



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Escuela de Enfermería



Uso de Medicinas Complementarias por Estudiantes Universitarios
Asociado a Teoría de Autocuidado

**Ruiz Muñoz Jael Scarlet - Sanhueza Márquez Cinthya Anne Marie - Valdés Fernández
Valeria Francesca- Villalobos Maureira Camila Francisca**

Profesores guía:

EU Matrona Claudia Villalobos Morales

Socióloga Coral Rocío Orellana Agüero

**Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al grado de licenciado en Enfermería**

Santiago, Chile

2014

RESUMEN

El autocuidado, su relevancia y aprendizaje constituyen temas de constante trabajo para el profesional de enfermería. En este sentido, las medicinas complementarias se presentan como una opción válida para promocionar acciones de bienestar en la población, sobretodo en un grupo tan receptivo, y a la vez, tan susceptible a la presión como los estudiantes universitarios.

El objetivo general de este estudio de tipo cuantitativo, no experimental, transeccional, descriptivo y correlacional es determinar en qué medida los estudiantes universitarios consideran las medicinas complementarias como una alternativa para su autocuidado. Para ello, esta investigación se basa en la recolección de datos mediante el instrumento de tipo cuestionario autoadministrado, el cual se ha aplicado a estudiantes universitarios de las carreras de periodismo, enfermería e ingeniería civil industrial, matriculados en tercer semestre o superior de la Pontificia Universidad Católica, Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile y Universidad de las Américas. La muestra incluyó un total de 338 estudiantes universitarios que cumplieron los criterios de inclusión.

Los resultados indican que el uso de las medicinas complementarias es aún bajo entre los estudiantes universitarios, en comparación con el universo encuestado, pero la disposición a utilizarlas resulta amplia siempre que se establezcan las circunstancias apropiadas para acceder a su uso. Así mismo se ha detectado que “el entorno del estudiante” es un factor influyente al uso de estas terapias, por encima de otros factores como el ingreso socioeconómico.

Además, la mayoría de los consultados refiere que al momento de padecer alguna enfermedad, no concurren a una atención médica o incluso, se automedican, lo cual evidencia, según los criterios de Dorothea Orem, un déficit en su autocuidado. Dentro de los problemas de salud más frecuentes señalados por los estudiantes, se encuentran: los dolores de cabeza, estrés y los trastornos del sueño. El profesional de enfermería cuenta con un amplio campo de trabajo en la acción de acercar a la población las medicinas complementarias, pero más aún, de alentar a las personas a hacerse cargo de su propio estado de salud.

PALABRAS CLAVE: medicinas complementarias, autocuidado, problemas de salud, estudiantes universitarios, enfermería.

ABSTRACT

Self care and education on it are topics that constitute a continuous work for nurses. In this respect, complementary medicine is a suitable option to promote actions towards wellness for the population, especially in such a responsive and sensitive to pressure group as university students.

The overall objective of this quantitative, non-experimental, descriptive and correlational study is to determine at which extent university students consider complementary medicine as an alternative for their self care. For this purpose, the investigation is based on data collection through self-administered questionnaire, which has been applied on university students from Journalism, Nursing and Civil-Industrial Engineering. They are entering the third semester or beyond at Pontificia Universidad Católica, Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile and Universidad de las Américas. The sample included a total of 338 university students who complied with the criteria for inclusion.

The results show that the use of complementary medicine is still low among university students, however, their willingness to use them is higher in circumstances that are more appropriate. Moreover, it has been found that the student's environment, in which complementary medicine is used, is a key factor when using these therapies, and this is more important than other factors such as socioeconomic income.

On the other hand, most respondents say they do not receive medical care but they self-medicate which, according to Dorothea Orem's theory, constitutes a lack of their own self care. Among the most frequent health problems identified by the students are: headaches, stress and sleep disorders. The nurse practitioner has a broad field of work when getting population closer to complementay medicine, moreover, when encouraging people to take over their very own health condition.

KEY WORDS: complementary medicine, self care, health problems, university students, Nursing.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer a cada una de nuestras familias, quienes han sido testigos de este largo proceso y nos han brindado su apoyo y amor constante. A nuestra profesora guía, por su disponibilidad y su entrega en el desarrollo de este estudio. Y a cada persona que participó directa e indirectamente en ella: nuestros amigos, profesores, profesionales, estudiantes, entre ellos. En definitiva, muchísimas gracias por depositar en nosotras una cuota de fe...

DEDICATORIAS PERSONALES:

Me gustaría agradecer a mis compañeras de investigación por el trabajo que hemos desarrollado y por este largo camino que hemos vivido juntas desde Bachillerato; siendo un apoyo constante e incondicional entre nosotras. A mis padres, hermana y mami María por creer siempre en mí y en mis capacidades, enseñándome que cuando uno desea cumplir un sueño solo es cosa de perseverancia, además por apoyarme fielmente en cada una de mis etapas para llegar hasta acá. A mi amiga Paula por ser mucho más que una amiga, y ayudarnos en la traducción de nuestro resumen. A José Miguel por ser mi compañero, mi amigo y pareja, por su colaboración en esta investigación, sus críticas constructivas, su dedicación y su amor. Y por último a Dios, por regalarme la posibilidad de conocer a tan hermosas personas en mi caminar.

Cinthya Sanhueza

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	10
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1. CONCEPTOS CLAVES	11
3.2. HISTORIA DE LA MEDICINA COMPLEMENTARIA	13
3.3. MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	17
3.4. ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	29
3.5. ROL DE LA ENFERMERA EN EL USO Y PROMOCIÓN DE LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	30
3.6. TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	33
3.7. PROBLEMAS DE SALUD MÁS COMUNES EN LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS CHILENOS.....	36
4. METODOLOGÍA	40
4.1. BASES DE DISEÑO	40
4.2. GRUPO DE ESTUDIO	42
4.3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
4.4. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS	51
4.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	51
4.6. ASPECTOS ÉTICOS DE EZEKIEL EMANUEL.....	58
5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	63
6. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS	80
SUGERENCIAS	84
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	85
ANEXOS	92

1. INTRODUCCIÓN

El término de Medicinas Complementarias [MC] es un término amplio, ambiguo. Es un concepto que hoy en día se ha instalado en la cultura y que es utilizado, desde el sentido común, para referirse a un amplio número de disciplinas distintas. Por lo tanto su definición resulta confusa para cualquier persona no especializada en el tema, y el manejo del mismo es cuestionable. En consecuencia, para la presentación del tema al que se desea enfocar esta investigación resulta imprescindible precisar qué son las medicinas complementarias refiriéndose al inicio de las mismas.

El origen del ser humano coincide con el nacimiento de la curiosidad, atributo del cual habrían de nacer un sinnúmero de descubrimientos destinados a mejorar la calidad de vida de la especie. La medicina fue uno de los numerosos frutos de esta búsqueda del saber y adquirió diversas características conforme a la cultura en que surgían. En Chile, por ejemplo, reinaron las técnicas medicinales propias de sus pueblos originarios hasta el momento de la colonización, instante a partir del cual la medicina hasta entonces practicada en Europa –hoy llamada medicina alópata u occidental– sería la aceptada de forma colectiva y reconocida como la medicina tradicional practicada en el continente. La medicina tradicional pertenece a cada cultura particular y comprende prácticas relacionadas con su desarrollo histórico.

Considerando lo anterior es posible realizar una aproximación clara al concepto de las medicinas complementarias. El Ministerio de Salud de Chile se refiere a las Medicinas Complementarias/Alternativas (MCA) como al *‘variado conjunto de teorías y prácticas diferentes a la medicina oficial, trasplantadas e insertas en una sociedad que “tradicionalmente” no ha practicado esa medicina’*. Es decir, las medicinas alternativas/complementarias corresponden a las medicinas tradicionales propias de culturas distintas a la nativa, y por tal motivo, la medicina de los pueblos originarios en Chile, por definición, queda exenta de este término. Las referencias conjuntas de las denominaciones *alternativa* y *complementaria* aluden respectivamente al uso de estas medicinas tradicionales a modo de reemplazo o junto a la medicina alopática. En la presente investigación se hará uso exclusivo de la denominación de medicina complementaria, apuntando al uso de las técnicas definidas en conjunto a la medicina tradicional de occidente, con una mirada hacia el enfoque innovador de la llamada *Medicina Integrativa*, concepto que será abordado en el marco referencial de esta investigación.

Como es sabido, existe innumerable cantidad de MC que abarca incluso la medicina tradicional china, por lo cual en esta investigación se pretende elaborar un enfoque dirigido a aquellas que el Ministerio de Salud de Chile ha aceptado como profesiones auxiliares de la

salud, complementándolo además con los resultados de los estudios nacionales respecto a las más utilizadas en territorio nacional, estas son: Acupuntura, Homeopatía, Naturopatía, Terapia floral, Auriculoterapia, Reiki, Reflexología, Quiropraxia, Biomagnetismo, Sintérgica, Apiterapia, Yoga, Fitoterapia, Masoterapia y Aromaterapia (MINSAL, 2014).

A partir de la definición de MC se sustenta el tema específico que fija el eje central de esta investigación, el cual lleva por título '*Uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios asociado a teoría de autocuidado*' y persigue como fin último determinar la aceptación de estas técnicas al interior de la población nacional en estudio como una opción aceptable para su autocuidado y el tratamiento de los problemas de salud más comunes al interior de este grupo etario.

Considerando lo anterior no puede excluirse de este tema la definición del autocuidado, que constituye un concepto clave para la investigación. Tal como señala la teorista Dorothea Orem, el autocuidado corresponde a la relación de cada individuo consigo mismo, la cual se intensifica en la medida que cada uno se convierte en el protagonista de sus actos asegurando la satisfacción de las necesidades básicas. Así, es posible relacionar el uso de las medicinas complementarias por parte de los estudiantes universitarios con el fin de buscar una relación íntima consigo mismo y de este modo lograr intensificar su cuidado y satisfacer cada una de sus necesidades que van desde lo físico a lo emocional.

Y como es de suma importancia el interés que demuestren las distintas universidades por la integridad de cada uno de sus estudiantes, es que desde el año 1999 el MINSAL comenzó a incorporar el concepto de promoción de la salud en las instituciones, realizando incluso un convenio con la universidad de Toronto (Canadá), y el mismo año la formación de la red Universitaria de Promoción y Autocuidado, la que trabaja en conjunto con el CONACE.

En definitiva, esta investigación no solo pretende determinar el uso de las diversas medicinas complementarias antes definidas, sino que también evalúa el uso de las mismas con fin de autocuidado óptimo y satisfactorio en cada uno de los estudiantes participantes, esperando ver así la influencia que logren tener éstas en un bienestar físico y emocional que es de suma importancia para el objeto de estudio al momento de cursar por un año académico.

1.1. PROBLEMA

A través de los años, la acogida que las medicinas complementarias han adquirido dentro de la cultura occidental es cada vez mayor, despertando un interés evidente, tanto al interior de las diversas disciplinas profesionales de salud como de los usuarios que optan por

este tratamiento. No obstante, si bien se percibe que el uso de estas medicinas ha ido en ascenso durante las últimas décadas tras las estrategias propuestas por la OMS el año 2002 y las legislaciones instauradas en el país desde el 2005 sobre el ejercicio de alguna de estas prácticas, es poco lo que se conoce –más aún en Chile– sobre los factores que se relacionan al uso de las medicinas complementarias desde la mirada del usuario de estas terapias, pues mayoritariamente se manejan datos a partir de la perspectiva del terapeuta. Es escasa la información que se posee respecto a lo receptiva que la actual población Chilena se encuentra hacia este tipo de medicinas como parte de sus tratamientos, cuánto saben de ellas y los motivos de su aceptación o rechazo hacia las mismas.

Como no existe ninguna investigación específica sobre el tema del uso de las medicinas complementarias en estudiantes universitarios chilenos, ni desde la misma perspectiva general de los diversos usuarios de ellas, aumenta la importancia de estudiarlas y más aún relacionarlas al mismo autocuidado que podría ser dejado de lado por los universitarios, predominando en sus vidas lo académico por sobre su salud física y psicológica.

El problema que supone la limitación de acceder a los conocimientos antes mencionados se traduce en un obstáculo claro para el desempeño profesional de la enfermera, pues como agente de la salud con una mirada holística debe manejar estos temas y evaluar periódicamente la pertinencia de prepararse y actualizarse para una atención competente a las demandas e intereses de la población. Cabe destacar que la inclusión de este ámbito en la entrega de los cuidados de la enfermera bien podría permitirle cumplir con el carácter de atención integral descrito para su rol, hecho que será abordado en profundidad en páginas posteriores. Por lo tanto, es imprescindible realizar una aproximación a la percepción del objeto de atención de la enfermera, pues la sola descripción de la oferta de medicinas complementarias en Chile no se justifica si no se conoce de antemano la demanda que existe de la misma y el nivel de conocimiento que se maneja al respecto.

1.2. ¿SE HA HECHO EL ESTUDIO ANTES?

Si bien la información que se maneja sobre el tema es extensa, no existen mayores referencias al enfoque que como grupo de tesis se desea abordar. Los estudios consultados refieren sobre todo a la efectividad de distintos tipos de medicinas complementarias, las legislaciones que existen de ellas a nivel internacional, la oferta de estas en distintos países, y las creencias que pueden influir en su uso. Pero son escasos los datos que se manejan en cuanto a la población que utiliza estas terapias en el país, su disposición a utilizarlas y el conocimiento que se posee sobre las mismas.

El Ministerio de Salud de Chile, como principal fuente de información respecto a la realidad nacional en torno a este tema, consolida la anterior afirmación con investigaciones como la realizada por el CEOC (2010) en la cual anuncia ser una de las primeras aproximaciones a nivel país respecto al tema de las MCA, arrojando un catastro de practicantes de estas medicinas y sus características. Estudios internacionales se refieren a la actitud de los profesionales de la salud respecto a las MCA o bien de estudiantes de estas profesiones (Halcón L., et. al, 2011). Ahora bien, respecto a la mirada del usuario de estas medicinas, a nivel nacional existe actualmente un único documento, elaborado por el MINSAL (Subsecretaría de Salud Pública, 2012). Esta investigación resuelve muchas de las dudas que pudieran tenerse respecto al comportamiento de la población en cuanto a uso, conocimiento y acogida a las medicinas complementarias, no obstante, el carácter exploratorio de dicha investigación deja espacios vacíos respecto a las preguntas que pudieran surgir desde la mirada particular de la enfermera, como el uso de estas medicinas como apoyo permanente para la mantención de un estado de salud satisfactorio para el individuo.

En resumidas cuentas, se desconoce cuán preparada se encuentra la población para acceder a estas terapias como una opción válida de autocuidado para la mantención de la salud –además del tratamiento a problemas de salud– y por tanto, la pertinencia de incluirlas de forma generalizada en los sistemas de salud y en la formación profesional de la enfermera en particular.

1.3.1. PREGUNTA GENERAL

¿En qué medida los estudiantes universitarios consideran las medicinas complementarias como una alternativa para su autocuidado?

1.3.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Cuáles son los principales problemas de salud de los estudiantes universitarios actualmente?
2. ¿De qué manera resuelven sus problemas de salud los estudiantes?
3. ¿Cuáles son los problemas de salud más comunes en los estudiantes, tratados bajo MC?
4. ¿Qué porcentaje de la población universitaria utiliza medicinas complementarias?
5. ¿Qué MC conocen los estudiantes?
6. ¿Qué MC utilizan?
7. ¿Cuál es la adherencia a las MC según el sexo?

8. ¿Existe influencia del nivel socioeconómico en la apreciación del estudiante hacia las MC?
9. ¿Cuáles son las razones de uso y no uso de las MC en los estudiantes?
10. ¿Existen diferencias en las razones de uso o no uso de MC entre hombres y mujeres?
11. ¿Los estudiantes están dispuestos a utilizar MC?
12. ¿Cómo influye el entorno del estudiante en el uso de MC?

1.4. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN

La importancia que da sentido a la realización de esta investigación es clara y se resume en la siguiente reflexión: la población Chilena está sufriendo un cambio de mirada importante respecto a los esquemas que llevaba por costumbre utilizar: aumenta el interés por lo diferente, aquello que escapa de los patrones aceptados durante generaciones, en busca de resultados que puedan otorgarle mayor satisfacción, y la salud no se ve exenta de esta transformación. A la par con el ligero avance del sistema de salud nacional hacia un modelo de atención biopsicosocial, el chileno comienza a reconocer la necesidad de utilizar terapias que vayan más allá de lo estrictamente biológico y le permitan encontrarse consigo mismo, participando de un cambio de paradigma que lo conduce al entendimiento de que el cuerpo y la mente no pueden considerarse de forma separada, pues constituyen un todo unificado. En este sentido, la globalización se ha hecho partícipe de esta transformación, acercando medicinas distintas a las ya conocidas, las que consiguen adaptarse de forma más completa a las demandas que nacen en estos tiempos. La enfermera, por lo tanto, debe ser capaz de adaptarse a estos cambios y abordar los problemas de la población a la que presta sus servicios de un modo competente y contingente.

Es sabido que las medicinas complementarias son un tema cada vez más presente en la vida de las personas, considerado tanto para problemas de salud relacionados con la dimensión física (Ej. Dolor) como para aquellos más cercanos a la dimensión psicológica (Ej. Estrés, depresión), pero es necesario establecer hasta qué punto ha incrementado la aceptación de las medicinas complementarias como parte del autocuidado de los estudiantes universitarios, además de saber cuáles, dentro de su infinito número, son las más utilizadas. Con ello resultaría posible determinar en qué medida el profesional de enfermería debe interiorizarse en estas disciplinas ancestrales, ya sea para impartirlas o promocionarlas.

Esta investigación se enfoca en estudiantes universitarios, ya que serán ellos los que en un futuro no lejano, compondrán la población que consultará en los diversos sectores de salud y a quienes se deberá orientar en su autocuidado.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar en qué medida los estudiantes universitarios consideran las medicinas complementarias como una alternativa para su autocuidado.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los principales problemas de salud de los estudiantes universitarios actualmente.
2. Determinar de qué manera resuelven sus problemas de salud los estudiantes.
3. Identificar en los estudiantes los problemas de salud más comunes que son tratados con MC.
4. Establecer el porcentaje de estudiantes que utilizan las MC.
5. Identificar qué MC conocen los estudiantes.
6. Determinar qué MC utilizan los estudiantes.
7. Determinar la adherencia en el uso de MC según sexo.
8. Establecer la relación de los ingresos económicos y el uso de MC.
9. Identificar las razones por la cual los estudiantes utilizan o no utilizan las MC.
10. Comparar la diferencia entre la razón de uso o de no uso de MC entre hombres y mujeres.
11. Determinar el porcentaje de estudiantes que están dispuestos a utilizar MC.
12. Determinar cómo influye el entorno de los estudiantes en el uso de MC.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONCEPTOS CLAVES

3.1.1 MEDICINAS COMPLEMENTARIAS/ALTERNATIVAS

Para entender a cabalidad la definición de medicinas complementarias es importante tomar en cuenta, en primer lugar, la propuesta conceptual proporcionada por el Ministerio de Salud, pues en esta entidad recae la responsabilidad de definir las terapias aceptadas y la manera de utilizarlas en Chile. Teniendo en cuenta esto, el ‘Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan’, del año 2005, en su Artículo N°1 (D 42/2005, de 17 de junio) define a las Prácticas Médicas Alternativas como:

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.

Además se determina que “las prácticas médicas alternativas podrán denominarse indistintamente como prácticas médicas alternativas y complementarias” (*ibid*).

Esta última consideración se asume errónea por muchos entendidos en el tema, debido a que ambos conceptos se definen de formas muy distintas por los terapeutas e instituciones consagradas en la materia: de acuerdo al National Center for Complementary and Alternative Medicine, medicina complementaria es aquella que se utiliza *en conjunto con* la medicina oficial imperante en el sistema sanitario de cada nación. Por el contrario, la medicina alternativa propone que su uso sea aplicado *en lugar de* la medicina oficial, es decir, implica el abandono de la medicina considerada convencional -en este caso la occidental- por un tratamiento de medicina tradicional (NCCAM, 2013).

La OMS también ha hecho su propia definición en el documento ‘Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023’ y afirma que *Medicina complementaria* o *Medicina alternativa* aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado que no están totalmente integradas en el sistema de salud predominante.

3.1.2. MEDICINA TRADICIONAL

La palabra *tradicional*, según la RAE, alude a aquello “que sigue las ideas, normas o costumbres del pasado”, y *tradición* es la “transmisión de noticias, composiciones literarias, doctrinas, ritos, costumbres, etc., hecha de generación en generación”. Se entiende por lo tanto que la medicina tradicional constituye las creencias, en este caso referidas a la salud, que nacen dentro de una cultura y que van insertándose en la cosmovisión de las personas que la conforman, creándose así un conocimiento que se hereda generacionalmente. La OMS también realiza una definición de este concepto y afirma que:

Es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales.

En el Artículo N°2 del ‘Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan’ (D 42/2005, de 17 de junio) se habla de la Medicina Tradicional Chilena, la que se define 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 y que gozan del respeto de éstas.

Se establece así que la Medicina Tradicional Chilena no forma parte de las denominadas MC, y por lo tanto sus prácticas no son consideradas dentro de la regulación establecida en esta materia.

3.1.3. MEDICINA INTEGRATIVA

Según el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2013), la medicina integrativa es aquella que incorpora tanto la medicina convencional como la medicina complementaria en el tratamiento de alguna enfermedad. Muchos son los centros y los especialistas que hoy incluyen en sus tratamientos estas terapias que ayudan a enfrentar los efectos adversos de la medicina convencional, como la quimioterapia, o simplemente para contener a aquellos pacientes afectados por su estancia en el hospital, mediante masajes o terapias de relajación.

3.1.4. MEDICINA ALOPÁTICA

De acuerdo al equipo de profesionales de Biomedics, es posible abordar este concepto a través de la siguiente definición:

La medicina alopática o medicina convencional es la ciencia que busca prevenir, tratar y curar las enfermedades mediante el uso de fármacos, concentrándose en mayor medida en los síntomas por sobre las causas que los originaron [...]

La medicina convencional se basa en el principio de oposición, generaliza los tratamientos en planes estándares y busca con sus medios terapéuticos la curación de la enfermedad en base a lo que se ha denominado “Medicina basada en la evidencia” (MBE). Esto significa la medicina en la que las decisiones corresponden a un uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos aplicados al tratamiento de cada paciente.

3.2. HISTORIA DE LA MEDICINA COMPLEMENTARIA

3.2.1. ¿CÓMO NACEN LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS?

La medicina tradicional como tal, esa que según el país en que se imparte puede también llamarse medicina alternativa o complementaria, comprende un periodo histórico tan extenso como el del hombre mismo, pues desde sus inicios este se vería obligado a valerse de lo que el entorno pudiera proporcionarle con el fin de satisfacer sus demandas alimenticias, de seguridad y, por supuesto, de salud. Así lo comprueba, por ejemplo, la momia humana descubierta en los Alpes italianos el año 1991, que además de ser encontrada con hierbas medicinales entre sus posesiones personales, se corroboró también la existencia de múltiples tatuajes en su cuerpo, que presuntamente guardarían relación con algún tipo de acupuntura antiquísima.

Así, a lo largo del tiempo y en distintas partes del mundo se comprueba la persistencia del ser humano por buscar estrategias que contribuyan a mejorar su estado de salud, combatiendo el dolor y los malestares propios de diversas enfermedades. En China la acupuntura es descrita por primera vez durante la *Era Han* transcurrida entre los siglos II a.C. y II d.C. para el tratamiento del dolor (Tiplt & Irnich, 2010) y constituye uno de los muchos ejemplos existentes a lo largo del mundo que dan cuenta de los sistemas medicinales instaurados por el hombre en razón a los valores y creencias propios de determinada cultura.

En sus inicios, cada una de estas técnicas respondería por igual al término único de Medicina Tradicional, nativa de su tierra y aceptada por los habitantes de la misma.

Las rutas comerciales y el afán expansionista de unas culturas sobre otras serían a posteriori los factores responsables de llevar estas prácticas más allá de sus tierras originarias, no obstante, las medicinas tradicionales no serían capaces de sobrevivir al fenómeno que hacia el siglo XVII transformaría desde occidente la mirada de buena parte del mundo: el método científico. Esta estrategia planteada por Descartes se impondría como la única válida para generar conocimiento útil en cualquier área, donde la medicina no se vería exenta y perdería su mirada integral hasta fragmentar al ser humano en cuerpo y alma, dirigiendo su disciplina al estudio limitado de lo biológico y el tratamiento de la enfermedad. El conocimiento tradicional y su enfoque centrado en el mantenimiento de la salud, por lo tanto, se vería obligado a replegarse nuevamente en aquellos lugares de los que primeramente provenía, donde la aceptación de siglos de herencia cultural mantenían su respaldo.

No sería sino hasta siglos después, con la entrada en crisis del paradigma positivista y el fracaso de los principios absolutos del modernismo, que la medicina occidental, alopática o también llamada convencional sufriría sus primeras críticas y se perdería la confianza respecto a su efectividad y la capacidad de proporcionar un estado de salud que vaya más allá de lo puramente biológico. Los altos costos de su manejo, la iatrogenia inherente al ejercicio y la mirada reduccionista inserta a la actividad médica serían solo algunas de las razones que llevarían al desencanto del llamado modelo biomédico y el cuestionamiento de su verdad siempre objetiva (Lindquist, Snyder & Tracy, 2014, p. 7). Y así, paulatinamente, el sujeto hasta ahora considerado paciente se concentraría en la búsqueda de un sistema acorde a sus demandas, abarcando mucho más que lo puramente físico. El ansia de un bienestar completo e integrado marcaría sus pasos en dirección a un recurso *alternativo*. No sería casualidad, por tanto, que a mediados del siglo XIX comenzaran a llamar la atención aquellas técnicas naturales o energéticas, en su mayoría procedentes de tierras extranjeras, que durante tanto tiempo apenas habían llegado a ser consideradas, pero que permanecían intactas y firmes en sus principios fundamentales.

Aunque se desconoce en qué momento serían acuñados por primera vez los términos de medicina alternativa y medicina complementaria, resulta mucho más claro que el interés por estas prácticas se vería sometido a un crecimiento progresivo y espontáneo.

3.2.2. MEDICINAS COMPLEMENTARIAS EN CHILE

En territorio nacional, el tema de las medicinas tradicionales de otras culturas comienza también a ganar un interés progresivo, de modo tal que diversas prácticas comienzan a impartirse a lo largo del país bajo la etiqueta de *Medicina Alternativa*, sin que exista algún tipo de regulación de su adecuado ejercicio ni que se conozca verdaderamente hasta qué punto llega el impacto de esta nueva propuesta de la medicina.

Es ante este nuevo panorama que en el año 2005 se imparte el Decreto N° 42, titulado 'Reglamento para el Ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesionales auxiliares de salud y de los recintos en que éstas se realizan' (D 42/2005, de 17 de junio). El documento nace con la intención de generar un primer acercamiento a este novedoso ámbito de la medicina, buscando generar un margen de seguridad otorgada por el estado para quienes hacen uso de estas prácticas. A este primer decreto le sigue en el año 2008 el reconocimiento de la Acupuntura como profesión auxiliar de la salud (D 123/2008, 26 de mayo), el de la Homeopatía en 2010 (D 19/2010, 19 de marzo) y la Naturopatía en 2013 (D 5/2013, 8 de junio), las tres reguladas bajo el marco establecido por el primer decreto.

De forma paralela a este proceso legislativo, el Ministerio de Salud se ha preocupado por promover la investigación respecto a la realidad de Chile en cuanto a las medicinas complementarias. Se elabora así en el año 2008 el primer informe final realizado por el Centro de estudios para la calidad de vida, que respondiendo a la convocatoria del Ministerio de Salud de Chile elabora el 'Estudio de evaluación de Terapias Complementarias en el Sistema Público de Salud', arrojando como resultado principal la falta de información que existe respecto al interés de directivos, terapeutas y usuarios frente a la medicina complementaria. Adicionalmente se observa una disposición positiva, pero no prioritaria, a la incorporación de estas medicinas en el sistema público de salud, determinándose así la necesidad de generar políticas públicas al respecto (CECV, 2008).

El año 2011 es el Centro de Estudios de Opinión Ciudadana de la Universidad de Talca, la institución que responde a la convocatoria del MINSAL publicando el estudio titulado 'Diagnóstico situacional de las Medicinas Complementarias/Alternativas en el país', que cumplirá la función de primer Censo-Encuesta Nacional de Medicinas Complementarias/Alternativas, desde la perspectiva del terapeuta que ejerce la técnica. Se establece así la predominancia de terapeutas que imparten terapia floral, reiki, reflexología, biomagnetismo y aromaterapia, y que buena parte de los terapeutas consultados (76,4%) se desempeñan en el sector privado (CEOC-UTalca, 2010).

En 2012 el CECV lleva a cabo la investigación 'Uso de Medicinas Complementarias/Alternativas en la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud', la que dio cuenta del uso de las MCA en 125 establecimientos de un total de 731 de la red asistencial del SNSS. Se determina de este modo las terapias impartidas con mayor frecuencia (terapia floral, acupuntura, reiki y biomagnetismo), los motivos de consulta más comunes (salud mental, alivio del dolor, problemas osteoarticulares y osteomusculares), la ausencia de investigación de tipo epidemiológico al impartir estas terapias, la receptividad positiva de los usuarios y el interés de los terapeutas por la institucionalización de las MCA, entre otros puntos (CECV, 2012).

En el mismo año se realiza también el 'Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas' encabezado por la Subsecretaría de Salud Pública y que tiene por fin realizar un acercamiento a la materia desde la perspectiva del usuario y sus demandas. Se establece así que las MCA más utilizadas y reconocidas por la población son yoga, fitoterapia y homeopatía, cada una con un porcentaje de uso no mayor al 12%. No obstante, se determina además un 55% de personas consultadas que conoce y utiliza alguna MCA, con una leve tendencia de mayor penetración en los quintiles de ingresos superiores. Su uso responde tanto a un método curativo como a una forma de prevenir enfermedades y mejora del bienestar (Subsecretaría de salud pública, 2012).

El 'Estudio para validar un protocolo de implementación de Terapias Complementarias/Alternativas en la red asistencial' corresponde a la última investigación realizada el año 2013, consistente en la aplicación de un protocolo de evolución para el usuario que inicia alguna MCA. Se determina que menos del 30% de los usuarios acude por demanda espontánea, siendo así en contraparte que la derivación se establece como primera causa de llegada a tratamiento con MCA. Según la evaluación de los usuarios, su estado de salud mejoró en alguna medida tras la aplicación de la terapia correspondiente. (Leighton Naranjo & Monsalve Treskow, 2013).

Se establece así un perfil nacional del ciudadano chileno y su relación con las medicinas complementarias, a las que muestra una recepción favorable y que se utiliza con propósitos claros.

3.3. MEDICINAS COMPLEMENTARIAS

Lindquist, Snyder & Tracy (2014, p. 5), clasifican las terapias complementarias en seis grandes grupos según los principios de cada técnica, basándose en la previa categorización realizada por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2013). Con la intención de mantener un orden lógico, las terapias descritas a continuación se acomodarán a la división mencionada, acotándose a cinco de ellas:

3.3.1. PRODUCTOS NATURALES

Se refiere a todas aquellas terapias que utilizan sustancias que pueden extraerse directamente de la naturaleza, tales como hierbas, alimentos, vitaminas, etc. El grupo de Terapias Complementarias (TC) del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB), según su propia adaptación del informe del NCCAM, denomina a este grupo como *Terapias con base biológica*.

Fitoterapia: se conoce como fitoterapia al uso de plantas medicinales para un fin terapéutico, sea este preventivo, curativo o paliativo (Baulies & Torres, 2012). El término proviene del griego *Phytos* (planta) y *Thérapeia* (tratamiento), acuñado en 1913 por el médico francés Henri Leclerc (Vanaclocha, 2013). Sin embargo, corresponde esta a una corriente de la medicina que es anterior a todos los métodos tradicionales hasta ahora instaurados: desde el inicio de la vida del hombre y mucho antes de que la elaboración de fármacos a base de un principio activo tuviera lugar, las plantas ya eran utilizadas con el fin de aliviar los males que el ser humano padecía (Avello & Cisternas, 2010).

La fitoterapia y su estudio consideran dentro de su presentación tanto la utilización de la planta medicinal en forma natural, como la acción de procesar a la misma para la creación de extractos por medio de infusión, decocción, cataplasmas o maceraciones (Baulies & Torres, 2012). La importancia de esta terapia ha llegado al punto de involucrarse con la medicina alopática dando origen a lo que se conoce como fitofármacos, que vendría a ser la extracción del principio activo de una planta medicinal para la creación de un fármaco en el laboratorio. Aunque por definición los fitofármacos no debieran considerarse dentro de la actividad de la fitoterapia, dado que la manipulación de la planta medicinal ha reducido su capacidad de efecto a la de una parte de la misma, igualmente suele recurrirse a esta modalidad dentro de los tratamientos de esta terapia (Avello & Cisternas, 2010).

La investigación en torno a esta materia que busca otorgarle validez ante el mundo científico es variada (Baulies & Torres, 2012), y se ha difundido a tal punto que el común de las personas acude a estas fuentes de salud sin que exista restricción de ningún tipo.

El problema que en la actualidad se plantea frente a esta nueva realidad radica en el principio de que, al igual que cualquier fármaco sintetizado en un laboratorio, las plantas medicinales requieren ser utilizadas en su dosis adecuada para generar el efecto deseado, en lugar de una situación contraria (Avello & Cisternas, 2010).

Los beneficios que respaldan a la fitoterapia, además de los estudios basados en evidencias, dan cuenta de un amplio margen de seguridad y un bajo costo. No obstante, para gozar de los puntos a favor de esta medicina ancestral, es necesaria la regulación de su difusión, con adecuada educación a la población sobre el uso que, en el presente, resulta indiscriminado a un nivel preocupante (*ibid*).

Apiterapia: se refiere al uso de los productos de la colmena (cera, jalea real, miel, polen, propóleo, veneno) para recuperar la salud cuando esta se ha perdido, o para mantenerla en caso contrario (Martínez et al., 2010). El veneno, la cera y la jalea real corresponden a productos de la secreción endógena de la abeja, de modo tal que la miel, el polen y el propóleo son elaborados recurriendo a elementos externos.

La cera, en primer lugar, corresponde al material utilizado por las abejas para elaborar las estructuras básicas del panal (celdillas) en que se depositarán productos como miel y polen, es ampliamente usada en preparaciones dermatológicas. La jalea real, en cambio, es un producto resultante de la secreción interna de la abeja con función alimenticia y es utilizada en el humano como complemento dietético dado su alto contenido de sustancias, convirtiéndola en un importante bioestimulante de las funciones del organismo.

La miel es el producto resultante del néctar extraído de las flores y las secreciones propias de la abeja recolectora. Además de su conocida función como edulcorante, posee propiedades expectorantes, cicatrizantes e inhibidoras de la acidez estomacal, con una importante capacidad antibacteriana frente a *Helicobacter pylori*. Posee también facultades a nivel dermatológico como suavizante. El polen, por otro lado, es el elemento fecundante masculino de las flores, recolectado por las abejas, el cual posee más de 23 minerales, motivo por el cual es utilizado como alimento para larvas y como un suplemento nutricional para el humano. El propóleo corresponde a la resina creada y usada por la abeja para adherir diversas partes de la colmena y esterilizar la celdilla donde la reina pone los huevos, siendo considerado uno de los antibióticos naturales más potentes. Finalmente, el veneno cuyo principio activo es la Apitoxina, posee capacidades para el tratamiento del dolor, la estimulación del sistema inmunológico y acción antiinflamatoria. La aplicación, en Chile, se realiza directamente de la lanceta de la abeja con aproximación a la zona del cuerpo afectada.

Terapia floral: las terapias florales se enfocan en cada uno de los beneficios de las diversas flores y sus sistemas que existen de acuerdo a cada una de sus propiedades. El primer expositor y creador de un sistema floral fue el Dr. Edward Bach (1886-1936), médico de origen galés creó un sistema con 38 esencias florales. Con la ayuda de la Parapsicología seleccionó algunos tipos de flores: 38 de diversas especies, 34 son flores silvestres, 3 flores no silvestres (cultivadas) y la restante no es una flor, sino que agua de manantial de la zona que posee propiedades curativas (Rock Water), de las cuales percibía sus propiedades curativas e investigaba sus efectos. Luego de clasificarlas y comprobar sus propiedades, elegía los capullos más perfectos, los sumergía en agua de un manantial cercano y las exponía al sol durante algunas horas.

El Dr. Edward Bach sostenía que la enfermedad es el producto del desequilibrio entre la mente y el cuerpo, el cual altera el campo energético del ser vivo. El organismo se enferma ante el padecer psicológico y el desorden emocional, por lo tanto el hombre constantemente y desde los tiempos más antiguos ha buscado el equilibrio entre ambos. Y es aquí donde la energía de las flores de Bach actúan, haciendo consciente a la persona de las emociones y sus efectos negativos en su vida, por lo cual ayuda a dar paso a los aspectos positivos de las emociones, buscando el equilibrio, sacando provecho de la experiencia, apaciguando las penas, alejando la tristeza y alentando o calmando al angustiado. Estas flores se dividen en 7 grupos para diversas emociones: el temor, la soledad, el desaliento, para quienes se preocupan por el bienestar de los demás, para quienes no tienen interés por el presente, para quienes sufren hipersensibilidad y para la incertidumbre.

Actualmente en el mundo existen más de 100 sistemas florales. Uno de los primeros en seguir los trabajos de investigación fueron los norteamericanos Richard Katz y su esposa Patricia Kamiski, quienes luego de observar y estudiar la flora de Sierra Nevada de California, desarrollaron el FES Quintessentials o mucho más conocidas como sistema floral de California, siendo el segundo más vendido en el mundo luego del sistema de Bach. Es así como han surgido muchos sistemas como el de Bush, de Ian White, sistema australiano que se sitúa en el tercer puesto de ventas en todo el mundo. Incluso en Chile existe un sistema floral elaborado por Teresita Espinoza y en cuyo sistema ha influido la flora de la Cordillera de Los Andes, del Desierto florido y el bosque de la Región de los Lagos.

En definitiva, las flores ayudan a desarrollar un pensamiento espiritualizado, ya que por un lado permiten equilibrar aquellas emociones que producen diversas dificultades físicas y emocionales, y por otro lado impulsan a la acción del *darse cuenta* del patrón-emocional que afecta a la persona.

Aromaterapia: consiste en la utilización de aceites vegetales concentrados, llamados aceites esenciales, los cuales expelen un olor característico, son volátiles, no son untuosos ni tampoco engrasan. Estos aceites esenciales se inhalan o se aplican sobre la piel para mejorar la salud física y mental.

Los aceites fueron utilizados en la antigüedad por todas las culturas como medicamentos y productos para el estudio corporal. La cultura griega y romana otorgaba a los aceites aromáticos un significado espiritual, pensando que el empleo de estos podría ser un puente para alcanzar el Olimpo y poder así recibir las fuerzas protectoras, curativas y portadoras de belleza de los dioses.

Según los diferentes tipos de plantas, estos aceites se depositan en diferentes lugares como pueden ser las raíces, hojas o flores. Los constituyentes de la planta se homologarán con el humano, correspondiéndose la parte media inferior del tronco o abdomen a la raíz, la parte media superior del tronco o tórax a las hojas y la cabeza a la flor. De este modo, la terapéutica con esencias se basa en la similitud de la planta con el ser humano.

La aromaterapia actúa en el organismo de forma integral, a nivel físico activando la producción hormonal la cual repercute en el metabolismo, a nivel anímico activando los sentimientos y la vida afectiva, relajando o estimulando dependiendo la esencia que se utilice, y a nivel espiritual fomentando capacidades psíquicas, como la concentración, pensamiento e intuición.

3.3.2. TERAPIAS DE LA MENTE Y EL CUERPO

Corresponde a las intervenciones que utilizan diversas técnicas con el fin de mejorar la capacidad de la mente, afectando de forma simultánea las funciones y los síntomas del cuerpo.

Con el fin de entender el funcionamiento de estas terapias es importante en primera instancia comprender las creencias propias de la cultura china, pues es a partir de ella que nace buena parte de estas técnicas.

La cultura china sostiene que el organismo es capaz de protegerse a sí mismo de los distintos agentes patógenos del ambiente, esto gracias a una capacidad de resistencia que todo ser humano posee, denominada *zhengqi*, gracias a la cual el organismo se mantiene sano. Así, el término *xieqi*, hace referencia a los factores patógenos que intentan quebrantar este estado de equilibrio y bienestar que mantienen a la persona en ausencia de enfermedad.

Cuando una persona presenta algún problema de salud, cualquiera sea este, se entiende que *xieqi* triunfa en la disputa entre ambas fuerzas y *zhenggi* se ve sobrepasada, generando un desequilibrio entre las energías del *yin* y el *yang* presentes en el organismo, las cuales serán descritas más adelante. Por el contrario, si el *zhenggi* se mantiene en equilibrio y es capaz de proteger a la persona, esta no debería sufrir ningún tipo de enfermedad externa.

Por último es importante mencionar otro par de fuerzas antagónicas pero que a la vez se complementan: el *yin* y el *yang*. De acuerdo a la cultura china, estas energías están presentes en todo lo que rodea al individuo y todo el universo se compone de la mezcla de estas fuerzas; son el principio y la razón de todo lo creado. Es por esto que el organismo humano no queda exento y se compone también de ambas fuerzas donde el exterior y las extremidades pertenecen al *yang* y los órganos internos son parte del *yin*, sin embargo estos órganos en sí, contienen el *yang* en su exterior, y *yin* en su interior.

Queda claro entonces que para la Medicina Tradicional China todo se basa en el flujo de las energías, que al mantenerse estables logran que sea el propio organismo el que se defiende de los diversos agentes patógenos que lo atacan y enferman.

Acupuntura: esta es una técnica terapéutica que, como muchas otras, pertenece a la mencionada Medicina Tradicional China. Es una de las técnicas más conocidas, sin embargo va mucho más allá de la sola inserción de agujas en el cuerpo, ya que se basa en conocimientos ancestrales de los canales de energía que alimentan todo el organismo y lo mantienen en un estado de equilibrio consigo mismo y con el ambiente que lo rodea.

La acupuntura se encarga de restablecer el equilibrio de *zhenggi* a través de la inserción de agujas en lugares específicos, firmemente determinados, en los canales de energía por los que circula el *qi*, la energía vital del cuerpo, y la *xue*, o sangre. Estos canales se comunican con los órganos y con el exterior por medio de los puntos acupunturales que son 361, en los cuales son insertadas las agujas que restablecen la energía del cuerpo en caso de enfermedad y con esto se vuelve al equilibrio que logra sanar al cuerpo.

Auriculoterapia: es una técnica que forma parte de la Medicina Tradicional China y como muchas se encarga de restablecer el flujo de energía, en este caso, por medio de la oreja, que según los principios de esta práctica mantiene conexión con todo el resto del cuerpo por medio de los meridianos, por donde fluye la energía vital del organismo.

Los meridianos conectan la oreja con las cuatro extremidades y estas con todo el sistema óseo, a la vez recorren el cuerpo y se conectan con todos los órganos macizos y

huecos que generan esta conexión que a la larga permite tratar todo tipo de enfermedad o dolencia por medio de la generación de presión en los diferentes puntos de la oreja, puntos establecidos que llegan a ser más de 200 y por medio de los cuales se interviene desde tiempos remotos para el tratamiento de innumerables patologías.

Yoga: es una práctica y una filosofía desarrollada en oriente, cuyas primeras evidencias arqueológicas se remontan al año 2500 a.C. en el Valle de Indo, actual Pakistán (Ramirez, 2011; Araneda, 2010; Diaz (S/F)). Muchos autores afirman que esta disciplina sería anterior incluso a los Vedas, considerados los libros más antiguos de la humanidad con más de cinco mil años de historia, mientras que otros situarían su surgimiento dentro del mismo periodo (Araneda, 2010; Díaz & Kerdel 2004).

Yoga es un término de raíz sanscrita YUG, que significa unión, siendo tradicionalmente interpretado como la unión de uno consigo mismo (mente, cuerpo y espíritu) o como la unión del sujeto con el universo o el cosmos (Cameron, 2010; Araneda, 2010; Araiza, 2009).

Esta disciplina es uno de los seis sistemas filosóficos o Darshanas que forman parte de las doctrinas tradicionales de la India (Araneda, 2010) y su sistematización de base se encuentra en el texto Yoga Sutra de Patanjali, escrito 500 años a.C. aproximadamente (Ramirez, 2011; Cameron, 2010; Araneda, 2010; Diaz (S/F), Díaz & Kerdel 2004). A través de su tratado Patanjali logra recoger diversos elementos del yoga que hasta ese momento se encontraban dispersos y difusos en la cultura oriental y sistematizarlo en 195 aforismos, divididos en 4 capítulos, que son el camino para lograr los objetivos del yoga (Ramirez, 2011; Cameron, 2010).

Este texto va a ser la base del Yoga Clásico, cuyo método, el Ashtanga Yoga, describe ocho pasos progresivos a practicar para poder alcanzar los beneficios del yoga; la realización personal y el alcance de niveles más elevados de ética, espiritualidad y sanación (Cameron, 2010; Araneda, 2010; Diaz (S/F); Araiza, 2009). Estas ocho etapas van desde lo externo a lo interno.

3.3.3. TERAPIAS BASADAS EN LA MANIPULACIÓN DEL CUERPO

Son las terapias que basan su práctica en la manipulación o movimiento de una o más partes del cuerpo. Se corresponde con la clasificación del COIB denominada como *Terapias Manuales*.

Quiropraxia: la palabra quiropraxia proviene de los términos griegos *cheir* y *praktikos* que significan '*hacer con las manos*'. Esta terapia consiste en la manipulación de estructuras

orgánicas, especialmente la columna vertebral, para eliminar diversas tensiones que pueden afectar los discos de la columna, nervios, articulaciones hasta la propia médula espinal.

De acuerdo a lo que plantea la Corporación Chilena de Quiropraxia (2012), esta terapia se utiliza para tratar diversas condiciones "como dolor de espalda agudo y crónico, dolor de cuello, omóplatos, cefaleas, hombro congelado, epicondilitis, lesiones deportivas recidivantes y túnel carpiano entre muchas otras".

La quiropraxia otorga energía, estimula el pensamiento, concentración y memoria, disminuye el estrés, mejora la digestión, proporciona un mejor sueño y mejora las relaciones personales.

Masoterapia: desde hace más de 5000 años los masajes están presentes en el tratamiento de diferentes afecciones, ha sido utilizado y descrito por cientos de culturas que sin mayores conocimientos lo utilizaban como técnica terapéutica. Específicamente en la cultura oriental, como ya se ha mencionado, se ve a la persona como un todo, como un ser constituido por la parte física, mental y espiritual, frente a esto, se dice que el masaje es una de las técnicas que logra tratar al individuo enfermo completamente, abarcando todas las áreas antes mencionadas. El masaje consiste en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo, entre los cuales se encuentra la piel, los músculos y los ligamentos, entre otros. La masoterapia incluye alrededor de 200 tipos de masajes que se diferencian por su técnica, por el nivel de presión o fuerza que se aplican y por los materiales utilizados, ya sea lociones, aceites o polvos.

Reflexología: es sabido por medio de textos, ilustraciones y obras de arte que en la antigüedad, los chinos, indios, egipcios y diversas culturas trabajaban el pie y las manos con el fin de proporcionar salud, circulación de energía y equilibrio emocional y físico. Solo que hoy en día esta técnica ha sido desarrollada en un moderno método científico denominado reflexología.

Esta terapia consiste en técnicas manuales, basadas en presiones digitales sobre los puntos reflejos de las manos y pies, con el objetivo de estimular al organismo para que realice su propio proceso de curación.

Como menciona Ximena Villota (2010) en su artículo 'Aplicación de un programa de reflexología podal para el manejo del dolor lumbar crónico de origen biomecánico':

La reflexología Podal es una terapia natural que aspira al restablecimiento del equilibrio energético del organismo; se fundamenta en que hay áreas en las manos y en los pies en los que está reflejado todo el organismo y que el estado de las mismas representan

en qué condiciones se encuentran los órganos o partes del cuerpo y que el estímulo de estas áreas a través de técnicas de masaje afecta a los órganos y partes del cuerpo que allí se reflejan y facilita su movilización en la búsqueda de equilibrio.

Esta terapia reduce el estrés e induce a la relajación profunda, mejora la circulación, limpia el cuerpo de toxinas e impurezas, equilibra la totalidad del sistema, revitaliza la energía, estimula la creatividad y la productividad y gratifica al que la practica.

3.3.4. TERAPIAS ENERGÉTICAS

Son aquellas terapias que se centran en el uso de campos de energía, ya sean magnéticos o biológicos, y que se presume son capaces de rodear y penetrar en el cuerpo. El COIB las denomina *Terapias de la Base Energética*.

Reiki: es una técnica de sanación basada en la imposición de las manos para aliviar el dolor. Esta práctica en la humanidad es descrita como antigua e instintiva (De´Carli, 1999; Stein 1995) y la idea fundamental es la irradiación de la energía vital de un sujeto a otro. Ringdhal (2010) incluso menciona que habría antecedentes de técnicas de sanación a través de la imposición de las manos que eran usadas en el Tibet o en la India hace más de 2000 años.

La concepción de una energía vital en los seres vivientes también es una conceptualización milenaria y transcultural. Así, bajo distintos conceptos, esta idea está presente en las culturas originarias de Norteamérica, India, Polinesia, en la cultura Hebrea, el Islam, China, Japón y Rusia (*ibid*).

Actualmente, Reiki hace referencia al Sistema Usui de Curación Natural (De´Carli, 1999) el cual fue sistematizado a finales del siglo XIX por el Dr. Mikao Usui, quien es señalado como el redescubridor del Reiki (Glaser & Vogt, 1990; Oliveros S/F). Miles y True (2003, p. 1) la define de la manera siguiente:

El Reiki es una terapia vibracional o de energía sutil que generalmente se aplica mediante un toque suave y a la cual se le atribuye la capacidad de equilibrar el biocampo y fortalecer la capacidad del cuerpo de autocurarse.

Reiki es una palabra japonesa que significa *Energía Vital Universal* y está compuesta por dos términos: REI, que significa *Universal* (algunos autores refieren que tendría un significado más profundo y divino) y KI, fuerza o energía vital individual, la cual está presente y fluye en todos los seres vivos. Es lo que posibilita la vida (Ringdhal, 2010, De´Carli 1999, Oliveros S/F).

Ringdhal (2010) refiere que el Reiki no es tan solo una técnica de sanación, sino que más bien una filosofía de vida que reconoce la unidad entre la mente, el cuerpo y el espíritu junto con la conexión del ser humano con todas las cosas vivas. Así, desde su sistematización, el Dr. Usui define 5 reglas de vida o preceptos para el practicante de Reiki (Ringdhal 2010; Miles & True 2003; Glaser & Vogt, 1990): No te enfades precisamente hoy; No te preocupes precisamente hoy; Honra a tus maestros, a tus padres y a tus mayores; Gana tu pan honradamente; Sé agradecido a todo lo que vive.

Tradicionalmente se describen 3 niveles de maestría Reiki: en nivel Reiki I, en donde se recibe instrucción básica respecto de los preceptos básicos del Reiki y la imposición de las manos, estas sesiones son básicamente auto terapéuticas y la sanación suele suceder en el plano físico del malestar. En el Nivel Reiki II los practicantes se interiorizan de símbolos que les permiten transferir la energía a través del tiempo y el espacio. En este nivel la cantidad de energía sanadora aumenta de forma considerable, lo que permite ser dirigida de forma específica a aspectos más emocionales y mentales a sanar. Finalmente en el Nivel III se alcanza el grado de Maestría, el cual permite poder transmitir las enseñanzas alcanzadas. Esto implica que el practicante ha logrado un dominio completo de la disciplina, lo que permite enseñar a otros las técnicas. La sanación en este nivel de Reiki implica la activación a nivel espiritual en la persona que recibe la sanación. La energía que fluye en este nivel es descrita como unidad con todo ser viviente y con la fuente Divina de energía (Ringdhal 2010; De'Carli, 1999; Stein 1995).

Biomagnetismo: consiste en el uso de imanes de alta potencia para la recuperación de la salud, que al estabilizar el pH de los órganos destruye o elimina diversos agentes patógenos, como virus, bacterias, hongos y parásitos, los cuales están generando constantemente problemas de salud en el ser humano.

Esta terapia complementaria se encarga de detectar, clasificar y corregir cambios en el pH mediante el uso del par biomagnético, el cual fue descrito por el Doctor mexicano Isaac Goiz en 1988. El colegio de Biomagnetismo y Bioenergética de Chile A.g (2014) hace mención al par biomagnético "como la existencia en el cuerpo de puntos específicos que van hermanados y presentando polaridades magnéticas contrarias, positivo y negativo o si se prefiere, Norte y Sur, como en un imán común". Cuando estos pares pierden el equilibrio que deberían poseer, se comienzan a concentrar los focos infecciosos.

Esta medicina complementaria abarca una gran gama de enfermedades a tratar, desde enfermedades crónicas como la diabetes, hasta enfermedades más severas como el cáncer. En

las cuales tiene diversos beneficios como proporcionar energía, fortalecer los procesos biológicos del organismo, ayudar en la cicatrización de heridas, actuar como analgésico, antiinflamatorio, relajante, detener los procesos nocivos para el organismo y suprimir el dolor.

3.3.5. SISTEMAS DE ATENCIÓN

Son todos los sistemas integrales de atención que se basan en la teoría tanto como en la práctica, evolucionando de manera separada y anterior a la medicina occidental. Cada sistema tiene sus propias terapias y prácticas. El COIB se refiere a ellos como *Sistemas Médicos Alternativos*.

Homeopatía: el Ministerio de Salud de Chile, entidad encargada de regular el ejercicio de esta terapia en el país el año 2010 la describe como (D 19/2010, 19 de marzo):

Método terapéutico de base científica que persigue el tratamiento de las personas, a través del uso de medicamentos diluidos y dinamizados, en los términos que se contienen en la reglamentación aplicable a los preparados homeopáticos.

No obstante, la homeopatía va mucho más allá de la prescripción de los llamados medicamentos homeopáticos, sino que constituye una mirada integral del paciente, enfocada al objetivo de la mantención o restauración de su salud.

La definición proviene del griego *homoios* (similar) y *pathos* (enfermedad), naciendo en Alemania el siglo XVIII de manos de su gestor, Samuel Chirstian Hahnemann (1755-1843), un médico que abandona la práctica e incursiona sobre los efectos de la quinina, tras dudar sobre las hipótesis existentes en la época respecto de su efecto curativo sobre los síntomas de la malaria. Así es como llega a probarla sobre sí mismo y otros individuos sanos, activando en cada caso los mismos síntomas que se suponía la sustancia debía curar. De este modo se establece y recupera el principio hipocrático de 'lo similar cura lo similar' (Antares consulting, 2013).

La homeopatía se sustenta en tres principios fundamentales:

a) *Ley de semejantes o similitud:* una sustancia tóxica administrada a personas sanas, en la dosis adecuada, será beneficiosa en la persona enferma al punto de aliviar los síntomas inducidos en los primeros. El Dr. Ángel Marzetti, citado por Avello, Avendaño & Mennickent (2009) lo explica mediante el siguiente ejemplo: "Diez o veinte gramos de sulfato de sodio producen una diarrea acuosa con poco dolor. Diez o veinte centigramos o aún una cantidad mucho menor, curan una diarrea semejante".

b) *Uso de altas diluciones*: la elaboración de un medicamento homeopático comprende un proceso de metódico orden, cuya premisa se basa en la idea de que, a mayor dilución de la sustancia responsable del efecto terapéutico, más satisfactorios serán los resultados. La idea principal, luego de la realización de las llamadas diluciones infinitesimales, es en definitiva detectar la dosis mínima necesaria para lograr el efecto terapéutico, lo que asegura a su vez la ausencia de efectos adversos. Esta acción de obtener una parte del principio activo forma parte del llamado proceso de *dinamización*, que tras una serie de diluciones y agitaciones de la preparación homeopática se busca activar las propiedades terapéuticas de la misma (Santana, S/F).

c) *Individualización del tratamiento*: el tratamiento homeopático se indica en función del enfermo y no de la enfermedad. Es decir, será a base del cómo enferma el paciente que el proceso de dinamización se adecuará a sus necesidades individuales. Es en este punto donde radica una de las mayores diferencias de la medicina homeopática con la alopática, pues en tanto esta última destina una importante cantidad de medicamentos para determinado problema de salud, el homeópata evalúa al enfermo en su integralidad, indicando un único compuesto destinado a la recuperación o mantención de su salud (Carrero, 2007).

Naturopatía: el documento legal que aprueba la naturopatía como una profesión auxiliar de la salud refiere que (D 5/2013, 8 de junio):

Su ejercicio está destinado a promover y restablecer la salud, mediante el empleo de los agentes vitales de la naturaleza: alimentación natural, plantas medicinales, agua, tierra, además de ejercicios físicos y actividad mental.

El término proviene del anglosajón *Nature* (naturaleza) y *Path* (sendero), elaborando la idea compuesta de "*Sendero de la naturaleza*". Se establece de este modo como la ciencia de la salud que sigue el concepto filosófico denominado *naturista*, que apela al empleo de agentes naturales para la mantención y restablecimiento de la salud. De este modo, la naturopatía pretende atacar a las verdaderas causas de las enfermedades en lugar de enfrentarse a la enfermedad como tal, como por ejemplo, el cúmulo de toxinas en el organismo, la mala alimentación, entre otros. Se determina que los hábitos saludables, en sintonía con la naturaleza, son capaces de preservar la salud del individuo.

Sintérgica: es una propuesta médico terapéutica que recoge lo mejor de muchas cosmovisiones de salud (Méndez, 2010), siendo una síntesis que se nutre de la Medicina Tradicional China, Terapia Neural, homeopatía, Ayurveda y de las Medicinas Ancestrales de los

pueblos nativos, incluyendo los adelantos de la ciencia y física de la época actual. Todo con el fin de considerar aquellos eventos significativos para el paciente como lo son su contexto de vida, sus visiones de mundo, su carácter, sus tradiciones, su forma de ver la salud y la enfermedad, formando así una terapéutica integral enfocada a cada uno de los aspectos que forman a este ser holístico con el cual el médico debe trabajar en conjunto.

Ignacio Arteche (2007), señala que la sintergética es la medicina de la Conciencia, la cual pretende favorecer la integración de la personalidad y el carácter con el temperamento. Esto se le ofrece al paciente espiritualizando la materia, para darle un sentido a la vida y a la enfermedad.

En ésta se toma a la enfermedad como un maestro, como un suceso en las vidas de cada individuo del cual debe aprenderse algo y no necesariamente sufrir, en donde es preciso que tanto médico tratante como paciente sean capaces de evidenciar qué es lo que dicha enfermedad les viene a enseñar (Carvajal, 2012). El médico enfrenta la emoción que desencadena esa patología y muchas veces, al comprender cómo el paciente vive y maneja esta emoción, el terapeuta encuentra la clave para solucionar el problema, que muchas veces es el mismo problema que vive el médico. Esto se llama “sanando al sanador” (Arteche, 2007).

Según Carvajal (2010), el vocablo sintergética es una palabra nueva que hace referencia a los aspectos esenciales de este nuevo modelo de atención en salud:

Sinergia: propiedad referida en la Sintergética a la interacción armónica de técnicas procedentes de distintos paradigmas, cuya asociación produce mejores resultados que la simple sumatoria de los efectos de tales técnicas consideradas independientemente.

Síntesis: hace en este caso referencia al abordaje sistémico y holístico de la enfermedad. Esto incluye la unidad inseparable del nivel molecular, energético, emocional, mental y transpersonal.

Energía: se refiere al énfasis en los trastornos energéticos como un mínimo común denominador de los estados patológicos.

La sintergética nace de un grupo llamado Vía Vida en Colombia, bajo la dirección del Dr. Jorge Carvajal, quien luego de viajar por muchos países conociendo sus culturas y sus recursos para enfrentar las patologías que los aquejaban, se dio cuenta que lo más importante de todo era la naturaleza y que es ahí donde se encuentra la información necesaria para dar respuesta a cada una de nuestras enfermedades. Entendiéndose como naturaleza: todo aquello

que rodea a los seres humanos, considerándolo como un ser holístico, el cual está inmerso en una sociedad y que se ha influenciado por diversos factores (Arteche, 2007).

Su práctica se encuentra actualmente en 12 países, especialmente en Colombia, Chile, España, Argentina, Perú, Ecuador y Puerto Rico. En Chile se ha desarrollado en el curso de los tres últimos años una docencia auspiciada y financiada por el Ministerio de Salud que ha desembocado en la creación de unidades de medicina integrativa y la expansión del modelo sinérgico en algunos hospitales públicos.

El paradigma de la sinérgica, es la cuántica y los campos relacionales, es decir, la explicación de la fisiología a través de la física cuántica.

La base, en la sinérgica, por lo holonómico, que busca el texto en el contexto, la parte en el todo y el todo en la parte. Además la sinérgica se basa en la resonancia: igual que cuando se toca una nota en un piano, ésta rebota en la pared y llega al oído, cuando el médico hace una pregunta, la respuesta del paciente debe tener alguna resonancia que muestre el hilo conductor de su problemática.

El método en la sinérgica es la intuición. Los médicos han incorporado el paradigma mecanicista, la estructura lineal de las cosas en que todo tiene un principio y un fin y tiene que tener una lógica; aquí la intuición es el contexto de la emocionalidad, por eso practicar este tipo de medicina requiere un cambio importante en la vida de quien la practica, porque debe desarrollar la intuición.

3.4. ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS

Existe un debate en relación del tipo de investigación que es necesaria para poder validar este tipo de medicina. Si bien existe la percepción de que hay poca evidencia sobre la efectividad y el aporte real de las terapias complementarias a la recuperación del paciente (Aickin, 2010), existen diversas investigaciones que intentan producir la evidencia necesaria que respalde el uso de las terapias alternativas. Así, se han elaborado numerosos estudios en los últimos años sobre el uso de la medicina asociada a pacientes oncológicos (Huebner, Muenstedt, Muecke et cols. 2013), al manejo del dolor (Zheng & Xue, 2011; Crawford, Lee & Freilich, 2014), salud mental (Hoenders, Rogier, Martin et cols, 2011), colon irritable (Usher, Fox, Lafarge et cols, 2013), trastorno bipolar (Sarris, Lake & Hoenders, 2011), entre otros.

Sin embargo, existen dos perspectivas a tener en cuenta al momento de respaldar con evidencia la efectividad del uso de la medicina complementaria. Por un lado, este tipo de

medicina no se enmarca dentro del contexto investigativo del modelo biomédico occidental, por lo tanto las investigaciones realizadas muchas veces no cumplen con los estándares de la medicina basada en la evidencia, que es el medio por el cual se validan las terapias en el modelo imperante (Inesedy, Cochrane, 2013). Y por otro lado, la investigación de las medicinas complementarias exigen un cambio de foco al momento de la evaluación, no centrando la investigación en los efectos biológicos de la terapia, sino más bien en la efectividad percibida, enfocando así los resultados de la investigación en el paciente que recibe la terapia. Dentro de este último punto se llega incluso a proponer la Investigación Centrada en la Comparación de Efectividad (CER por sus siglas en inglés) para investigar y validar los resultados y el uso de las medicinas complementarias (Aickin, 2010).

3.5. ROL DE LA ENFERMERA EN EL USO Y PROMOCIÓN DE LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS

La realización de un nexo entre la disciplina de enfermería y el conjunto de prácticas que congregan las medicinas alternativas de ningún modo responde a una acción aleatoria, sino que es el resultado de una asociación natural que, tarde o temprano, resulta imprescindible plantear. Y esto resulta lógico al momento de comparar el sistema biomédico imperante hasta ahora con la mirada holística que le corresponde asumir al profesional de enfermería y el abordaje integral de la medicina complementaria. Porque en tanto el enfoque biomédico minimiza y a veces incluso ignora la parte de la causalidad social y cultural en el origen de la enfermedad (Gómez & Palacios, 2010), la medicina complementaria ofrece una contrapartida en la que considera el todo del individuo, utilizando la prevención o el tratamiento del enfermo sin olvidarse de integrar cuerpo y mente (Ceolin, T. et al., 2009). Si a esta comparación se agrega la definición de enfermería holística elaborada por The American Holistic Nurses Association, que la describe como “toda práctica de enfermería cuyo fin sea sanar a la persona completa” (Pinzón-Pérez, H. et al., 2012, p.164), se establece por sí sola una concordancia entre la práctica de MC y la disciplina de enfermería. Se asume la disciplina de la enfermería como el cuidado íntegro de las personas, por tanto es normal que las enfermeras cada vez muestren más entusiasmo por la medicinas y las terapias complementarias, dado que estas técnicas pueden facilitar o permitir dimensiones del cuidado físico, mental, emocional y espiritual que las teorías y técnicas tradicionales de occidente no logran (Zanini, Quattrin, Goia et cols, 2008).

En los Estados Unidos, la Asociación Americana de Profesionales de Enfermería Integral y las asociaciones profesionales para los Educadores en Salud han denotado ya su interés en la necesidad de que estas profesiones desarrollen conocimientos dirigidos a la atención integral, donde las fortalezas recaigan tanto en el manejo de la medicina occidental

como en las tradiciones que no son propias de occidente, pues solo así es posible un juicio acabado respecto al cuidado apropiado para el problema de salud que afecte a la persona en determinada circunstancia (Pinzón-Pérez, H. et al., 2012, p.163,168). Este argumento toma mayor fuerza si se consideran además algunos datos estadísticos respecto del uso de las MC por parte de la población y el gasto económico que esto significa. Así, se puede observar que en el mismo Estados Unidos al menos un 40% de los ciudadanos utiliza alguna técnica de medicina complementaria (Zanini, Quattrin, Goia et cols, 2008) y ya en 1997 el Servicio Nacional de Salud de los Estados Unidos estimó el gasto privado en terapias complementarias en 27 billones de dólares (Heghani & Tracy, 2003). Esta realidad no es distinta en otros países desarrollados, como por ejemplo el Reino Unido, en donde se estima que para el año 2000 existían 15 millones de usuarios de medicinas complementarias (Andrews, 2003).

En este sentido, las terapias energéticas han constituido por largo tiempo el campo de acción predilecto de enfermería en países donde la práctica de esta medicina se muestra mayormente incorporada al sistema de salud. Vale mencionar que no es igual hablar de una enfermera que realiza alguna de estas prácticas de forma particular y separada de su práctica profesional, que referirse a la enfermera que incorpora la medicina complementaria en un plan de cuidado integral para el usuario receptor de sus atenciones. Esta segunda opción que se anuncia como la situación ideal es en Estados Unidos, por ejemplo, una realidad conocida (Lindquist, Snyder & Tracy, 2014).

No obstante lo anteriormente afirmado, lo cierto es que la inserción de las terapias complementarias dentro del plan de cuidados de enfermería es a nivel general una actividad poco practicada, siendo más usual su práctica dentro del sector privado por enfermeras-terapeutas (Andrews, 2003). Dentro de las investigaciones realizadas es posible encontrar resultados como los ofrecidos por Fernández & Salvador (2010), que al consultar sobre la aplicación de terapias complementarias en pacientes oncológicos en el Hospital Duran i Reynals en España procedente de profesionales de enfermería, estos afirmaron no poseer las facilidades para la aplicación de estas terapias, sobre todo por la disponibilidad de tiempo y la falta de interés emanado desde la propia institución. Del mismo modo los consultados afirmaban que medidas como la protocolización de estas terapias y el hecho de considerarlas como carga horaria, contribuiría a la expedita aplicación de estas actividades dentro del quehacer profesional. Heghani & Tracy (2003) obtuvieron como resultados en una investigación del uso de medicinas complementarias por parte de las enfermeras de la unidad de cuidados crónicos que el 63% de las enfermeras encuestadas se mostraron abiertas al uso de MC y 25% respondieron que estaban deseosas de usarlas. Así mismo el 22% manifestaron su interés de incrementar su posibilidad de usar estas técnicas en pacientes o en sus familias en el setting de cuidados críticos. Las barreras mayormente reportadas en su uso coinciden con Fernández &

Salvador (2010), es decir: falta de conocimiento, falta de tiempo y falta de entrenamiento del staff.

La formación académica que el profesional de enfermería recibe en cuanto a la práctica de Medicinas Complementarias dentro de su plan de cuidados tiene mucho que decir sobre su baja adherencia a esta costumbre: en España, de acuerdo a los resultados entregados por Fernández, Piris, Cabrer & Barquero, solo un 21% de las escuelas, centros y facultades de medicina imparten alguna asignatura dedicada a las terapias complementarias dentro de la modalidad de grado.

En Chile, la Agrupación de Enfermería Holística reúne a los profesionales de la disciplina que han decidido, de forma adicional a su formación convencional, especializarse en determinadas medicinas complementarias, cumpliendo así las funciones de promoción, educación y asesoría de estas prácticas a usuarios, estudiantes y profesionales en general.

Cómo se mencionó antes, existe un incremento en el interés de la población en la medicina complementaria, lo que presenta un desafío para la enfermería y su proceso de formación. Las enfermeras, como proveedoras primarias de cuidados, juegan un rol clave como agentes de salud, y es muy probable que, cada vez más, sean consultadas por este tipo de terapias por parte de los pacientes. Solo con un conocimiento adecuado y formal se puede entregar la información útil, necesaria y efectiva al paciente, para que este pueda tomar una decisión informada respecto de su propio cuidado (Zanini, Quattrin, Goia et cols, 2008).

Además debe considerarse que, como concluye la investigación de Andrews (2003), muchas de las enfermeras que utilizan alguna de las técnicas de MC han sido influenciadas por los resultados que han observado de terapeutas de MC en pacientes luego que los tratamientos ortodoxos han fallado, pero principalmente, por las experiencias que ellas mismas han tenido en su vida personal, ya sea como terapias únicas o en complementación con terapias medicinales occidentales.

Por lo tanto, se hace necesario y fundamental que se expanda la formación de la enfermera de forma que incluya estos tópicos, con tal de tener una base formal y amplia que permita dar respuesta a las necesidades de los pacientes e innovar en los cuidados de las personas.

3.6. TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

El modelo de Dorothea E. Orem se compone de tres teorías relacionadas entre sí. La teoría de autocuidado, que es la base del modelo; la teoría de déficit de autocuidado que se hace presente cuando no se cumplen a cabalidad los requisitos planteados en la teoría de autocuidado, y la teoría de sistemas, que es la encargada de unificar ambas teorías y enfocarse en el rol que cumple la enfermería en los cuidados del individuo.

Al plantear su modelo, define ciertos conceptos que considera importantes para el entendimiento de la misma, estos son persona, cuidados de enfermería, entorno y salud.

Navarro & Castro, en su descripción general del modelo de la teorista manifiestan que Orem:

Concibe a la persona como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

Para comenzar a describir la teoría del autocuidado, es preciso realizar un análisis semántico de la palabra para saber a qué se refiere la teorista con este término. Daniela R. menciona en su tesis lo que Orem reflexiona acerca de la palabra autocuidado:

La separa en “auto” y que define como “el individuo integral, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales”; y “cuidado”, que define como “la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él”. Luego, la integra y define como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Si se analiza la definición, el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción adecuado.

La teorista interpreta el autocuidado como un comportamiento que se aprende y que se internaliza tras la interacción con el entorno y la vida cultural del grupo al cual pertenece la persona, por lo tanto las acciones de autocuidado dependen de las creencias, de la interacción con los diversos factores y estímulos que rodea al ser humano y con los cuales el individuo experimenta, como ritos, costumbres que tiene la familia y comunidad a la cual pertenece.

Para lograr el propósito de mantener el bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tienen requisitos que son básicos, entendiéndose requisito como una actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Según Orem existen tres tipos de requisitos: los requisitos universales, los requisitos del desarrollo y los requisitos de desviación de salud.

Los requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida, cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. Con esto se refiere al mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Daniela R. también plantea cómo Dorothea define los requisitos de autocuidado del desarrollo:

[...] los cuales están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración. Estos requisitos integran las etapas específicas del desarrollo como condicionantes del autocuidado, como son: desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven, etapas de desarrollo de la edad adulta y el embarazo (en adolescencia o edad adulta); y también aquellas que condicionan o afectan adversamente el desarrollo humano, dentro de las cuales se describen la deprivación escolar, problemas de adaptación social, pérdida de familiares, amigos o colaboradores, pérdida de posesiones o del trabajo, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición

social/económica, mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal o muerte esperada, y peligros ambientales.

Los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Esto requiere que el usuario busque ayuda en personas competentes para que proporcionen un cuidado efectivo.

Para Dorothea la enfermería toma un rol fundamental en el autocuidado del paciente, las acciones que realice la enfermera van a influir en la evolución del estado de este, además de guiar a estos en sus cuidados continuos, para que estos mismos busquen el camino a la recuperación y mejoramiento de sus insatisfacciones, la función de los cuidados de enfermería es orientar al usuario para que aprenda a cuidarse a sí mismo.

Lo planteado por Dorothea E. Orem en su teoría del autocuidado, tiene relación directa con la teoría del déficit de autocuidado, en donde se expone que el déficit de autocuidado se produce cuando las habilidades del ser humano para ejercer su autocuidado se ven reducidas, es decir, las capacidades de autocuidado no sirven o no resultan adecuadas. Es así como surge la teoría de sistemas, en donde un individuo no puede realizar su propio cuidado y necesita de los cuidados de enfermería para suplirlos, ya sea de forma total o de apoyo.

La teoría de sistemas es la que articula ambas teorías ya mencionadas, hace mención a un déficit de autocuidado en donde se necesita de la enfermería para llegar al autocuidado del individuo. Orem plantea tres sistemas, en donde la enfermera cumple diversos roles, los cuales se mencionarán a continuación. El sistema totalmente compensador, es en donde la enfermera suplirá al individuo en todas sus actividades, será la encargada de tomar decisiones y ejecutar su autocuidado total, ya que este no se encuentra en condiciones para hacerlo, tomando un rol pasivo en su autocuidado. En el sistema parcialmente compensador, el paciente tomará un rol más activo y realizará sus actividades de acuerdo a sus capacidades y la enfermera apoyará al usuario en las actividades que este no pueda realizar por sí solo. Y en el sistema de apoyo-educación, el enfermo es capaz de tomar sus propias decisiones en beneficio de su autocuidado, pero la enfermera por medio de conocimientos, entregará las herramientas necesarias para mantener o fomentar su autocuidado, cumpliendo un papel educativo.

3.7. PROBLEMAS DE SALUD MÁS COMUNES EN LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS CHILENOS

Con el fin de comprender lo que significa la pérdida de la salud, será en primer lugar oportuno delimitar el campo conceptual de la salud como tal, y las definiciones avocadas a este término son diversas. Una de ellas deriva del latín, *Salus* que significa “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”, es decir, estar en una situación de bienestar que permita enfrentar todo tipo de dificultad o inconveniente que se presente. Por otra parte la Real Academia Española presenta una definición distinta, donde salud corresponde al “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, es decir, donde se encuentra sin ningún tipo de dificultad ya sea física o mental. También menciona que son las “condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”, esto sin aludir a condiciones de bienestar o malestar, elaborando así una imagen tomada en un instante definido en el que se refleja el estado actual de salud del individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a su vez, habla de salud en términos más completos, describiéndola como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición alude a un estado en el que el individuo se ve como un todo, no separa cuerpo y mente, si no que los une como un concepto biopsicosocial donde la salud engloba no solo la optima funcionalidad del organismo sino que también de la mente.

Respecto a los estudiantes universitarios cabe mencionar que corresponde a una población poco estudiada en lo que al ámbito de la salud compete, y más drástica se torna esta realidad al momento de realizar el enfoque desde la pérdida de la salud. De igual modo, es necesario describir este grupo a modo preliminar, cuyas características lo diferencian del resto de la población. Para dar cuenta de ello, se presenta a continuación el contexto de sus realidades por medio de la exposición de los factores protectores y de riesgo, circunscritos a las rutinas habituales y el entorno en que se desenvuelven:

Factores protectores

- **Alto nivel educacional:** el hecho de cursar una carrera universitaria los sitúa en un escenario más favorable a la hora de enfrentar diversas adversidades.
- **Deporte:** las universidades en general ofrecen a sus estudiantes talleres extra programáticos, promotores de estilos de vida saludables.
- **Pertenencia a grupos sociales:** además de talleres deportivos, se ofrecen grupos artísticos, musicales, religiosos, etc. Estos ofrecen al estudiante la posibilidad de

desarrollar el sentimiento de pertenencia a un grupo con el que comparte sus gustos y creencias.

- **Independencia:** cuando esta se sabe manejar, permite al estudiante la posibilidad de conjugar sus estudios con actividades extra programáticas y actividades sociales.

Factores de riesgo

- **Mala alimentación:** responde a la gran oferta de alimentos poco saludables que se presentan a los universitarios dentro o próximos a los mismos recintos.
- **Carga horaria:** los estudiantes enfrentan cargas horarias que llegan a ser incluso de ocho horas, sin contar las horas de traslado que muchas veces suman a esto, otras dos horas.
- **Estrés, ansiedad y miedo:** sentimientos que el universitario experimenta frente a circunstancias como las de enfrentar presiones familiares, amistosas y/o personales al exigirse al máximo por cumplir en todo lo que se espera de ellos.
- **Responsabilidades:** el estudiante ya no posee obligaciones impuestas, si no que él es responsable de sus decisiones.
- **Higiene del sueño:** la necesidad de cubrir horas de estudio genera alteración de los ciclos de sueño habituales y reduce las horas de descanso, constituyendo una mala higiene del sueño.
- **Nivel socioeconómico:** interactúa con el resto de los factores, favoreciendo la mala alimentación, el estrés por la necesidad de mantener beneficios económicos, etc.

Habiendo planteado el escenario en que el estudiante universitario se sitúa, es importante centrar el enfoque en aquellas patologías que lo aquejan. Para el análisis de las mismas, se plantea a modo de abordaje de las patologías de carácter psicológico la circunstancia habitual del *compromiso académico*, que guarda relación con el estudiante universitario que, indiferente a los motivos, prescinde de distracciones y centra todo esfuerzo en sus estudios.

Situaciones como la descrita suelen acarrear cuadros de *estrés*, que de acuerdo a la OMS corresponde al “conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”. Si bien el estrés se presenta como una sensación normal y necesaria que mantiene alerta y preparadas a las personas para reaccionar frente a las adversidades, la mantención de este estado de forma permanente genera un problema en la salud: el constante estado de alerta, ansiedad o preocupación trae consigo una serie de otros síntomas como dolores de cabeza, dolores musculares o la sensación de malestar generalizado frente a la vida. Según los estudios del MINSAL en la ‘Primera encuesta nacional de Calidad de Vida y Salud del año

2000', una de cada cuatro personas declaran sentirse estresadas, de las cuales 26% son mujeres y 22% de los hombres manifiestan encontrarse en un constante estado límite.

Diversos estudios mencionan el alto estrés en las carreras que reúnen las Facultades de Ciencias Médicas, indicando que esto podría repercutir en su mismo aprendizaje, al igual que en su salud física y mental. El estrés se puede expresar en diversos problemas circunscritos al campo de la salud mental, tales como depresión, ansiedad, ideación suicida y problemas somáticos, entre otros. Se menciona además que los factores relacionados con el estrés de los estudiantes universitarios responden a eventos académicos, psicosociales y financieros (Meyer, 2013). Así, el primer año de universidad se anuncia uno de los más estresantes. Sin embargo, otras investigaciones refieren que el estrés es mayor en los niveles superiores, debido al inicio de las prácticas clínicas y su relación con los usuarios y el equipo de salud (*ibid*).

Los trastornos ansiosos y depresivos pueden desencadenarse del estrés de la vida universitaria. Algunos de los factores que desencadenan estos cuadros son: sentirse bajo presión por los exámenes y profesores, baja seguridad en sí mismos, temor a no responder a las exigencias académicas, bajo apoyo familiar y el dejar el hogar para realizar sus estudios superiores (*ibid*). Además Meyer argumenta que la relación entre la cantidad de información por aprender y el tiempo del que se dispone para ello constituye la verdadera causa de estrés en los universitarios y se encuentra asociada a variados problemas psicológicos, tales como la ansiedad y la depresión. Sobre la misma idea Dávila (2010) afirma que “el conjunto de actividades académicas propias de la universidad constituye una importante fuente de estrés y ansiedad para los estudiantes y puede influir sobre su bienestar físico y psicológico”.

Además de los problemas psicológicos, es posible también establecer una asociación de este grupo con problemas de salud relacionados con la alimentación. Factores como el desorden de horario y la mala calidad de los alimentos ingeridos a lo largo del día establecen un alto riesgo de padecer problemas de sobrepeso, obesidad, problemas cardiovasculares, entre otros. Según estudios realizados por la Sociedad Chilena de Obesidad (SOCHOB) en el año 2004 el 61,3% de la población padece algún nivel de alteración de su peso, sea esta sobrepeso (38%), obesidad (22%) u obesidad mórbida (1,3%). Tomando en cuenta la edad, en el rango de los 17 a 24 años que comprenden los periodos del término de la escolaridad, el ingreso a la universidad y los primeros años de estudios de pregrado, el porcentaje de incidencia de las patologías ya mencionadas es de un 26,1% y en comparación a esto, entre los 25 y 44 años, periodo que abarca los últimos años de universidad, esta cifra asciende a 64,6%. Como es sabido, el sobrepeso y la obesidad no solo influyen en el aspecto físico y la autoestima de quienes la padecen, sino que también generan una serie de problemas de salud que

incluyen el aumento del riesgo cardiovascular y el desarrollo de patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus II y dislipidemias.

Otro factor influyente en el aumento del peso en los universitarios guarda relación con la falta de actividad física, muchas veces consecuencia de la carga horaria. Esto se refleja en los niveles de sedentarismo encontrados en encuesta SOCHOB del 2004, indicando que entre los 17 y 24 años el porcentaje de sedentarismo asciende a un 82,2% y aumenta a un 89,2% en el rango de 25 a 44 años, lo que claramente sumado a los malos hábitos alimenticios generan un incremento preocupante en el peso de los estudiantes universitarios que corren el riesgo de convertirse a largo plazo en adultos y adultos mayores con enfermedades crónicas muchas veces prevenibles.

4. METODOLOGÍA

Con el fin de que la presente investigación cumpla satisfactoriamente los objetivos planteados en el apartado correspondiente, resulta imprescindible establecer las bases metodológicas del mismo, que fueron las encargadas de consignar los medios más adecuados para la obtención de datos, definiéndose diseño, tipo de estudio, grupo de estudio, criterios y técnicas para la recolección y análisis de datos. En base a lo anterior, se consideran los siguientes puntos:

4.1. BASES DE DISEÑO

4.1.1. PARADIGMA

El paradigma racionalista, o también llamado positivista, abarca una concepción del mundo en la que resulta posible realizar un estudio objetivo de aquello que se pretende estudiar, pues se estipula que el objeto de estudio es independiente del investigador. Dado que existe esta relación separada entre objeto y observador resulta posible explicar fenómenos, generalizarlos e incluso predecirlos.

La investigación presente se acomoda de forma idónea a estos propósitos y por tanto encuentra su campo de trabajo en el paradigma racionalista, pues persigue la intención de aplicar los resultados más allá de la muestra obtenida y especular sobre el comportamiento futuro de la misma, esperando extrapolar al resto de la población, con una mirada prospectiva, las impresiones recogidas del grupo de universitarios estudiado. Del mismo modo se propone una aproximación objetiva a la realidad descrita, pues en su rol de observador independiente, el grupo de trabajo no busca involucrarse más allá de lo imprescindible para la obtención de los datos requeridos, mediante intervenciones directas que no dan cabida a interpretaciones secundarias.

4.1.2. MÉTODO

El método de investigación cuantitativo amparado bajo las bases establecidas por el paradigma racionalista sigue, bajo criterios rigurosos, la línea de principios antes descrita, presentando etapas bien establecidas que inician siempre con el planteamiento del problema. Según refiere Roberto Hernández Sampieri (2013), al plantear su problema de investigación bajo este método, el investigador lo hace de forma delimitada y concreta para así lograr medir las variables que se involucran en el mismo. El orden que rige a este método es deductivo, iniciando con las teorías e hipótesis nacidas del problema, mismas que se buscarán respaldar o refutar luego del proceso de investigación.

En este sentido, resulta un método que se acomoda sin dificultad a este estudio, pues se ha establecido el objetivo bien delimitado de conocer hasta qué nivel los estudiantes universitarios consideran las medicinas complementarias como una opción viable para su autocuidado. Con el fin de alcanzar esta respuesta se fueron definidas variables que posibilitan la medición numérica del fenómeno, abriendo el camino hacia una respuesta positiva o negativa al respecto de la pregunta implícita en el objetivo.

4.1.3. DISEÑO

El diseño no experimental se caracteriza por aproximarse al objeto de estudio sin llegar a interferir dentro de las variables independientes que lo condicionan, pues el fenómeno involucrado ya ha acontecido con antelación, por lo cual resulta imposible cualquier intento de manipulación ante un resultado existente en el presente (Hernández, 2013, pp. 149).

Dado que la investigación ahonda en los puntos de vista que los estudiantes universitarios tienen en lugar de insertar en ellos determinada opinión respecto de las medicinas complementarias, el diseño no experimental es el adecuado para la elaboración de este diseño. Esto debido a que al momento de aplicar el instrumento de medición, los estudiantes contaban de antemano las concepciones y conocimientos que posean respecto del tema a consultar.

Tomando en cuenta lo anterior es que se considera además el diseño de tipo transeccional o transversal, el cual Hernández Sampieri (2013, pp. 11) describe como la recolección de datos dentro de un tiempo único, con el fin de describir las variables y su interrelación en un momento específico. Dado que la realidad que se ha pretendido conocer dentro de la investigación aquí planteada se enfoca en el año 2014 dentro de la Región Metropolitana, el diseño no experimental descrito se acomoda con el tipo transeccional, pues no es la intención de esta investigación seguir un caso por determinado tiempo, sino más bien ilustrar una realidad puntual en el escenario de la salud chilena.

4.1.4. TIPO DE DISEÑO

Una investigación de alcance descriptivo no suele limitarse a la exposición de un fenómeno específico sino que, como su nombre lo afirma, lo describe de tal forma que se incurre en detalles respecto del modo en que se manifiesta (Hernández, 2013, pp.152). De forma agregada, los estudios correlacionales van más allá de la definición de variables y buscan establecer algún tipo de relación entre ellas, sin llegar a establecer relaciones causales.

Tomando en cuenta lo anterior, se determina que la investigación abarca la profundidad descriptiva y correlacional, lo que se justifica en el hecho de que, de forma adicional al objetivo

de responder a las preguntas de investigación y describir la realidad del problema planteado, se ha pretendido establecer relaciones puntuales entre determinadas variables que fueron medidas y los resultados obtenidos. En relación a este último tipo correlacional se hizo referencia a las variables independientes de sexo, estrato socioeconómico y entorno, con la intención de otorgar un enfoque de género y social en los dos primeros casos.

El motivo que responde a la elección de la investigación de tipo descriptiva guarda relación con la información recolectada a la fecha respecto de este tema a nivel país. Dado que los estudios nacionales patrocinados por el Ministerio de Salud han establecido antecedentes como los de las medicinas complementarias más utilizadas y conocidas por la población pero limitan su acceso a conocimientos como los de la valoración general de la población, se justifica que el presente estudio describa aquella realidad percibida actualmente a base de suposiciones poco fundamentadas. Se propone además el agregado de las correlaciones de marcados determinantes sociales para la adecuación de los resultados con las características propias del grupo a estudiar.

4.2. GRUPO DE ESTUDIO

El grupo que comprende la muestra del estudio de la presente investigación se circunscribe a los estudiantes de carreras universitarias de la ciudad de Santiago de Chile, matriculados en tercer semestre de sus respectivas carreras de pregrado o un nivel superior durante el año 2014. El término de estudiantes universitarios engloba tanto a instituciones tradicionales como privadas, apuntando así a la meta de lograr seleccionar una muestra de clara diversidad socio-cultural.

El fin de escoger a los estudiantes universitarios como grupo de estudio de ningún modo implica una elección arbitraria, pues de acuerdo a Muñoz y Blanco (2013), en este grupo radica la heterogeneidad que la investigación requiere. Así mismo, la decisión de mantener al margen de esta investigación a estudiantes matriculados en institutos profesionales y centros de formación técnica encuentra su justificación en el análisis de datos estadísticos nacionales que respaldan la preponderancia de participación en educación superior en las universidades. Así, de acuerdo al Consejo Nacional de Educación (CNED, 2011), el porcentaje de participación al interior de las universidades corresponde a un 61%, superando notablemente el 25% y 14% de participación en institutos profesionales y centros de formación técnica, respectivamente.

En concordancia con lo anterior, se explica la limitación del grupo de estudio a la zona geográfica de la ciudad de Santiago, ya que es justamente en el sector especificado que se concentra el mayor porcentaje de la población que cursa estudios de educación superior (INE,

2013). Este hecho permite, en consecuencia, acceder a un grupo en que se concentran estudiantes que pertenecen a la región, tanto como aquellos que representan a otros sectores geográficos al interior del país.

4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Dentro de los criterios de inclusión que se consideraron para la aplicación del cuestionario se seleccionaron estudiantes de las siguientes Universidades: Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Santiago de Chile, Universidad de Chile y Universidad de las Américas.

En cada una de las instituciones señaladas, se eligieron las siguientes carreras profesionales: Enfermería, Ingeniería Civil Industrial y Periodismo. La elección de estas carreras responde a la necesidad de abarcar la mirada que pueden aportar diversos campos de conocimientos, de tal modo que la carrera de enfermería representará el enfoque científico-biológico propio de las ciencias de la salud, la carrera de ingeniería civil remitirá la mirada científico-matemática. Periodismo, a su vez, al pertenecer al campo de las comunicaciones, otorgará la perspectiva humanista. De este modo se pretende establecer que los resultados considerasen todos los enfoques observados desde distintos lugares ideológicos.

De las carreras mencionadas se incluyeron aquellos alumnos que se encontraban cursando, al momento del cuestionario, tercer semestre o un nivel superior; dejando fuera de la investigación a quienes pertenecieran a primer o segundo semestre de estudios debido a que su experiencia en la vida universitaria no constituye un aval para participar en la investigación.

La elección de las carreras descritas se rige en efecto bajo el criterio imprescindible de abordar distintas áreas del conocimiento, coincidentes en las cuatro casas de estudio seleccionadas para establecer un punto de concordancia que permita elaborar una comparación de tipo socioeconómica entre las mismas carreras de diferentes instituciones universitarias. Es por este motivo que quedan fuera de consideración en este estudio las carreras pertenecientes a las áreas del conocimiento artístico, pedagógico, deportivo y comercial, pues su oferta en las instituciones universitarias establecidas no resulta equitativa.

La selección de cada una de estas carreras responde a la búsqueda de una clara diversidad socio-cultural y socio-económica que permita la representatividad del grupo. Para ello se consideraron instituciones en las que el perfil de sus estudiantes responde en cada caso a realidades de marcadas diferencias, tanto a nivel económico, social como académico.

Víctor Salas Opazo (2012) refiere que los más altos puntajes, los que en general dan cuenta de cualidades académicas superiores y procedencia socioeconómica favorable, prefieren las universidades de carácter estatal privado por el prestigio que estas han transmitido como legado y les otorga una importante selectividad. Es el caso de la Pontificia Universidad Católica, la que además, de acuerdo al proyecto Mide Universidad ideado el año 2012, se corrobora que una importante cantidad de los estudiantes pertenecientes a esta institución se concentran en el sector oriente de la capital en donde se establecen comunas como Las Condes, Vitacura y Lo Barnechea.

En el caso particular de la Universidad de Chile, por otro lado, se destaca una importante participación de estudiantes procedentes de los grupos ABC1 y C2, hecho que da cuenta de una alta selectividad en la matrícula y coincide con la alta pertenencia de estos a colegios particulares pagados y particulares subvencionados (Centro de estudios de la federación de estudiantes de la Universidad de Chile, 2012).

Es en contraparte a estas dos realidades que entra en juego la participación de la Universidad de Santiago de Chile y Universidad de las Américas, la primera por su reconocida labor de avance en políticas de inclusión social (Rahmer, Miranda & Gil, 2013). La segunda, por formar parte del grupo de las denominadas Universidades masivas, hecho que no necesariamente da cuenta de excelencia de la institución (Muñoz y Blanco, 2013).

4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Dentro de los criterios de exclusión se consideraron aquellos estudiantes que al momento de realizar la recolección de datos, ya se encontraban en su período de descanso de verano; como lo son estudiantes de periodismo de la Universidad de Chile. Y además se excluyeron del grupo de estudio los estudiantes de enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ya que en dicha escuela no fue posible realizar el proceso de solicitud de permisos debido al acortamiento de plazos.

4.2.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Tomando en cuenta la delimitación antes expuesta, el método de selección de muestra se circunscribe al método no probabilístico, de modo tal que la generalización obtenida sólo es aplicable al subgrupo descrito, es decir, los estudiantes universitarios de la ciudad de Santiago de Chile que cursen tercer semestre o un nivel superior de pregrado. Así, el método de obtención de la muestra es el llamado método por conveniencia, que guarda relación con el acceso del investigador a la unidad de análisis, ya que dados los recursos con los que se dispone para realizar la recolección de datos, en relación a tiempo, dinero y gestiones, el grupo

descrito otorgó las facilidades requeridas sin ir en desmedro de los resultados que se esperaba alcanzar.

4.2.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que se ha establecido un tipo de muestreo no probabilístico en cuyo caso no aplica la obtención de un tamaño representativo mediante fórmula aleatoria simple que establezca margen de error y nivel de confianza, el tamaño del mismo fue calculado mediante el entrecruzamiento de las variables primordiales de esta investigación, que corresponde a los *Problemas de salud de estudiantes universitarios* y el *Uso de medicinas complementarias*. De este modo se estableció realizar 30 encuestas por carrera, para tener un total aproximado de 360 encuestas. El total de los consultados, al término del proceso, fue de 338 estudiantes universitarios.

4.3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de datos se ha realizado la elección del instrumento tipo cuestionario autoadministrado, el cual otorga una respuesta acotada a las preguntas de investigación planteadas en el apartado correspondiente y permite la medición de las variables involucradas dentro de los objetivos mediante el proceso individual y privado de pensamiento llevado a cabo por cada consultado. Según Hernández Sampieri (2013, p. 235), este tipo de cuestionario consiste en la entrega directa del instrumento a los participantes, sin intermediarios ni dirección de ningún tipo en las potenciales respuestas.

El cuestionario se compone de catorce ítems de preguntas semi-estructuradas, las cuales se detallan en el anexo de esta investigación.

4.3.1. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la validación de este instrumento se acudió a la orientación y corrección de los siguientes expertos, habiendo solicitado el consejo de los tres primeros en materia de especialización sobre los temas de Medicinas Complementarias y autocuidado, de estructura metodológica en el cuarto caso, y de carácter estadístico en el último:

Ángela Luna Sarmiento, enfermera universitaria y alumna de Máster en enfermería. Actualmente docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Santiago de Chile.

Mario González Faúndez, terapeuta en Actividad Física y Salud. Posee Diploma de Postítulo en Medicina Tradicional China, Acupuntura y Moxibustión USACH Básico y

Avanzado (2008 y 2011) y ejerce como masajista terapéutico y deportivo USACH (2003).

Alejandro Riveros Lepe, enfermero universitario. Actualmente docente de salud mental y psiquiatría en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Santiago de Chile. Posee Diploma en Medicina China (Universidad de Guanzhou China, 2005).

José Miguel Adaros Díaz, psicólogo, Master en Psicología Clínica. Actualmente docente de Universidad de Las Américas y psicólogo clínico en consulta privada y Centro de Salud Familiar Dr. Fernando Maffioletti.

Sergio Vargas Jarret, profesor de matemáticas. Actualmente docente de matemáticas y metodología investigativa en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Santiago de Chile.

Para el adecuado cumplimiento de este proceso se realizó a cada validador la entrega del instrumento elaborado, otorgando así cada uno sus correspondientes reparos respecto a la claridad de conceptos, el planteamiento y la pertinencia de las preguntas construidas. Posterior a la validación de cada participante se procedió a realizar las correcciones sugeridas.

4.3.2. PILOTEO DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de piloteo del instrumento de recolección de datos se aplicó a un grupo de cuarenta estudiantes universitarios matriculados en la Universidad de Santiago de Chile, los cuales respondieron a todos los criterios de inclusión establecidos, salvo por el criterio de carreras especificadas, dado que el mismo no supone un impedimento para determinar la claridad del cuestionario dentro del universo que se ha definido para la recolección formal de datos. Previamente a la entrega del instrumento se explicó a los participantes la naturaleza de los cuestionarios proporcionados, los cuales responden a una acción de piloteo y no a una investigación formal, estableciéndose énfasis en la necesidad de conocer el nivel de claridad de las preguntas elaboradas mediante el eventual planteamiento de reparos y recomendaciones.

El resultado del piloteo dejó en evidencia la necesidad de especificar con mayor detalle las instrucciones para cada pregunta, incluir en el instrumento una explicación preliminar de la dinámica requerida para responder a las preguntas y el replanteamiento de las opciones de respuesta en algunos ítems. Todas las dificultades detectadas y definidas han sido corregidas en su totalidad como paso previo a la entrega del instrumento para evaluación de los validadores. Así, el instrumento presentado en los anexos comprende las modificaciones resultantes del proceso de piloteo y validación.

4.3.3. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de datos comprende el conjunto de actividades de gestión orientadas a la obtención de las autorizaciones correspondientes con el fin de contar con la posibilidad de aplicar el instrumento escogido en las instituciones anteriormente especificadas, así como las actividades llevadas a cabo posteriormente hasta el término de la recolección de datos al interior del grupo de estudio escogido.

A continuación se proporciona el detalle de las etapas ejecutadas de forma general y las particulares de cada carrera para la adecuada realización de este proceso:

1. Se solicitó cartas tipo en Escuela de Enfermería de la Universidad Santiago de Chile las cuales fueron firmadas por la directora Marta Maturana, para entrega de las mismas en las escuelas de cada carrera seleccionada a modo de presentación del grupo de tesis y sus requerimientos para hacer partícipe a cada una de estas instituciones en la investigación.
2. Se procedió a la entrega de cartas tipo en las escuelas de enfermería, periodismo e ingeniería de las universidades: Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile y Universidad de Las Américas. Adicionalmente a la entrega de cada carta se proporcionó un correo electrónico de contacto, solicitándose simultáneamente dirección electrónica de consulta para retroalimentación en caso de demora de respuesta u otra eventualidad.
3. Se consultó sobre el estado de análisis de las autorizaciones en cada carrera a través del envío de correos electrónicos a directores y/o secretarías de dichas escuelas. Conforme a las respuestas otorgadas en cada caso se coordinó de forma particular las acciones a seguir:
 - i. *Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile:* entidad decidió someter proyecto de tesis a evaluación de pertinencia por Comité de Ética de la institución, proceso que debería realizarse de forma posterior a la correspondiente aprobación del estudio por parte del Comité de Ética de la Universidad Santiago de Chile. Seguido a este proceso, la escuela de enfermería procedería a la autorización del acceso de tesis a sus dependencias. A consecuencia de la demora en el proceso de aprobación final del Comité de Ética interno, coincidente con el cierre del año académico en la carrera de enfermería de la Pontificia Universidad Católica, el proceso de

recolección de datos para este grupo no llegó a realizarse, pues la evaluación de pertinencia llevada a cabo por el Comité de Ética de dicha institución, establecido como requisito para la aplicación del cuestionario, no lograría concretarse antes del inicio de vacaciones de los estudiantes.

- ii. *Escuela de Periodismo de Pontificia Universidad Católica de Chile:* director de escuela asignó a coordinadora de asuntos estudiantiles contactar con estudiantes del curso de Narración radial, mediando la entrega de carta previamente elaborada por tesistas para solicitar participación de estudiantes en investigación y entregar un correo de contacto a los interesados, estableciéndose coordinación directa entre estudiantes y tesistas. Además, mediante correo electrónico se hizo entrega del instrumento de recolección de datos a director de escuela de periodismo luego de petición. De forma posterior se facilitó a las investigadoras los horarios de los estudiantes para la realización de visitas. Dado que la aprobación del proyecto de tesis tuvo lugar tras el término del periodo de clases en la institución, las investigadoras debieron acudir durante la semana de aplicación de exámenes finales, abordando a los alumnos en distintos sectores de las dependencias de la universidad y explicando a cada uno los objetivos, derechos e instrucciones del instrumento, recolectándose así datos de estudiantes de segundo, tercer y cuarto año de la carrera especificada.
- iii. *Escuela de Ingeniería Pontificia Universidad Católica de Chile:* dada la ausencia de respuesta se procedió a gestionar visita a la institución una vez obtenida la aprobación por el Comité de Ética de la Universidad de Santiago de Chile. De esta manera, se logró la autorización correspondiente para abordar a los estudiantes por separado al término del rendimiento de sus exámenes finales, fechas que fueron proporcionadas mediante correo electrónico. A cada estudiante consultado le fueron presentados los objetivos de la investigación, sus derechos como participante y las instrucciones del instrumento.
- iv. *Escuela de enfermería Universidad de Chile:* previo conocimiento de la directora de la escuela, se estableció contacto con representante del Centro de Estudiantes de la carrera para gestionar las instancias de aplicación del instrumento. Se acordó fecha de visita para abordar a los estudiantes al término de la actividad de cierre de una de las asignaturas impartidas a segundo año. A cada estudiante consultado le fueron presentados los objetivos de la

investigación, sus derechos como participante y las instrucciones del instrumento.

- v. *Escuela de Periodismo Universidad de Chile:* en concordancia a solicitud manifestada por representante de la carrera, la directora de Asuntos Estudiantiles de ICEI, se procedió al envío de introducción, objetivos y metodología de investigación mediante correo electrónico. Posterior a la obtención de la información requerida se permitió el acceso de tesis a escuela de periodismo con fecha pendiente para visita. No obstante, dado el retraso en la aprobación del proyecto de tesis, las investigadoras se presentaron para cumplir el proceso de recolección de datos habiéndose concretado ya el término del año académico de los estudiantes. Por este motivo, el grupo descrito resultó excluido de la muestra seleccionada.
- vi. *Escuela de Ingeniería Universidad de Chile:* previo conocimiento de director de la escuela se coordinó con representante del centro de estudiantes de la carrera para poder gestionar las instancias de aplicación del instrumento, acordándose fecha durante el periodo de exámenes finales de los estudiantes, jornada durante la cual se abordó a los potenciales consultados en diversos sectores de las dependencias de la universidad. A cada estudiante consultado le fueron presentados los objetivos de la investigación, sus derechos como participante y las instrucciones del instrumento.
- vii. *Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile:* se coordinó entrega de carta formal a directora de la escuela, señora Marta Maturana, elaborada por grupo de investigación para solicitar la posibilidad de aplicar encuesta a cualquier nivel de la carrera que cumpla los criterios de inclusión. Posterior a la aprobación por el Comité de Ética, se procedió a la recolección de datos abordando a los estudiantes al término de prueba global de una de las asignaturas impartidas para tercer año de la carrera. A cada estudiante consultado le fueron presentados los objetivos de la investigación, sus derechos como participante y las instrucciones del instrumento.
- viii. *Escuela de Periodismo Universidad de Santiago de Chile:* se contactó telefónicamente con secretaria de Jefatura de carrera, Marisol Campos, quién señaló la disponibilidad para realizar la recolección de datos. Se acordó fecha de realización de la recolección de datos en concordancia a los horarios de las últimas clases de la carrera, acudiéndose a dos de ellas en diferentes cursos

para completar el número mínimo de datos esperados. Al inicio de la clase de cada curso se realizó explicación general de los objetivos de la investigación, los derechos de los participantes y las instrucciones del instrumento.

- ix. *Escuela de Ingeniería Universidad de Santiago de Chile:* se contactó con secretaria de la dirección, quien informó la disponibilidad para realizar aplicación del instrumento, concretándose visita para recolección de datos durante periodo de clases finales de los estudiantes. Se abordó a los estudiantes en sala de clases de un determinado curso. Se les presentaron los objetivos de la investigación, sus derechos como participantes y las instrucciones del instrumento.
- x. *Escuela de Enfermería Universidad de Las Américas:* con el previo conocimiento de la jefa de carrera, se contactó directamente con profesor a cargo de curso asignado para coordinar fecha y horario de la visita para realización de encuesta a los estudiantes. La visita a segundo año de enfermería se realizó durante el periodo final de clases. Al inicio de la clase, se realizó explicación general de los objetivos de la investigación, los derechos de los participantes y las instrucciones del instrumento.
- xi. *Escuela de Periodismo Universidad de Las Américas:* se asistió a entrevista presencial con director de carrera, el cual autoriza la realización de aplicación de instrumento mediante correo electrónico posterior, contactando de forma simultánea con director del campus de Santiago para coordinación de fechas. Se acordó con coordinador de carrera para visitar a los cursos de segundo, tercer, cuarto y quinto año de la carrera al inicio de sus últimas clases. Al inicio de la clase de cada curso se realizó explicación general de los objetivos de la investigación, los derechos de los participantes y las instrucciones del instrumento.
- xii. *Escuela de Ingeniería Universidad de Las Américas:* dada ausencia de respuesta por parte de la institución se realizó visita para solicitar permiso presencial con coordinador de carrera. Posterior a la autorización correspondiente se procedió a la recolección de datos durante el periodo de exámenes de los estudiantes, quienes fueron abordados en distintos sectores de las dependencias de la universidad y al término de sus exámenes finales. A cada estudiante consultado le fueron presentados los objetivos de la

investigación, sus derechos como participante y las instrucciones del instrumento.

4. Habiendo culminado el proceso de recolección de datos, se toman en cuenta las siguientes consideraciones finales:

- El instrumento de recolección de datos se aplicó a un total de 338 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión descritos en el apartado correspondiente.
- La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre el 4 y 19 de diciembre del año 2014.

4.4. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

En esta investigación se ha realizado un análisis estadístico a partir de una matriz de datos, para desarrollar el estudio que es descriptivo y correlacional se establecieron los siguientes determinantes estadísticos: distribución de frecuencia y porcentajes; como herramienta de análisis se ha hecho uso del programa computacional SPSS (Statistical Package for the Social).

4.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

4.5.1. JUSTIFICACIÓN

Problemas de salud de estudiantes universitarios

Se refiere a todos los signos y síntomas consecuentes de los problemas de salud de carácter agudo o crónico, físico o psíquico, que aquejan al grupo de estudio.

Los malestares que aquejan al grupo de estudio de este trabajo investigativo, si bien pueden llegar a coincidir hasta cierto punto con los problemas de salud de la población en general, posee también particularidades propias que requieren conocerse. Si se toma en cuenta además la escasa información disponible al respecto de este importante asunto, se justifica la necesidad de corroborar qué problemas afectan mayormente a los estudiantes universitarios, pudiendo generarse a través de la obtención de nuevo conocimiento la comparación de esta información con el método preferido de otorgar una solución a las patologías que se descubran.

Resolución de problemas de salud

Corresponde a la estrategia escogida por el sujeto con el fin de enfrentar y/o dar solución al problema de salud que pueda padecer en determinado momento.

Un camino posible para llegar al entendimiento del valor que los jóvenes universitarios dan a las medicinas complementarias, es consultar la prioridad de esta alternativa ocupa al momento de manejar algún problema de salud. Vale aclarar que esta variable no se conforma con descubrir el nivel de jerarquía de las medicinas complementarias en el método del objeto de estudio, sino que además y en primer lugar pretende medir si el estudiante es capaz de tomar decisiones –sin importar cuál sea esta– y acciones concretas para el restablecimiento de un estado saludable o si por el contrario mantiene una actitud carente de iniciativa al momento de enfrentarse a un problema de salud. Es decir, busca evaluar su actitud hacia medidas específicas de autocuidado.

Problemas de salud más comunes tratados con medicina complementaria

Dícese de aquellas patologías manifestadas por el grupo de estudio en que la práctica de uno o varios tipos de medicinas complementarias es o son incorporados dentro del plan de tratamiento.

Una vez conocidas las patologías de mayor frecuencia en el grupo y establecida la MC como una alternativa viable para la resolución de problemas de salud, resulta necesario detenerse a considerar cuáles encuentran resultados satisfactorios en la MC. La importancia de esta variable recae en la ventaja que supone el hecho de poseer un conocimiento claro respecto de las patologías que se estiman efectivamente tratadas mediante estas técnicas para posterior promoción y aplicación de las mismas por el profesional de enfermería.

Uso de medicina complementaria

Utilización habitual, esporádica o puntual de uno o varios tipos de medicina complementaria.

Otro aspecto importante para estimar la probabilidad de acogida positiva del estudiante universitario hacia las medicinas complementarias es evaluar el acercamiento previo que ha tenido con las mismas. La variable de uso da cuenta de las oportunidades de proximidad que el estudiante ha tenido y permite la correlación de este aspecto con la postura que eventualmente pueda manifestar respecto a las MC.

Medicinas complementarias conocidas

Se refiere a aquellas medicinas complementarias que la persona asegura conocer en algún nivel de profundidad, pudiendo limitarse este a la noción básica de su existencia o bien llegar a abarcar un entendimiento completo de sus principios, métodos y usos.

Determinar el nivel de conocimiento que los estudiantes universitarios poseen respecto a las medicinas complementarias no solo cumple el fin de verificar hasta qué nivel se ha extendido la popularidad de estas técnicas dentro de la población, sino que además resultará útil para investigar hasta qué punto el grado de conocimiento influye en la aceptación o el rechazo de las MC.

Medicinas complementarias utilizadas

Se refiere al tipo de medicina complementaria de la que el sujeto hace uso con algún motivo particular, sea este terapéutico, recreativo u otro.

Aunque esta variable carece de aplicación directa para la obtención de un consenso claro respecto al objetivo general definido para este estudio, resulta evidentemente útil para la obtención de información adicional en relación al tema abordado. Pues no obstante la existencia corroborada de un estudio previo nacional que da cuenta de las medicinas complementarias más utilizadas y conocidas (CEOC-UTalca, 2010), debe establecerse si al interior del contexto temporal actual y dentro del grupo de estudio delimitado, estas preferencias coinciden con las percepciones recolectadas hace ya cuatro años o bien abren el camino a nuevas terapias complementarias que deben considerarse como parte del conocimiento del profesional de salud, y en particular, de la(el) enfermera(o).

Adherencia a medicinas complementarias (dependiente)

Corresponde al nivel de incorporación que el sujeto ha hecho de las medicinas complementarias a su vida cotidiana, ya sea como método terapéutico, actividad recreativa, motivo religioso u otro.

Conocer el nivel de impacto que las medicinas complementarias han tenido en la vida de los estudiantes constituye otro importante factor a considerar para determinar la disposición del mismo a considerar las MC como una opción de autocuidado, pues debe corroborarse si la experiencia otorgada por la frecuencia de uso en estas medicinas tiene algún nivel de influencia en la postura del sujeto de estudio.

Sexo (independiente)

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

La variable sexo se instaura por sí misma como un punto imprescindible en toda investigación contemporánea por la implicancia que esta tiene en el enfoque de género. Como variable independiente, el sexo, en asociación directa con la relación de género, tiene que considerarse para establecer diferencias entre las preferencias y puntos de vista de ambos grupos, no con la intención de marcar una comparación, sino más bien esperando identificar la técnica adecuada para abordar la temática de MC tanto en hombres como en mujeres en base a sus valores.

Ingresos económicos

Se refiere al ingreso per cápita familiar aproximado, referido por el sujeto.

En todo contexto social el factor económico se anuncia como un punto de influencia difícil de ignorar pues permite al sujeto el acceso a oportunidades y conocimientos de evidente diferencia según los recursos de los que disponga la persona. Es por este motivo que esta variable independiente no debe dejarse fuera de cualquier análisis que guarde relación con las decisiones del sujeto en base a sus opciones.

Razón de uso de medicinas complementarias

Motivo(s) o causa(s) por la(s) que el sujeto ha decidido hacer uso de determinada medicina complementaria.

Determinar los motivos que impulsan al estudiante a hacer uso de terapias complementarias responde al propósito bien delimitado de establecer los factores que favorecen las prácticas de estas técnicas y que eventualmente puedan verse reforzados.

Razón de no uso de medicinas complementarias

Motivo(s) o causa(s) por la(s) que el sujeto se ha negado a hacer uso de determinada medicina complementaria.

De forma consecuente con lo afirmado para la anterior variable, no solo basta tomar en cuenta las fortalezas que se circunscriben a las medicinas complementarias para fomentar su uso, sino que también será necesario identificar qué factores obstaculizan su utilización, pues solo de este modo el profesional de enfermería será capaz de analizar si la solución a los problemas planteados está al alcance de sus intervenciones.

Disposición a utilizar medicinas complementarias

Dícese de la postura positiva o negativa manifestada por el sujeto a utilizar alguna medicina complementaria en el caso hipotético de disponer de todas aquellas facilidades que precisa para este fin (tiempo, dinero, acceso, etc.).

Aún en los estudiantes que jamás han hecho uso de medicina complementaria alguna, es posible establecer si en el futuro pudieran llegar a considerarla una adecuada opción de autocuidado, mediante la presente variable de disposición de uso. En ocasiones la negativa a esta técnica responde a limitantes aún cuando pudiera desearse probar su eficacia, por lo tanto esta variable complementa los puntos de vista para evaluar el objetivo general de este estudio, abordando la pregunta desde una perspectiva hipotética.

Entorno del estudiante (independiente)

Todo el entorno social que rodea al sujeto de estudio y la postura de este respecto al uso de medicina complementaria.

De forma inevitable el ambiente configura el pensamiento del sujeto de forma inconsciente, motivo por el cual el entorno se anuncia como un punto que no puede dejarse de lado al momento de abordar el tema de las medicinas complementarias. Como variable independiente debe considerarse su influencia en el uso de las medicinas complementarias o en la consideración de uso de las mismas.

4.5.2. OPERACIONALIZACIÓN

OBJETIVO	VARIABLE	ESCALA	CRITERIOS
Describir los principales problemas de salud de los estudiantes universitarios	Problemas de salud de estudiantes universitarios	(1) Angustia (2) Depresión (3) Dolores de cabeza (4) Dolores lumbares (5) Dolores musculares (6) Dolores osteoarticulares (7) Estrés (8) Problemas emocionales (9) Trastornos alimenticios (10) Trastornos del sueño (11) Trastornos digestivos (12) Trastornos sexuales (13) Ningún problema (14) Otro	
Determinar de qué manera resuelven sus problemas de salud los estudiantes	Resolución de problemas de salud	(1) Medicina alopática (2) Automedicación (3) Sin tratamiento (4) Terapia complementaria (5) MC y alopática (6) Otro	
Identificar en los estudiantes los problemas de salud más comunes que son tratados con MC	Problemas de salud más comunes tratados con medicina complementaria	(1) Angustia (2) Depresión (3) Dolores de cabeza (4) Dolores lumbares (5) Dolores musculares (6) Dolores osteoarticulares (7) Estrés (8) Problemas emocionales (9) Trastornos alimenticios (10) Trastornos del sueño (11) Trastornos digestivos (12) Trastornos sexuales (13) Ningún problema (14) Otro	
Establecer el porcentaje de estudiantes que utilizan las MC	Uso de medicina complementaria	(1) Sí (2) No (1) Frecuentemente = 1 o 2 (2) Ocasionalmente = 2 (3) Alguna vez = 3	(1) Más de 1 vez por semana (2) 1 vez por semana (3) Al menos 1 vez al mes (4) Alguna vez
Identificar qué MC conocen los estudiantes	Medicinas complementarias conocidas	(1) Acupuntura (2) Apterapia (3) Aromaterapia (4) Auriculoterapia (5) Biomagnetismo (6) Fitoterapia (7) Homeopatía (8) Masoterapia (9) Naturopatía	

		<p>(10) Quiropraxia (11) Reflexología (12) Reiki (13) Sintérgica (14) Terapia floral (15) Yoga (16) Ninguna (17) Otra</p> <p>(1) Sin conocimiento = Solo 1 (2) C. básico = 1 y 2 (3) Conocimiento intermedio = 1, 2 y 3 (4) Conocimiento avanzado = 1,2,3 y 4</p>	<p>(1) Conoce nombre. (2) Sabe en qué consiste. (3) Sabe para qué sirve. (4) Describe beneficios y consecuencias.</p>
Determinar qué MC utilizan los estudiantes	Medicinas complementarias utilizadas	<p>(1) Acupuntura (2) Apiterapia (3) Aromaterapia (4) Auriculoterapia (5) Biomagnetismo (6) Fitoterapia (7) Homeopatía (8) Masoterapia (9) Naturopatía (10) Quiropraxia (11) Reflexología (12) Reiki (13) Sintérgica (14) Terapia floral (15) Yoga (16) Otra</p>	
Determinar la adherencia en el uso de MC según sexo	Sexo (independiente)	<p>(1) Hombre (2) Mujer</p>	
Establecer la relación de los ingresos económicos y el uso de MC	Ingresos económicos (independiente)	<p>(1) 0 – 70.966 (2) 70.967 – 118.854 (3) 118.855 – 182.793 (4) 182.794 – 333.909 (5) 333.910 – sin tope</p>	<p>· Ingreso promedio familiar · N° de integrantes del grupo familiar</p>
Identificar las razones por la cual los estudiantes utilizan o no utilizan las MC	Razón de uso de medicinas complementarias	<p>(1) Abordaje integral. (2) Mejores resultados que medicina alópata. (3) Soluciona problema además de síntoma. (4) Reducción de efectos adversos. (5) Tratamientos menos traumáticos. (6) Bajo costo. (7) Otro.</p>	
Comparar la diferencia entre la razón de uso o de no uso de MC entre hombres y mujeres	Razón de no uso de medicinas complementarias	<p>(1) Desconocimiento. (2) Escepticismo de efectividad. (3) Alto costo. (4) Preferencia medicina alópata. (5) Resultados insatisfactorios. (6) Otro.</p>	

Determinar el porcentaje de estudiantes que están dispuestos a utilizar MC	Disposición a utilizar medicinas complementarias	(1) Sí (2) No	
Determinar cómo influye el entorno de los estudiantes en el uso de MC	Entorno del estudiante (independiente)	(1) Entorno desfavorable = 3 (2) Entorno favorable = 1, 2 o 4 (3) Entorno muy favorable = 1 y 2 (1) Amistades. (2) Familiares. (3) Medios de comunicación. (4) Recomendación profesional. (5) Otro.	(1) Familia. (2) Amigos. (3) Nadie. (4) Otro.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DE EZEKIEL EMANUEL

Dentro de cualquier investigación que involucre seres humanos resulta necesario resguardar su integridad y derechos, garantizando su trato respetuoso durante todo el tiempo que comprenda la investigación. Lo anterior es posible a través de los criterios éticos propuestos por Ezekiel Emanuel, que vienen a constituir una ordenada pauta de trabajo y, todavía más importante, una base firme que asegura guiar el desarrollo de la investigación y sus protocolos dentro de parámetros aceptados que protegen al individuo de todo tipo de abuso posible. Para este propósito se plantean los siguientes siete criterios:

4.6.1. VALOR

Se define como la importancia social, científica o clínica que llegará a alcanzar la investigación, debiendo aportar conocimientos para la mejora de la salud sin pasar a llevar los derechos de los sujetos participantes y sin exponerlos a ningún riesgo. Debe justificarse la necesidad de llevar a cabo esta investigación, ya sea por un bien personal o social que ayude a la creación e incorporación de nuevos conocimientos. La importancia de la presente investigación, radica en la oportunidad que otorgará al área de la enfermería permitiendo conocer los intereses de los estudiantes universitarios que en un futuro próximo serán pacientes adultos, por lo tanto es importante advertir sus interés y creencias en relación a estas terapias ancestrales que hoy en día reciben mayor notoriedad. Por medio de este objetivo se espera que el profesional de enfermería cuente con una idea clara de sus opciones de especialización en el área de las terapias complementarias, que cada vez se abre paso con mayor facilidad en la salud convencional. De este modo, el valor fundamental de la investigación radica en el hecho

de evaluar la necesidad que el profesional de enfermería tiene de fortalecer su formación en temas relacionados con las medicinas complementarias, para ser capaz de aplicarlas y promocionarlas en sus pacientes en caso de comprobarse una acogida positiva de estos a las técnicas de las MC.

El beneficio de esta investigación radica en proponer una alternativa de perfeccionamiento del profesional de enfermería, para convertirlo en un ente de la salud competente, capaz de responder de un modo integral a las demandas de salud de su población. En definitiva, el valor social que sustenta esta investigación no es otro que buscar un aporte real y novedoso de la enfermera dentro del escenario de la salud chilena, atingente a las nuevas tendencias.

4.6.2. VALIDEZ CIENTÍFICA

Se deben cumplir una serie de criterios que le dan la importancia al estudio para asegurar que el diseño del mismo ha sido adecuado y carece de fallas en su construcción. Estos son:

1. El estudio debe ser realizable, debe existir un protocolo acorde a los objetivos, un diseño, una metodología y un plan de análisis de datos que permita el acceso a conclusiones de manera que los sujetos sean expuestos lo menos posible. En el caso de esta investigación se ha creado una metodología y estructura que buscan llegar de la mejor forma a los resultados, sin pasar a llevar a los participantes que, para la recolección de datos, se verán sometidos a un cuestionario autoadministrado de naturaleza anónima, por consiguiente, sus identidades no serán divulgadas en ningún momento y sólo se han extraído del instrumento los datos requeridos para el fin de la investigación.
2. Los encargados de la investigación deben ser sujetos aptos para llevarla a cabo y deben contar con los conocimientos necesarios que aseguren el bienestar de los participantes sin exponerlos a ningún tipo de riesgo. En el presente ejercicio de investigación, la metodología de recolección de datos se limita a la aplicación del instrumento tipo cuestionario autoadministrado que supone una actividad absolutamente segura en la que los participantes no corren ningún tipo de riesgo, pues no se someten a procedimientos que pudieran afectar de algún modo a los mismos. El sujeto no se ve expuesto en ningún momento a una circunstancia incómoda, dado que procede a responder su cuestionario de forma personal sin lugar a intervenciones, a menos que este mismo las solicite para resolver sus dudas. En este último caso, las investigadoras deben proceder a la resolución de inquietudes de forma oportuna y cercana, librándose de todo juicio de valor o actitud que pudiera incurrir en alguna situación desagradable para el participante.

3. El lugar donde se lleva a cabo la investigación debe ser el más adecuado para no poner en riesgo la integridad ni derechos del sujeto. Dado que la investigación solo consta de la respuesta del instrumento tipo cuestionario autoadministrado, puede llevarse a cabo en las salas de clases respectivas de los estudiantes considerados en los grupos de inclusión, o bien en sitios contiguos según las disposiciones de cada instalación, de modo que el lugar de implementación del instrumento no implique ningún tipo de riesgo, pues constituye el ambiente natural de los individuos.

4. Se debe llevar un registro del progreso de la investigación. Para este efecto, los datos han sido registrados y evaluados desde el inicio de la investigación para asegurar la mejor aplicación del instrumento.

5. Asegurar que el manejo de la información de los resultados será veraz. Para el presente caso este aspecto se ve respaldado con los registros que afirma en el punto anterior fueron realizados, como prueba de la veracidad de la información, libre de cualquier tipo de manipulación.

4.6.3. SELECCIÓN EQUITATIVA DE LOS SUJETOS

Se estipula que la selección de los sujetos debe realizarse de forma equitativa, cuidando que los grupos a elegir no constituyan grupos vulnerables, a menos que así lo requiera la investigación. En este sentido se consideran vulnerables aquellos sujetos poseedores de alguna discapacidad que no les permita entender y firmar un consentimiento informado, falta de medios para recibir atención médica, incluyéndose también en esta categoría a niños, ancianos, enfermos mentales, minorías, presos, etc. Todo esto a menos que la investigación necesite la participación de algún grupo vulnerable y especifique los beneficios que estos obtendrán del estudio. Otra consideración debe ser la de ofrecer a todos la oportunidad de participar en el estudio a menos que presente algún factor de riesgo que se lo impida, además, los participantes deben tener la posibilidad de beneficiarse con la investigación. En el caso de la selección de los participantes en esta investigación puntual, ha sido completamente al azar dentro de los grupos definidos, es decir, estudiantes universitarios que cursen tercer semestre o un nivel superior dentro de las carreras y universidades establecidas para la acción de terreno.

4.6.4. PROPORCIÓN FAVORABLE DE RIESGO-BENEFICIO

Apunta a la no exposición de los participantes a un riesgo que supere los posibles beneficios de la investigación. Para esto se expone una serie de enunciados:

1. Que los riesgos de la investigación se minimicen, es decir, aquellos riesgos que no sean evitables deben justificarse de forma tal que no superen a los que puedan afrontarse en cualquier situación de la vida cotidiana. La investigación puntual realizada no conlleva ningún tipo de riesgo para los participantes al limitarse a un instrumento de tipo cuestionario autoadministrado, el cual ha sido respondido dentro de la institución a la que el encuestado pertenece.

2. Que los beneficios se maximicen, ya sea al individuo o a la sociedad. En este caso el beneficio no es directo para el individuo consultado, ya que se aporta información para la disciplina de enfermería, hecho que beneficia a los usuarios de modo general.

3. Protección de sujetos vulnerables, evitar discriminación. Los participantes que conformaron la presente investigación fueron escogidos dentro de los grupos de inclusión de forma azarosa.

4.6.5. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Considera el criterio de evitar conflictos de interés. En este caso los beneficios obtenidos no son directamente para los investigadores, si no que resulta beneficioso para la profesión, situación que permite apartar en buena medida cualquier conflicto de interés que pudiera entorpecer la labor ética y responsable de cualquiera de los investigadores. De forma agregada, se aclara que los plazos para el desarrollo de la presente investigación se encuentran establecidos, de modo que el tiempo tampoco ha llegado a constituir una variable capaz de afectar el accionar de los investigadores para una realización adecuada de cada parte del proceso. Como último punto para la garantía de evitar cualquier conflicto de interés es necesario aclarar que esta investigación ha sido validada por el Comité de Ética de la Universidad de Santiago de Chile.

4.6.6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El proceso de consentimiento informado nace de la necesidad de reconocer el valor de decisión del sujeto y el respeto a su autonomía. En consecuencia con este principio se ha elaborado un consentimiento informado con el cual el sujeto pueda ver reflejados sus valores e intereses para la posterior afirmación de su participación dentro de la investigación. El contenido del mismo se anexa a la presente investigación, junto a todos los detalles que le corresponde incluir.

4.6.7. RESPETO POR LOS SUJETOS INSCRITOS

Se refiere a la continuidad del compromiso ético de los investigadores tras la firma del consentimiento informado y de forma continua durante todo el tiempo que comprende el

proceso de investigación, abogando por la autonomía del sujeto y trabajando a favor de su beneficencia. Da cuenta de al menos cinco actividades diferentes:

1. El sujeto cuenta con la posibilidad de cambiar de opinión respecto a su disposición de participar en la investigación, de modo tal que pueda retirarse en cualquier momento de la misma sin recibir sanción de ningún tipo. Dado que el instrumento de aplicación escogido para este caso consiste en la aplicación puntual de un cuestionario, aplicado durante un tiempo no superior a los quince minutos, este punto se aplicó permitiendo al sujeto interrumpir el cuestionario en el momento que estimase conveniente, omitiendo las preguntas que prefiera sin que se aplique algún tipo de sanción por no completar el instrumento de manera absoluta.
2. Se garantiza la confidencialidad de la información proporcionada por el sujeto durante la recolección de datos. Con el fin del aseguramiento de este punto no solo garantiza que la información individual obtenida mediante el cuestionario fue únicamente trabajada y conocida por los miembros de la investigación para su análisis, sino que además se prescindió de la obtención de información personal de los individuos participantes tales como nombre, Rut, fecha de nacimiento, direcciones, números telefónicos u otros.
3. Se proporciona información oportuna a los sujetos en caso de surgir nuevos riesgos y beneficios durante el desarrollo de la investigación. Para el aseguramiento de este punto se mantuvo el compromiso de mantener actualizado el consentimiento informado elaborado para la aplicación del instrumento de recolección de datos. Así, en caso de presentarse alguna circunstancia no detectada al momento de aplicación del cuestionario, los sujetos participantes podrían ser oportunamente informados para la firma de un nuevo consentimiento informado, o en su defecto, la decisión de retirarse de la investigación. Dada la ausencia de cambios, esta acción no debió llevarse a cabo.
4. Se instaura un método de contacto para otorgar los resultados de la investigación y las conclusiones elaboradas, dirigidas a los sujetos participantes que así lo deseen. Para este efecto se proporcionaron los datos de contacto de algunas de las investigadoras, para la facilitación de la entrega de resultados.
5. Se vela por el bienestar del individuo, manteniendo el esfuerzo por evitar cualquier reacción adversa evitable. En el caso de la investigación presente, este punto se garantiza *per se*, sin la necesidad de algún esfuerzo adicional de parte de los investigadores para alcanzar este objetivo, pues la participación en el cuestionario autoadministrado por parte del sujeto no supuso ningún riesgo para el mismo.

5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

A continuación se presentan las tablas elaboradas a partir de los datos obtenidos por medio del instrumento de recolección de datos tipo cuestionario autoadministrado. Los datos son presentados considerando los objetivos de la investigación. Cabe destacar, además, que las tablas dan cuenta en cada caso del grupo consultado en correspondencia a cada pregunta del instrumento, motivo por el cual algunas concentran una cantidad de datos perdidos previamente considerada.

5.1. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ACTUALMENTE

Tabla 1. Problemas de salud de los estudiantes universitarios

	Frecuencia	Porcentaje válido
Angustia	27	8,1
Depresión	10	3,0
Dolores de cabeza	79	23,7
Dolores lumbares	33	9,9
Dolores musculares	15	4,5
Dolores osteoarticulares	9	2,7
Estrés	55	16,5
Problemas emocionales	19	5,7
Trastornos alimenticios	8	2,4
Trastornos del sueño	38	11,4
Trastornos digestivos	22	6,6
Ningún problema	14	4,2
Otro	5	1,5
Total	334	100,0
Perdidos Sistema	4	
Total	338	

Los datos requeridos para este objetivo corresponden al ítem 2 del instrumento y de las alternativas disponibles sólo se tabularon las primeras opciones marcadas por los estudiantes. De la correspondiente tabla 1 de datos es posible evidenciar que la mayoría de los estudiantes sufre de dolores de cabeza (23,7%), estrés (16,5%) y trastornos del sueño (11,4%). De forma adicional a estos problemas señalados como los más frecuentes, los encuestados han referido

otro tipo de problemas distintos a los abordados de forma predeterminada en el instrumento, dentro de los que se encuentran: dolores de garganta, amigdalitis, problemas existenciales, alergia, problemas hormonales y problemas a la vista.

Lo anterior reafirma la información recopilada en el marco teórico de esta investigación donde se señala que los estudiantes universitarios poseen un alto nivel de estrés autopercebido. Resultaría válido afirmar que en todos estos casos, los problemas guardan una estrecha relación con la etapa en que se sitúan los consultados, pues la vida universitaria supone una importante carga de responsabilidades y constantes situaciones de estrés. De hecho, dos de los problemas autoreportados podrían ser consecuencia del estrés con el que los estudiantes eventualmente enfrentan los desafíos cotidianos. Así, María Luisa Naranjo señala en su revisión teórica sobre el estrés que los trastornos del sueño corresponden a una respuesta conductual al estrés, y la cefalea, una de las muchas afectaciones que los órganos vitales del cuerpo pueden tener ante un estado emocional particular (2009, pp. 176-178).

5.2. MANERA EN QUE LOS ESTUDIANTES RESUELVEN SUS PROBLEMAS DE SALUD

Tabla 2. Resolución de problemas de salud

		Frecuencia	Porcentaje válido
	Medicina alopática	55	16,7
	Automedicación	106	32,2
	Sin tratamiento	110	33,4
Válidos	Terapia complementaria	17	5,2
	MC y alopática	35	10,6
	Otro	6	1,8
	Total	329	100,0
Perdidos	Sistema	9	
	Total	338	

Para el análisis de este objetivo se ha acudido a las respuestas vertidas en el ítem 3 del instrumento. De sus resultados se aprecia que la mayoría de los consultados carecen de hábitos para la resolución de sus problemas de salud, dado que las más altas respuestas corresponden a la ausencia de tratamiento de los estudiantes universitarios (33,4%) y su automedicación (32,2%). Solo en el tercer lugar de las mayores respuestas se instala la opción de medicina alopática (16,7%).

El fin de determinar el modo en que los estudiantes universitarios dan solución a sus problemas de salud responde a la necesidad de establecer el nivel de autocuidado del grupo de estudio. Ha sido de este modo que las investigadoras se han enfrentado al presente objetivo con la hipótesis de un autocuidado deficiente. Ha quedado en evidencia la concordancia de los resultados con las ideas preconcebidas: la mayoría de los estudiantes consultados decide no aplicar tratamiento alguno para solucionar sus problemas de salud o prefiere la automedicación. A luz de las evidencias resulta claro que los estudiantes universitarios no cuentan con una adecuada cultura del autocuidado, sino que muy por el contrario desplazan el mantenimiento de su salud a un plano que queda muy atrás en comparación a otras prioridades. Es posible que esta falta de preocupación se deba a la edad de los participantes, al tiempo que ocupan los deberes universitarios, o bien al hecho de restar importancia a la posibilidad de que el problema de salud derive a otro tipo de complicación con el paso del tiempo.

5.3. PROBLEMAS DE SALUD MÁS COMUNES LOS ESTUDIANTES QUE SON TRATADOS CON MC

Tabla 3. Problemas de salud más comunes tratados con MC

	Frecuencia	Porcentaje válido
Angustia	18	12.9
Depresión	7	5.0
Dolores de cabeza	21	15.1
Dolores lumbares	10	7.2
Dolores musculares	8	5.8
Dolores osteoarticulares	3	2.2
Estrés	30	21.6
Problemas emocionales	12	8.6
Trastornos alimenticios	3	2.2
Trastornos del sueño	9	6.5
Trastornos digestivos	6	4.3
Trastornos sexuales	1	.7
No necesita tratar ningún problema	8	5.8
Otro	3	2.2
Total	139	100.0
Perdidos Sistema	199	
Total	338	

Los datos fueron obtenidos del ítem 12 del instrumento de recolección de datos. En la tabla se evidencia que los problemas de salud más tratados con medicinas complementarias por los estudiantes universitarios son, en primer lugar, el estrés (21,6%), en segundo lugar dolores de cabeza (15,1%) y por último angustia (12,9%). Además de los problemas preestablecidos en el cuestionario se agregaron tumores y problemas hormonales.

Al intentar identificar los problemas de salud más comunes que son tratados con medicinas complementarias, resulta claramente observable que coinciden en su mayoría con aquellos problemas que anteriormente se señalaron como los más frecuentes en los estudiantes universitarios (estrés, dolores de cabeza y angustia), es decir, las medicinas complementarias constituyen una solución para los problemas de salud más comunes del grupo de estudio. Esto aplica para aquellos estudiantes que hacen uso de las medicinas complementarias y cuando el problema de salud se torna complicado, pues cabe recordar que en el objetivo anterior se ha establecido la premisa de que el estudiante universitario no acostumbra a solucionar sus problemas de salud. De este modo, aunque se observe un bajo porcentaje de conductas de autocuidado, es positivo apreciar que la medicina complementaria sí se percibe como una respuesta a los problemas más comunes, cuando eventualmente se decide hacer uso de ella.

5.4. PORCENTAJE DE ESTUDIANTES QUE UTILIZAN LAS MC

Tabla 4. Uso de MC

		Frecuencia	Porcentaje válido
	Sí	139	41,5
Válidos	No	196	58,5
	Total	335	100,0
Perdidos	Sistema	3	
Total		338	

Para dar respuesta a este objetivo se ha tomado como referencia las respuestas separadas de los ítems 7 y 13 del instrumento de recolección de datos.

Sobre el primer ítem, el cual consultaba respecto al uso de las medicinas complementarias por estudiantes universitarios, arroja un resultado que otorga la mayoría de respuestas a quienes no usan estas medicinas (58,5%) contra los que sí la utilizan (41,5%). Para avalar el peso de esta respuesta es que se consideran también las respuestas del ítem 13,

el cual consulta sobre la frecuencia (adherencia) con la que los estudiantes utilizan las medicinas complementarias.

Tabla 5. Adherencia a MC

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Frecuentemente	44	32,4
	Ocasionalmente	22	16,2
	Alguna vez	70	51,5
	Total	136	100,0
Perdidos	Sistema	202	
Total		338	

Así, de acuerdo a la tabla 5, de los estudiantes que contestaron 'Sí' al ítem 7, la mayoría refiere haber hecho uso de las medicinas complementarias alguna vez (51,5%), seguido por quienes respondieron usarlas con frecuencia (32,4%), lo que quiere decir que se utilizan al menos una vez por semana.

Establecer el porcentaje de estudiantes que utiliza medicinas complementarias no podría llegar a considerarse un análisis resolutivo si no se asocia con la frecuencia correspondiente a su uso. Es por ello que se han tomado en cuenta ambas variables. De este modo, si bien es claro que la diferencia entre los estudiantes que usan o no las medicinas complementarias no es demasiado amplia a nivel porcentual, esta distancia entre el uso y no uso de terapias se torna mucho más amplio al considerar que la mitad de aquellos consultados que afirman utilizar medicinas complementarias, solo lo han hecho alguna vez en su vida, tal vez por casualidad o curiosidad. Lo cierto entonces es que de aquellos que en un comienzo afirmaban utilizar medicina complementaria, la cantidad de quienes realmente la utilizan con cierta regularidad se reduce a la mitad. Se establece así que el verdadero uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios mantiene aún una baja adhesión. Vale mencionar que no es posible realizar una comparación con resultados de años anteriores, por falta de estudios preliminares en este grupo etario.

5.5. MC QUE MÁS CONOCEN LOS ESTUDIANTES

Tabla 6. MC conocidas

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Acupuntura	75	22,3
	Apiterapia	7	2,1
	Aromaterapia	9	2,7
	Auriculoterapia	4	1,2
	Biomagnetismo	11	3,3
	Fitoterapia	6	1,8
	Homeopatía	29	8,6
	Masoterapia	13	3,9
	Naturopatía	1	,3
	Quiropraxia	8	2,4
	Reflexología	4	1,2
	Reiki	26	7,7
	Terapia floral	25	7,4
	Yoga	90	26,8
	Ninguna	28	8,3
	Total	336	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		338	

Para la obtención de datos asociados a este objetivo se hace referencia al ítem 4 del instrumento. En la tabla 6 se observa que las medicinas complementarias más conocidas por los estudiantes universitarios son el Yoga (26,8%), la Acupuntura (22,3%) y la Homeopatía (8,6%). Del mismo modo es importante destacar que la cuarta opción que marcó mayor cantidad de respuestas es la que indica que el estudiante consultado no conoce ningún tipo de medicina complementaria (8,3%).

Dentro de las opciones que los consultados agregaron fuera de las preestablecidas, las actividades físicas se señalan como las preponderantes. La Marihuana ha sido también mencionada en el apartado correspondiente.

Tabla 7. Nivel de conocimiento de MC

		Frecuencia	Porcentaje válido
	Sin conocimiento	38	11,5
	Conocimiento básico	72	21,8
Válidos	Conocimiento intermedio	69	20,8
	Conocimiento avanzado	152	45,9
	Total	331	100,0
Perdidos	Sistema	7	
Total		338	

Junto con el ítem abordado anteriormente, se han considerado también las respuestas vertidas en el ítem 5 del instrumento de recolección de datos, el cual orienta su interés hacia el nivel de conocimiento que el estudiante afirma poseer respecto a la MC que anteriormente ha referido identificar. Así se aprecia en la tabla 7 que la mayoría de los consultados que usan MC posee un nivel de conocimiento avanzado respecto a las terapias que le son familiares (45,9%), lo que quiere decir que conocen la dinámica, utilidad, beneficios y consecuencias de determinada medicina complementaria. Un grupo menor cuenta con un conocimiento básico de la medicina referida en el ítem 4 (21,8%), afirmando que solo saben en qué consiste, pero desconocen mayor información. En tercer lugar y casi en idéntica proporción con el grupo anterior, los estudiantes afirman poseer un nivel intermedio de conocimiento de las medicinas complementarias (20,8%), que asegura al menos el entender qué usos se da a la MC referida.

Al realizar un análisis que pueda justificar las tres terapias mayormente escogidas, es posible abordar las siguientes consideraciones: el hecho de que el yoga ocupe el primer lugar a nivel porcentual bien puede deberse a la popularidad que esta terapia ha alcanzado con el paso de los años, pues ha llegado a impartirse en diversidad de lugares como universidades, gimnasios y actividades comunitarias, convirtiéndose en una alternativa accesible a la población general dado su bajo costo en comparación con otro tipo de medicinas complementarias. Cabe mencionar que a pesar de su amplio conocimiento, durante el proceso de recolección de datos se ha corroborado que una importante cantidad de personas no consideran el yoga como una medicina complementaria. La acupuntura, por otro lado, bien pudiera haber ocupado el segundo lugar dada la trayectoria de esta como disciplina. Cuenta con una historia de larga data que ha asegurado su conocimiento con el paso de los años. La homeopatía se instala en un tercer lugar, y su elección bien podría responder al origen natural de su preparación en comparación a la elaboración de fármacos tradicional, a los cuales se les adjudica en general una alta carga de efectos adversos que se consideran escasos en la medicina natural.

De esta forma, se establece que más de la mitad de los consultados afirman conocer alguna medicina complementaria, y de acuerdo a los resultados de la tabla de nivel conocimiento, corresponde en su mayoría a un nivel avanzado que contrarresta a la minoría de estudiantes que afirma no conocer ninguna medicina complementaria. Así, aún cuando el uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios es aún bajo, el conocimiento de al menos una de ellas es consistente.

5.6. MC QUE MÁS UTILIZAN LOS ESTUDIANTES

Tabla 8. MC utilizadas

	Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos Acupuntura	13	9,4
Apiterapia	3	2,2
Aromaterapia	4	2,9
Auriculoterapia	5	3,6
Biomagnetismo	6	4,3
Fitoterapia	5	3,6
Homeopatía	18	13,0
Masoterapia	9	6,5
Naturopatía	3	2,2
Quiropraxia	4	2,9
Reflexología	2	1,4
Reiki	16	11,6
Terapia floral	26	18,8
Yoga	21	15,2
Otra	3	2,2
Total	138	100,0
Perdidos Sistema	200	
Total	338	

El ítem 10 del instrumento de recolección de datos da respuesta a este objetivo. Así, del total de estudiantes que afirma utilizar medicinas complementarias, las indicadas como las más usadas son Terapia floral (18,8%), Yoga (15,2%) y Homeopatía (13%). Dentro de las medicinas complementarias que los consultados refirieron utilizar y que no se contemplaban en las opciones de respuesta, se incluye la dactilopuntura.

Al determinar qué medicinas complementarias utilizan los estudiantes universitarios, ocurre una situación similar a la acontecida con los problemas de salud de los estudiantes: se repiten dos de las terapias anteriormente señaladas como las más conocidas, es decir, yoga y homeopatía. Este resultado tiene sentido en la medida que aquellas terapias que resultan más familiares a los consultados, serán a las que se preferirá dar uso. La acupuntura, sin embargo, queda ausente en este resultado y es reemplazada por la terapia floral, que también cuenta con una historia de larga data ampliamente difundida a nivel popular. Es probable que el mayor uso que se asigna a esta medicina en comparación con la acupuntura guarde una importante relación con el acceso económico asociado a cada una. Además es probable que la acupuntura quede fuera de las preferencias de los encuestados, ya que se trata de una terapia de carácter invasiva en comparación con las otras, por lo cual a muchos de los individuos puede no ser una opción a considerar.

5.7. ADHERENCIA A LAS MC SEGÚN SEXO

Tabla 9. Uso de MC según sexo

			Uso de medicina complementaria		Total
			Sí	No	
Sexo	Hombre	Recuento	35	111	146
		% dentro de Sexo	24,0%	76,0%	100,0%
Sexo	Mujer	Recuento	103	85	188
		% dentro de Sexo	54,8%	45,2%	100,0%
Total		Recuento	138	196	334
		% dentro de Sexo	41,3%	58,7%	100,0%

Para dar respuesta a este objetivo, se ha realizado el cruce de los datos obtenidos en los ítems 1 (sexo) y 7, resultando un mayor uso de medicinas complementarias por las mujeres (54,8% del total de mujeres) que por los hombres (24% del total de hombres).

La causa de esta diferencia podría responder a los estereotipos de género asignados a cada grupo, los cuales hablan de una visión más racional del género masculino que se acomoda más a la mirada positivista de la medicina alopática. Al género femenino, en cambio, se asocia una mirada más próxima a la emoción y espiritualidad, ámbitos que coinciden con la mirada holística de las medicinas complementarias. En conclusión el sexo como variable sí se considera un influyente al momento de determinar el uso o no uso de las MC.

5.8. RELACIÓN DE LOS INGRESOS ECONÓMICOS Y EL USO DE MC

Tabla 10. Uso de MC según ingreso económico

			Uso de medicina complementaria		Total
			Sí	No	
Ingresos económicos		Recuento	6	8	14
	0 - 70.966	% dentro de Ingresos económicos	42,9%	57,1%	100,0%
		Recuento	20	31	51
	70.967 - 118.854	% dentro de Ingresos económicos	39,2%	60,8%	100,0%
		Recuento	26	33	59
	118.855 - 182.793	% dentro de Ingresos económicos	44,1%	55,9%	100,0%
		Recuento	40	44	84
	182.794 - 333.909	% dentro de Ingresos económicos	47,6%	52,4%	100,0%
		Recuento	39	63	102
	333.910 - sin tope	% dentro de Ingresos económicos	38,2%	61,8%	100,0%
Total	Recuento	131	179	310	
	% dentro de Ingresos económicos	42,3%	57,7%	100,0%	

La obtención de los datos para este objetivo se ha rescatado de los ítems 1 (ingresos económicos) y 10 del instrumento. Los resultados indican que para cada quintil prepondera el no uso de medicinas complementarias por encima del uso (57,1% para el primero, 60,8% para el segundo, 55,9% para el tercero, 52,4% para el cuarto y 61,8% para el quinto). No obstante, dada la escasez de datos recolectados para el grupo del primer quintil, no es posible confirmar la validez del resultado en ese grupo específico.

La anterior lectura permite determinar que el ingreso económico no corresponde a una variable influyente con respecto al de uso de las medicinas complementarias en este grupo etario, debido a que todos, sin importar el ingreso per capita, no usan las medicinas complementarias.

Esto se contrapone con las ideas hipotéticas sobre el uso de las MC en relación con los ingresos económicos que las investigadores sostenían al inicio de este estudio, pues claramente los ingresos no constituyen un factor relevante a la hora de decidir el uso de alguna medicina; lo cual evidencia la existencia de otros factores como el sexo, el entorno del individuo o el conocimiento de las MC para lograr utilizarlas.

5.9. RAZONES POR LO CUAL LOS ESTUDIANTES UTILIZAN O NO UTILIZAN LAS MC

Tabla 11. Razón de uso de MC

	Frecuencia	Porcentaje válido
Abordaje integral	51	37,2
Mejores resultados que medicina alópata	8	5,8
Soluciona problema además de síntoma	20	14,6
Reducción de efectos adversos	34	24,8
Tratamientos menos traumáticos	10	7,3
Bajo costo	6	4,4
Otro	8	5,8
Total	137	100,0
Perdidos Sistema	201	
Total	338	

Los resultados se han rescatado a partir del ítem 14 del cuestionario autoadministrado, indicando que la mayoría de los consultados refiere haber hecho uso de las medicinas complementarias por considerar que su abordaje es más integral en relación con la medicina convencional (37,2%), la segunda opción más indicada afirma que la medicina complementaria posee menos efectos adversos que la alopática (24,8%). En un tercer lugar se afirma que la razón de utilizar medicinas complementarias es que además de solucionar la sintomatología, resuelve también el problema de salud de base (14,6%).

Dentro de las respuestas que los encuestados han entregado fuera de las otorgadas como opción, se incluyen la necesidad de probar algo diferente, la prueba por casualidad, la curiosidad y la disponibilidad de estas medicinas, lo cual demuestra relación con la frecuencia de uso.

Tabla 12. Razón de no uso de MC

		Frecuencia	Porcentaje válido
	Desconocimiento	66	34,9
	Escepticismo efectividad	24	12,7
	Alto costo	27	14,3
Válidos	Preferencia medicina alópata	42	22,2
	Resultados insatisfactorios	3	1,6
	Otro	27	14,3
	Total	189	100,0
Perdidos	Sistema	149	
	Total	338	

Los resultados para el análisis de este objetivo se rescataron del ítem 8 del instrumento, señalando como la respuesta mayormente escogida el hecho de no conocer las medicinas complementarias (34,9%). Como segunda opción más escogida se indica preferir la medicina alópata o convencional por encima de la medicina complementaria (22,2%). La tercera opción más escogida para justificar el no uso de las medicinas complementarias es el alto costo que se les asigna a estas (14,3%). Cabe destacar que la opción 'Otro' fue altamente escogida por los consultantes (14,3%), señalando motivos de no uso tales como la falta de interés, la falta de oportunidad de acceso a las medicinas complementarias, la falta de tiempo y la falta de necesidad.

Volviendo al primer punto para proceder al análisis, se recuerda que dentro de las razones por las cuales los estudiantes señalan utilizar las medicinas complementarias predomina la visión de que ellas comprenden al ser humano como un ente integral, abarcando dentro de sus ideales el cuerpo y mente de cada individuo. Los motivos de ello podrían justificarse en un cambio de paradigma de la población hacia las diversas patologías que hoy en día se han visto en un constante aumento, considerando así el uso de las medicinas complementarias para solucionar aquellos problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad u otro; que de por si requiere de un abordaje que vaya más allá de un tratamiento médico para el cuerpo, lo que en definitiva otorgan las MC. Además, la corriente de la población actual se aboca a rechazar aquel pensamiento racionalista sobre indicaciones médicas, farmacológicas o tecnológicas, optando por aquellas que son consideradas más

naturales, siendo las MC las que abordan el concepto de una medicina biopsicosocial por excelencia. Todo lo anteriormente descrito, se explica debido a la gran disponibilidad de información con la cual la sociedad cuenta actualmente, pues cada individuo puede informarse sobre sus tratamientos, las contraindicaciones farmacológicas o simplemente en qué consiste su patología con el simple hecho de buscar información relevante en internet. Teniendo así la posibilidad de optar por una alternativa que para el individuo se acomode a sus expectativas.

Ahora con respecto a las razones de no uso de las MC existe un alto porcentaje de estudiantes que refiere no conocerlas, pues no han tenido acceso a ellas o no cuentan con un entorno vinculado a ellas; convirtiéndose así en un grupo potencialmente educable sobre las MC.

Otro de los factores que influye en la razón de no uso de las MC podría deberse a la preferencia de una medicina alópata debido a que ésta se encuentra respaldada por una ley institucional que le permite actuar sobre criterios establecidos; en cambio una MC que en general no cuenta con un respaldo legal, podría ser foco de desconfianza para aquellos que duden en usarla. Además, la medicina alopática cuenta con un método científico que la certifica como una ciencia, lo cual para muchos escépticos de las MC constituye un argumento de peso para preferir las primeras.

Y por último otro factor influyente es el alto costo de las MC. Algunas de las mayormente masificadas, como el Yoga o la Homeopatía, resultan mucho más accesibles por la alta demanda que poseen y la masificación popular que estas han tenido. En la medida que otras terapias aumenten su demanda, la oferta podría llegar a abaratar costo y ampliar las opciones a las personas.

5.10. RAZÓN DE USO Y NO USO DE MC ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Tabla 13. Razón de uso de MC según sexo

	Razón de uso de medicinas complementarias							Total
	Abordaje integral	Mejores resultados que MA	Soluciona problema y síntoma	Reducción efectos adversos	Tto. menos traumático	Bajo costo	Otro	
Hombre	13	3	4	7	3	3	2	35
Sexo	37,1%	8,6%	11,4%	20,0%	8,6%	8,6%	5,7%	100,0%
Mujer	38	5	16	26	7	3	6	101
Sexo	37,6%	5,0%	15,8%	25,7%	6,9%	3,0%	5,9%	100,0%
Total	51	8	20	33	10	6	8	136
	37,5%	5,9%	14,7%	24,3%	7,4%	4,4%	5,9%	100,0%

La tabla de datos para la respuesta a este objetivo se ha obtenido del cruce de los ítems 1 (sexo) y 14 del instrumento. A partir de la tabla de contingencia es posible apreciar que para ambos sexos, la respuesta mayormente escogida refiere al abordaje integral de las medicinas complementarias (37,1% hombres, 37,6% mujeres).

La segunda y tercera respuesta más escogidas coinciden para ambos sexos con las observadas a modo general, sin observarse grandes diferencias entre los motivos de uno y otro (reducción de efectos adversos: 20% hombres, 25,7% mujeres; solución de problema y síntoma: 11,4% hombres, 15,8% mujeres).

Tabla 14. Razón de no uso de MC según sexo

	Razón de no uso de medicinas complementarias						Total
	Desconocimiento	Escepticismo efectividad	Alto costo	Preferencia MA	Resultados insatisfactorios	Otro	
Hombre	45	18	8	25	0	12	108
Sexo	41,7%	16,7%	7,4%	23,1%	0,0%	11,1%	100,0%
Mujer	21	6	19	17	3	15	81
Sexo	25,9%	7,4%	23,5%	21,0%	3,7%	18,5%	100,0%
Total	66	24	27	42	3	27	189
	34,9%	12,7%	14,3%	22,2%	1,6%	14,3%	100,0%

Para el resultado de este objetivo se han cruzado los datos del ítem 1 (sexo) y 8 del cuestionario autoadministrado. En este caso se aprecia una marcada diferencia en tres razones

de no uso: el porcentaje de desconocimiento presenta una inclinada tendencia de asociación hacia los hombres (41,7%) que hacia las mujeres (25,9%). Del mismo modo, la referencia al escepticismo de estas medicinas es también marcado en los hombres (16,7%) que en las mujeres (7,4%). Por el contrario, el alto costo de estas medicinas es mayormente referido por las mujeres (23,5%) que por los hombres (7,4%). Para el resto de los motivos, las diferencias son menos evidentes (preferencia de medicina alópata: 23,1% hombres, 21% mujeres; resultados insatisfactorios: 0% hombres, 3,7% mujeres; otros: 11,1% hombres, 18,5% mujeres).

Dentro de las razones de uso según sexo es posible dilucidar que no existe una detallada distinción entre ellos para el uso de las MC. En definitiva la variable de sexo no es una determinante para la razón de uso de las MC.

Y la razón de no uso, dejando de lado el autocuidado que se ha corroborado escaso, la mujer revela poseer mayor información respecto a lo que implican las MC, son ellas las que afirman sobre su alto costo en tanto el hombre asevera no conocerlas mayormente.

5.11. PORCENTAJE DE ESTUDIANTES DISPUESTOS A UTILIZAR MC

Tabla 15. Disposición a usar MC

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Sí	165	87,8
	No	23	12,2
	Total	188	100,0
Perdidos	Sistema	150	
Total		338	

Los datos requeridos para este objetivo se han extraído del ítem 9 del instrumento, considerando a los consultados que al momento de la recolección de datos no utilizaban medicinas complementarias. Los resultados indican que la mayoría de los estudiantes se muestran dispuestos a utilizar las medicinas complementarias (87,8%).

En este sentido, la respuesta ha generado resultados favorables a la investigación. En consecuencia, la negativa absoluta a estas terapias se evidencia escasa, y esto da cuenta del importante campo de trabajo que se abre a la enfermera en relación a esta área de conocimiento: el hecho de que un alto porcentaje de estos potenciales futuros pacientes adultos consideren las medicinas complementarias como una opción aceptable, demanda la adecuada preparación del profesional de enfermería en este ámbito, pues solo así será capaz de otorgar

esta alternativa a la población, acercándola a la realidad particular de cada individuo y presentándola como una vía válida para incorporarla a su estilo de vida, el que eventualmente podría abordarse con la mirada integral que hoy en día se busca de forma generalizada.

Considerando el porcentaje de aquellos que no se encuentran dispuestos a utilizar las MC, sería interesante para un próximo estudio averiguar las razones por las cuales no lo estarían.

5.12. ENTORNO DE LOS ESTUDIANTES QUE USAN MC

Tabla 16. Uso de MC según uso de MC en entorno

	Uso de medicina complementaria		Total
	Sí	No	
Entorno desfavorable	17	84	101
	16,8%	83,2%	100,0%
Uso de MC en el Entorno favorable	78	95	173
entorno del sujeto	45,1%	54,9%	100,0%
Entorno muy favorable	44	17	61
	72,1%	27,9%	100,0%
Total	139	196	335
	41,5%	58,5%	100,0%

Los datos para la respuesta a este objetivo se han obtenido del cruce de los ítems 6 y 7 del cuestionario autoadministrado, arrojando como resultado que los estudiantes con un entorno desfavorable al uso de medicinas complementarias, es decir, que ningún conocido cercano las utiliza, destaca el no uso de estas medicinas por los estudiantes (83,2% 'No' contra 16,8% 'Sí'). Por el contrario, dentro del entorno muy favorable en el cual amigos y familiares de los consultados hacen uso de las medicinas complementarias, sobresale el uso de las mismas (72,1% 'Sí' contra 27,9% 'No').

Tabla 17. Medio de contacto a MC

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Amistades	56	40,3
	Familiares	59	42,4
	Medios de comunicación	8	5,8
	Recomendación profesional	12	8,6
	Otro	4	2,9
	Total	139	100,0
Perdidos	Sistema	199	
	Total	338	

Los resultados para este objetivo se han rescatado del ítem 11 del instrumento de recolección de datos. A partir de la tabla es posible observar que tanto las amistades como las conexiones familiares se convierten en el principal punto de acceso a las medicinas complementarias (familia 42,4% y amigos 40,3%), en tanto que en un tercer lugar el profesional de salud se impone como un medio de acceso (8,6%).

Sobre la determinación de la influencia que posee el entorno de los estudiantes en el uso que estos revelan poseer en cuanto a las medicinas complementarias, los resultados obtenidos de las tablas y sus lecturas han sido concluyentes, pues se corrobora la impresión hipotética previa conservada por las investigadoras: el entorno se convierte en una variable de importante influencia, pues el uso de las medicinas complementarias aumenta en la medida que los estudiantes cuentan con un entorno que ya hace uso de estas terapias. Esta proximidad a las terapias, que va de boca en boca, se torna evidente al comprobar que aquellos estudiantes que utilizan medicinas complementarias afirman haber accedido a ellas gracias a amistades o familiares, entregando a este factor una importancia mucho más poderosa de la que podría llegar a adjudicarse a variables antes analizadas como el sexo y el ingreso económico.

Tomando en cuenta la amplia diferencia de porcentajes entre la familia-amigos y profesionales de salud, se evidencia que éste último no cuenta con una participación activa al momento de promocionar y proporcionar las MC; por lo cual es necesario capacitar al personal para que se trasformen en un instrumento útil de difusión de las mismas y así se logre trabajar en equipo para que se masifique el conocimiento y la utilización de ellas. Además, viendo el porcentaje de influencia que tiene la familia, sería beneficioso abordar la masificación de las MC a partir del núcleo familiar.

6. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Habiendo llevado a cabo las lecturas y análisis correspondientes, resulta posible llegar a una visión concreta y concisa resultante de los objetivos específicos planteados, resumiéndose en la siguiente afirmación: aún en la actualidad y a pesar de sus agigantados avances en notoriedad y reconocimiento, las medicinas complementarias en Chile continúan representando un tema de abordaje medianamente diseminado. Esto se respalda en los resultados de esta investigación que dan cuenta de la preponderancia de un porcentaje de estudiantes que no hacen uso de las medicinas complementarias, y más aún, se reafirma en el hecho de que muchos de aquellos que afirman hacer uso de estas terapias, no acuden a este método de forma regular ni ocasional, sino más bien puntual, de modo casi fortuito.

En base a lo anterior, bien podría llegar a pensarse que los resultados obtenidos se manifiestan abiertamente desalentadores. Sin embargo, existen otros aspectos que vale la pena recalcar y que otorgan sentido a la observación previa: así como es cierto el reducido uso que se da hoy a las medicinas complementarias, es igualmente cierta la alta disposición de los consultados a probar y conocer las medicinas complementarias, pues se ha constatado además que el desconocimiento a estas terapias constituye el más importante de los motivos por el cual no se hace uso de las mismas. Así, se comprueba que la mirada hacia las medicinas complementarias es en realidad positiva, y dada la existencia de esta buena recepción, es razonable que el profesional de enfermería consienta en la formación de estas materias para una adecuada orientación al usuario, acercándolo y familiarizándolo con los beneficios de estas terapias.

Para una conclusión acabada, no obstante, es necesario abordar esta investigación mucho más allá de la medicina complementaria como concepto aislado, realizando una asociación coherente y práctica para la disciplina y la profesión de enfermería. Es aquí cuando entra en juego, por lo tanto, la mirada a partir del lente del autocuidado, proporcionado por la teorista Dorothea Orem. Solo de este modo es posible apreciar en los resultados la existencia un problema de larga data, manifestado en este tema como una dificultad de base que no puede pasarse por alto si se pretende proponer una solución acabada y un plan de abordaje que se precie de ser coherente: más allá de la estimación que pueda hacerse de las medicinas complementarias, lo verdaderamente cierto y preocupante es la clara ausencia de una cultura de autocuidado en los jóvenes universitarios.

Ya la experiencia de las investigadoras podría haber dado cuenta de este hecho en distintos grupos etarios, pero el proceso aquí llevado a cabo lo corrobora al demostrar que los consultados, ante un problema de salud, inclinan sus preferencias a omitir cualquier tipo de

tratamiento o bien a la automedicación. Esta realidad se contrapone con uno de los tres requisitos básicos que Dorothea Orem considera a la hora de definir el comportamiento aprendido del autocuidado: los requisitos de la desviación de la salud. El hecho de que se prescindiera abiertamente de las guías que un profesional capacitado pueda otorgar para contribuir a la salud del individuo, sin duda da cuenta del trabajo fundamental que recae para enfermería en este ámbito, y que no se limita simplemente a la educación de la población, sino que exige un abordaje completo en cada una de las cuatro áreas de desempeño que atañen al quehacer del profesional de enfermería.

Tomando esto en cuenta, y en base a los principios planteados en la teoría que sustenta esta investigación, deben definirse ciertas directrices básicas para las áreas ya mencionadas. Así, para el área de administración que basa sus funciones en el apoyo de la gestión, sus acciones en relación al autocuidado debieran considerar la planificación de actividades que refuercen y fomenten el empoderamiento del individuo en lo que a su salud respecta. En su rol de gestora, la enfermera cuenta con la facultad para proponer la elaboración de programas efectivos y evaluar el modo en que estos sean correctamente dirigidos a los usuarios del sistema. Y ya abordada la premisa del autocuidado, es válido destacar el aporte que las medicinas complementarias puedan llegar a poseer en este aspecto, pues su carácter integral las perfila como una opción de primera línea para el autocuidado. La incorporación de estas terapias junto a la razonada justificación de su uso, bien podrían convertirse en una poderosa fórmula para combatir el actual déficit de autocuidado, a través de un trabajo de gestión responsable, donde la planificación y la evaluación cumplen un papel imprescindible.

En relación al área de desempeño asistencial, las acciones se manifiestan igual de amplias e imprescindibles en relación al nivel de asistencia que le corresponda abordar. Dado que la teoría de autocuidado se centra en el individuo que cuenta con las capacidades físicas y mentales para decidir acciones que vayan en beneficio de su salud, en este apartado se tomará en cuenta la Teoría de Sistemas de Dorothea Orem, que considera tanto la Teoría de Autocuidado como la de Déficit de Autocuidado. Esto para crear un vínculo con los beneficios que las medicinas complementarias pueden tener en las acciones de enfermería para contribuir al autocuidado del individuo. Es así como en el sistema totalmente compensador, el cual evidencia un déficit absoluto de autocuidado y una dependencia completa de las acciones de enfermería para alcanzar un estado de bienestar, el profesional de enfermería cuenta con la facultad de tomar las decisiones por el individuo para la ejecución de su autocuidado. La decisión de incorporar en este plan de cuidados las actividades propias de determinada medicina complementaria no solo contribuirá al bienestar del usuario, sino que marca un precedente para el entorno en que esta actividad es llevada a cabo, tanto para otros profesionales de enfermería como para otros usuarios, que contarán con la posibilidad de

familiarizarse con estas terapias y el aporte conjunto con la terapia alopática correspondiente. Esto se repite para el sistema parcialmente compensador, en el que el individuo realizará actividades de autocuidado de acuerdo a sus capacidades. La diferencia en este sistema radica principalmente en que la enfermera cuenta con un margen de orientación para el usuario, que si bien puede resultar limitado, facilita el aprendizaje que el individuo puede realizar de acciones para su propio beneficio, permitiéndole un criterio mayor para recurrir a las medicinas complementarias una vez que el profesional de enfermería pueda haber hecho uso de ellas para el apoyo en su autocuidado. Por último, el sistema de apoyo-educación demanda sobre todo la capacidad de difusión en aquellos individuos que son completamente capaces de tomar decisiones en relación a su autocuidado. En este sentido, el enfermero debe ser capaz de otorgar a las personas las herramientas adecuadas para que la persona sea capaz de hacerse cargo de su propio cuidado, y en este sentido, las medicinas complementarias se presentan como una herramienta imprescindible para el mantenimiento de la salud.

Las áreas de desempeño de educación e investigación no resultan menos amplias e importantes, pero sus acciones sí resultan más concretas. La primera área mencionada debiera dirigirse tanto en el sentido de la disciplina como hacia el individuo al que asiste, pues para lograr un eficaz acercamiento de la importancia del autocuidado y de los beneficios de las medicinas complementarias sobre el mismo, es primero imprescindible que el profesional de enfermería posea un conocimiento amplio en ambos aspectos, lo que en la actualidad resulta mucho más cierto en relación al autocuidado que al segundo tema. Esto quiere decir que si bien el enfermero comprende la necesidad de orientar su mirada hacia un enfoque preventivo donde el autocuidado es primordial, poco maneja sobre medicinas complementarias en general. Es por tanto necesario un sentido de responsabilidad docente en este aspecto, que permita acercar estas terapias a los estudiantes de enfermería para que estos cuenten con las habilidades y conocimientos adecuados para orientar a sus futuros usuarios. Sobre el área de investigación, por otro lado, no es arbitrario recalcar su importancia. Gracias a recolecciones de datos como las llevadas a cabo en este documento es que resultará posible que el profesional de enfermería tome decisiones acertadas, elaborando planes de acción bien justificados con resultados que sean medibles. Es importante destacar que para este punto no hace falta establecer grupos de estudio de gran tamaño, pues es comprensible que una enfermera ligada sobre todo al área asistencial no cuente con el tiempo que demanda una investigación de gran envergadura. Pero basta con realizar un estudio sencillo de la realidad a la que el profesional se circunscribe (su propio consultorio, su servicio en el hospital) para obtener resultados que orienten una planificación realista y contingente, *ad hoc* con las necesidades de la población.

Todas estas acciones se definen y se proponen con el fin de lograr el desarrollo de individuos que mantengan acciones de autocuidado, conserven su salud, se recuperen de la

enfermedad y afronten las consecuencias de esta, generando un cambio de mentalidad positivo, formando un paciente activo y responsable de su cuidado y bienestar. Y en esto es importante volver a recalcar la influencia simultánea que los temas de autocuidado y medicina complementaria poseen, pues cuando en primer lugar las personas logren entender la importancia de hacerse responsables de su bienestar, resultará más razonable y sencillo para ellas comprender los beneficios que la medicina complementaria tiene para este fin, pues existe en la actualidad la percepción de una clara tendencia a usar la medicina alopática como solución desesperada para problemas puntuales y no para la mantención de un adecuado estado de bienestar. Este es el primer paso antes de mostrar posibilidades distintas a la medicina tradicional, como lo es la medicina complementaria, una práctica integral que ayuda al bienestar físico y mental de quienes hace uso de ella. Esta importancia se realza al considerar que los grandes problemas de salud en el mundo contemporáneo guardan relación con la salud mental del individuo, y las medicinas complementarias cumplen con las nuevas necesidades del usuario, tratando no solo el cuerpo si no que también la mente.

SUGERENCIAS

Como sugerencia para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado, se propone, en cuanto al grupo de estudio, que se incluya en la investigación a estudiantes de otras casas de estudio superior, como centros de formación técnica e institutos profesionales, esto con el fin de abarcar una visión más amplia del grupo de estudio, ya que estos estudiantes viven una realidad socioeconómica y cultural que podría aportar nuevos datos a la investigación ya realizada. Con este mismo interés de ampliar el grupo de estudio escogido se sugiere también el abarcar otros grupos etarios en la muestra de una futura investigación, ya que al tomar por ejemplo personas profesionales que se encuentren ya en su vida laboral, con el aumento de ingresos podría cambiar también la adhesión a las MC como también el nivel de autocuidado que se tiene, de la misma forma en los adultos mayores que se encuentran en otra etapa de la vida, donde la salud se vuelve algo fundamental, por estas diferencias es importante enfocar el énfasis en futuras investigaciones hacia otros grupos etarios.

Otro aspecto en el cual es posible aportar sugerencias es en cuanto al instrumento, donde se recomienda que se incluya en éste explorar los motivos que tienen los participantes para no estar dispuesto a usar las medicinas complementarias, esto es primordial si como enfermeras se pretende introducir estas medicinas en la atención a los pacientes, ya que sabiendo esto se tendrán lineamientos más concretos para saber qué hacer y cómo dar a conocer las MC a estos grupos con más dudas con respecto a su uso. Otro aporte con respecto al instrumento y debido a los resultados obtenidos en la investigación, en donde queda reflejado que los niveles de autocuidado son preocupantes, al menos en la muestra seleccionada, se propone incluir preguntas que apunten a saber cómo los estudiantes mantienen un estado de salud favorable y acorde a las exigencias de la vida universitaria (actividades, hábitos, alimentación, etc.), para así contar con datos más certeros del concepto de autocuidado que se tiene y poder hacer intervenciones al respecto.

Debido a los problemas que se presentaron a los largo de la recolección de datos, se sugiere que el instrumento corresponda al tipo cuestionario mediante entrevista, para evitar que se generen errores con respecto a la forma de responder el instrumento, ya que si el entrevistado no comprende a cabalidad las preguntas y la forma de responder se generan equivocaciones que alteran los resultados y los hacen poco confiables al momento del análisis.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Aickin M. (2010). Comparative Effectiveness Research and CAM. *The journal of alternative and complementary Medicine*. Volume 16, Number 1, 2010, pp.1-2.

Almunia A. & Estrada Marcio (1997). Homeopatía. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol 13. Nº 4. Ciudad de La Habana, Cuba.

Antares Consulting (2013). Libro blanco de la homeopatía. Cátedra Boiron de Homeopatía, Universidad de Zaragoza.

Araiza A. (2009). Conocer y Ser a través de la práctica del Yoga: Una propuesta feminista de investigación performativa. Tesis conducente al grado de Doctor, Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona.

Araneda, S. (2010). Yoga una disciplina de ayuda para el entrenamiento personal del actor. Tesis conducente al título de actriz. Universidad de Chile.

Avello M., Avendaño C., Mennickent S. (2009). Aspectos generales de la homeopatía. *Revista médica de Chile*. Vol. 137. Nº 1. Santiago.

Avello M. & Cisternas I. (2010). Fitoterapia, sus orígenes, características y situación en Chile. *Revista médica de Chile*. Vol. 138. Santiago.

Baulies G. & Torres R. (2012). Actualización en fitoterapia y plantas medicinales. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. Vol. 19. Nº 3. España.

Biomagnetismo y medicinas complementarias. Recuperado el 11 de Abril, 2014 de <http://www.biomagnetismo.cl/index.php/el-par>

Cameron M. (2010). "Yoga" en Snyder M, Lindquist, R; 2010 (Eds.) *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. 6ta Edición, Springer Publishing Company, Nueva York, EEUU.

Carrero M. (2005). Hablemos de homeopatía. *Revista Cubana de Medicina Militar*. Vol. 34. Nº 2. Ciudad de la Habana, Cuba.

CECV (2008). Estudio de evaluación de Terapias Complementarias en el Sistema Público de Salud. Santiago.

CECV (2012). Uso de Medicinas Complementarias/Alternativas en la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Santiago.

Centro de Estudios de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile (CEfech) (2012). Encuesta de Caracterización de Estudiantes Universidad de Chile 2011. Proyecto de desarrollo institucional. Santiago

CEOC-UTalca (2010). Diagnóstico situacional de las Medicinas Complementarias/Alternativas en el país. Talca.

Ceolin T., Heck R.M., Pereira D.B., Martins A.R., Coimbra V.C.C., Silveira D.S.S. (2009). Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud atendiendo al cuidado integral en la asistencia. *Enferm. glob.* Murcia.

Chile. Decreto 42/2005, de 17 de junio. Reglamento para el Ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesionales auxiliares de salud y de los recintos en que éstas se realizan. Boletín oficial de la contraloría general de la república.

Chile. Decreto 123/2006, de 08 de septiembre, por el que se otorga reconocimiento y regula a la acupuntura como profesión auxiliar de la salud. Publicado en Diario Oficial, 26 de mayo de 2008.

Chile. Decreto 19/2009, de 06 de abril, por el que se otorga reconocimiento y regula a la Homeopatía como profesión auxiliar de la salud. Publicado en Diario Oficial, 16 de marzo de 2010.

Chile. Decreto 05/2012, de 10 de febrero, por el que se otorga reconocimiento y regula a la Naturopatía como profesión auxiliar de la salud. Publicado en Diario Oficial, 08 de junio de 2013.

Colegio de Biomagnetismo y bioenergética (2014). Recuperado 06 de Mayo, 2014 de <http://www.biomagnetismochile.cl/que-es.html>

Consejo nacional de educación, CNDE (2011). Perspectivas en educación. N° 5.

Corporación Chilena de Quiropraxia (2012). Recuperado el 01 de Junio, 2014 de http://www.quiopraxiachile.com/maqueta/cochiqui/propuesta3/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=98

Crawford C.; Lee C. & Frenilich D. (2014). Effectiveness of Active self-care Complementary and Integrative Medicine Therapie: Options for the Management of Chronic Pain Symptoms. *Pain Medicine*. Apr2014 Supplement, Vol. 15 p.S86- S95. 11p 1. Diagram, 5 Charts.

De' Carli Johnny Maestro (2000). REIKI UNIVERSAL. Usui, Tibetano, Kahuna y Osho. Traducido por Lamberti Mario, Editorial EDAF, 3° edición.

Díaz, C. & Kerdel, E. (2004). Yoga para niños, una herramienta para la atención. Facultad Católica de Humanidades y Educación, Universidad Católica Andrés Bello, República Bolivariana de Venezuela.

Díaz J.C., Rivera T., Pérez A., Przewenda M. & Martínez H. (2010). Apiterapia hoy en Argentina, Cuba, Uruguay y Colombia. Argentina.

Díaz C. (S/F). Yoga. Diplomado de Medicina Tradicional China, Universidad de Kunming, China. Recuperado el 12 de Mayo, 2014 de <http://comentariosmedicos.com/documentos/historiadelyoga.pdf>.

Fernández A. & Salvador T. (2010). Formación y aplicación de las terapias complementarias en los cuidados de enfermería al paciente oncológico. *Nursing edición española*, Vol. 28, Núm. 7, pp. 52-58.

George D. (1973). El libro del Masaje. Barcelona: Editorial Pomaire.

Glaser Brigitte -Vogt Ursula. (1990). Reiki, El poder Sanador de Las Manos.

Gómez D. & Palacios D. (2010). Enfermería y medicinas complementarias y alternativas: justificación antropológica de su estudio. *Cultura de los cuidados*. Año XIV, n. 27. ISSN 1138-1728, pp. 68-73.

González E. & Quindós A. I. (2010). La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud. Escuela Universitaria De Enfermería Santa Madrona.

Halcón L., Leonard B. & Kreitzer M. (2011). Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education.

Hernández D. & Sáez P. (2007). Conducta de autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopi hue de uach, 2006. Valdivia- Chile.

Hernández Sampieri R., Fernández C. & Baptista P. (2013). Metodología de la investigación. *McGraw-Hill Interamericana*. México.

Hoedner R., Martin T., Appelo P. et cols (2011). The Dutch Complementary and Alternative Medicine (CAM) Protocol: To Ensure the safe and Effective Use of Complementary and Alternative Medicine Within Dutch Mental Health Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*; Volume 17, Number 12, 2011, pp. 1197- 1201.

Huebner J., Muenstedt K., Muecke R. et cols (2013). The integration of methods from complementary and alternative medicine in reviews on supportive therapy in oncology and the resulting evidence. *Trace Elements and Electrolytes*. Vol. 30, Number 1/2013 (24-28).

Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2000). Primera encuesta nacional de calidad de vida y salud. Ministerio de Salud de Chile.

Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2014). Compendio estadístico 2014.

Lanngé I. y Vio F. (2006). Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior. Editado por Grunpeter Hanne, Romo Marcela. Santiago, Chile.

Leighton A. y Monsalve D. (2013). Estudio para validar un protocolo de implementación de terapias complementarias/alternativas en la red asistencial. Informe final. Santiago.

Li-Yau A. (1991). La Acupuntura China. Barcelona: Editors S.A.

Méndez C. (2010). Pediatra, médico sintergético encargado nacional del plan de formación en sintergética del ministerio de salud, Chile. *Complementary medicines Medwave*.

Medwave (2007). Arteché I. Motility disorders: The Sintergetic Approach.

Mide Universidad (2012). Recuperado el 16 Abril, 2014 de: <http://www.mideuniversidad.cl/>

Miles P.- True G. (2003). Reiki: Análisis de las terapias del biocampo- Historia, teoría, práctica e investigación. Traducido del Inglés. Miles P.- True G. Reiki- Review of a Biofield Therapy: History, Theory, Practice and Research.

MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (2012). Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas. Chile.

Muñoz M. & Blanco C. (2013). Taxonomía de las universidades chilenas. Calidad en la educación. Nº 38. pp. 181-213. Santiago.

National Center for Complementary and Alternative Medicine NCCAM (2013). Medicina complementaria, alternativa o integrativa: ¿qué significan estos términos? Recuperado el 08 de mayo, 2014 de: <http://nccam.nih.gov/NODE/3768>

Navarro & Castro M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.* Murcia.

Oliveros M. (2011). Reiki para todos. Experiencias de una maestra con sus pacientes. Escuela de desarrollo personal, Reiki y Terapia naturales.

Pereda Acosta, M. (2011). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf neurol.* México.

Pinto M. (2012). Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia. Bogotá, Colombia.

Pinzón-Pérez, H., Alonso Palacio, L. M. & Fajardo, E. (2012). Complementary and Alternative Medicine: A new professional arena for Clinical Nurse Specialists and Health Educators. *Salud Uninorte.* 28(1) 162-170.

Possamai- Inesedy A. & Cochtane S. (2013). The consequences of integrating complementary and alternative medicine: An analysis of impacts on practice. *Health sociology Review.* Volumen 22 Number 1, 2013. pp. 65-74.

Ramirez, Y. (2011). Subjetividades Contemporáneas: El Yoga como práctica de Si. Tesis presentada para optar al título de Máster en Sociología, Universidad Nacional de Colombia.

Rebolledo D. (2010). Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem.

Rubio C. (1992). Auriculoterapia Practica. Madrid: Miraguano Ediciones.

Salas V. (2013). Segmentación de los mercados universitarios. Departamento de Economía Universidad de Santiago de Chile. Santiago.

Salazar I., Varela M. T., Lema L., Tamayo-Cardona J. & Duarte C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. Recibido 15 Diciembre 2009/Enviado para Modificación 19 Septiembre 2010/Aceptado 29 Octubre 2010.

Santana F. (S/F). Principios y fundamentos de la homeopatía. Homeopatía Integral. Rescatado 03 de Mayo, 2014 de: <http://www.homeopatiaintegral.cl/principios.php>

Sarris J.; Lake J. & Hoenders R. (2011). Bipolar disorder and complementary Medicine: Current Evidence, Safety Issues, and Clinical Considerations. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Volume 17, Number 10, 2011, pp. 881-890.

SOCHOB (2004). Estadísticas chilenas de obesidad, sobrepeso y patologías metabólicas asociadas en adultos y niños. Rescatado 17 de Julio, 2014 de: http://www.sochob.cl/pdf/Estadisticas_AVM.pdf

Stein D. (2004). Reiki Esencial. Traducción por José Antonio Bravo. Extraído del texto original: Stein D. (1995). Essential Reiki.

Subsecretaría de salud pública. (2012). Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas. Santiago.

Tiplt, A., & Irnich, D. (2010). Acupuntura y dolor: una historia en tres partes. *Revista Internacional de Acupuntura*. Pp. 81-87.

Usher L., Fox P., Lafarge C. et cols (2013). Factors associated With Complementary and alternative Medicine Use in Irritable Bowel Syndrome: A Literature Review. *Psychology, Community & health*, 2013. Vol 2(3), pp. 346-361, doi: 10.5964/pch.v2i3.65.

Vanaclocha B. (2013). Editorial. *Revista de Fitoterapia*. Vol. 3. Nº 2.

Zhen Z. & Charlie C. (2013). Pain research in Complementary and alternative Medicine in Australia: A Critical Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Volume 19, Number 2,2013, pp. 81-91.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO SOBRE EL USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS
POR ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ASOCIADO A TEORÍA DE AUTOCUIDADO

FOLIO: _____

Las investigadoras agradecen su decisión de participar del presente cuestionario, compuesto de 14 ítems que deberá responder con la mayor sinceridad posible. Al contestar, se le solicita tome en cuenta las siguientes consideraciones:

- Lea atentamente los enunciados y responda de acuerdo a lo solicitado en cada uno. **PRESTE ATENCIÓN**, existen preguntas que deberá *marcar con una X*, otras que deberá *enumerar*, algunas en que deberá escoger entre un *límite de opciones* y otras en las que podrá marcar *todas las opciones* que desee.
- Responda cada una de las preguntas en el orden establecido.
- Utilice letra clara y legible cuando deba completar espacios en blanco.
- Si posee alguna duda en relación a los enunciados, **solicite la ayuda** de las examinadoras.

Para contestar de forma correcta este cuestionario es necesario que tenga presente las siguientes definiciones:

Medicina convencional: Sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas) tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía.

Medicina complementaria (MC): 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 convencional.

1. Datos personales (*Marque con una X*).

Universidad

- Universidad de Chile
 Universidad de Las Américas
 Universidad de Santiago de Chile
 Pontificia Universidad Católica de Chile

Carrera

- Enfermería
 Ingeniería Civil Industrial
 Periodismo

Sexo

- Hombre
 Mujer

Semestre que está cursando

- Tercer semestre
 Cuarto semestre
 Quinto semestre
 Sexto semestre
- Séptimo semestre
 Octavo semestre
 Noveno semestre
 Décimo semestre
 Superior a décimo semestre

Ingreso económico aproximado (Complete)

Ingresos de su grupo familiar

Nº de integrantes de su grupo familiar

2. Mencione cuáles han sido los problemas de salud que ha presentado con mayor frecuencia en el último año. (Escoja un máximo de tres opciones y enumere del 1 al 3, siendo 1 el que ha presentado con mayor frecuencia y 3 el que ha presentado con menor frecuencia. Puede enumerar menos opciones).

- Angustia
- Depresión
- Dolores de cabeza
- Dolores de espalda
- Dolores musculares
- Dolores de articulaciones y/o huesos
- Estrés

- Problemas emocionales
 - Trastornos alimenticios
 - Trastornos del sueño
 - Trastornos digestivos
 - Trastornos sexuales
 - No he sufrido problemas de salud
 - Otro:
-

3. ¿De qué manera soluciona los problemas de salud mencionados anteriormente? (Escoja un máximo de dos opciones y enumere del 1 al 2, siendo 1 la manera más utilizada y 2 la menos utilizada. Puede enumerar menos opciones).

- Consulta a un médico.
- Se automedica o se trata en casa.
- No consulta ni trata el problema de salud.

- Usa medicina complementaria.
 - Usa medicina complementaria y convencional.
 - Otro:
-

4. ¿Qué MC conoce? (Escoja un máximo de tres opciones y enumere del 1 al 3, siendo 1 la MC que más conoce y 3 la que menos conoce. Puede enumerar menos opciones).

- Acupuntura
- Apiterapia
- Aromaterapia
- Auriculoterapia
- Biomagnetismo
- Fitoterapia
- Homeopatía
- Masoterapia

- Naturopatía
 - Quiropraxia
 - Reflexología
 - Reiki
 - Sintergética
 - Terapia floral
 - Yoga
 - No conoce ninguna MC
 - Otra:
-

5. Si ha afirmado conocer alguna MC en la pregunta anterior, ¿qué tanto sabe de ellas? (Marque con una X todas las opciones válidas para cada MC).

- Medicina complementaria Nº 1
- Conoce su nombre.
 - Sabe en qué consiste.
 - Sabe para qué sirve.
 - Conoce sus beneficios y consecuencias.

- Medicina complementaria Nº 2
- Conoce su nombre.
 - Sabe en qué consiste.
 - Sabe para qué sirve.
 - Conoce sus beneficios y consecuencias.

- Medicina complementaria Nº 3
- Conoce su nombre.
 - Sabe en qué consiste.
 - Sabe para qué sirve.
 - Conoce sus beneficios y consecuencias.

6. ¿Alguien de su entorno utiliza MC? (Marque con una X todas las opciones válidas).

- Familia.
- Amigos.

- Nadie.
 - Otros:
-

7. ¿Utiliza o ha utilizado algún tipo de MC? (Marque con una X. Si su respuesta es negativa, solo responda las preguntas 8 y 9. Si su respuesta es afirmativa, solo responda las preguntas 10 a 14).

Sí

No

8. Si su respuesta a la pregunta 7 fue negativa, ¿cuál es la razón para no utilizar las MC? (Marque con una X un máximo de dos enunciados. Puede marcar menos opciones).

- No tiene conocimiento de ellas.
- No cree en su efectividad.
- Son de alto costo.

- Prefiere la medicina convencional.
 - Las utilizó y no fueron efectivas.
 - Otro:
-

9. Si su respuesta a la pregunta 7 fue negativa: en la situación hipotética de que contara con los recursos económicos, el tiempo y un terapeuta de su confianza, ¿estaría dispuesto a utilizar alguna MC? (Marque con una X).

Sí

No

Conteste las siguientes preguntas solo si su respuesta a la pregunta 7 fue afirmativa.

10. Si su respuesta a la pregunta 7 fue afirmativa, ¿qué MC utiliza o ha utilizado? (Escoja un máximo de tres opciones y enumere del 1 al 3, siendo 1 la MC que más utiliza y 3 la que menos ha utilizado. Puede enumerar menos opciones).

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Acupuntura | <input type="checkbox"/> | Naturopatía |
| <input type="checkbox"/> | Apiterapia | <input type="checkbox"/> | Quiropraxia |
| <input type="checkbox"/> | Aromaterapia | <input type="checkbox"/> | Reflexología |
| <input type="checkbox"/> | Auriculoterapia | <input type="checkbox"/> | Reiki |
| <input type="checkbox"/> | Biomagnetismo | <input type="checkbox"/> | Sintergética |
| <input type="checkbox"/> | Fitoterapia | <input type="checkbox"/> | Terapia floral |
| <input type="checkbox"/> | Homeopatía | <input type="checkbox"/> | Yoga |
| <input type="checkbox"/> | Masoterapia | <input type="checkbox"/> | Otra: |
-

11. De las MC mencionadas anteriormente, ¿cómo las conoció? (Marque con una X un máximo de dos enunciados. Puede marcar menos opciones).

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A través de un amigo. | <input type="checkbox"/> | A través de medios de comunicación. |
| <input type="checkbox"/> | A través de un familiar. | <input type="checkbox"/> | A través de recomendación profesional. |
| | | | Otro: |
-

12. De los problemas de salud mencionados en pregunta 2, ¿cuáles trata o ha tratado con MC? (Escoja un máximo de tres opciones y enumere del 1 al 3, siendo 1 el problema que más ha tratado con MC y 3 el que menos ha sido tratado con MC. Puede enumerar menos opciones).

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Angustia | <input type="checkbox"/> | Problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | Trastornos alimenticios |
| <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> | Dolores de espalda | <input type="checkbox"/> | Trastornos digestivos |
| <input type="checkbox"/> | Dolores musculares | <input type="checkbox"/> | Trastornos sexuales |
| <input type="checkbox"/> | Dolores de articulaciones y/o huesos | <input type="checkbox"/> | No necesita tratar ningún problema |
| <input type="checkbox"/> | Estrés | <input type="checkbox"/> | Otro: |
-

13. ¿Con qué frecuencia utiliza o ha utilizado las MC que señaló en la pregunta 10? *(Marque con una X, solo un enunciado).*

- Más de una vez por semana.
- Una vez por semana.
- Al menos una vez al mes.
- Alguna vez utilizó una MC.

14. ¿Cuál es la razón por la que usted utiliza o ha utilizado las MC? *(Marque con una X un máximo de dos enunciados. Puede marcar menos opciones).*

- Su abordaje es más integral, es decir, considera cuerpo y mente.
 - Tiene mejores resultados que las medicinas convencionales en algunas patologías.
 - Ofrece una solución a enfermedades para las que medicina tradicional solo posee tratamiento sintomatológico.
 - Tiene menos complicaciones o efectos adversos.
 - Sus tratamientos son menos traumáticos.
 - Son de más bajo costo que la medicina convencional.
- Otro:
-



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS POR ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ASOCIADO A TEORÍA DE AUTOCUIDADO

El presente documento lo invita a usted participar de un estudio de investigación patrocinado por la Escuela de enfermería de la Universidad de Santiago de Chile, que tiene por objetivo determinar en qué medida los estudiantes universitarios consideran las medicinas complementarias como una alternativa para su autocuidado. El beneficio de esta investigación es potencial, y consiste en la obtención de nuevos conocimientos para la disciplina de enfermería relacionados a las conductas y preferencias de autocuidados encabezados por la futura población trabajadora chilena. Los investigadores responsables son Jael Ruiz Muñoz, Cinthya Sanhueza Márquez, Valeria Valdés Fernández, Camila Villalobos Maureira. Sus investigadores colaboradores son Profesora EU Matrona Claudia Villalobos Morales y Profesora Coral Rocío Orellana.

Su participación es totalmente libre y voluntaria. Usted posee el derecho de retirarse del estudio en el momento que lo desee sin expresión de causa y sin consecuencias negativas. Toda información recolectada será mantenida en completa reserva, así como también su identidad. Esta información se mantendrá a seguro resguardo por la investigadora Camila Villalobos, durante un plazo límite para marzo de 2016, periodo luego del cual los datos obtenidos serán eliminados en su totalidad.

Se le ha invitado a participar en su calidad de estudiante universitario que cumple con las condiciones de cursar tercer semestre o superior en las carreras de Enfermería, Ingeniería Industrial o Periodismo que pertenezcan a las siguientes Universidades: Universidad de Santiago de Chile, Universidad de Chile, Universidad de las Américas y Pontificia Universidad Católica de Chile.

Se otorga la garantía de que no se recibirá retribución alguna por parte de los investigadores ni de la casa de estudios responsable de respaldar esta investigación.

Yo _____ otorgo mi consentimiento a participar voluntariamente de la investigación titulada ***'Uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios asociado a teoría de autocuidado'***.

Se me ha informado que para la recolección de datos deberé contestar un cuestionario de carácter autoadministrado, constituido por 14 ítems de preguntas semiestructuradas, con una estimación de tiempo de respuesta no mayor a 15 minutos. Entiendo además que la investigación no implica riesgo alguno para mí como participante o informante, que no incurriré en ningún tipo de costo y que la información proporcionada será estrictamente confidencial para usos de este estudio.

Entiendo además que tendré acceso a los resultados de esta investigación, contando con la opción de solicitar su devolución a través de los contactos estipulados al término de este documento.

Firma del participante

Firma del investigador

Nombre: Cinthya Sanhueza Márquez E-mail: cinthya.sanhueza@usach.cl Teléfono: 9-4727853	Nombre: Camila Villalobos Maureira E-mail: camila.villalobos@usach.cl Teléfono: 9-5472450
--	---



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Divelo Luis Sarmiento, de profesión Enfermera ejerciendo actualmente el cargo de Docente, por medio del presente documento presento constancia de revisión del instrumento tipo cuestionario correspondiente a la investigación titulada **'Uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios asociado a teoría de autocuidado'** con el objetivo de establecer su validación como herramienta idónea para aplicarse durante proceso de recolección de datos. Realizo, por consiguiente, las siguientes apreciaciones tras la observación y el estudio de sus componentes:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
CONGRUENCIA DE ÍTEMS				✓
AMPLITUD DE CONTENIDO				✓
REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS				✓
CLARIDAD Y PRECISIÓN			✓	
PERTINENCIA				✓

Observaciones generales:

Santiago, 05 de nov. de 2014

Rut y firma de validador



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Mario González Fernández, de profesión Terapeuta en act. Físico y Salud ejerciendo actualmente el cargo de Académico Profesor MASOTERAPIA (udla) Profesor Deportes (ueach) por medio del presente documento presento constancia de revisión del instrumento tipo cuestionario correspondiente a la investigación titulada **'Uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios asociado a teoría de autocuidado'** con el objetivo de establecer su validación como herramienta idónea para aplicarse durante proceso de recolección de datos. Realizo, por consiguiente, las siguientes apreciaciones tras la observación y el estudio de sus componentes:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
CONGRUENCIA DE ÍTEMS			✓	
AMPLITUD DE CONTENIDO		✓		
REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS		✓		
CLARIDAD Y PRECISIÓN		✓		
PERTINENCIA			✓	

Observaciones generales:

conten preguntas y/o respuestas
redundantes, las cuales no son necesarias
dado que la respuesta esta contenida en otra pregunta.

Santiago, 3 de NOVIEMBRE de 2014

12874876-8

Rut y firma de validador



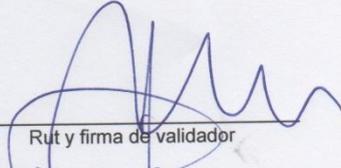
CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo ALEJANDRO RIVEROS LEFF, de profesión ENFERMERO, ejerciendo actualmente el cargo de DOCTOR EN EPIDEMIOLOGÍA Y PSIC., por medio del presente documento presento constancia de revisión del instrumento tipo cuestionario correspondiente a la investigación titulada '**Uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios asociado a teoría de autocuidado**' con el objetivo de establecer su validación como herramienta idónea para aplicarse durante proceso de recolección de datos. Realizo, por consiguiente, las siguientes apreciaciones tras la observación y el estudio de sus componentes:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
CONGRUENCIA DE ÍTEMS				✓
AMPLITUD DE CONTENIDO				✓
REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS				✓
CLARIDAD Y PRECISIÓN				✓
PERTINENCIA				✓

Observaciones generales:

Santiago, 27 de octubre de 2014


Rut y firma de validador
6-825-018-6



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Jose Miguel Adzros Diaz, de profesión Psicólogo, ejerciendo actualmente el cargo de Psicólogo Clínico y Profesor, por medio del presente documento presento constancia de revisión del instrumento tipo cuestionario correspondiente a la investigación titulada '**Uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios asociado a teoría de autocuidado**' con el objetivo de establecer su validación como herramienta idónea para aplicarse durante proceso de recolección de datos. Realizo, por consiguiente, las siguientes apreciaciones tras la observación y el estudio de sus componentes:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
CONGRUENCIA DE ÍTEMS				✓
AMPLITUD DE CONTENIDO				✓
REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS			✓	
CLARIDAD Y PRECISIÓN			✓	
PERTINENCIA				✓

Observaciones generales:

'Preste Atención para su revisión, Impreso electrónico'
Redacta se con enunciado de "aproximado" ítem 3, que
opciones de tratamiento, como sugerencia.

Santiago, 24 de Octubre de 2014

Rut y firma de validador

15.382364-2



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Sergio Varga Jarret, de profesión Profesor ejerciendo actualmente el cargo de Académico, por medio del presente documento presento constancia de revisión del instrumento tipo cuestionario correspondiente a la investigación titulada '**Uso de medicinas complementarias por estudiantes universitarios asociado a teoría de autocuidado**' con el objetivo de establecer su validación como herramienta idónea para aplicarse durante proceso de recolección de datos. Realizo, por consiguiente, las siguientes apreciaciones tras la observación y el estudio de sus componentes:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
CONGRUENCIA DE ÍTEMS				X
AMPLITUD DE CONTENIDO				X
REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS				X
CLARIDAD Y PRECISIÓN				X
PERTINENCIA				X

Observaciones generales:

Santiago, 5 de Noiembre de 2014

S. Varga
Rut y firma de validador