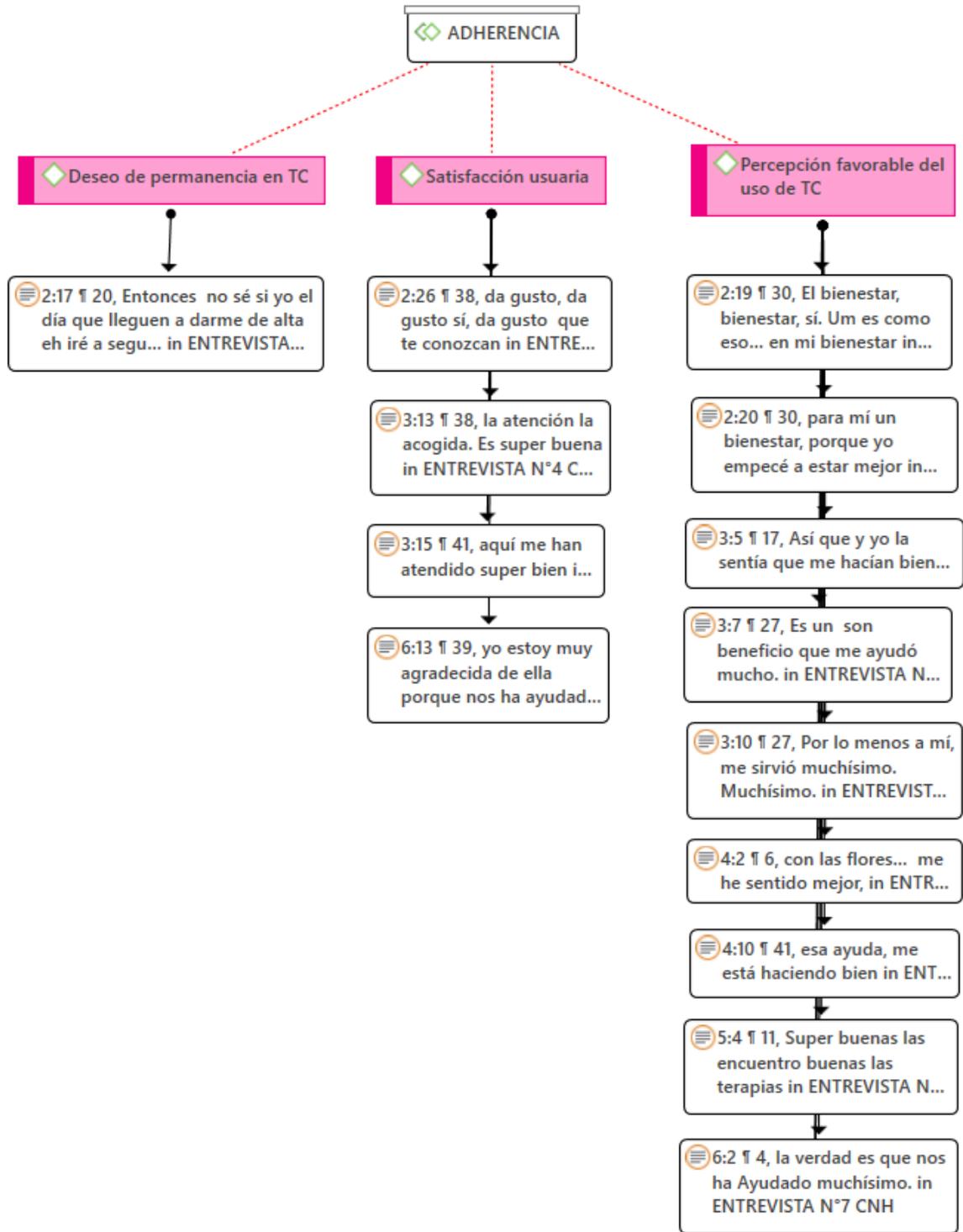


Anexo n° 23: Red Semántica N°9 “Adherencia” usuarios CESFAM 1.



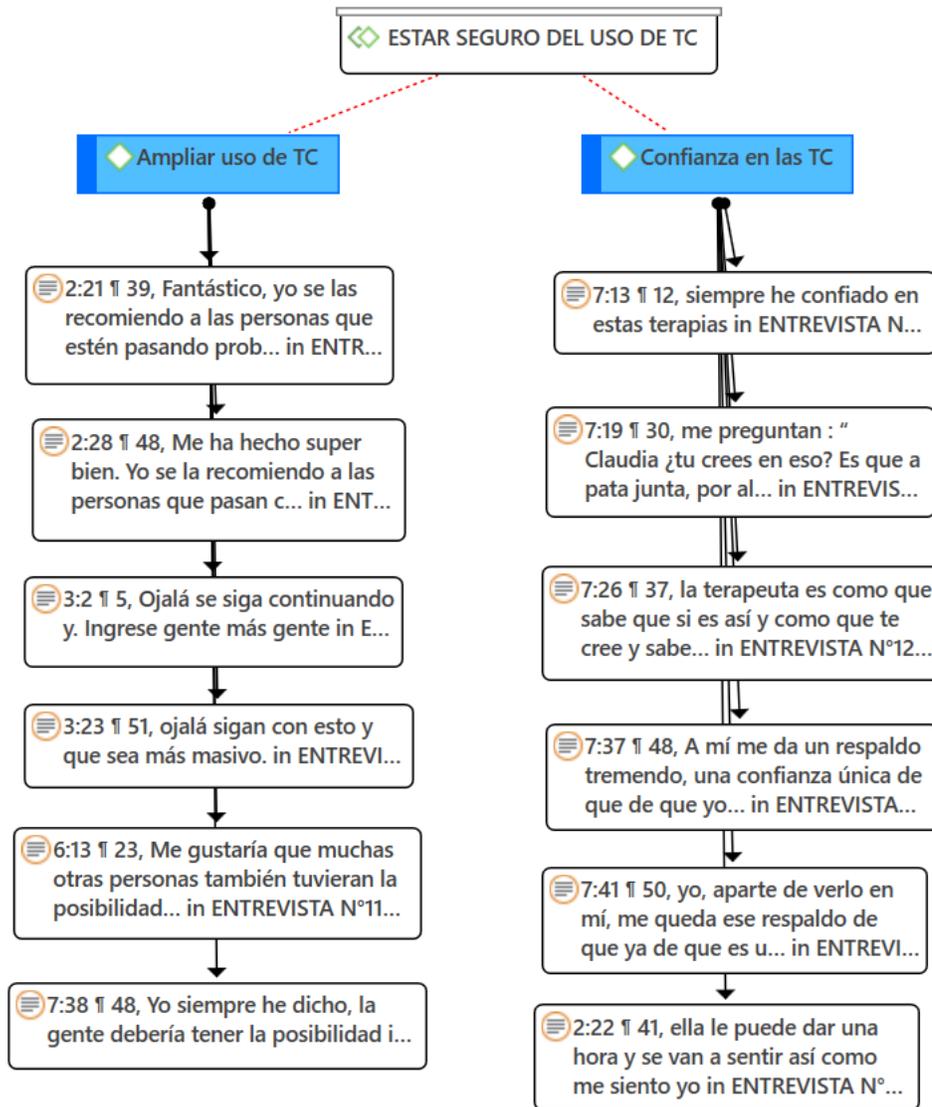


Anexo n° 24: Red Semántica N°10 “Adherencia” usuarios CESFAM 2.



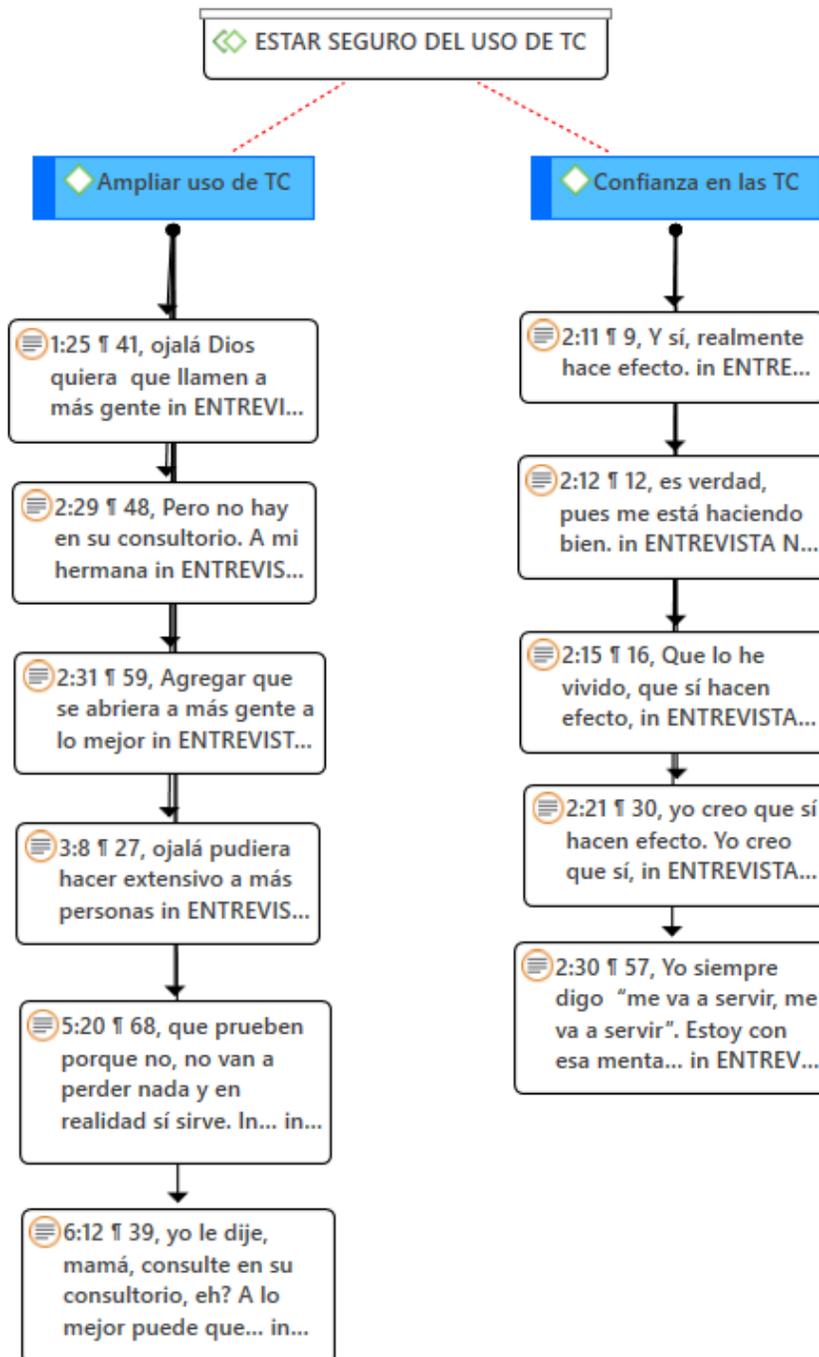


Anexo n° 25: Red Semántica N°11 “Estar seguro del uso de TC” usuarios CESFAM 1.



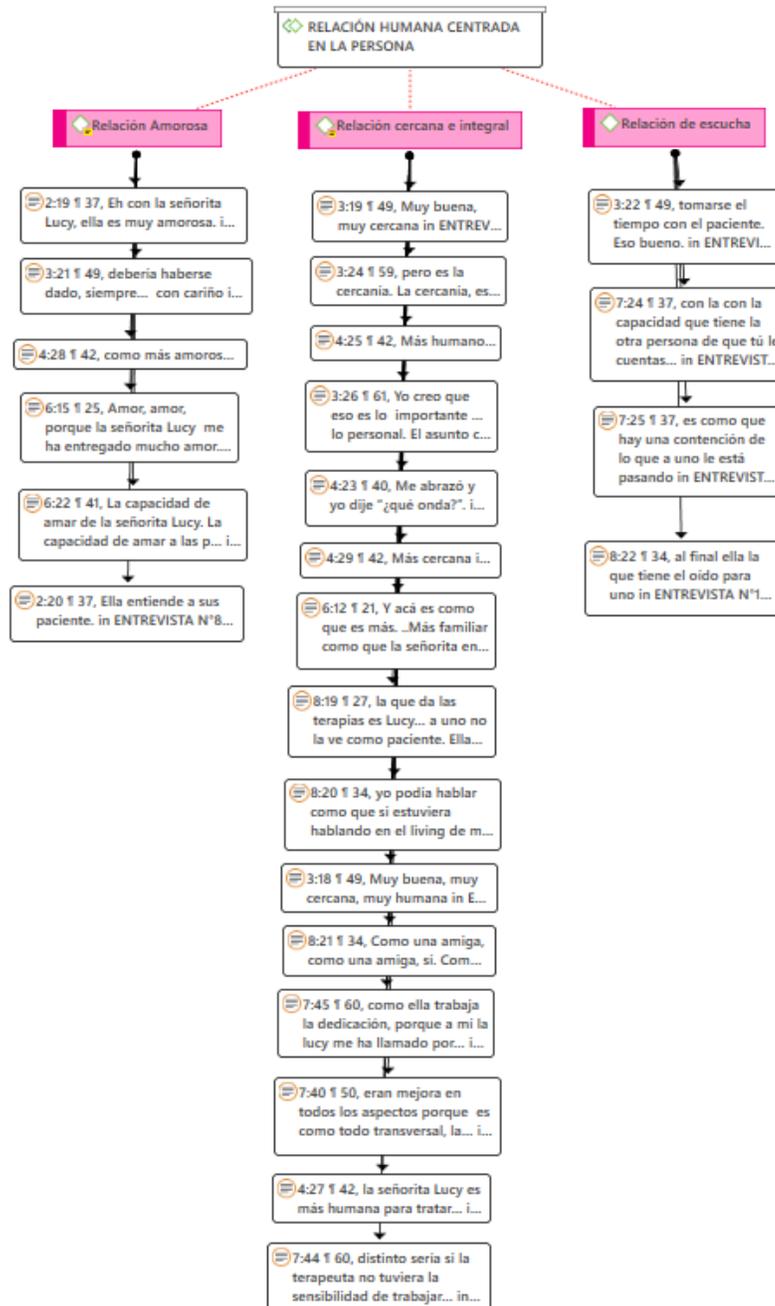


Anexo n° 26: Red Semántica N°12 “Estar seguro del uso de TC” usuarios CESFAM 2.



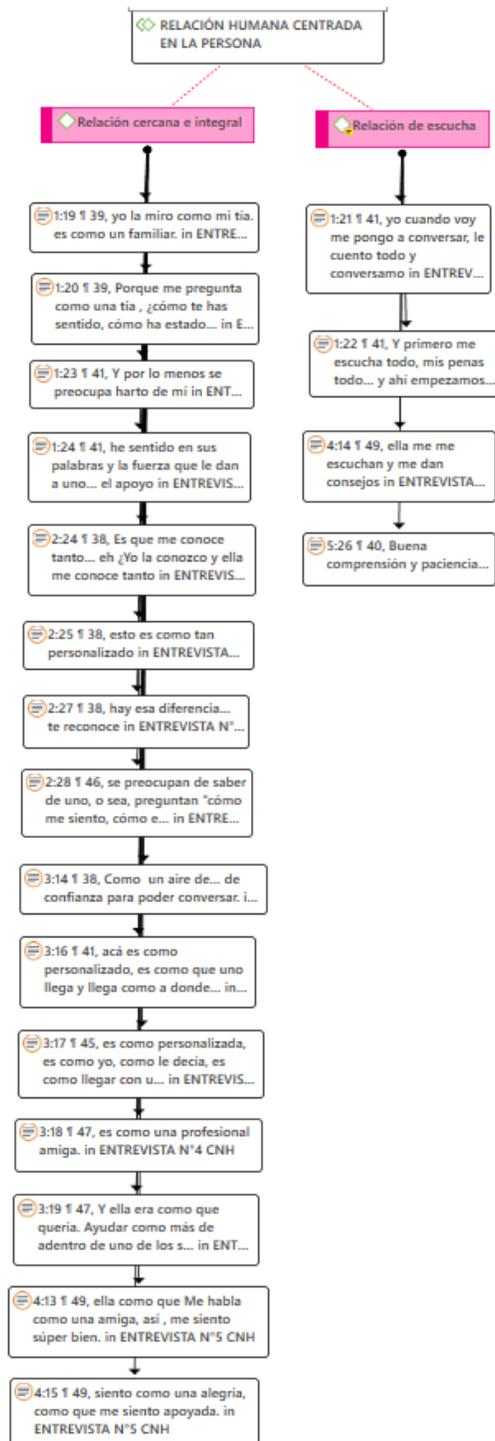


Anexo n° 27: Red Semántica N°13 “Relación humana centrada en la persona” usuarios CESFAM 1.



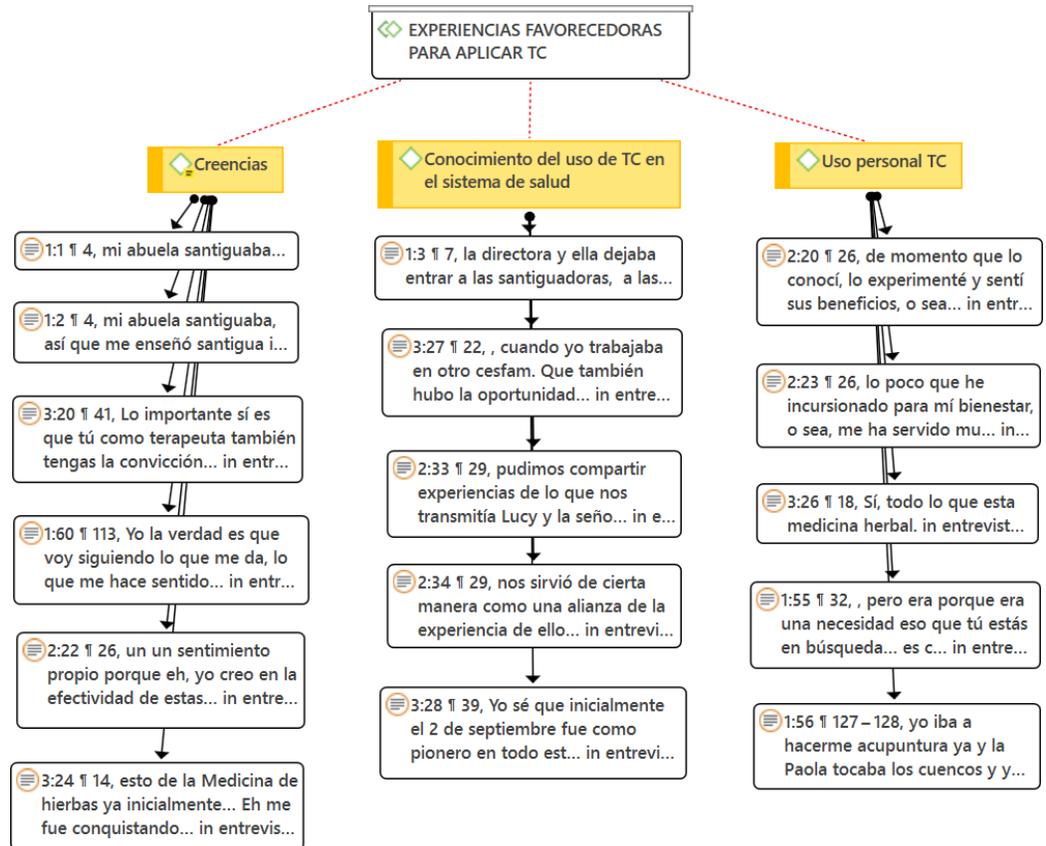


Anexo n° 28: Red Semántica N°14 “Relación humana centrada en la persona” usuarios CESFAM 2.



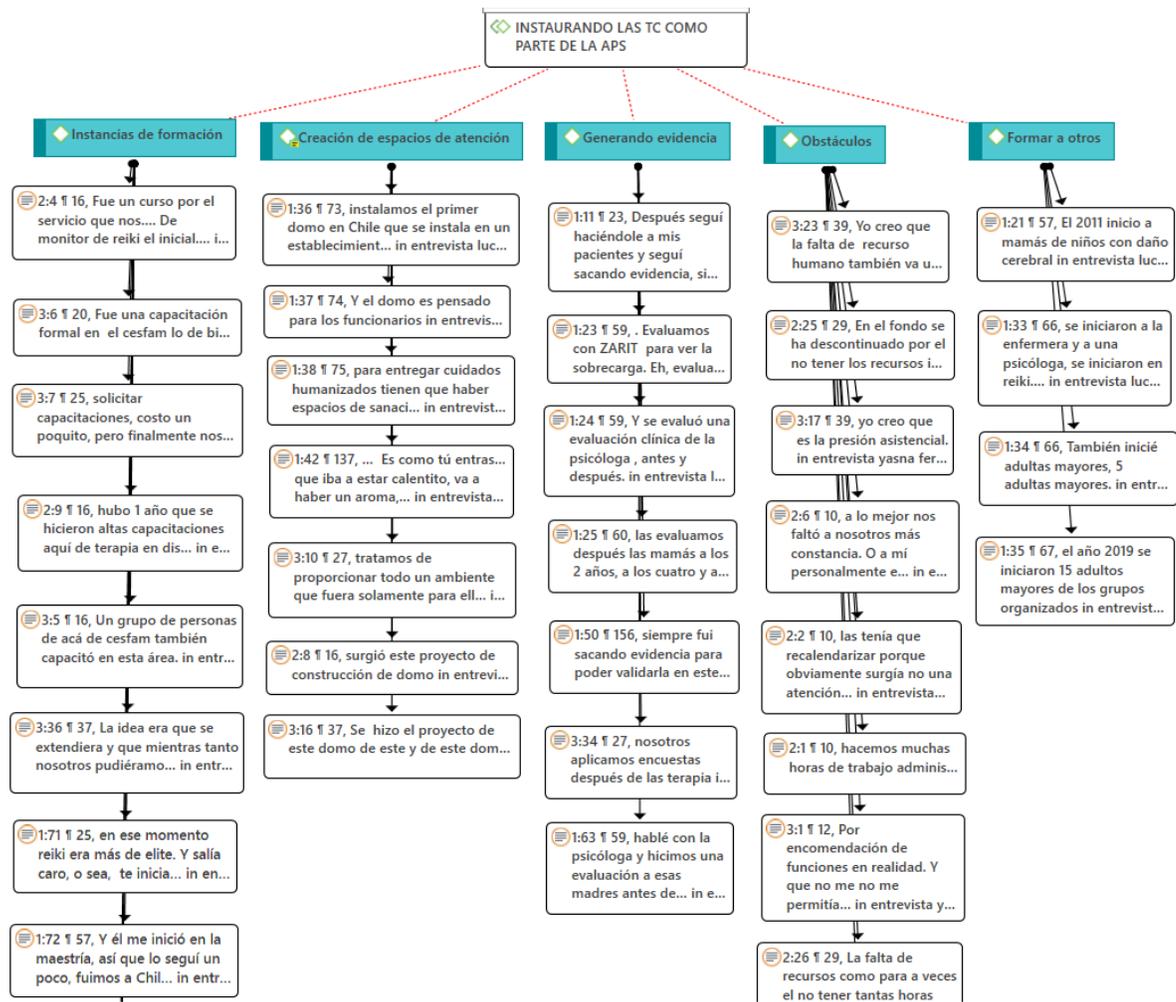


Anexo n° 28: Red semántica N° 15 “Experiencias favorecedoras para aplicar de terapias complementarias” correspondiente a enfermeras terapeutas



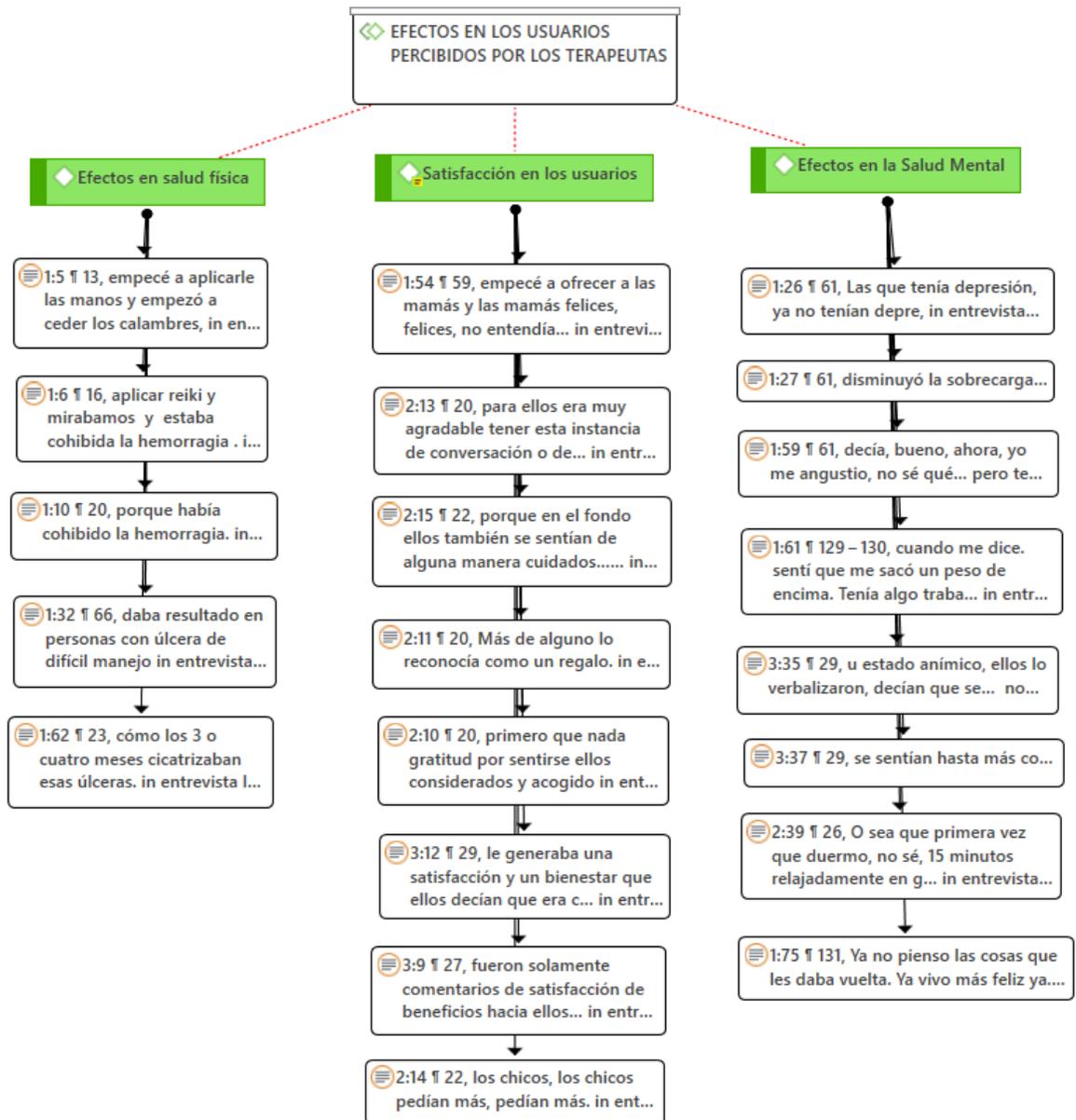


Anexo n° 29: Red semántica N° 16 “Instaurando las TC como parte de la APS” correspondiente a enfermeras terapéutas



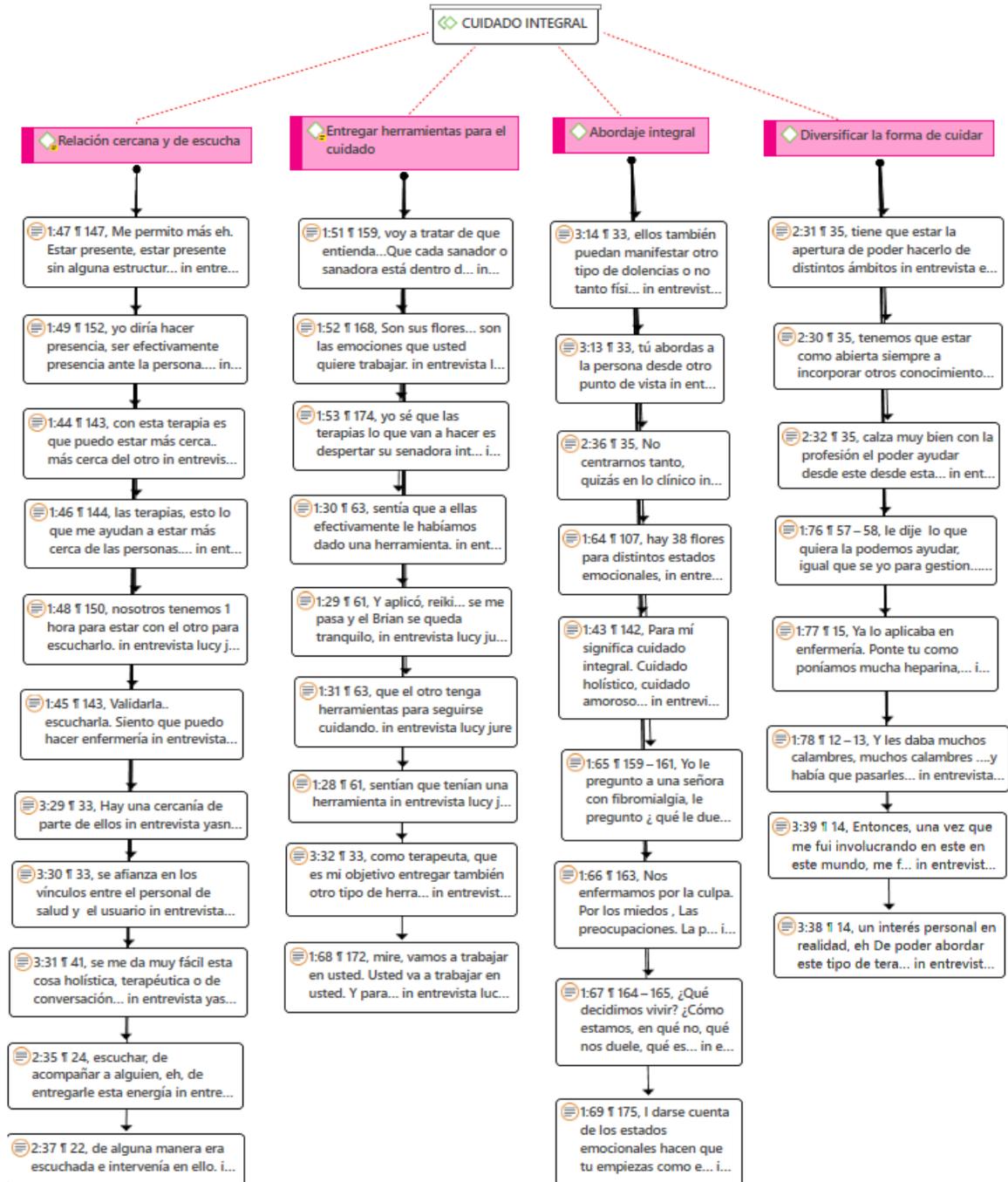


Anexo n° 30: Red semántica N° 17 “Efectos en los usuarios percibidos por los terapeutas”





Anexo nº 31: Red semántica N° 18 “Cuidado integral”





Anexo nº 32: Red semántica N° 19: “Satisfacción personal”

